



جامعة مولود معمري - تيزي وزو -  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس

الصمود النفسي وتأثيره على الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة  
بحروق من الدرجة الثانية والثالثة

-دراسة عيادية (لثمانية حالات بمستشفى الحروق الكبرى سعيد شيبان - زرالدة -  
ومصلحة الحروق والجراحة البلاستيكية بالمركز الإستشفائي الجامعي - تيزي وزو -)

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تخصص علم النفس الصحة

إشراف الأستاذة:  
أ.د. عزيزو سعاد - شرناعي

إعداد الطالبتين:  
بوصاع سارة شهيناز  
بن سعدي وسام

السنة الجامعية 2024 - 2025



### شكر وتقدير

الحمد لله الذي أعاننا على إنجاز هذه المذكرة وأنار لنا الطريق ووفقنا في مهمتنا العلمية

نتقدم بخالص الشكر لمن غمرتنا بفضلها وتوجيهاتها القيمة التي كان لها الأثر الكبير في إنجاز هذه المذكرة أستاذتنا الدكتورة المشرفة "عزيزو سعاد - شرناعي" كما نتقدم بالشكر إلى كل أساتذة قسم علم النفس خاصة الأستاذة "بوروبي رجاح فريدة" و "مقروس سيليا"

ولا يفوتنا أن نشكر كل من ساعدنا في مستشفى الحروق الكبرى سعيد شيبان زرالدة ومصالحة الحروق والجراحة البلاستيكية بتيزي وزو خاصة مجموعة الدراسة شفاهم الله وعافاهم.



## إهداء

ما سلكننا البدايات إلا بتيسيره، وما بلغنا النهايات إلا بتوفيقه، وما حققنا الغايات إلا  
بفضله

فالحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

أهدي تخرجي إلى نفسي الطموحة التي لم تخذلني أبداً...

إلى من جعل الجنة تحت أقدامها وسهلت لي الشدائد بدعائها، إلى الإنسانية العظيمة

التي لطالما تمننت أن تقر عينها في يوم كهذا "أمي الغاية"

إلى النور الذي أنار دربي والسراج الذي لا ينطفئ نوره بقلبي، من بذل الغالي والنفيس

إلى قوتي وإعتزازي وفخري "أبي الغالي"

إلى من إحتضنا أحلامي بالدعاء والمحبة "جدتي الغالية وجدي" أطال الله في عمرهما

إلى الذين أعتبرهم الكتف الذي أتكى عليه أخي "زين الدين" وأختي "أسماء"

إلى من تقاسمت معهم أحلى أوقاتي صديقاتي

إلى من تمنو رؤيتي في هذا المكان إليكم عائلتي

ها أنا اليوم أكملت وأتممت مسيرتي بفضلته تعالى قلت أنا لها وإن أبت رغماً عنها أتيت

بها فالحمد لله شكراً وحباً وإمتناناً على البدء والختام

وآخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين



## الإهداء:

«وآخر دعواهم ان الحمد لله رب العالمين»

الحمد لله حبا وشكرا وامتنانا

اللهم لا تجعله آخر عهدي من العلم وجعلها خير بداية لطريق أعظم، اللهم بارك لنا في عملنا  
وانفعنا بما علمتنا وعلمنا ما ينفعنا وزدنا علما.

أهدي ثواب هذا العمل إلى الذي زين اسمي بأجمل الألقاب، إلى من دعمني بلا حدود وأعطاني بلا  
مقابل إلى من علمني أن الدنيا كفاح وسلاحها العلم والمعرفة، داعمي الأول في مسيرتي وسندي  
وقوتي وملادي بعد الله فخري واعتزازي «أبي الغالي».

وإلى أنيسة العمر وحبيبة الروح وأعظم نعم الله علي، إلى التي ضمت إسمي بدعواتها في ليلاها  
ونهارها وأضاءت بالحب دربي وأنارت باللطف والود طريقي وكانت لي سحابا ماطرا بالحب والبذل  
والعطاء وكانت سببا بعد الله فيما أنا عليه «أمي الغالية».

إلى زميلتي صاحبة القلب الكبير التي قاسمتني جهد هذا العمل «سارة».

إلى عائلتي كبيرا وصغيرا، إلى من كانوا لي عوناً وسنداً في كل خطوة... إلى أخواتي العزيزات:  
سماح، صونية، وشهرزاد، وأخي الغالي أنيس، إلى ابنة عمي سهام، وخالي خالد وحسن، وإلى  
كتكوتتنا الصغيرة تسنيم، وإلى جدتي الحبيبة التي كانت الدعاء والحنان... كنتم لي السند حين  
مالت الأيام، ومصدر القوة حين خارت العزيمة، فلکم في القلب مكان، وفي هذا الإنجاز أثر لا  
يمحى.

إلى كل الأوفياء الذين رافقوني في درب الدراسة والتعب، من زملاء وأصدقاء .... لكم مني كل  
التقدير والامتنان.

## ملخص الدراسة:

تتناول هذه الدراسة موضوع الصمود النفسي وتأثيره على الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة، وذلك في إطار الاهتمام بالصحة النفسية للمرأة في مواجهة الأزمات الجسدية الكبرى، خاصة الحروق، لما لها من أثر على التوازن النفسي والتكيف مع متطلبات العلاج، وقد انطلقت الدراسة من ثلاثة فرضيات أساسية، مفادها أن مستوى الصمود النفسي يكون منخفضاً لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة، وكذا الملاءمة العلاجية بدورها تكون منخفضة، مع وجود تأثير إيجابي محتمل للصمود النفسي على الملاءمة العلاجية.

ولتحقيق أهداف الدراسة، تم اعتماد المنهج العيادي (دراسة حالة)، بالاعتماد على أدوات جمع بيانات نوعية وكمية تمثلت في المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس الصمود النفسي ل Connor (2003) & Davidson ومقياس الملاءمة العلاجية الذي تم تكيفه من طرف الباحثين بالإعتماد على مقياس الملاءمة العلاجية لمرضى الربو من إعداد حرابي فاطمة الزهراء (2018) ليتناسب مع عينة الدراسة.

تكونت عينة الدراسة من 08 حالات وهن نساء مصابات بحروق من الدرجة الثانية والثالثة، تم اختيارهن قصدياً من مستشفى الحروق الكبرى بزراة ومصحة الحروق والجراحة البلاستيكية بمستشفى نذير محمد بتيزي وزو. وقد أظهرت النتائج أن أغلب الحالات سجلت مستوى صمود نفسي فوق المتوسط، مع تفاوت في مستوى الملاءمة العلاجية، ووجود علاقة إيجابية جزئية بين الصمود النفسي والملاءمة العلاجية تأثرت بعوامل الدعم النفسي والاجتماعي.

تشير هذه النتائج إلى مدى تأثير الصمود النفسي حيث يلعب دوراً داعماً في التكيف مع متطلبات العلاج، لكنه يظل مرتبطاً بوجود بيئة اجتماعية ونفسية مساندة تعزز من فعاليته.

**الكلمات المفتاحية:** الصمود النفسي، الملاءمة العلاجية، الحروق الجسدية.

**Study Abstract:**

This study addresses the issue of psychological resilience and its impact on therapeutic compliance in women suffering from second- and third-degree burns, within the context of increased attention to women's mental health when facing major physical crises. Burns profoundly affect psychological balance and adaptation to treatment requirements. The study is based on three main hypotheses: that psychological resilience is low in women with second- and third-degree burns; that therapeutic compliance is also low; and that psychological resilience potentially and positively influences therapeutic compliance

To achieve the objectives of this research, a clinical (case study) method was adopted, using both qualitative and quantitative data collection tools including a semi-structured clinical interview, the Connor & Davidson (2003) resilience scale, and a therapeutic compliance scale adapted by the researchers for the study sample

The study sample consisted of 8 women with second- and third-degree burns, selected intentionally from the Burns Unit at Zeralda Hospital and the Burns and Plastic Surgery Department at Nedir Mohamed Hospital in Tizi-Ouzou. The findings revealed that most of the cases exhibited above-average psychological resilience, with variation in their levels of therapeutic compliance, and a partially positive relationship between psychological resilience and therapeutic compliance, influenced by psychosocial support factors

These findings suggest that psychological resilience supports adaptation to treatment requirements, yet its effectiveness depends on a supportive social and psychological environment

**Keywords:** psychological resilience, therapeutic compliance, physical burns

## الفهرس

الصفحة	المحتويات
	شكر وتقدير
	إهداء
	ملخص باللغة العربية
	ملخص باللغة الإنجليزية
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
	مقدمة
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
4	1-الإشكالية
10	2-فرضيات الدراسة
10	3-أهداف الدراسة
10	4-أهمية الدراسة
11	5-تحديد المفاهيم الإجرائية
الفصل الأول: الحروق الجسدية	
15	تمهيد
16	1-تعريف الإصابة بالحروق
18	2-عوامل الإصابة بالحروق
19	3-أنواع الإصابة بالحروق
23	4-مضاعفات الإصابة بالحروق
24	5-علاج الحروق
26	6-الآثار النفسية والإجتماعية المصاحبة للإصابة بالحروق الجسدية.
29	7-التكفل النفسي بالمصابين بالحروق الجسدية.
33	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الصمود النفسي	

35	تمهيد
36	1- مفهوم الصمود النفسي
38	2- بعض المفاهيم المتعلقة بالصمود النفسي
43	3- مكونات الصمود النفسي
48	4- أبعاد الصمود النفسي
50	5- مقاومات الصمود النفسي
51	6- نتائج الصمود النفسي من وجه نظر علم النفس الإيجابي
52	7- خصائص الصمود النفسي
54	8- مبادئ الصمود النفسي
55	9- مراحل الصمود النفسي
56	10- أنماط الصمود النفسي
57	11- السمات التي يتمتع بها الافراد ذو الصمود النفسي
58	12- بعض النظريات المفسرة للصمود النفسي
66	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الملائمة العلاجية	
68	تمهيد
69	1- تعريف الملائمة العلاجية
71	2- الأبعاد المحددة لسلوك الملائمة العلاجية
91	3- النماذج النظرية المفسرة لسلوك الملائمة العلاجية
100	4- قياس سلوك الملائمة العلاجية
102	5- تعريف عدم الملائمة العلاجية
103	6- أنواع عدم الملائمة العلاجية
106	7- الخصائص النفسية والاجتماعية للمرضى الغير متلائمين علاجياً
108	8- الفروق بين الجنسين في سلوك الملائمة العلاجية
109	9- نتائج سلوك عدم الملائمة العلاجية
111	10- طرق تحسين سلوك الملائمة العلاجية
113	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
116	تمهيد
117	1-التذكير بالفرضيات
117	2-الدراسة الإستطلاعية
121	3-الدراسة الأساسية.
121	3-1- منهج الدراسة.
122	3-2- عينة الدراسة.
123	3-3- الإطار الزمني والمكاني للدراسة.
123	3-4- أدوات الدراسة.
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	
139	1- عرض وتحليل النتائج للحالات الثمانية
177	2- مناقشة نتائج الحالات الثمانية.
182	3- إستنتاج عام.
184	خاتمة
186	إقتراحات
188	قائمة المراجع
	الملاحق

### فهرس الجداول:

الصفحة	عنوان الجداول
119	الجدول رقم (01) خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية.
122	الجدول رقم (02) خصائص عينة الدراسة.
126	الجدول رقم (03) مفتاح تصحيح درجات سلم الصمود النفسي.
127	الجدول رقم (04) مفتاح تصحيح درجات أبعاد سلم الصمود النفسي.
130	الجدول رقم (05) قراءة درجات مقياس الملاءمة العلاجية.
130	الجدول رقم (06) قراءة درجات أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية.
131	الجدول رقم (07) إرتباط بنود مقياس الملاءمة العلاجية بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.
132	الجدول رقم (08) نتائج إرتباط أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية لبعضها البعض.

132	الجدول رقم (09) نتائج معامل ألفا كرومباخ لمقياس الملاءمة العلاجية.
134	الجدول رقم (10) قيم معاملات إرتباط العبارات والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية (للدراة الحالية).
135	الجدول رقم (11) قيم معاملات الإرتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس الملاءمة العلاجية (للدراة الحالية).
136	الجدول رقم (12) قيم معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية لمقياس الملاءمة العلاجية (للدراة الحالية).
135	الجدول رقم (13) ثبات أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية (للدراة الحالية).
143	الجدول رقم (14) نتائج مقياس الصمود النفسي للحالة الأولى.
144	الجدول رقم (15) نتائج مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الأولى.
155	الجدول رقم (16) نتائج مقياس الصمود النفسي للحالة الثانية.
156	الجدول رقم (17) نتائج مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الثانية.
162	الجدول رقم (18) نتائج مقياس الصمود النفسي للحالة الثالثة.
163	الجدول رقم (19) نتائج مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الثالثة.
173	الجدول رقم (20) نتائج مقياس الصمود النفسي للحالة الرابعة.
174	الجدول رقم (21) نتائج مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الرابعة.
177	الجدول رقم (22) درجات مقياس الصمود النفسي للحالات الثمانية.
177	الجدول رقم (23) درجات مقياس الملاءمة العلاجية للحالات الثمانية.

### فهرس الأشكال:

الصفحة	عنوان الأشكال
17	الشكل (01) طبقات الجلد.
20	الشكل (02) حرق من الدرجة الأولى.
21	الشكل (03) حرق من الدرجة الثانية.
22	الشكل (04) حرق من الدرجة الثالثة.
22	الشكل (05) حرق من الدرجة الرابعة.
99	لشكل (06) نموذج (Mpcs) ل pender المعتمد من طرف ريتشارد.

## فهرس الملاحق:

الصفحة	عنوان الملاحق
	الملحق رقم (01) دليل المقابلة العيادية النصف موجهة.
	الملحق رقم (02) مقياس الصمود النفسي ل Connor & Davidson.
	الملحق رقم (03) مقياس الملاءمة العلاجية (قبل التعديل).
	الملحق رقم (04) مقياس الملاءمة العلاجية للراشدين المصابين بالحروق (بعد التعديل).
	الملحق رقم (05) قائمة المحكمين
	الملحق رقم (06) حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الملاءمة العلاجية.
	الملحق رقم (07) مقرر توجيه للتربص في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للحروق الكبرى زرالدة
	الملحق رقم (08) مقرر توجيه لتربص في المؤسسة الإستشفائية تيزي وزو بمصلحة الحروق والجراحة البلاستيكية.

## مقدمة:

يمر الفرد في حياته بالعديد من التجارب منها ما تمر عليه بسلام وتساعده في إستيعاب ذاته وشخصيته، ومنها ما تترك له إنطباعاتاً سالباً، خاصة إذا كانت هذه التجارب تمس الفرد في صورته الجسدية التي تعتبر الواجهة بالنسبة لكل شخص. ومن بين هذه التجارب التي قد تغير من صورة الإنسان لجسده "الحروق" التي تعد من أشد أنواع الإصابات الجسدية التي لا تقتصر تداعياتها على البعد البيولوجي فحسب بل تمتد لتطال الأبعاد النفسية، لا سيما حين تكون من الدرجة الثانية أو الثالثة، لما تخلفه من تشوهات جسدية مزمنة وآثار نفسية عميقة.

وقد تزداد حدة هذه التأثيرات عند المرأة كونها رمز للأنوثة والجمال، فغالباً ما تترك هذه الحروق أعراض نفسية كالإكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، أو حتى العزلة الاجتماعية.

في هذا السياق يبرز مفهوم الصمود النفسي كإحدى الآليات النفسية التي تمكن الفرد من مواجهة الشدائد والتعافي منها، دون الوقوع في الإنهيار أو الإستسلام، فالصمود ليس مجرد مقاومة، بل هو قدرة دينامية على التكيف الإيجابي، تتأثر بجملة من العوامل الفردية والجماعية.

وفي المقابل تلعب الملائمة العلاجية دوراً حاسماً في تسهيل هذا التعافي، إذ تشير إلى درجة التوافق بين سلوك المريض من حيث (الإلتزام بتناول الدواء، الإلتزام بزيارة الطبيب، تغيير نمط الحياة) من جهة والإمتثال للتعليمات الطبيب من جهة أخرى.

ونظراً لصعوبة هذه التجربة خاصة عندما تتعرض لها المرأة، أردنا أن ندرس موضوع الصمود النفسي والملائمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة. حيث سنحاول معرفة مستوى الصمود النفسي والملائمة العلاجية لدى النساء اللواتي تعرضن لهذه الإصابة ومعرفة تأثير الصمود النفسي على الملائمة العلاجية لديهن.

ولمعالجة هذا الموضوع والإجابة على تساؤلات الدراسة وضعنا خطة بحثية مقسمة كالآتي:

**الفصل التمهيدي:** الإطار العام للإشكالية الذي يمثل مدخل إلى الدراسة وهو بمثابة تقديم للبحث

حيث تم فيه عرض الإشكالية، فرضيات البحث، أهمية البحث، تحديد المفاهيم إجرائياً.

**الفصل الأول:** تم التركيز على الحروق الجسدية ويتضمن ما يلي: تعريفها، عوامل الإصابة بها،

أنواعها، مضاعفاتها، علاجها، الآثار النفسية والإجتماعية المصاحبة لها، بالإضافة إلى التكفل النفسي بالمصابين بالحروق الجسدية.

**الفصل الثاني:** خصص هذا الفصل للصدود النفسي، ويتضمن مفهومه، بعض المفاهيم المتعلقة به،

مكوناته، أبعاده، مقاوماته، نتائجه، خصائصه، مبادئه، مراحلها، أنماطه، سمات الأفراد ذو الصدود النفسي وفي الأخير بعض النظريات المفسرة.

**الفصل الثالث:** خصص هذا الفصل للملاءمة العلاجية، ويتضمن تعريفها، الأبعاد المحددة لها،

النماذج النظرية المفسرة لها، قياسها، تعريف عدم الملاءمة وأنواعها، الخصائص النفسية والإجتماعية للمرضى الغير متلائمين علاجياً، الفروق بين الجنسين في سلوك الملاءمة، نتائج سلوك عدم الملاءمة، وأخيراً طرق تحسين سلوك الملاءمة العلاجية.

**الفصل الرابع:** يمثل منهجية البحث وفيه الإجراءات المنهجية والخطوات التي إتبعناها في الجانب

الميداني، ويتضمن الدراسة الإستطلاعية، وأهدافها وعينة ونتائج الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية.

**الفصل الخامس:** خصص لعرض الحالات وذلك من خلال أدوات البحث للتحقق من الفرضية.

وفي الأخير تم وضع إستنتاج عام للبحث مع قائمة المراجع التي تم الإستعانة بها وكل الملاحق

المرفقة لهذه الدراسة.

## الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

- 1- الإشكالية.
- 2- تساؤلات الدراسة.
- 3- فرضيات الدراسة.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- أهمية الدراسة.
- 6- تحديد المفاهيم الإجرائية.

## 1- الإشكالية:

لا تخلو حياة الإنسان من الصعوبات والمشاكل والأحداث التي تؤثر على مسارها الطبيعي، سواء كانت هذه الحوادث تمس كيانه الجسدي كالإصابات المختلفة التي يتعرض لها والتي بدورها تؤثر على الجانب النفسي.

تعد الحروق واحدة من الإصابات الجسدية التي تترك آثارا جسدية ونفسية عميقة خاصة عند النساء، حيث تتجاوز تأثيراتها البعد الطبي لتشمل الأبعاد النفسية، فالحروق عبارة عن تلف في طبقات الجلد تحدث نتيجة تعرض الفرد لحدث صادم قد يكون حراري أو كهربائي أو كيميائي وتصنف إلى ثلاث درجات، بسيطة، سطحية، متوسطة أو عميقة (هانسن، 2003).

وتسبب الحروق حسب منظمة الصحة العالمية (OMS) حوالي 180 ألف حالة وفاة سنويا معدلات الوفاة الناجمة عن الحروق أعلى بقليل لدى الإناث مقارنة بالذكور ويكمن الخطر الأكبر بالنسبة للإناث في الطهي بواسطة النار المكشوفة أو مواقد الطهي الغير مأمونة بطبيعتها والتي يمكن أن تتسبب في إحتراق الملابس الفضفاضة، كما ينطوي اللهب المكشوف المستخدم في التدفئة والإضاءة على مخاطر، وتشكل الحروق الغير مميتة سببا رئيسيا من أسباب المرضة بما في ذلك الإستشفاء طويل الأمد والتشوه والإعاقة وكثيرا ما يترتب عليها الوصم والنبذ (World Health Organizatio. 2023).

لذا تؤكد الدراسات أن الأفراد الذين تعرضوا لحروق ونجو من الموت يتعرضون للعديد من الخبرات المؤلمة جسديا ونفسيا وإضطرابات في الشخصية تمثل لهم تحديات صعبة تقف عائقا بينهم وبين الصمود النفسي (Blakenespatricia, 1988, 4).

خاصة إذا كانت هذه الحروق عند المرأة فقد تواجه تحديات مضاعفة لتأقلم مع مظهرها الجديد والتفاعل مع المجتمع كون جسد المرأة في مجمله رمز للأنوثة والجمال وهذا ما بينته دراسة عكوش (2011) حول الجرح النرجسي لدى النساء المتعرضات لحروق جسدية حيث توصلت من خلالها إلى أن المرأة تعيش

ظروف نفسية جد مضطربة كما يعكسها الجرح النرجسي لديهن وإنخفاض في مستوى تقدير الذات (أميرة سلفاوي، 2017، 7).

ومن جهة أخرى بينت دراسة Alax wolard وآخرون حول المرونة والنمو بعد الصدمة من الحروق أنه على العكس من ذلك يتكيف بعض الناجين من التحديات النفسية والاجتماعية بشكل أفضل من غيرهم رغم الخصائص المتشابهة المتعلقة بالحروق ويتمكنون من التكيف الإيجابي بالمرونة ( Alex and all. 1. 2022).

كذلك دراسة Wikman (2002) التي هدفت إلى الكشف عن التكيف مع صدمة الحريق لدى جرحى الحروق، حيث إعتبر الباحثان بأن التعرض للحريق صدمة بدنية ونفسية، وأظهرت نتائج الدراسة أن الناجين من الحروق أظهرن معدل أعلى من عدم الرضا عن صورة الجسم، وعدم التوافق مع الدراسة أو العمل، مع معدلات أعلى من التقلبات المزاجية والسلوك المشكل، والمعاناة في أبسط أمور الحياة.

بالإضافة إلى دراسة Kleya (2003) التي هدفت إلى معرفة تأثير الحروق على المدى الطويل من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية، حيث قام الباحث بقياس مستويات الإكتئاب وإنضغاط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأشخاص الذين يعانون من حروق تمتد ما بين (46-75 بالمئة) من الجسد، ومعاناة واضحة من التغيير في شكل الجسد، وبينت الدراسة إلى أن نسبة كبيرة من العينة بلغت (13-23 بالمئة) يعانون من إنضغاط ما بعد الصدمة، وأن (13-45 بالمئة) منهم يعانون من الإكتئاب، وبينت الدراسة أن أشد أعراض الإكتئاب كانت لدى النساء المصابات بتشوهات الوجه، كما أظهرت النتائج أن أعلى نسب الإكتئاب كان لإصابات الحروق الناتجة عن الصعقات الكهربائية و كما أكدت الدراسة أن المصابون بحروق الصعقات الكهربائية يعانون من مشاكل في الحياة الاجتماعية والجنسية، وتزيد هذه الأعراض في حالة عدم وجود دعم إجتماعي (مسرة محمد يوسف الشاعر، 2014، 64).

وفي ظل هذه المعاناة يظهر مفهوم الصمود النفسي وهو التعرض للمتاعب والمصاعب أو حتى الأزمات والصدمات، والقدرة على التوافق الإيجابي معها مما يترتب عليه نواتج إيجابية، ويمكن اعتبار الصمود النفسي ظاهرة تمكن الفرد من التعافي من التأثيرات السلبية للمتاعب أو الأحداث الصادمة ذات الطابع التراكمي الممتد، ومن المخاطر الفعلية أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها، وهو يعكس قدرة الفرد على الإحتفاظ بهدوئه أو إلتزامه الإنفعالي ومستوى أدائه النفسي الطبيعي خلال أحداث الحياة الضاغطة وظروفها العصبية (زينب محمود الرفاعي، 2019، 838).

غير أن الصمود ينمو ويتم دعمه عبر مدى واسع من الضغوط البيئية، والضغوط المرتبطة بمراحل النمو، والأمراض والأحداث الموجهة، وهذه الإستنتاجات تزيد من فهم الفروق الفردية في الإستجابة لنفس الضغوط، ويتم تحديد بعض العوامل التي تساهم في تشكيل الصمود النفسي، فهناك عوامل معرفية (قدرات حل المشكلات، التفاؤل، الإحساس بالمعنى والتماسك في مواجهة الضغوط) وأخرى بيئية (أحداث حياتية سلبية أقل، وجود تاريخ من النجاح، إتساع شبكة المساندة الاجتماعية خارج الأسرة) (شاهين، 2013، 618).

ومن بين الدراسات التي تناولت مفهوم الصمود النفسي دراسة باعلي (2014) التي إستهدفت معرفة الصمود النفسي وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وكان هدف الدراسة الكشف عن الصمود النفسي لدى المتأخرات عن الزواج والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية، الإنبساطية، الطيبة، يقظة الضمير) وإستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الإرتباطي وتكونت عينة الدراسة من (50) من الفتيات لعاملات المتأخرات عن الزواج و(10) من الفتيات ربات البيوت المتأخرات عن الزواج وقد توصلت الدراسة إلى وجود إرتباط سالب لم يصل إلى درجة الدلالة الإحصائية بين العصابية والصمود النفسي ووجود إرتباط موجب دال إحصائياً بين كل من (التعافي، الإنبساط، الإفتتاح على المجتمع) والصمود النفسي (سرى أسعد جميل وأزهار مجيد السباب، 2020، 348).

كذلك دراسة (2014) clark التي إستهدفت الكشف عن أثر الصمود النفسي على الضغوط النفسية لدى عينة تكونت من (30) أم لأطفال صغار وأظهرت النتائج أن الأمهات اللواتي يتمتعن بقدرة أقل من الصمود النفسي يعانين من شدة الضغوط النفسية (منيرة يوسف صالح الزامل، 2021، 503).

فالصمود النفسي يرتبط بالانفعالات الإيجابية، حيث إن الإنفعالات الشديدة والمجاورة للحد لها تأثير كبير على الإنسان مما يعيق الوصول لحياة نفسية وصحية سليمة، ويوفر الصمود القدرة على التأقلم مع التغيرات وحالات الطوارئ، نمط الحياة، مما يساعد على التخفيف من حدة الإنفعالات، وذلك لأن التعامل مع المواقف الصعبة والجديدة تتطلب قدر من الصمود هذا ما أشارت إليه دراسة هذا ما أشارت إليه دراسة (leventhal. Demaria.gillam. andrew. Peabody. & leventhal.2016) إلى أن الأفراد ذوي الصمود المرتفع يستطيعون إستعادة نشاطهم وحماسهم من الخبرات الضاغطة بسرعة وفعالية ومرونة، كما أنهم يستخدمون إنفعالاتهم الإيجابية لإسترداد عافيتهم ويبحثون عن معاني إيجابية عند مواجهة الضغوط (أسماء بنت فراج خليوي، 2022، 78-79).

إن دراسة الصمود النفسي لدى المرأة المصابة بحروق لا يسلط الضوء فقط على المعاناة، بل تهدف أيضا إلى فهم كيفية تعزيز هذه القدرة وتقديم إستراتيجيات دعم تمكن المرأة من تجاوز المحنة وإستعادة ثقتها بنفسها مما يجعلها نموذجا للقوة والتحدى في مواجهة الظروف الصعبة وهناك أدلة سريرية تشير إلى أن الصمود والتفاؤل يمكن أن يقللا من خطر الإضطرابات في الأداء النفسي لمرضى الحروق وهذا ما أظهرته نتائج دراسة كيزادا (2015) على أن التدريب على الصمود يحسن من نوعية الحياة والثقة بالنفس ومهارات التأقلم لمرضى الحروق (Tehranineshat et al.2020).

هذا ما يجعل المصاب بالحروق يأخذ علاجه بطريقة ملائمة ومناسبة لحالته وهذا ما يسمى بالملائمة العلاجية والتي عرفت من منظمة الصحة العالمية (OMS) بأنها درجة التوافق بين سلوك الفرد في تناول

الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني أسلوب حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية وإتباع تعليمات وإرشادات طبية (3، 2003، OMS).

كما يرى Portic أن الملاءمة العلاجية ذلك السلوك الذي يتبعه المريض من خلال أخذه لدوائه بدقة والإلتزام الأمثل حسب الشروط المحددة والمفسرة من قبل الطبيب بمعنى الإلتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء من حيث الجرعات، كيفية إستخدام مقدار الدواء، إحترام المواعيد بين الجرعات، شروط الأكل والشرب (رزقي، 2012، 49).

ويشير le gol et al (2003) إلى أن الإلتزام بالعلاج يرتبط كذلك بالتوصيات (النشاط البدني، الحماية...) وإحترام مواعيد المعالجة، كما أن سلك الإلتزام لا يرتبط بعدم تناول الدواء فقط إذ يمكن أن يتخذ شكل تناول غير مبرر أو خاطئ في الجرعة والمقادير، عدم إحترام تناول الدوائي الموصوف من قبل المعالج (موفق، 2014، 42).

وتعتبر الملاءمة العلاجية من المواضيع المهمة التي نالت إهتمام الباحثين في المجال الطبي والنفسي وفي المجال الصحي بصفة عامة، خاصة في الآونة الأخيرة مع الإنتشار الواسع للأمراض المزمنة (حميداني، 2023، 57).

ومن بين الدراسات التي تناولت الملاءمة العلاجية (الإلتزام بالعلاج) نجد دراسة هايسن وجماعته (1979) من خلال مراجعته ل 537 مقالة حول علاقة سلوك الملاءمة العلاجية بخصائص الشخصية، إلا أنه لا توجد علاقة مباشرة بينهما، في حين بينت دراسة كابلن وسيمون (1990) أن الشخصية المتزنة والتي تتمتع بدرجة عالية من الدافعية تعتبر مؤشر لظهور سلوك الملائمة العلاجية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن (دليلة زناد، 2011، 213).

ومن أكثر الإتجاهات النظرية تأثيرا في تفسير السبب الذي يدفع الأفراد إلى ممارسة السلوك الصحي هو نموذج المعتقد الصحي، ووفقا لهذا النموذج فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك

الصحي يمكن أن يتحقق من خلال معرفة عاملين هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد الصحي وإدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد (موفق، 2014، 169).

وقد بينت دراسة Weibe Gonns Histensen (1997) أن هناك بعض المؤشرات التي تنبئ بسلوك الملاءمة أهمها المعتقدات الخاصة بالصحة والمرض وتشير هذه المعتقدات إلى الوعي بضرورة إتباع حماية، والتعليمات التطبيقية وكذلك إدراك خطورة المرض وشروط العلاج (موفق، 2014، 169).

أما في حالة اضطراب أو تشوه هذه المعتقدات فإنه يظهر سلوك عدم الملاءمة. فالملاءمة العلاجية في الأوساط الصحية هي سلوك يشير إلى مدى إتباع المريض لتعليمات الطبية وعندما لا يلتزم المرضى بالسلوكيات والعلاجات التي يوصي بها الطبيب هذا يعني عدم الملائمة العلاجية (موفق، 2014، 69).

وتشير منظمة الصحة العالمية بأن قرابة 50 % فقط من المرضى المزمنين في البلدان المتطورة يتبنوا سلوك الملاءمة العلاجية، ونسبة أقل بكثير من هذه في البلدان النامية، وهذا ما يطرح مشكلا على صعيد الصحة العالمية. من خلال كل ما سبق تم طرح التساؤلات التالية:

### السؤال I:

ما مستوى الصمود النفسي لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة؟

### السؤال II:

ما مستوى الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة؟

### السؤال III:

هل يؤثر صمود النفسي على الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة؟

**2- فرضيات الدراسة:**

- 1- يكون مستوى الصمود النفسي منخفض لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.
- 2- يكون مستوى الملاءمة العلاجية منخفض لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.
- 3- الصمود النفسي يؤثر على مستوى الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.

**3- أهداف الدراسة:**

- 1- الكشف عن مستوى الصمود النفسي لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.
- 2- الكشف عن مستوى الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.
- 3- الكشف عن الأثر الذي يتركه الصمود النفسي على الملائمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.

**4- أهمية الدراسة:****4-1- الأهمية النظرية:**

- الإهتمام بدراسة الجوانب الإيجابية في الشخصية لدى الفرد بدلا من دراسة الإضطرابات والأمراض النفسية التي تمكنهم من مواجهة الأزمات والمشاكل الحياتية المختلفة.
- تأتي هذه الدراسة في ظل نقص في الدراسات خاصة التي تسلط الضوء على مفهوم الصمود النفسي والملاءمة العلاجية عند المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة (على حسب إطلاعنا).
- توفر إطارا نظريا يساعد الباحثين والمختصين في علم النفس والطب في فهم العلاقة بين العوامل النفسية والحيوية في حالات الإصابات الشديدة.

**4-2- الأهمية التطبيقية:**

- تحقيق صحة نفسية أفضل للمرأة من خلال الإستفادة من البحث وزيادة الوعي بأهمية مستوى الصمود النفسي لديهم والملاءمة العلاجية في ضوء نتائج البحث.
- يوفر البحث مقياساً جديداً للملاءمة العلاجية عند المصابين بالحروق مما يساعد في إثراء المكتبة السيكولوجية.
- المساهمة في تحسين جودة الحياة للنساء المصابات بالحروق عبر تقديم توصيات حول طرق تعزيز الصمود النفسي وزيادة الملاءمة العلاجية.

**5- تحديد المفاهيم إجرائياً:**

**5-1- الصمود النفسي:** هو الدرجة التي تحصل عليها المبحوثة المصابة بالحروق في مقياس الصمود النفسي المستخدم في الدراسة، والذي يقيس قدرتها على التكيف مع الضغوط والتحديات النفسية، مثل مواجهة الألم والتغيرات الجسدية والإنفعالية، والإستمرار في الحياة بإيجابية رغم الصعوبات، وهو للباحثين كونور ودافيدسون (2003) وتمت ترجمة المقياس عن طريق مخبر علم النفس من جامعة سطيف 2 من طرف الأستاذين: شرفي محمد الصغير وجار الله سليمان.

**5-2- الملاءمة العلاجية:** هي الدرجة الكلية التي تتحصل عليها المبحوثة في المقياس المعتمد لقياس الملاءمة العلاجية والذي يتضمن مدى المواظبة على الأدوية، الحضور المنتظم للجلسات العلاجية، وإتباع التوصيات الطبية المتعلقة بالرعاية الذاتية وإعادة التأهيل، والذي تم تكييفه من قبل الباحثين على المصابين بالحروق (لهذه الدراسة).

**5-3- المرأة المصابة بحروق:** هي المرأة التي تعرضت لحروق بدرجات مختلفة (الدرجة الثانية والثالثة)، وتم تشخيصها وتلقيها العلاج في مستشفى الحروق الكبرى سعيد شيبان بزرالدة والمركز الإستشفائي الجامعي بتيزي وزو. يحدد ذلك من خلال السجلات الطبية التي توثق تاريخ الإصابة،

درجتها، وتأثيرها على الصحة الجسدية والنفسية. وقد تشمل العينة النساء اللاتي يعانين من مضاعفات الحروق، سواء على المستوى الجسدي أو النفسي، ويتم قياس حالتهم بناء على الأدوات المستخدمة في الدراسة مثل مقياس الصمود النفسي والملائمة العلاجية.

الجانب النظري

## الفصل الأول: الحروق الجسدية

تمهيد.

- 1- تعريف الإصابة بالحروق.
  - 2- عوامل الإصابة بالحروق.
  - 3- أنواع الإصابة بالحروق.
  - 4- مضاعفات الإصابة بالحروق.
  - 5- علاج الحروق.
  - 6- الآثار النفسية والاجتماعية المصاحبة للإصابة بالحروق الجسدية.
  - 7- التكفل النفسي بالمصابين بالحروق الجسدية.
- خلاصة الفصل.

**تمهيد:**

يتعرض الإنسان لتهديدات وإصابات كثيرة ومتعددة، ومن أشد وأخطر هذه الإصابات الإصابة بالحروق الجسدية والتي ترجع صعوبتها إلى الآلام والمعاناة الناجمة عنها والتي يعيشها الإنسان، وكذا الآثار التي تخلفها سواء على المستوى الجسمي أو النفسي والتي من شأنها أن تعرقل مسار حياته الطبيعية. وفي هذا الفصل سنتطرق لكل ما هو مرتبط بالحروق وطبيعتها.

**1- تعريف الإصابة بالحروق:****1-1- لغة:**

يجمع القاموس الطبي "لاروس" تحت اسم الحروق كل نخر، جرح، تخريب أو ضرر نسيجي، ناتج عن اتصال الأنسجة بعوامل حرارية (سائل مغلي، معادن أو أجسام صلبة ذات حرارة مرتفعة، لهب...)، عوامل كيميائية، كهربائية أو تحت تأثير الإشعاعات المختلفة (بلهوشات، 2008، 105).

**1-2- اصطلاحا:**

الحروق هو ضرر يصيب الجلد وعادة ما يرجع إلى اتصال مع مصدر حراري شديد، ويمكن أن يكون سبب الحروق راجع إلى المنتجات الكيميائية أو مصدر للكهرباء، وتحدد شدة الحروق عن طريق المكان والعمق الذي سببته، وما يميز الحروق الجسدية هي شدتها المختلفة، بحيث يمكن اعتبارها ظاهرة تهدد الحياة الانسانية، وتعتمد هذه الخطورة على العديد من العوامل منها:

-مدة الحرق.

-عمق الحرق.

-الوقت المستغرق بالمادة المسببة للحرق.

-الأفراد المسنين.

الأمكان المرتبطة بالإصابة (benrahal،25،2012).

ويعرفها الرغيب (1996) بأنها آفة موضعية تجرب جزء مختلف الاتساع من الغطاء الجلدي والنسيج الذي تحته، وتحدث الحروق عند التعرض المباشر لمصدر حراري أو كهربائي أو إشعاعي أو مادة كيميائية.

ونجد أيضا أن حروق الجلد هي تدمير طبقات الجلد أو حتى بنيته الأساسية بسبب عوامل خارجية مثل الحرارة أو المواد الكيميائية أو الكهرباء أو الإشعاع (Randrenalizaha,R S ,2023).

كما تعد الإصابة بالحروق استجابة موضعية للنسيج الجلدي، والتي تكون كاستجابة لطاقة

فيزيائية، ميكانيكية، كيميائية أو مصدر حراري، شعاعي، كهربائي (koller، 2014، 05).

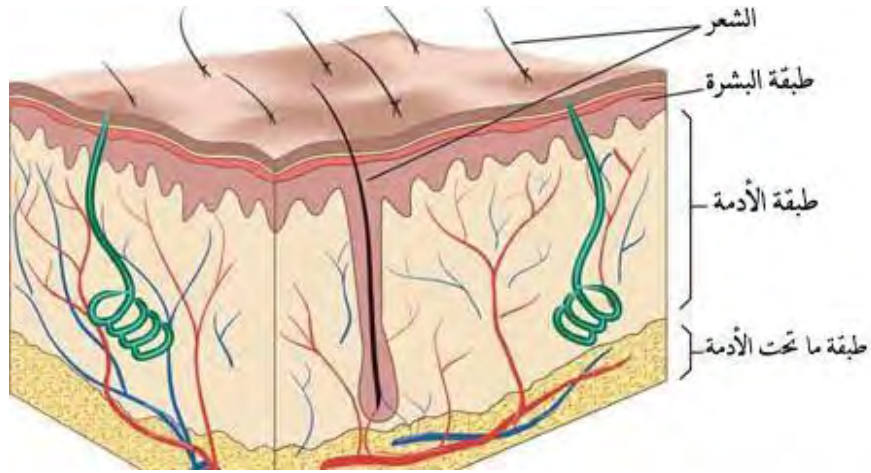
أو هي تلف في أنسجة الجسم نتيجة تعرضها لتأثير درجات حرارة عالية أو برودة عالية أو مواد

كيميائية أو إشعاعات وغيرها مما يؤدي إلى فقد لوظائفها الرئيسية (جامعة فلسطين، 2004).

إن حوادث الحريق من أكثر الإصابات انتشارا التي يتعرض لها البشر، ينتج عنها تمزق وتلف في

خلايا الجلد مما يجعل منها مصدر لإعاقة جسمية ونفسية كبيرة تلازم الفرد بصفة مؤقتة أو دائمة، سواء

على الصعيد الوظيفي أو الجمالي (Joudar, S، 2000:19).



الشكل (01): يمثل طبقات الجلد (الجميلة، 2014).

إذن الحروق هي تلف يصيب أنسجة الجسم، خاصة الجلد، نتيجة تعرضها لمصادر حرارية، كيميائية،

كهربائية أو إشعاعية، وتختلف في شدتها حسب عمقها ومساحتها ومدة التعرض. وقد تؤدي إلى إعاقات

جسدية ونفسية مؤقتة أو دائمة، مما يجعلها من أخطر الإصابات التي تهدد حياة الإنسان ووظائفه

الحيوية.

**2- عوامل الإصابة بالحروق:**

هناك العديد من الأشياء في البيئة التي يمكن أن تسبب حروق الجلد، في أغلب الأحيان يكون الحرق حرارياً، أي أنه يحدث بسبب ملامسة الكهرباء أو مادة كيميائية، بالإضافة إلى التعرض لأشعة الشمس لفترة طويلة.

**2-2- الحرق الحراري:** يحدث عند ملامسة مصدر حراري مثل: لهب، بخار، سائل مغلي، شحم أو زيت، معدن ساخن...

يمكن أن يحدث الحرق الحراري أيضاً عند احتكاك الجلد بسطح خشن مثل الأسفلت (على سبيل المثال حادث دراجة نارية).

**2-3- الحرق الكهربائي:** يحدث عندما يمر التيار الكهربائي عبر الجسم، يقال أن الشخص مصاب بالكهرباء، غالباً يمكن رؤية حرق الجلد من مكانين، عند نقطة دخول التيار أو عند نقطة خروجه، على الرغم من أننا لا نستطيع رؤيته فإن الضرر الناجم عن مرور التيار داخل الجسم يمكن أن يكون خطيراً للغاية، يمكن للصدمة الكهربائية أن تؤدي إلى خلل في عمل الجهاز العصبي والكلية و القلب، يمكن أن يؤدي التيار الكهربائي أيضاً إلى اتلاف الأوعية الدموية والأعصاب والعضلات.

**2-4- الحرق الكيميائي:** يحدث عندما يلامس الجلد مادة كيميائية أو عند بلعها أو استنشاقها. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك منظفات الفرن أو منظفات الصرف الصحي.

الحروق الكيميائية غالباً ما تكون مشكلة لأنها تستمر في التسبب بالضرر وتزداد عمقا حتى تتم إزالة العامل الكيميائي على سبيل المثال، عندما يتعرض عامل لحمض على ذراعه فإن الجلد المصاب يمكن أن يستمر في التدهور، حتى بعد عدة ساعات من الحادث، إذ لم يتم علاج الحرق بشكل صحيح.

**2-5- الحرق الإشعاعي:** يحدث عندما يكون:

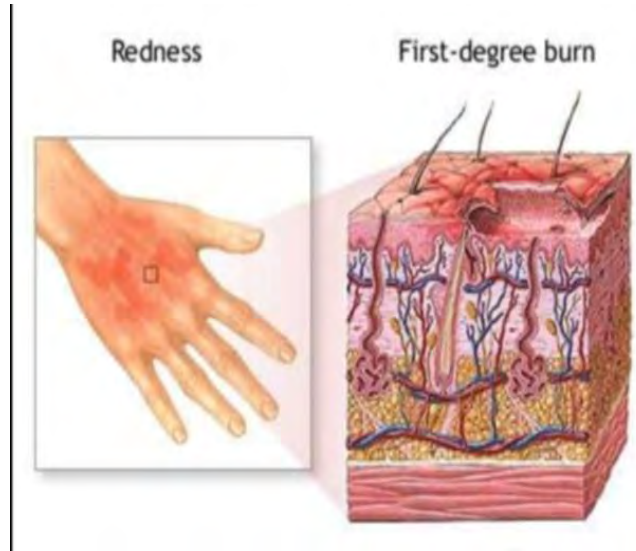
- التعرض لفترات طويلة للأشعة فوق بنفسجية (مثل حروق الشمس).

- التلامس مع المنتجات المشعة (على سبيل المثال العلاج الاشعاعي) (bond & perreault، 2021).  
 فالحروق إذن تحدث نتيجة تعرض الجلد لعوامل خارجية مختلفة، وتُصنف إلى أربعة أنواع رئيسية:  
 الحروق الحرارية الناتجة عن ملامسة مصادر ساخنة كاللهب أو السوائل المغلية أو الأسطح الخشنة،  
 الحروق الكهربائية التي تحدث عند مرور التيار الكهربائي في الجسم وقد تؤثر في الأعضاء الداخلية،  
 الحروق الكيميائية نتيجة ملامسة الجلد لمواد كيميائية حارقة مثل الأحماض، وتستمر في التسبب بالضرر  
 حتى تزال، والحروق الإشعاعية الناتجة عن التعرض الطويل للأشعة فوق البنفسجية أو المواد المشعة.  
 وتختلف شدة هذه الحروق باختلاف نوع العامل ومدة التعرض.

### 3-أنواع الإصابة بالحروق:

تختلف أنواع الحروق بحسب الدرجة التي يسببها الحرق، مما يؤدي إلى اختلاف الأعراض كما هو في  
 الدرجات الثلاثة (بدح، 2009).

**3-1- الحروق من الدرجة الاولى:** وتسمى هذه الحروق بالحروق السطحية، وهي تتميز من الناحية  
 النسيجية بآفات الطبقة القرنية من البشرة سريريا، هي عبارة عن آفات حمراء مؤلمة غلى سبيل المثال في  
 حالة حروق الشمس، يختفي الألم بعد بضعة أيام ويصبح الجلد متقشرا قليلا، ويتم الشفاء بشكل سريع  
 وتلقائي ويحدث هلال بضعة أيام دون أي آثار جانبية أو ندوب.



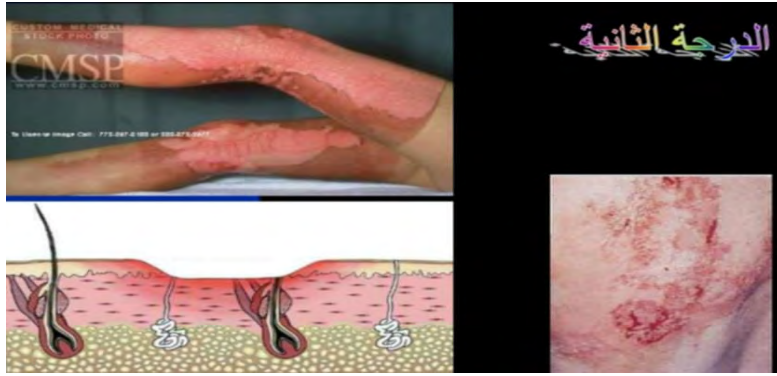
الشكل (02): يمثل حرق من الدرجة الأولى (الشافعي، بدون تاريخ).

**3-2-2- الحروق من الدرجة الثانية:** في الحروق من الدرجة الثانية تتضرر البشرة بشكل كامل وتتأثر الأدمة بشكل أعمق أو أقل، ان مدى الضرر الذي يلحق بالأدمة سوف يحدد ما إذا كان الحرق من الدرجة الثانية سطحيا أم عميقا.

**3-2-1- الدرجة الثانية السطحية:** يتم تدمير البشرة لكن تكون الوصلة الجلدية البشروية والأدمة في حالة ممتازة، يظهر على شكل بثرة مؤلمة، وهي عبارة عن منطقة مرتفعة من البشرة مليئة بطبقة مصلية شفافة، قد يظهر تحت الفقاعة جلد وردي أو مخمر، تتجدد الطبقة القاعدية من البشرة وتلتئم بسرعة أقل من 10 أيام دون عواقب.

**3-2-2- الدرجة الثانية العميقة:** تؤدي إلى تمزق جزئي للطبقة القاعدية من البشرة، لا يبقى سوى عدد قليل من الزوائد المضمنة في الأدمة، مثل جذور الشعر والغدد العرقية. الشفاء ممكن لكنه متأخر، من الممكن أن يكون هناك ألم شديد لأن النهايات العصبية لم يتم تدميرها بشكل كامل، والنزيف من الندبة يشير إلى وجود شبكة أوعية دموية سطحية، تظهر الآفات في أغلب الأحيان باللون الأحمر على خلفية بنية اللون مع وجود حويصلات متقيحة ومناطق بيضاء في المناطق العميقة.

الحروق من الدرجة الثانية في الواقع يمكن تقسيمها إلى حروق سطحية ومتوسطة وعميقة، فهي تقع في مكان ما بين مرحلتَي الحروق السطحية والحروق من الدرجة الثالثة، إذا كانت الرعاية جيدة ولم يكن هناك عدوى موضعية، فلن يتدهور الجرح وسيقدم إلى الشفاء الطبيعي، وإلا فإن المنطقة المصابة ستتحول إلى منطقة خيرية، والتي ستعود إلى العدوى وتصبح مثل شفاء جرح من الدرجة الثالثة. من الناحية السريرية من الصعب التمييز بين الدرجتين (الثانية والثالثة)، فقط تطورها عبر الزمن يسمح بالتمييز بينهما.



الشكل (03): يمثل حرق من الدرجة الثانية (الشافعي، بدون تاريخ).

**3-3- الحروق من الدرجة الثالثة:** يتم تدمير جميع هياكل الجلد من البشرة إلى الأدمة والطبقة القاعدية، وبالتالي لا توجد إمكانية للتجدد، يختفي تكوين الأوعية الدموية والتعصيب مما يؤدي إلى توقف النزيف

وعدم الإحساس في موقع الحرق، ولكن حوله توجد أنسجة محترقة جزئياً ذات نهايات عصبية يمكنها أن تنتقل وتسبب ألماً شديداً، يصبح الجلد حينها أبيض أو مائل إلى الأصفر، وقد يصبح سميكاً أو متجعداً، وفي بعض الحالات قد يصبح محمراً بسبب ارتفاع نسبة انحلال الدم. قد تكون هناك بثور أو حويصلات مملوءة بسائل شفاف أو دموي، ويتطلب الأمر علاجاً طبياً سريعاً وضرورياً لتجنب خطر حدوث المضاعفات مثل العدوى التي قد تقتل المريض.



الشكل (04): يمثل حرق من الدرجة الثالثة (الشافعي، بدون تاريخ).

**3-4- الحروق من الدرجة الرابعة:** هذا هو أخطر أشكال الحروق، فهو لا يؤثر على الجلد فقط، بل يؤثر أيضا على العضلات والأوتار والأربطة والعظام والمفاصل. وتشمل الأعراض تحول جلدي إلى اللون الأسود أو البنفسجي مع تدمير كامل لطبقاته والأوعية الدموية والأعصاب، مما يسبب ألما شديدا (Randrenalizaha, 2023).



الشكل (05): يمثل حرق من الدرجة الرابعة (Markiewicz, 2022).

إذن تُصنّف الحروق إلى أربع درجات حسب عمق الإصابة:

- الدرجة الأولى تصيب الطبقة السطحية من الجلد وتسبب احمرارًا وألمًا خفيفًا وتلتئم سريعًا.
- الدرجة الثانية تؤثر على البشرة والأدمة، وتظهر كبتور مؤلمة، وتُشفى حسب عمق الإصابة.
- الدرجة الثالثة تُدمّر جميع طبقات الجلد، ويختفي الإحساس في المنطقة المصابة، وتحتاج لتدخل طبي.
- أما الدرجة الرابعة فتصل إلى العضلات والعظام، وتعد الأخطر، وقد تهدد الحياة.

#### 4- مضاعفات الحروق:

##### 4-1- آنية:

- الصدمة العصبية نتيجة الألام الشديدة المصاحبة للحروق.
- الصدمة الوعائية نتيجة لفقدان السوائل من المناطق المحروقة من الجسم.
- الاختناق الناتجة المباشرة لحرق المجاري التنفسية أو استنشاق الغازات السامة المصحوبة للحريق.
- توقف القلب المفاجئ نتيجة الحرق بالصعق الكهربائي.

##### 4-2- متأخرة:

- التسمم الجرثومي الناتج من مهاجمة الميكروبات للشخص المحروق.
- موت الأعضاء نتيجة للحروق العميقة التي تصيب الجسم مثلًا موت الكف أو الأعضاء التناسلية وغيرها.
- عطل أو تشوه الأعضاء المحروقة.
- الساد أو الماء الأبيض في حالة الحرق بالتيار الكهربائي.
- الشلل الجزئي في حروق التيار الكهربائي.
- سرطان جلدي في القروح المزمنة للحروق (الدريدي، 2000، 95-97).

## 5- علاج الحروق:

## 5-1- علاج الحروق الصغيرة:

الحروق الصغيرة تشفى بتلقائية لكنها تحتاج إلى مراقبة صارمة والتأكد أولاً من العمق الحقيقي للجرح. حروق الدرجة الأولى يخفف عنها بمراهم، أما حروق الدرجة الثانية فيجب تطهيرها بمحاليل مانعة للتعفن مثل ايكزاميدين وميكوروتبولات، الفقاعات تستأصل وهو الشئ الذي يكون انتشاءات والتي تستوجب أن تكون مضمدة بصفة معقمة.

الأجسام الدهنية مع الفيتامينات المراهم، والضمادات الدسمة يمكن أن تطبق إن لم تكن هناك خطورة الالتهاب، أولاً يجب تطبيق مراهم مانعة للتعفن مثل (ايكزاميدين)، الضمادات تحمي الحروق عندما تتم الإلتئامات خلال عشر إلى عشرين يوم، تغير كل يوم أو يومين للتأكد من عدم وجود التهابات أو تعفونات.

## 5-2- علاج الحروق الخطيرة:

عند الوصول إلى المركز الإستشفائي، الأولوية يجب أن توجه نحو الوقاية من الصدمة، غالباً ما تلاحظ هذه الصدمة في الحروق التي تفوق (20%) من جسم الراشد و (50%) من جسم الطفل. بيولوجياً، يوجد تناذر لتركز الدم، ناتج عن تسرب في الماء ومركبات تنحل كهربائياً في الفضاء الواقع بين خلايا الأنسجة.

يقوم العلاج أيضاً في هذه الفترة على تهدئة الألام، كما أن الوقاية من الالتهابات عن طريق استخدام المضادات الحيوية أمر لا يمكن تجاوزه، دون نسيان المعالجة بالمصل الواقي من الكزاز.

إن العلاج الجراحي بآتم معنى الكلمة لا يشرع فيه إلا إذا كانت الحالة عامة متحسنة، يقوم على تقدير مقر الإصابة، امتدادها، عمق الحروق، تطهير المساحات المصابة واستئصال بقايا النخور، بعد هذا الاستئصال وحسب الحالات توضع ضمادات شادة أو على العكس تترك الجروح معرضة للهواء كما يمكن إبقاء المحروقين في مساحات كبيرة في سائل أسموزي مناسب مع القليل من مانع العفونة، لكن هذه التقنية تحتاج إلى تركيبات وفريق جد متخصص (رفيقة بلهوشات، 2008، 118).

### الفترة الثانية:

تمتد من الأسبوع الأول إلى غاية الشهر الأول، تقوم على تجنب الالتهابات وتعويض فقدان المادة الجلدية، وفي هذه الفترة بالذات يظهر ما يسمى ب مرض المحروقين والذي يتجلى من خلال قصور وعجز في الحالة العامة للمصاب مع وهن أو انهيار عصبي أو نفسي.

تعويض فقدان المادة الجلدية بعد الإستئصالات الواسعة يمكن أن يكون بالتطعيم الجلدي الذاتي وهو استخدام جلد الفرد نفسه، والتي يمكن استخدامها في حالة الحروق الكبيرة، أين يتم اللجوء إلى تطعيم الجلد المتجانس، جلد مأخوذ من شخص آخر متبرع.

هذه التطعيمات هي ضمادات بيولوجية تغلف مؤقتا المساحة المحروقة وتسمح للحالة العامة أن تتحسن في هذه الفترة يمكن لبعض الإضطرابات أن تظهر مجددا، كفساد الدم، أو نزيف ثانوي أو تخثر الدم (رفيقة بلهوشات، 2008، 119).

### - التدايك الطبي:

في البداية تكون على شكل تحريكات لطيفة وحذرة ثم نشطة درجة لدرجة لتجنب الإنكماش النقص، أما تدايك الأنسجة المجروحة فيكون عند فترة الالتئام.

**- العلاج بالمضادات الحيوية:**

يقوم على المعالجة الأوكسوجينية وإعادة تنمية المضادات الحيوية، تفيد فقط في الحماية ضد عدوى بكتيرية جديدة (رفيقة بلهوشات، 2008، 118-119).

بالتالي فإن علاج الحروق يعتمد على شدتها. فالحروق الصغيرة (السطحية أو من الدرجة الأولى والثانية الخفيفة) تُعالج موضعياً باستخدام مراهم مضادة للتعفن وضمانات معقمة، وتُراقب لمنع الالتهاب. أما الحروق الخطيرة فتتطلب تدخلاً طبياً فورياً، مع التركيز على الوقاية من الصدمة، تعويض السوائل، تهدئة الألم، منع العدوى، والتطعيم الجلدي في الحالات الشديدة. يشمل العلاج مراحل متعددة تبدأ بالتطهير واستئصال الأنسجة الميتة، وتليها مرحلة إعادة الترميم الجلدي والتأهيل، بما في ذلك التدليك الطبي والعلاج بالمضادات الحيوية للوقاية من العدوى الثانوية.

**6- الآثار النفسية والاجتماعية المصاحبة للإصابة بالحروق:****1-6-1 - على المستوى النفسي:**

تعتبر الحروق صدمة نفسية وجسدية معتبرة، خاصة عند المرأة، فهي تحمل مظاهر مختلفة من الاضطرابات والانفعالات النفسية منها:

**6-1-1 - معاش الألم:**

بما أن الجسم كيان حيوي، مركزي، اجتماعي وجمالي، يُعبّر عن الذات النفسية والاجتماعية، ويُستخدم لتحقيق رغبات عضوية وعاطفية.

فإن أي تغيير يمس العضوية يحدث تحولاً أو اضطراباً لبيديا نرجسياً، وبالتالي فإن الألم يمثل المعاش الجسدي للنرجسية، ولا تستطيع المرأة المشوهة نسيان آلامها لأنها تعاني من مرارة الألم واستمراره. ومن هنا يفهم الألم أنه إحساس عضوي ذو طابع نفسي يحمل دلالات انفعالية، ويكون الألم عادة مصاحب لجرح نرجسي عميق يمثل ضياع موضوع الحب وهو الجسد (عبد الرقيب، 1987، 47).

بذلك، يُفهم الألم على أنه تجربة حسية، نفسية ناتجة عن تهديد صورة الجسد، حيث يُمثل الجرح العضوي جرحًا نرجسيًا يمس التقدير الذاتي ويخل بتوازن الهوية الجسدية والنفسية.

#### 6-1-2- الإحساس بالعار:

ينتج الشعور بالعار من عدم الثقة بالنفس ورفض الذات وانخفاض قيمة الجسم المرفوض، خاصة عند المرأة، كما تشعر بانتباه موجه إليها بواسطة نظرات وابتسامات الآخرين ما يجعلها تخجل وتتمنى إخفاء جسدها عن الآخرين.

#### 6-1-3- الخوف:

المرأة المشوهة تشعر بصفة دائمة بخوف من وجود تغير سلبي من شأنه تغيير مسار حياتها، كما يعتبر الخوف من أعراض التوتر الإنفعالي الذي يمنعها من العيش في الحاضر والتفكير في المستقبل.

#### 6-1-4- الشعور بالنقص:

تحس المرأة التي تشوهت بسبب الحروق أنها أقل شأنًا داخليًا وخارجيًا، تعتبر نفسها أنها ليست مثل الآخرين، وهذا يؤدي إلى نمو الشعور بالنقص والدونية لأننا في مجتمع يعطي قيمة للقوة والجمال الجسدي والأنثوي (محمد التومي، بدون تاريخ:50).

#### 6-1-5- عدم تقدير الذات:

أي تشوه في الجسد يجعل المرأة تفقد الصورة الإيجابية التي تحملها عن ذاتها مما ينعكس سلبًا على تقدير ذاتها، مع العلم أنه كلما كانت الخاصية الجسمانية لها مرفوضة من طرف المجتمع كلما رفضت ذاتها، وغالبا ما يتزامن مع ظهور نظرة تحقيرية للذات وبالتالي ميلها للإنطواء وابتعادها عن الاتصال الاجتماعي وتصبح لها صعوبات علائقية (عبد الفتاح، 1992، 62).

**6-1-6- الجرح النرجسي:**

إن التغيير الذي يحدث على مستوى صورة الجسم يؤدي إلى عدم تقبل الذات وعدم الرضا عنها، مما يتسبب في جرح نرجسي يجعله دائم الرفض لصورة جسمه المشوه، فلا يعطي أي أهمية أو قيمة لذاته، فالجرح النرجسي حسب **Virel** هو ضربة محمولة لتقدير الذات. أما **Groot** فيرى بأن الجرح النرجسي ينتج الاحساس بعدم القوة.

كما أن الرفض يؤدي بالإنسان إلى الشعور بالنقص في الوقت الذي أصبحت فيه الحياة معقدة، تتطلب من أي واحد منا أن يواكب مجراها ويخلق نظاما يعيش به فيها، لكن فينا من يتمكن من ذلك وفينا من يفشل (طبي سهام، 2004، 186).

**6-1-7- اضطرابات القلق:**

تبدأ اضطرابات القلق في الأسابيع الأولى منذ تعرض الشخص للصدمة والتي تستطيع أن تستمر على مدى عامين Malt (1987)، وعلى الصعيد الجسدي تعيش هذه الاضطرابات على شكل: اضطرابات عضوية، هضمية وتنفسية، بينما تتمركز معاناته النفسية على شكل مخاوف فوبية وسلوكيات تجنبية، والافراط في الحذر، والشك والإحساس بالتبعية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية وانعدام الثقة النفس (طبي سهام، 2004، 187).

**6-2- على المستوى العلائقي والاجتماعي:****6-2-1- انتشار حالات الانفصال والطلاق:**

إن تداخل وتطور آثار الصدمة النفسية: الانطواء، فقدان الوظيفة، مظاهر الخوف والتجنب وإضطرابات العلاقة العاطفية والجنسية منها، يقود في الأخير إلى العديد من المواقف الأليمة التي تنعكس على المستوى الأسري بالدرجة الأولى، وتنتهي بالانفصال أو الطلاق اللذين من شأنهما أن يؤديا إلى عزلة إجتماعية أكبر للمصاب، وبالتالي الإنسحاب من المجتمع.

**6-3- على المستوى الجنسي:****6-3-1- عدم الرغبة الجنسية:**

إن تذبذب رغبات النساء الجنسية يكون نتيجة التغيرات الحياتية الكبرى التي تحدث للمرأة، أكثرها العوامل النفسية التي تؤثر سلباً على الرغبة الجنسية للمرأة، كمنظرتها السلبية اتجاه جسدها، خاصة وإذا الحرق مس مناطق الإثارة الجنسية، حيث تنشأ جراء هذه التصورات السلبية فكرة خاطئة تبعد المرأة عن الشعور باللذة الجنسية أثناء علاقتها الزوجية (مباركي، 2020).

بناءً على ما سبق، يمكن تلخيص الآثار النفسية والاجتماعية والجنسية للحروق عند المرأة فيما يلي: تُسبب الحروق الجسدية عند المرأة آثاراً نفسية واجتماعية وجنسية متعددة، أبرزها الشعور بالألم كجرح نرجسي يمس صورة الجسد، الإحساس بالعار، الخوف، الشعور بالنقص، انخفاض تقدير الذات واضطرابات القلق. كما تؤدي إلى مشاكل علائقية مثل الانفصال والطلاق نتيجة الانطواء والاضطرابات العاطفية والجنسية، وتؤثر سلباً على الرغبة الجنسية بسبب النظرة السلبية للجسد، خاصة إذا مس الحرق مناطق الإثارة.

**7- التكفل النفسي بالمصابين بالحروق الجسدية:**

شهد مجال الرعاية النفسية والاجتماعية للمصابين بالحروق تطورات كبيرة في السنوات الأخيرة، مما يعكس فهماً أعمق للتفاعل المعقد بين الشفاء الجسدي والتعافي النفسي. لا تقتصر رحلة الناجي من الحروق على الندوب الجسدية فحسب، بل تمتد إلى الممرات المعقدة لإعادة التأهيل العاطفي والاجتماعي حيث أن الحروق يمكن أن تترك علامات لا تمحى على نفسية الشخص. مما يؤثر على الصورة الذاتية والعلاقات بين الأشخاص ونوعية الحياة بشكل عام، فأصبح دمج الدعم النفسي والاجتماعي في

بروتوكولات رعاية الحروق حجر الزاوية في العلاج الحديث بهدف معالجة مجموعة كاملة من التحديات التي يواجهها الناجون من الحروق (2024, faster capital).

من وجهة نظر مقدمي الرعاية الصحية، هناك تركيز متزايد على التدخل المبكر للدعم النفسي، مع الإعتراف بأن المساعدة في الوقت المناسب يمكن أن تخفف من مشاكل الصحة العقلية على المدى الطويل (2024, faster capital).

وأيضاً حسب (2024, faster capital) فإن المرضى وعائلاتهم أيضاً يساهمون بمعلومات قيمة حول الجوانب النفسية والاجتماعية لرعاية الحروق. وهذا ما أثبتته مجموعات الدعم وبرامج التوجيه المخصصة للمرضى المصابين بالحروق.

كما أن الإستماع للآخرين الذين سارو في مسار مماثل يوفر الراحة والإستراتيجيات العملية للتعامل مع آثار إصابة الحروق وتعزز هذه التجارب المشتركة الشعور بالإنتماء للمجتمع، وهو أمر بالغ الأهمية للمرونة العاطفية (2024, faster capital).

ويتطلب التكفل بالأشخاص الذين يعانون من الحروق استعادة الوظيفة المثلى للناجين للمشاركة الكاملة في المجتمع نفسياً وجسدياً، حيث يواجه الناجون من الحروق سلسلة من الإعتداءات المؤلمة على الجسم والعقل والتي تمثل تحديات غير عادية للمرونة النفسية. يمثل الأخصائي النفسي دوراً مهماً في تحليل الحالة النفسية والاجتماعية لدى المصاب وادخال التدخلات العلاجية المناسبة (Vaniprabha & Madhusudhan, 2015, 31).

كما يركز التدخل النفسي لدى حالات الحروق على الحاجات الأساسية للفرد مثل بقائه على قيد الحياة وكيفية التعامل مع الألم سواءاً أثناء العمليات الجراحية أو في حالة تغيير الملابس وما يترتب عليها من ألم، كما يقوم على تشجيع العميل على تقبل حالته (De sousa, 2013, 28).

وللتعمق أكثر نأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:

### 7-1- الفحص النفسي المبكر:

يساعد تنفيذ التقييمات النفسية الروتينية بعد وقت قصير من دخول المستشفى على تحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بتفاعلات التوتر الشديد مما يتيح التدخل الفوري.

### 7-2- التدخلات النفسية والاجتماعية المخصصة:

يتم تصميم خطط العلاج بشكل متزايد وفقا لإحتياجات الفرد، مع علاجات مثل العلاج السلوكي المعرفي (CBT) للحد من التوتر القائم على الوعي (MBSR). ومعالجة قضايا مثل القلق، الاكتئاب، اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

### 7-3- مشاركة الأسرة:

إدراكا للتأثير المضاعف لصدمة الحروق، يتم توفير الاستشارات العائلية وخدمات الدعم لمساعدة الأقارب على التعامل مع استجاباتهم العاطفية والمساعدة بشكل أفضل في تعافي المريض.

### 7-4- العلاج بالواقع الافتراضي:

برز الواقع الافتراضي كأداة جديدة لإدارة الألم وتشتيت الانتباه أثناء الإجراءات المؤلمة، وتم استكشافه أيضا لامكانياته في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين من الحروق.

### 7-5- برامج إعادة الإدماج الاجتماعي:

تهدف هذه البرامج إلى إعداد المرضى للعودة إلى المجتمع من خلال تزويدهم بالمهارات اللازمة للتعامل مع التفاعلات الاجتماعية والوصمة المحتملة، والتي غالبا ما تتضمن لعب الأدوار والتدريب على المهارات الاجتماعية.

## 7-6- المتابعة طويلة المدى:

يعد الدعم المستمر أمراً بالغ الأهمية، وتقدم العديد من المراكز الآن خدمات متابعة طويلة المدى لمعالجة أي مشكلات نفسية، اجتماعية ناشئة، مما يضمن الرفاهية المستدامة (faster, capital, 2024). نستخلص مما سبق أن التكفل النفسي للمصابين بالحروق يشكل عنصراً أساسياً في مسار العلاج الشامل، حيث لم تعد الرعاية تقتصر على الجوانب الطبية فقط، بل شملت التدخلات النفسية والاجتماعية المبكرة، المصممة وفق خصوصية كل حالة. ويهدف هذا التكفل إلى الحد من الآثار النفسية كالاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، من خلال العلاج المعرفي السلوكي، الدعم الأسري، الواقع الافتراضي، وبرامج إعادة الإدماج الاجتماعي. كما تضمن المتابعة طويلة المدى استمرارية الدعم النفسي والاجتماعي، ما يعزز من تعافي الناجين واندماجهم مجدداً في المجتمع.

**خلاصة الفصل:**

تعتبر الحروق من أخطر الإصابات التي من المحتمل أن يتعرض لها الإنسان في حياته ، وغالبا ما تكون إثر الحوادث المنزلية، فإن لم تؤدي إلى الوفاة خلفت آثارا و تشوهات ومضاعفات سواء على الجانب الجسدي كالشلل والعاهاات المستديمة، أو على الجانب النفسي وما تولده من معاناة ومشاكل عديدة سواء على المستوى العلائقي أو المستوى الجنسي، حيث يكون كل هذا انعكاس لصدمة الحادث وكذلك للتشوهات التي تركها فمن خلال ما تقدم في هذا الفصل، يمكننا تصور قسوة التجربة التي يمر بها المحروق والأثر البالغ الذي تتركه الحروق ، ليس فقط على الحالة الجسمانية للفرد بل يتعداه ذلك إلى الحالة النفسية.

## الفصل الثاني: الصمود النفسي

### تمهيد

- 1- مفهوم الصمود النفسي.
  - 2- بعض المفاهيم المتعلقة بالصمود النفسي.
  - 3- مكونات الصمود النفسي.
  - 4- أبعاد الصمود النفسي.
  - 5- مقاومات الصمود النفسي.
  - 6- نتائج الصمود النفسي من وجهة نظر علم النفس الإيجابي
  - 7- خصائص الصمود النفسي.
  - 8- مبادئ الصمود النفسي.
  - 9- مراحل الصمود النفسي.
  - 10- أنماط الصمود النفسي.
  - 11- السمات التي يتمتع بها الأفراد ذو الصمود النفسي.
  - 12- بعض النظريات المفسرة للصمود النفسي.
- خلاصة الفصل.

**تمهيد:**

يعد الصمود النفسي أحد الركائز الأساسية التي تمكن الإنسان من مواجهة ضغوط الحياة وتحدياتها المتزايدة بثبات ومرونة. وفي ظل ما يشهده العصر الحديث من تقلبات سريعة وأحداث غير متوقعة، أصبح التحلي بالصمود النفسي ضرورة ملحة، سواء على الصعيد الشخصي أو المهني أو المجتمعي. فهو لا يقتصر على مجرد التحمل، بل يشمل القدرة على التكيف مع الصعوبات والنهوض من العثرات، وإستعادة التوازن النفسي بعد الأزمات. وإنطلاقاً من أهمية هذا المفهوم في تعزيز الصحة النفسية والرفاهية العامة سنتطرق في هذا الفصل إلى الصمود النفسي وأهم العناصر فيه.

**1- تعريف الصمود النفسي:****1-1- لغة:**

ورد الصمود في " معجم المأثورات اللغوية والتعابير الأدبية" بمعنى صمد صمداً صموداً: ثباتاً ثباتاً كما ورد في معجم " رائد الطلاب ف جاء بمعنى صمد يصمد صمداً وصموداً: ثبت " صمد الجيش أمام هجمات الأعداء، كما وردت كلمة الصمود في المعجم (الوسيط ومختار الصحاح) بأنها إسم يشتق من الفعل (ص م د) (فعل ثلاثي لازم متعدد بحرف) صمدت، أصمد، مصدر (صمد، صمداً وصموداً) بمعنى ثبت وإستمر وصمد الشيء: قصده (عرفات حسين أبو مشايخ وجميل حسن الطيراوي، 2018، 22).

**1-2- إصطلاحاً:**

عرفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس Association psychological American بأنه: عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، والصدمات والنكبات أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر، مثل المشاكل الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين المشكلات الصحية الخطيرة، مثل ضغوط العمل، المشكلات المالية، كما يعني الصمود النفسي القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو النكبات أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفعالية وإقتدار وتعرف باضة(2011) الصمود النفسي بأنه قدرة تمكن الإنسان من المواجهة الإيجابية أو التأقلم والمواقف الإيجابية مع التهديدات أو العثرات أو النكبات التي يتعرض لها في حياته، وتحقق نواتج حياتية إيجابية بالرغم من مثل هذا التعرض، و القدرة على التعبير عن مشاعره و التواصل الإيجابي مع الآخرين (عرفات حسين أبو مشايخ وجميل حسن الطيراوي، 2018، 23).

الصمود في علم النفس يعني القدرة على إستعادة الفرد لتوازنه بعد التعرض للمحن والصعاب بل قد يوظف هذه المحن والصعاب لتحقيق النمو والتكامل، وهو بالتالي مفهوم ديناميكي تحمل في معناه الثبات، كما يحمل الحركة. (هويدة إسماعيل إبراهيم ومحمد سلمان شبيب، 2028، 168).

وعليه الصمود النفسي هو تلك العملية الدينامية التي تؤدي إلى التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية لشدائد والصدمات والأزمات النفسية التي قد يواجهها الفرد سواء كانت مشكلات إجتماعية أو كوارث طبيعية دينامية أو أمراضا مزمنة أو غيرها من الصدمات العنيفة، كما ينطوي هذا المفهوم على القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد والنكبات وتجاوزها بشكل إيجابي و مواصلة الحياة بفعالية وإقتدار، إضافة إلى ذلك فالصمود النفسي يعد أحد السمات النفسية التي تؤثر بالنوع أو نسبة الذكاء إلا أن الخبرات والتفكير بصفاء وعقلانية في مواجهة الضغوط الحياتية، والتنشئة الاجتماعية السليمة كلها تعمل كعوامل وقائية تدعم ظهور الصمود النفسي بنسبة مرتفعة عند مواجهة الضغوط والأزمات (شاكر محمد أحمد البشراوي ووسام كردي عذاب العزراوي، 2018، 389).

ويعرف كل من ويرز وسميث (Werner & sith 1992) الصمود النفسي بأنه قدرة الفرد على التعافي والعودة للحياة بشكل متوازن نفسيا بعد حدوث خسارة (زينب عبد المحسن درويش، بدون تاريخ، 1348).

لذا الصمود هو القدرة التي تسمح للإنسان أن يتجاوز التحديات وينهض مما يتعرض لمجموعة من العثرات ليحقق النمو والكفاءة، ويستمد مفهوم الصمود مكانة على الخريطة العلمية من المشهد الاجتماعي، إذ تحيط بالإنسان منذ نشأته تحديات لا قبل له بتجنبها ولا قبل له بالتغلب عليها، وعليه أن يواجهها أو يتعايش معها أو يتجاوزها، وهنا تكشف لنا فعالية الصمود ودوره المحوري في بناء الشخصية، فإذا كانت القوى الخارجية لا قبل لنا بمواجهتها أو التغلب عليها - فكيف لنا أن ننمي القوى الداخلية كي نحيد تأثيراتها وتداعياتها السلبية بما يمكن أطفالنا من تحقيق النمو والتكامل، والصمود مفهوم دينامي يعني

القدرة على إستعادة القوة والحفاظ عليها على الرغم من التحديات والمحن ( حسن أحمد سهيل غولي وجبار وادي باهض العكيلي، 2019، 296).

وحسب إبراهيم عزوزي (2019) فإن أبو حلاوة (2013) يرى الصمود بأنه القدرة على المحافظة على الحالة الإيجابية والتأثير الفعال والتماسك والثبات الإنفعالي في الظروف الصعبة مع الشعور بحالة من الإستبصار والتفاؤل والإطمئنان على المستقبل (إبراهيم بن عزوزي، 2019، 160).

كما يعرف الصمود النفسي بأنه القدرة على التكيف الإيجابي في مواجهة الضغوط النفسية، كما يتمثل في قدرة الفرد على إستعادة توازنه بعد التعرض للمحن والصدمات المضطربة التي تواجهه (أحمد عبد الحسن عطية وميامين مهدي حسن جعدان، 2021، 309).

ومنه نستنتج أن الصمود النفسي هو قدرة الفرد على التكيف الإيجابي مع الشدائد والضغوط النفسية والإضطرابات، مثل الصدمات، والمحن، والمشكلات الحياتية المختلفة، وذلك من خلال إستعادة التوازن النفسي، وتجاوز التحديات، وتحقيق النمو والتكامل النفسي. لا يقتصر الصمود على مجرد التحمل، بل يتضمن أيضاً إستخدام آليات نفسية وذهنية تتيح للفرد مواجهة المواقف الصعبة بنجاح وتحقيق نتائج إيجابية، سواء على مستوى الصحة النفسية أو العلاقات الاجتماعية أو الأداء الوظيفي.

## 2- بعض المفاهيم المتعلقة بالصمود النفسي:

2-1- الصمود النفسي والمناعة النفسية: ويقصد به قدرة الشخص على مواجهة الأزمات والكروب، وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر غضب وسخط وعداوة وإنقمام، ومشاعر عجز ويأس وإنهزامية وتشائم، وتنقسم المناعة النفسية إلى ثلاث أنواع:

- مناعة نفسية طبيعية: وهي مناعة ضد التأزم والقلق وهي موجودة عند الإنسان في طبيعة تكوينه النفسي الذي ينمو من التفاعل بين الوراثة والبيئة، فالشخص صاحب التكوين النفسي الصحي يتمتع

بمناعة نفسية طبيعية عالية ضد الأزمات والكروب، والقدرة على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعاب، وضبط النفس.

- مناعة نفسية مكتسبة طبيعياً: وهي مناعة ضد التأزم والقلق يكتسبها الإنسان من التعلم والخبرات والمهارات والمعارف التي يتعلمها في مواجهة الأزمات والصعوبات السابقة.

- مناعة نفسية مكتسبة صناعياً: وهي تشبه المناعة الجسمية التي يكتسبها الفرد في حقن الجسم عمداً بالجرثومة المسببة للمرض، للحد من خطورتها وتبقى مناعتها مدة طويلة. وتسمى مناعة مكتسبة فاعلة (كمال مرسي، 2000، 96-97). فالمناعة النفسية هي بمثابة مقاومة الفرد لكافة المواقف والأحداث الحياتية التي يتعرض لها، وقدرته على تحمل مصاعبها وتصديه لها بفعالية وصمود مرتفع، حيث يساعده على التكيف والتعايش مع ظروف الحياة القائمة (يحي شقورة، 2012، 12).

ومنه المناعة النفسية هي أساس الصمود النفسي، وتتكون من جوانب طبيعية ومكتسبة، مما يجعل الصمود قدرة يمكن تطويرها وتعزيزها لمواجهة الضغوط والتكيف مع الأزمات بفعالية.

## 2-2- الصمود النفسي والإتزان الإنفعالي:

وهو أن يكون لدى الفرد القدرة على التحكم والسيطرة على إنفعالاته المختلفة ولديه صمود في التعامل مع المواقف والأحداث الجارية بحيث تكون إستجابته الإنفعالية مناسبة للمواقف التي تستدعي هذه الإنفعالات (محمد حمدان، 1992، 37).

ويوضح ريان أن الفرد المتزن إنفعالياً يستجيب للمواقف والمشاكل التي تواجهه بأسلوب يتصف بالصمود

والمرونة وعدم التطرف والمبالغة والإندفاع في الإستجابة للمواقف الإنفعالية المختلفة، فهو شخص يشعر بالتفاؤل والبشاشة، والاستقرار النفسي والتحرر إلى حد كبير من الشعور بالإثم والقلق، والوحدة النفسية، لذا فإن الإتزان الإنفعالي هو حالة التروي والمرونة الوجدانية حيال المواقف الإنفعالية المختلفة

التي تجعل الأفراد يميلون لهذه الحالة الأكثر سعادة، وهدوءً وتفاؤلاً وثباتاً للمزاج وثقة في النفس (سماح محمد جمعة الغبور، 2019، 22).

ومنه فإن الإلتزان الإنفعالي يعد أحد مظاهر الصمود النفسي، حيث يتيح للفرد التحكم في إستجاباته الإنفعالية بشكل متزن ومرن، مما يساعده على مواجهة المواقف الصعبة بثبات وهدوء وتفاؤل وثقة بالنفس.

### 2-3- الصمود النفسي والصلابة النفسية:

ورد في الكتابات المتعلقة بعلم النفس وبالتحديد في مجال الصحة النفسية مفهومين مستقلين ومتداخلين لهما علاقة بقدره الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها ومواصلة شق طريقه في الحياة بشكل إيجابي، هذان المفهومان هما الصمود النفسي والصلابة النفسية ويعود الفضل في التركيز على مفهوم الصلابة النفسية إلى عالمة النفس كوباس (Kobas 1979) حيث توصلت إلى هذا المفهوم من خلال العديد من الدراسات التي إستهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء إحتفاظ الأشخاص بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغط.

وتعرف Kobass الصلابة النفسية بأنها مجموعة من السمات تتمثل في إعتقاد أو إتجاه عام لدى الفرد في فعاليته وقدرته على إستغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة إدراكاً غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو إيجابي، وتتضمن ثلاث أبعاد هي: الإلتزام، التحكم، التحدي (زينب راضي، 2008، 21). ويشير (عماد مخيمر، 2000، 16) في تعريفه الصلابة بأنها "إعتقاد عام للفرد في فعاليته وقدرته على إستخدام كل المصادر النفسية والاجتماعية المتاحة، كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة". ووفقاً لتراث المتاح تعتبر الصلابة النفسية مصدراً من مصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية، حيث تساهم الصلابة النفسية في

تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقويم والمواجهة الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلقته الظروف الضاغطة (سماح محمد جمعة الغبور، 2019، 22-23).

ومنه تعد الصلابة النفسية مكوناً أساسياً من مكونات الصمود النفسي، إذ تسهم في تعزيز قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط ومواصلة الحياة بشكل إيجابي، من خلال أبعاد مثل الإلتزام والتحكم والتحدي، ما يساعد في الحفاظ على الصحة النفسية رغم الشدائد.

#### 2-4- الصمود النفسي والمرونة النفسية:

تناولت (صفاء الأعسل، 2004، 11) بالتحليل الترجمات التي طرحت لمفهوم Resilience حيث أنه يشير إلى الصعاب التي تمثلها التركيبة السيكولوجية فيما يتعلق بترجمتها إلى العربية، فقد توقفت أمام مرادفات عديدة، منها: مقاومة الإنكسار، الصلابة، التصالحية، المرونة، التعافي، وكان في كل منها قصور في إحتواء المعنى الأصلي، وإنتهت إلى تفضيل ترجمة إلى المقابل العربي "الصمود"، كما رأيت أن في مفهوم الصمود دلالات كثيرة فأشارت إلى أن في حرف (ص) صلابة، وفي حرف (م) مرونة، وفي حرف (و) وقاية، وفي حوف (د) دافعية وبالتالي يتجاوز الصمود كمصطلح المدلول اللغوي إلى المدلول النفسي لكلمة الصمود النفسي بمعناه المتعارف عليه. (سماح محمد جمعة الغبور، 2019، 23-24).

وبهذا يعد صمود الإنسان بالرغم من المحن التي يتعرض لها أكبر دليل على الإيجابية الخلاقة التي لا تزعم لظروف البيئة الخارجية، ولا تركز لعوامل التغيير القدرى التي لا يستطيع الإنسان تغييرها حتى يصل الإنسان الصامد في علاقته بظروف البيئة الخارجية إلى مستوى التأثير المتبادل، فلا تلبث أن تلقي عليه البيئة ظرفاً قاهراً، إلا ويقابلها التأثير المتبادل ويقابلها نوع من الأمل والتطلع الدائم إلى الأمام (أشرف عطية، 2011، 572).

ومنه الصمود النفسي يتكامل مع المرونة النفسية، حيث يعبر عن قدرة الفرد على مواجهة المحن بتوازن نفسي يدمج بين الصلابة والمرونة والدافعية، مما يمكنه من التفاعل الإيجابي مع الضغوط والتأثير فيها بدلاً من الإستسلام لها.

## 2-5- الصمود النفسي والتكيف:

هناك علاقة وثيقة بين الصمود النفسي والتكيف. بل يعتبر الصمود النفسي أحد أهم العوامل اللازمة لحدوث التكيف الشخصي والاجتماعي لدى الفرد حيث يستجيب للمؤثرات الجديدة إستجابة ملائمة فالشخص الجامد الغير مرن لا يقبل أي تغير يطرأ على حياته و من ثم فإن توافقه يختل ، وعلاقته بالآخرين تضطرب إذ ما إنتقل إلى بيئة جديدة يغير أسلوب الحياة فيها الأسلوب الذي مارسه و تعود عليه، أما الشخص الصامد فإنه يستجيب للبيئة الجديدة إستجابة ملائمة تحقق التكيف بينه وبين البيئة الجديدة، ومعنى ذلك أن توافق الفرد يكون أسهل كلما كان الفرد صامدا والعكس صحيح ، فكلما قل الصمود لدى الفرد قلت قدرته على التكيف في محيط ظروفه و بيئته الجديدة، وهناك نوعان من الصمود: الصمود القوي الذي يتكيف فيه الفرد مع البيئة الجديدة دون أن يغير من طبيعته وشخصيته الأصلية، وهناك الصمود الضعيف الذي يتقبل فيه الفرد قيم البيئة الجديدة ومثلها تقبلا يؤدي به إلى أن ينكر شخصيته الأصلية، وتكون نتيجة ذلك عدم توافق الفرد إذا ما ترك هذه البيئة الجديدة وعاد إلى بيئته القديمة. مثل هذا الصمود لا يحقق التكيف بل يؤدي على العكس من ذلك إلى إختلاله (مصطفى فهمي، 1995، 39).

ومن أهم عوامل التكيف السوي هو أن يكون الفرد على درجة من الصمود النفسي وهي قدرة الفرد على مواجهة المواقف الجديدة، في حين أن التصلب والجمود على أنواع محددة من السلوك تجعل الفرد غير قادر على التكيف في المواقف المستجدة، فيجب أن يكون على درجة من الصمود تساعده على فهم الواقع

الجديد ومحاولة التكيف معه وتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته وفق شروط البيئة التي يعيش فيها، لأن عملية التكيف السوي هي إقامة علاقة ناجحة مع البيئة (محمد الطحان، 1992، 176 177).

إن التوافق يتضمن المرونة في مواجهة الظروف البيئية، فالطالب الذي يتمتع بقدر من الصمود النفسي هو الذي يجد طرقاً جديدة لإشباع رغباته تبعاً لأي تغيير في الظروف المحيطة به، أن يكون متوافقاً مع ذاته أي تكيفه مع نفسه، ورضاه عنها من خلال التوفيق بين دوافعه والتحكم فيها وحسم صراعاتها بتوجيه جميع قواه في تحقيق إحتياجاته ومتطلباته المادية والنفسية وأيضاً يجب أن يكون متوافقاً مع ذاته أي تكيفه مع نفسه، ورضاه عنها من خلال التوفيق بين دوافعه والتحكم فيها وحسم صراعاتها بتوجيه جميع قواه في تحقيق حاجاته ومتطلباته المادية والنفسية وأيضاً يجب أن يكون متوافقاً أي يتكيف مع الآخرين كالأُسرة والمدرسة والمهنة والمجتمع. وهو على قدر من الصمود والمسايرة للمجتمع الذي يعيش فيه وذلك من خلال تقبلهم وإحترامهم والتفاعل معهم وإقامة علاقات إجتماعية سليمة إيجابية مع أفراد المجتمع، كذلك يمكن الإنسان من التوجيه الصحيح نحو أهدافه والعمل معها بمرونة لتحقيقها بشكل سليم (يحي شقورة، 2012، 21).

ومنه فإن الصمود النفسي يعد أساساً جوهرياً للتكيف السليم، حيث يمكن الفرد من الإستجابة المرنة للمواقف والبيئات الجديدة دون فقدان هويته، مما يساعده على التوافق مع ذاته ومع الآخرين، وتحقيق التوازن بين إحتياجاته ومتطلبات الواقع.

### 3- مكونات الصمود النفسي:

#### 3-1- مكونات داخل الفرد:

ينشأ الصمود من عدة عمليات تفاعلية تشمل العلاقات الشخصية، والمساندة الاجتماعية، والخصائص الشخصية، وتعتبر النقاط التالية عن مكونات الصمود النفسي داخل الفرد:

-الأسلوب المعرفي، مرونة التفكير، والتي ربما تحسن فرص الصمود في الإستجابات التوافقية.

- شخصية: وتشمل التنظيم الوجداني، المرونة الدعابة، القابلية لتوافق.
- المزاج الإيجابي والتنظيم الإنفعالي، ردود الأفعال نحو الضغوط، وحث الصمود.
- مهارات البينشخصية مثل الاجتماعية والقدرة على رؤية الأشياء من منظور آخر، القدرة على التعامل والتواصل مع الآخرين.
- الإرتباطات الإيجابية التي تبدو في القدرة على الإرتباط بالآخرين أو إمتلاك خبرة الإرتباط بالآخرين أو إمتلاك خبرة الإرتباط الإيجابي بالآخرين.
- تقدير الذات والصمود الذاتي المرتبط بالثقة والإعتقاد في الذات، والرؤية الإيجابية لذلك.
- التنظيم الذاتي ويشمل التخطيط، السلوك المباشر نحو الهدف وإدارة الذات.
- وجهة التحكم الداخلي، وهذا يرتبط بإدارة القدرة على المساهمة في المواقف أكثر من اللجوء إلى التحكم الخارجي في الظروف والأحداث.
- الذكاء ويرتبط بالقدرة على إتخاذ القرار، النجاح في التخطيط والثقة بالنتائج.
- أسلوب المواجهة ويرتبط بالمرونة، الإستفادة من المواقف، حل المشكلات أكثر من التركيز على زيادة القلق والإكتئاب.
- الشعور بالمعنى والهدف من الحياة.
- مستويات الطموح المستقبلي: ويرتبط برؤية الشخص لما سيصبح عليه أو الهدف الذي يحتاج الوصول إليه.
- القدرة على الإحتفاظ بالدافعية والتركيز على تجاوز التحديات الذاتية، وطلب المساعدة.
- الاهتمام بالصحة: وتشمل المعرفة بالرعاية الذاتية، وطلب المساعدة (Atalaia, 2015, 68).

## 3-2- مكونات خارجية للصدود:

يؤثر السياق الاجتماعي والبيئي في الصدود النفسي لدى الأفراد، وهذا السياق ربما يكون مصدراً للمحن التي يواجهها، وربما تكون هذه المصادر وسائل حماية ضد المحن والصعاب التي تأتي من السياق الاجتماعي والنفسي والبيئي والمادي والتي ربما تساهم جميعها في الصدود. وأن المظاهر الخارجية للصدود تعتمد على ودود تأثيرات إيجابية وقدرة الفرد على التعامل مع تلك المؤثرات. إذ أن مظاهر الصدود لدى الأفراد الصغار تمثل سياق متعدد من مصادر المساندة والتي ترتبط بالصحة النفسية وحسن الحال لديهم، فعلى سبيل المثال تمثل العلاقات الاجتماعية عوامل تخفف من مصادر الخطورة بإعتبارها مصادر حماية ثابتة تقدم المساندة والإرتباط والتواصل والتشجيع والتقبل كما أن رابطة التعلق الإيجابي بين الطفل والوالدين وخصوصاً أسلوب الدفء الوالدي ربما يزيد الصدود بإعتبارهم نماذج مثالية إيجابية. ويظهر تدعيم الصدود في مرحلة البلوغ في شكل الثقة والقدرة على الإستفادة من المساندة، ومن المعلوم أن المصادر المتنوعة للمساندة (المادية-العاطفية-المعلوماتية) لها تأثيرات كبيرة على جودة الحياة النفسية لدى الصغار، فعلى سبيل المثال إن تأثيرات المساندة الاجتماعية من الأسرة ربما تختلف عن المساندة الإنفعالية للأقران عن مرحلة المراهقة. والجدير بالذكر أن الأسر والأصدقاء ربما يؤثران في الإتجاهات والسلوك الجيد بإعتبارهم نماذج سلوكية تقدم المعلومات للأفراد بإعتبارهم مصادر مساعدة. كما أن جودة الرعاية الصحية في المجتمع تعتبر عامل حماية يعزز الصدود والإستجابة ضد المحن والمرض علاوة على أن الإرتباط بالجماعة والإستفادة منها تعتبر وظيفة تحمي الأفراد وتعزز الصدود لديهم، وربما يبني الصدود النفسي من خلال المؤثرات الثقافية والقيم والجانب الديني والروحي.

كما أن المدرسة تقدم الفرص للمساندة والإرتباط والتواصل مع البالغين، علاقات الأقران، الألعاب الرياضية، الأنشطة الجماعية في الفصل، إضافة إلى الإرتباط والتواصل خلال المجتمع يمثل عوامل تقوية الصدود النفسي (Klinebrg, 2013, 147-149).

وقد اختلفت الآراء والرؤى حول مكونات الصمود النفسي فمثلاً أشار (Wicks, 2005, 15-16) إلى أن

مكونات الصمود هي:

- الرؤية الشخصية وتتضمن: الغرض والمعنى، المبادئ والأهداف.
- القدرة على حل المشكلات وتتضمن: الإستجابة السريعة عند المواجهة للخطر، البحث عن المعلومات والقيام بمحااضرة حاسمة.

- المساندة الإجتماعية وتتضمن: تمييز الفرد عن الآخرين وقدرته على إقامة العلاقات الاجتماعية.

- ميكانيزمات الدفاع لأننا وتتضمن: القدرة على فصل الإنفعال، وإعادة البنية المعرفية.

وقد أشار (Luthar & Ciechetti, 2000, 858) إلى أن الصمود النفسي يشمل بعدين هما: الكارثة

والتكيف الإيجابي. ويتضمن الصمود النفسي الأمل والتفاؤل والتحمل والكفاءة الذاتية، والشعور بالتماسك .

(Koen, 2010, 5)

وقد ذكر محمد أبو حلاوة (2013) سبع مكونات للصمود النفسي تعد أساس الوقاية من الإضطرابات

النفسية والسلوكية وهي:

- الوعي بالإنفعالات والمشاعر أو تنظيم الإنفعالات والمشاعر، القدرة الأولى هي تعرف المرء وتحديد

للإنفعالات والمشاعر التي تسيطر عليه، عند الضرورة والقدرة والسيطرة عليها.

- ضبط أو السيطرة على الإندفاعات: يتميز ذو المستويات العالية من الصمود النفسي بالقدرة على تحمل

الغموض، وبالتالي لا يندفعون هكذا بدون وعي إلى صنع وإتخاذ قرارات متعجلة، إذ هم قادرون على

التريث والتدبر ومعالجة الأشياء أو الأحداث تأملياً قبل إتخاذ قرار بفعل أو تصرف معين.

- التفاؤل: ويعني ذلك أن يتبنى ويتبع الإنسان أسلوب الوصف والتفكير والتفسير التفاؤلي، أي التفاؤل

الواقعي الذي يبعد الإنسان عن التهويمات الخيالية غير المستندة إلى الواقع، ومن يظهرون تفاؤلاً هلامياً

غير واقعياً كمن يدس رأسه في التراب متعامياً عن الحقائق والوقائع، وبالتالي فالتفاؤل الحقيقي أو الواقعي

هو ذلك التفاؤل الذي يدفع الإنسان بتجاه حل مشكلات من خلال رؤية الواقع ووصفه وتفسيره بدون مزايدة وتلمس كل جوانب الخير فيه.

- التحليل السلبي: ويعني القدرة على التكيف الشامل المتعمق في المشكلات التي تواجهها ومن يحصلون على درجات مرتفعة على المقاييس التي تقيس الصمود النفسي هم الأشخاص القادرون على النظر إلى المشكلات من زوايا متعددة للتبصر بمختلف العوامل النسبية لها والحلول المختلفة المحتملة للتغلب عليها.

- التعاطف: يعني القدرة على فهم وقراءة إنفعالات ومشاعر الآخرين، ولهذه القدرة أهمية بالغة للصمود النفسي لسببين أساسيين هما: الأول: يساعد التعاطف الأفراد على إقامة وإستمرار في العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين. والثاني: تعد هذه العلاقات الاجتماعية الإيجابية القائمة على التعاطف مصدراً رئيسياً من مصادر المساندة الاجتماعية والنفسية وبالتالي تعد عامل وقاية من الإضطرابات النفسية والسلوكية.

وتجدر الإشارة إلى أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على المقاييس التي تقيس الوعي بالإنفعالات والمشاعر وفهم الإنفعالات والمشاعر الذاتية، يميلون أكثر إلى التعاطف مع الآخرين مقارنة بمن يحصلون على درجات منخفضة على المقاييس المشار إليها.

- فعالية الذات: ويعني ثقة المرء في قدرته على حل المشكلات، كما ترتبط فعالية الذات جزئياً على الأقل بمعرفة المرء لمكان قوته وباطن ضعفه وتركيزه على حسن توظيف مكامن قوته لتمكينه من التوافق الإيجابي مع أحداث ووقائع الحياة، ويختلف مفهوم فعالية الذات عن مفهوم تقدير الذات، بمعنى آخر أن فعالية الذات ليست مجرد رضا المرء عن ذاته، بل إنها مجموعة من المهارات المرتكزة على فكرة التمكن من التوافق مع الأحداث ووقائع الحياة الإيجابية والسلبية.

- إتخاذ المخاطر المحسوبة: وهو الإستعداد للإقدام على المخاطر المحسوبة أو المناسبة، ومن يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس الصمود النفسي لديهم رغبة وإرادة وقابلية عالية لتجريب الأشياء

والإعتقاد بأن المحاولة والخطأ بل والفشل أحياناً جزءاً من الحياة (سماح محمد جمعة الغبور، 2019، 28-30).

ومنه نستنتج أن الصمود النفسي يبني على مكونات داخلية تشمل الكفاءة الذاتية، الثقة بالنفس، التفاوض، ضبط الإنفعالات، الدافعية، والمرونة في التفكير، إلى جانب مكونات خارجية تتعلق بالدعم الاجتماعي، وجود علاقات أسرية واجتماعية إيجابية، والانتماء إلى بيئة محفزة وآمنة. كما أن الصمود يتأثر بعدة عوامل منها الشخصية، الدينية، الأخلاقية والاجتماعية، وأنه ليس مجرد سمة ثابتة، بل يمكن تعزيزه وتنميته من خلال التعلم والخبرة والتدريب.

#### 4- أبعاد الصمود النفسي:

حددت جمعية علم النفس الأمريكية (APA) هناك عشر طرق لبناء الصمود النفسي:

- إقامة روابط مكثفة مع الآخرين: تتمثل في إقامة علاقات إجتماعية مع أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين وتقبل المساعدة والدعم من الأشخاص الذين نحبهم، الإستماع إليهم، والمشاركة الفعالة مع مؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات الدينية ومساعدة الآخرين في الأوقات التي يحتاجون فيها إلى المساعدة وذلك يكون مصدر دعم للراحة النفسية.

- تجنب رؤية الأزمات على أنها مشكلات: فلا يمكن تغير حقيقة الأحداث الضاغطة والأزمات والظروف لأنها جزء من الواقع ولكن بإمكان تغيير طريقة الإدراك لتلك الأمور، ومحاولة تجاوز هذه الظروف والتطلع إلى مستقبل أفضل من الحاضر (رؤية إيجابية للمستقبل).

- تقبل الغير وإعتباره جزءاً من الحياة: من الممكن ألا يتمكن الفرد من تحقيق أهدافه أو إنجازاته نتيجة للظروف والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها ولكن تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها تساعده على التركيز على الظروف الأخرى القابلة للتغيير.

- التحرك تجاه الأهداف: ضع أهداف واقعية قابلة للتحقيق في ضوء إمكانياتك وقدراتك والواقع المحيط بك حتى لو بدت بسيطة، وتأكد من أنك تستحقها بالتدريج فإن ذلك يقربك من تحقيق أهداف كبيرة.
- إتخاذ قرارات حساسة: تعامل مع المواقف الصعبة بأقصى ما تملكه من قوة، وإتخاذ قرارات تدفعك للمواجهة والتصدي والتوافق الإيجابي.
- البحث عن الفرص التي تدفع لإكتشاف الذات: يتعلم الأفراد بأن هناك جوانب نفسية نمت لديهم نتيجة تكيفهم الإيجابي مع الخسارة أو الأحداث الضاغطة، بل أن مجرد الشعور بالقابلية للتعرض لهذه الشدائد يزيد الإحساس بقيمة الذات.
- وضع الأمور في حجمها الطبيعي: عندما تواجهك أحداث ضاغطة حول وضع المواقف الضاغطة في حجمها الطبيعي والنظر إلى المدى البعيد، وتجنب خروج الحدث عن التوازن النسبي له.
- تبني وجهة نظر إيجابية للذات: ثق في قدراتك على حل المشكلات، وثق في ذاتك تجد نفسك في بداية ريق الصمود النفسي.
- الحفاظ على مستقبل مفعم بالأمل: فالنظرة التفاؤلية وتوقع الأشياء الإيجابية الجيدة التي سوف تحدث لك في المستقبل أفضل من أن تعيش في قلق.
- الإعتناء بالنفس: إهتم وقدر حاجتك ومشاعرك واندمج في الأنشطة والهوايات التي تستمتع بها وتزيد من راحتك وإسترخاءك، مارس الألعاب الرياضية التي تساعدك في المحافظة على الجسم والعقل التي تعذك للتعامل مع المواقف التي تتطلب الصمود (أبو حلاوة محمد السعيد والحديبي، 2022).
- ومنه نستنتج ان الصمود النفسي يمثل مجموعة من الأبعاد المتكاملة التي تمكن الفرد من التكيف مع الضغوط والتحديات، وتشمل الدعم الاجتماعي من خلال العلاقات الإيجابية والمساعدة المتبادلة، والنظرة الإيجابية للذات التي تعزز الثقة بالنفس والتفاؤل، إضافة إلى المرونة النفسية في التعامل مع المشاعر السلبية والقدرة على العودة للتوازن بعد الأزمات. كما يتضمن الصمود الكفاءة الشخصية في حل

المشكلات وإتخاذ القرارات، والإرتكاز على القيم الروحية والمعنوية كالأمن والإيمان، إلى جانب التفاعل الاجتماعي الإيجابي، والإعتناء بالصحة الجسدية والعقلية، مما يعزز قدرة الفرد على مواجهة الظروف الصعبة بثبات وفعالية.

### 5- مقومات الصمود النفسي:

يرى أبو حلاوة (2013) أن للصمود النفسي العديد من المقومات لخصها فيما يلي:

5-1- **نضج العلاقات الشخصية المتبادلة:** وهي نمو قدرة الفرد على إقامة العلاقات الشخصية والاجتماعية بحيث تصبح متحررة من الإندفاعات، وزيادة القدرة على التفاعل والإستجابة بطريقة لها علاقة بإستجابة الآخرين وتكون بها صمود.

5-2- **تنمية الإستقلالية الذاتية:** بمعنى أن يعتمد الفرد على نفسه في إصدار قرارات تتعلق بمستقبله وحياته وفي نفس الوقت يستمع لنصائح الآخرين وخاصة الوالدين وكل من يخصه ويحاول أن يستخلص منها ما يتماشى مع ذاته (الشويكي، 2019، 20).

5-3- **القدرة على التعامل مع العواطف:** وهي نمو قدرة الفرد على ضبط عواطفه وإنفعالاته بحيث يتعامل معها بمرونة ويعيها لضبطها في المواقف التي تتطلب ذلك (سليمون، 2015: 101).

5-4- **تنمية الكفاية:** وهي بناء قدرات الفرد العقلية والجسمية والاجتماعية، بحيث تصل على درجة المهارة والكفاية وتساعد على التوافق مع متطلبات الحياة المختلفة.

5-5- **تبلور الذات:** وهي تنمية قدرات الفرد على فهم ذاته وإمكانيته والعمل على تتميتها، ويضع ذاته ضمن إطار معين، بحيث يتلاءم مع الواقع، والشعور الواضح لشخصيته وتأثيرها على كل من يحيط به (هادي، 2021، 415).

ومنه نستنتج أن الصمود النفسي يعتمد على مجموعة من المقومات النفسية والشخصية والاجتماعية التي تكسب الفرد القدرة على التكيف مع الضغوط والتحديات، وتعزز من مرونته في مواجهة الصعوبات.

ومن أهم هذه المقومات: نضج العلاقات الشخصية المتبادلة، وتبلور الذات، والقدرة على التعامل مع العواطف، وتنمية الكفاية، إلى جانب تنمية الإستقلالية الذاتية. كل هذه العوامل تسهم في بناء شخصية صامدة قادرة على التحدي والتكيف في مختلف المواقف الحياتية.

## 6- نتائج الصمود النفسي من وجه نظر علم النفس الإيجابي:

6-1- تحقيق الصحة النفسية: وتعني النضج الإنفعالي والاجتماعي، وتوافق الفرد مع نفسه ومع العالم بحوله، والقدرة على تحمل مسؤوليات الحياة، ومواجهة ما يقابله من مشكلات، وتقبل الفرد حياته والشعور بالرضا والسعادة.

أشارت منظمة الصحة العالمية (2005) إلى أن هناك الكثير من المشاهد والنماذج حول مفهوم الصحة النفسية الإيجابية، ومنها الصمود، إذ يختلف الأفراد بشدة في القدرة على مقاومة المحن والأضرار وتجنب الإنهيار عند مجابهة الشدائد، ولا تعد جميع الإستجابات نحو الشدائد أو الضوائق المرضية، وربما تستخدم كآليات مقاومة، ولقد تصور روتر Rutter (2008) أن الصمود نتاج البيئية، ولذلك فالنتيجة ليست دائماً مضرّة، وربما تصبح العوامل الواقعية قابلة للكشف عن مواجهة المحن والشدائد.

6-2- النظرة الإيجابية للحياة "إدراك معنى الحياة": كلما كان الإنسان متحملاً بخاصية الصمود كان أكثر إيجابية في تعامله مع ما يدور حوله من موجودات، فالنظرة الإيجابية في الحياة هي التي تحدد أيضاً مكانته وقيمه الإجتماعية في الحياة، لأنها تسبب في العمل والحركة، وعامل في الفعالية والعزم.

6-3- الإستمرارية في العطاء: لا يؤتي العمل المتقطع ثماره، ويورث العمل المتكرر الكآبة، والإنسان الصامد يكتسب إستمرارية لا تعرف الإنقطاع، وعمله لا يعرف الكآبة والملل، فهو يواصل العمل بحماس وروح وإتقان في عطاء متجدد.

**6-4- الإتصال الفعال:** يرتبط نجاح الإنسان بمدى قدرته على إقامة علاقات إنسانية، ويرتبط فشله بهذه العلاقات، بالتالي بمستوى إتصاله الإنساني بالآخرين، والإنسان الصامد والمرن يمتلك خاصية الإتصال الفعال لأن لديه القدرة على تقبل الآخرين وعدم الإصطدام بهم (محمد حبيب وآخرون، 2019، 174).

تظهر نتائج الصمود النفسي أثراً عميقاً في حياة الفرد، حيث يسهم في تحقيق التوازن النفسي والإستقرار الداخلي، ويعزز النظرة الإيجابية للحياة، مما ينعكس على قدرة الفرد على الإستمرار في العطاء والتفاعل الإيجابي مع الآخرين من خلال الإتصال الفعال، فالصمود لا يقتصر على مواجهة الصعوبات، بل ينتج عنه نمو نفسي وإجتماعي يثري حياة الفرد ويقوي علاقاته ومساهماته في المجتمع.

### 7- خصائص الصمود النفسي:

- قد يكون سمة دائمة لدى الفرد، أو حالة مؤقتة، الصمود كسمة، **Trait** يتميز بأنه خاصية فردية مستقرة عبر الوقت تسير التكيف مع الحياة، وقابل للقياس، ويكون له تأثير رئيسي على تكيف الفرد بغض النظر عن تعريضه أو عدم تعرضه للضغوط (Allen et al.2011:2)، الصمود كحالة **Stat** يتميز بأنه عملية نمائية تتضمن كفاحاً مستمر مع الصعاب، ويمكن تمييزه في أي وقت من خلال بناء البرامج الملائمة، ويفترض مسبقاً تعرض الفرد لمحنة (Atkinson et, Al, 2009, 30) .
- قد يكون عاماً أو نوعياً، فمثلاً قد يظهر الأطفال نواحي قوة وصمود طبقاً لمحك ما (مثل التحصيل الدراسي)، ولكنهم يظهرون مشكلات في مجالات أخرى (مثل العلاقات الاجتماعية الجيدة مع الآخرين) (Vanderbilt-Adriance & shaw,2008 ,30).
- يتضمن ليس فقط الكفاءة في مواجهة المحن، ولكن كذلك النمو من خلال تلك المواجهة (Campbell-sills et al, 2006, 594)، ولا يعتبر غياب المرض النفسي مؤشراً كافياً على الصمود النفسي، وذلك بسبب أن الصمود يتضمن جانباً نمائياً وهو تحقيق الأفراد لنواتج إيجابية بالرغم من أنهم يواجهون مخاطر مرتفعة (Clauss-Ehlers,2008, 197) .

- قد يعمل إما بشكل سلبي من خلال زيادة قدرة الفرد على مقاومة المواقف الضاغطة، أو بشكل إيجابي من خلال زيادة قدرة الفرد على إيجاد وتشكيل البيئة الإيجابية الجيدة وإستبعاد البيئة السلبية.
- ينظر إلى الصمود النفسي والقابلية للتأثير بالضغط (أو اللاصمود) بإعتبارهما أقطاب متضادة متصلة للصدود(Campbell-sills et al, 2006, 586) .
- نواتج الصمود في سياق ما قد تتم معالجتها في سياق آخر بإعتبارها مسببات لنواتج أخرى، أنماط النماذج التي تتضمن الصمود النفسي إما بإعتباره متغيراً مستقلاً، أو تابعاً، أو وسيطاً، أو معدلاً (Kaplan, 1999, 30).
- الأفراد الصامدون يتميزون ببعض الخصائص مثل: مواجهة العوائق التي تعرض طريقهم، والتغلب عليها بشكل فعال، وتحقيق التكيف في حياتهم(Cutuli & Masten,2009, 838) ، الثقة الذاتية، ومعرفة نواحي القوة والضعف لديهم، والتوجه الدائم نحو المستقبل (محمد سعد،2010، 80)، وإستعادة الإلتزان Equilibrium بعد مرور فترة زمنية قصيرة من المحنة، وقد لا يستعيدون بالضرورة نفس المستوى السابق من الأداء (Allen et al, 2011, 2)، وإمتلاك العديد من القوى الداخلية مثل تحمل المسؤولية، والمبادرة، والإلتزام، الإعتماد على الذات...إلخ والتي تعكس إحساساً قوياً بالذات (Jhonson,2008,398,Skodol,2010, 113)، والقدرة على التغلب على المحن، والتحديات النمائية والتعافي السريع منها، والتمتع بالصحة النفسية (Martin & Marsh,2009, 358)
- ومنه نستنتج أن الصمود النفسي يمكن أن يكون سمة دائمة أو حالة مؤقتة، ويظهر من خلال قدرة الفرد على مواجهة الضغوط والتكيف معها. الصمود لا يعني فقط النجاة من المصاعب، بل يتعدى ذلك إلى النمو النفسي وتحقيق نتائج إيجابية رغم المخاطر والتحديات، ويمكن أن يكون له آثار إيجابية أو سلبية حسب طريقة تعامل الفرد مع البيئة المحيطة به.

## 8- مبادئ الصمود النفسي:

8-1- المدعمة: هناك عدة عوامل تساهم في دعم الصمود النفسي ودعم قدرة الفرد على الصمود،

وتظهر نتائج العديد من الدراسات أن هناك ثلاث مجموعات من العوامل هي كالتالي:

-مجموعة العوامل التي تتمثل في خصائص الفرد وهي: الكفاءة الاجتماعية، الذكاء، الضبط الداخلي، تقدير الذات المرتفع، القدرة على حل المشكلات.

-مجموعة العوامل المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية والأسرية: وهي العوامل الرئيسية في تكوين أو تنمية الصمود النفسي والاجتماعي خاصة الاجتماعية السوية والمساندة داخل الأسرة وخارجها.

-مجموعة العوامل التي تتمثل في خصائص المجتمع أو تتمثل في بيئة خالية من الكوارث الطبيعية، ومختلف المخاطر، بيئة آمنة من خلال الصداقة والدور الاجتماعي الجيد.

8-2- التي تعزز: أشار covey (1990) إلى أن هناك مجموعة من المبادئ الدائمة التي تعمل على تعزيز الصمود النفسي وهي:

- النشاط والفاعلية: وتتضمن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله.
- أن يبدأ يومه بتفهم عميق لما يدور حوله: والذي يتضمن القيم والأولويات قبل إختيار الأهداف.
- التعامل مع الأهم قبل المهم: من خلال تنظيم الوقت وإدارته وحسن إستثماره.
- توظيف العقل لتحصل على ما تريد من مكاسب: عن طريق البحث عن المنافع المتبادلة.
- أن يفهم الفرد وأن يكون مفهوما: وهي تعني إحترام الفرد لآراء الآخرين ومحاولة فهم وجهة نظرهم.
- التعاون: من خلال العمل بروح الفريق الذي تسوده قيم واحدة (عبيد وآخرون، 2021، 244).

تعد مبادئ الصمود النفسي أساساً مهماً في تمكين الفرد من التعامل مع الضغوط والصعوبات الحياتية بكفاءة ومرونة. فهي تعتمد على مجموعة من العوامل الشخصية والإجتماعية التي تسهم في بناء القوة النفسية، مثل تقدير الذات والثقة بالنفس والوعي بالقدرات والإمكانات، إضافة إلى الدعم الاجتماعي

والأسري الذي يوفر بيئة آمنة ومحفزة للنمو. كما تشمل المبادئ التكيف مع المتغيرات والمواقف الصعبة، إلى جانب التعاون والعمل الجماعي الذي يعزز روح الفريق والانتماء. إن تحقيق الصمود النفسي يتطلب تكامل هذه المبادئ وتفعيلها بشكل مستمر في الحياة اليومية لمواجهة التحديات بثقة وثبات.

### 9- مراحل الصمود النفسي:

تصف بيسال (2003) المراحل التي يمر بها الفرد عندما يتعرض للمحن والأزمات كما يلي:

**9-1- مرحلة التدهور:** تبدأ بمشاعر الغضب وتنمو هذه المشاعر مع الفرد وتظهر في إلقاء اللوم على الآخرين والتقليل من قيمة الذات وقد تطول وتقتصر هذه الفترة ويرجع ذلك لمكونات الشخصية والخبرات السابقة للفرد.

**9-2- مرحلة التكيف:** وفي هذه المرحلة قد يرتد الفرد مرة أخرى عكس مسار التدهور والإختلال بقدر يسمح له بالتكيف من خلال إتخاذ بعض التدابير والإجراءات للتعامل مع عوامل الخطر.

**9-3- مرحلة التعافي:** وتعد هذه المرحلة إستمراراً لمرحلة التكيف ويحاول الفرد فيها أن يصل إلى مستوى الأداء النفسي كما كان عليه من قبل التعرض للمحنة.

**9-4- مرحلة النمو:** في هذه المرحلة يتعلم الفرد من الشدائد والمحن التي يتعرض لها ويصل بهذا التعلم إلى مستوى مرتفع من الأداء النفسي يفوق أدائه قبل التعرض للمحنة وهو ما يسمى بإستعادة التوازن الفردي للفرد في الإتجاه التصاعدي (يوسف، 2021، 25).

ومنه نستنتج أن الصمود النفسي ليس حالة ثابتة بل هو مسار يمر عبر مراحل متتالية، تبدأ بمرحلة التدهور التي يتأثر فيها الفرد بالأزمة، ثم مرحلة التكيف التي يحاول من خلالها إستيعاب الصدمة والتعامل معها، لينتقل بعدها إلى مرحلة التعافي التي تسمح له بإستعادة توازنه النفسي، وأخيراً مرحلة النمو التي يصل فيها الفرد إلى مستوى أعلى من النضج والوعي بفضل التجربة، هذا التسلسل يعكس أن

الصمود النفسي عملية ديناميكية تتطلب وقتاً وجهداً، وتعتمد على تفاعل الفرد مع ذاته ومع البيئة المحيطة به.

### 10- أنماط الصمود النفسي:

إستخلص بولك (1997، polk) أربعة أنماط من الصمود النفسي (van,2001,6) وهي:

#### 1-10 النمط التنظيمي Dispositional pattern :

وينتمي للجوانب الفردية التي ترتقي بتنظيم الصمود في مواجهة ضغوط الحياة، ويمكن أن تتضمن الإحساس بالسيطرة أو الإرتكاز على الذات، والإحساس بالقيمة الذاتية، والصحة الجسمية والمظهر الجسدي الجيد.

#### 2-10 النمط الإرتباطي Relational pattern :

ويتعلق بأدوار الفرد في المجتمع، وعلاقته بالآخرين، وهذه الأدوار تتراوح من علاقات وثيقة إلى حميمية إلى تلك التي تشمل نظام المجتمع الأوسع.

#### 3-10 النمط الموقفي Situational pattern :

يحدد الجوانب المشاركة في الربط بين الفرد والموقف الضاغط، ويمكن أن تتضمن قدرة الفرد على حل المشكلات، والقدرة على تقييم المواقف والإستجابات، والاستعداد لإتخاذ الأفعال والتدابير في مواجهة المواقف.

#### 4-10 النمط الفلسفي philosophical pattern :

ويشير إلى نظرة الفرد إلى نموذج الحياة، ويمكن أن يتضمن معتقدات متنوعة يمكن أن ترتقي بالصمود مثل الإيمان بأن المعنى الإيجابي يمكن أن نجده في كل الخبرات التي نمر بها، والإيمان بأن النمو الذاتي مهم.

وبناء على ذلك فإن الشكل الذي يتخذه صمود الفرد يتنوع طبقاً لتنوع البيئي والثقافي للأفراد، إضافة إلى التنوع في المعطيات الشخصية للأفراد الصامدين من خصائص جسمانية، شخصية، ذهنية، أو معرفية (أبو المشايخ، 2017، 30).

ومنه نستنتج أن الصمود النفسي يأخذ عدة أنماط رئيسية تشمل: النمط التنظيمي الذي يتعلق بالسمات الشخصية مثل تقدير الذات، والنمط الارتباطي الذي يركز على جودة العلاقات الاجتماعية والدعم المتبادل، والنمط الموقفي الذي يرتبط بكيفية إستجابة الفرد للمواقف الصعبة، وأخيراً النمط الفلسفي الذي يعكس منظومة القيم والمعتقدات ونظرة الفرد للحياة. هذا التنوع في الأنماط يبرز أن الصمود النفسي ليس مجرد مقاومة للضغوط، بل هو قدرة شاملة على التكيف والنمو النفسي.

### 11- السمات التي يتمتع بها الأفراد ذو الصمود النفسي:

حدد van Gelan et al (2006) عدداً من السمات التي يتصف بها الأفراد ذو الصمود النفسي المرتفع وهي: إقامة علاقات جيدة مع الآخرين، وإملاك مهارات تواصلية معرفية جيدة والإيمان بأن الضغوط يمكن أن تزيد الفرد قوة، وإملاك المهارات الفعالة في حل المشكلات، وبالتالي التعامل الصحيح مع الضغوط وإعتبارها تحديات ينبغي مواجهتها. وإرتفاع مستوى تقدير الذات وفعالية الذات.

كما أشار gew et al (1999) إلى أن الأفراد الذين يمتازون بالصمود النفسي يواجهون الضغوط بصورة جيدة، لأنهم يمتلكون مهارات وقدرات خاصة ف مواجهة الأحداث الضاغطة، وتتلخص تلك المهارات في إثني عشر مهارة وقدرة وهي (الإستجابة السريعة للخطر، النضج المبكر، التسامي فوق الإحباطات، البحث عن المعلومات، تكوين علاقات دائمة، التوقع الإيجابي، المخاطرة، والإيمان بكون الشخص محبوباً، إعادة البناء المعرفي للأحداث الأليمة، الإيثار، التفاؤل، والأمل) ( زينب محمد الرفاعي، 2019، 850).

ومنه نستنتج أن الصمود لا يعتمد فقط على التحمل، بل يرتبط بمجموعة من السمات والمهارات المعرفية والسلوكية التي تمكن الفرد من التكيف الإيجابي مع الضغوط والتحديات. والأفراد ذو الصمود النفسي يمتلكون مهارات عالية في حل المشكلات والتفكير المنطقي والتعامل الفعال مع التحديات، هؤلاء الأفراد قادرون على التعامل مع الضغوط والتغيرات السريعة ويتميزون بالإيجابية والقدرة على التكيف، والإبداع والإيمان بالذات مما يساعدهم على مواجهة الصعوبات بثقة وكفاءة.

## 12- النظريات المفسرة للصمود النفسي:

### 12-1- نظرية العوامل الوقائية وعوامل الخطر:

من المهم دراسة العوامل التي تنتبأ بالقدرة على الصمود، فأبحاث الصمود النفسي قد أوضحت العديد من العوامل المحتملة التي تسفر عن نتائج أفضل أثناء المخاطر أو المحن، وهذه العوامل تسمى "عوامل التعزيز أو الوقاية". وتشبه العوامل الوقائية الوسائد الهوائية في السيارات، أو الأجسام المضادة في الجهاز المناعي البشري، فهي لا تمتلك أية وظيفة، إلا أنها تنشط و تفعل عندما يتعرض الفرد للتهديد، أي أنها عوامل وقائية فقط، و هذه العوامل العلاقات الإجتماعية الجيدة، فالعلاقات مع الأقران تمثل مصدراً آخر للدعم و المساندة لدى الأشخاص تسمى "المساندة الاجتماعية" حيث تساعد الفرد على إستيعاب القيم الاجتماعية و الثقافية، و تطوير المهارات الاجتماعية و القدرات الشخصية، بالإضافة إلى مهارات التنظيم الذاتي، والمهارات المعرفية والعلاقات مع الأشخاص الآخرين كما أن هناك مجموعة مهمة أخرى من العوامل الوقائية التي ترتبط بالإختلافات الفردية في الأداء المعرفي و هي (الكفاءة الذاتية - الدافع للإنجاز - مهارات تنظيم الذات - مهارات حل المشكلات - التنظيم المناسب للعواطف و الذين يؤمنون بأنفسهم و ترتفع لديهم القدرة على التكيف أمام أي محنة (الرفاعي، 2019، 850-851).

يفيد أسيل صبار محمد (2015) بأن الصمود النفسي هو تلك العملية الدينامية التي تشمل التوافق الإيجابي مع أثر سياق المصائب. وأن الصمود النفسي هو نوعية الأسس التي تتبنى عملية التكيف الناجح والتحويل على الرغم من المصائب. وتعتمد النظرية على مفهوم أن هناك نوعين من العوامل وهما:

1-عوامل الخطر.

2-عوامل وقائية. التي تمكن الفرد من الأداء المتكيف وتطور نتائج الأداء المتكيف ويعتقد أيضاً بأنها تنشأ من الفرد، والعائلة، والمدرسة، والمجتمع. وترى النظرية أن عوامل الصمود تتفاعل مع عوامل الخطر لتحسين أو إقلال الأضرار السلبية والخطرة للأحداث (أصيل صبار محمد، 2015، 611).

وقد طور الباحثون قوائم توضح طبيعة الشخصية الصامدة. حيث تضمنت العوامل الوقائية ارتفاع معدل الذكاء والمزاج السهل ووجهة الضبط الداخلية وفاعلية الذات وتقدير الذات ووجهة نظر إيجابية في حين أن عوامل الخطر فقد تتبثق من الأسرة والبيئة المحيطة بالفرد، فعوامل الخطر المنبثقة من الأسرة تتمثل في الأمراض الأسرية، والطلاق، والمشاكل الصحية التي يمكن أن يعاني منها. أما التهديدات البيئية الأكثر شيوعاً هو عيش الفرد في بيئة خطر تكثر فيها التهديدات كما أو وجود عوامل وقائية تحمي الفرد على الرغم من وجود عوامل الخطر (طبقاً لنظرية الصمود لا عوامل الخطر أو الوقاية) يتحدد بطبيعة التفاعل بين تلك العوامل بنوعيتها (أسيل صبار محمد، 2015، 611).

تبرز نظرية العوامل الوقائية وعوامل الخطر أن الصمود النفسي يعتمد على التفاعل بين عوامل تحمي الفرد (كالدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية، والتنظيم الإنفعالي) وعوامل تهدد توازنه النفسي (كالمشكلات الأسرية أو البيئية). فالفرد يكون أكثر قدرة على التكيف والتغلب على الأزمات كلما زادت العوامل الوقائية وقلت عوامل الخطر، مما يجعل الصمود عملية دينامية ناتجة عن هذا التوازن.

## 12-2- نظرية ريتشاردسون (Richardson.2002):

حسب باسل محمد عبد الله عاشور ونبيل كامل محمد دخان (2017) فإن نظرية ريتشاردسون (Richardson.2002) تعتبر من أوائل النظريات لتفسير صياغة المفاهيم للصمود بأنه القوة التي توجد داخل عملية الصمود والتي تدفعه إلى تحقيق الذات والإيثار والحكمة، وأن يكون على تناغم تام مع المصدر الروحي للقوة، ويكمن الفرض الأساسي لهذه النظرية في فكرة التوازن البيولوجي، النفسي الروحي، التوازن "هو الذي يسمح لنا بالتكيف" الجسم و العقل والروح مع ظروف الحياة الحالية حيث تؤثر الضغوط النفسية والأحداث البغيضة والأحداث الأخرى في الحياة وتتأثر بصفات الصمود وإعادة التكامل مع الصمود السابق والتفاعل بين الضغوط النفسية اليومية والعوامل الوقائية. ولقد إقترح ريتشاردسون "Richardson" ما أسماه بنظريات ما وراء الصمود والتي تطورت من خلال ثلاث موجات مختلفة.

-**الموجة الأولى:** تهتم بالتعرف على تحديد خصائص الأفراد الذين يواجهون الإضطرابات بفعالية وهي تركز على العوامل والخصائص الذاتية والبيئية التي ترتبط بالصمود سواء كانت هذه العوامل شخصية أو أسرية أو مجتمعية أو ثقافية.

-**الموجة الثانية:** تهتم بفحص العمليات التي تسمح بتفسير كيف تعمل هذه العوامل سواء أكانت (الداخلية والخارجية) و (السلبية والإيجابية) بما يؤدي إلى إستعادة التوازن وتحقيق التوافق أو العكس بمعنى فقدان التوازن.

-**الموجة الثالثة:** تركز على توظيف نواتج الموجتين السابقتين في تنمية الصمود وتنطلق من أن كل فرد لديه قوى يمكن تقويتها للبناء والتشييد العقلي والتأكيد على الصمود ومقاومة الإنكسار.

والإفتراض الأساسي لهذه النظرية هو فكرة التوازن البيولوجي النفسي الروحي والذي يسمح لنا بالتكيف مع ظروف الحياة الحالية. حيث إن القدرة على التكيف مع مثل هذه الأحداث الحياتية تتأثر بصفات الصمود وإعادة التكامل مع الصمود السابق (Richardson,2002, 414).

عليه تؤدي عملية إعادة التكامل بالفرد إلى أربع نتائج هي:

- إعادة تكامل الصمود، حيث يؤدي التكيف إلى مستوى أعلى من التوازن.
- العودة إلى توازن الجهد الذي يبذل لتجاوز التمزق.
- الشفاء مع الفقد مما يرسخ مستوى أدنى للتوازن.
- تكون حالة مختلفة وظيفياً، حيث الإستراتيجيات سيئة التكيف " السلوك المدمر للذات، تستخدم لمواجهة الضغوط النفسية، ومن ثم يمكن إعتبار أن الصمود يتجه نحو قدرات المواجهة الناجحة (باسل محمد عبد الله عاشور ونبيل كامل محمد دخان، 2017، 21).
- ومنه فغن نظرية ريتشلردسون (2002) تعد من النظريات الرائدة في فهم مفهوم الصمود النفسي، وتركز على فكرة أن الصمود ليس مجرد سمة أو خاصية ثابتة، بل هو عملية دينامية متعددة الأبعاد تهدف إلى إستعادة التوازن النفسي والبيولوجي والروحي بعد التعرض للضغوط أو المحن. يعد الإفتراض المركزي في النظرية أن التوازن بين الجوانب النفسية والروحية والجسدية هو الأساس الذي يسمح للفرد بالتكيف مع الحياة.

### 12-3- نظرية النماء الذاتي (Saakvatine et al, 1998):

ذكر سالكفيتين وزملائه (Saakvatine et al, 1998) في نظيرتهم النماء الذاتي أن أعراض الناجين من الضغط النفسي للصدمة هي أعراض الإستراتيجيات التكيفية التي تنشأ لإدارة التهديدات من أجل تكامل وسلامة الذات، والمتوقع أن تتأثر ضمن مجالات الذات بالأحداث الصادمة (باسل محمد عبد الله عاشور ونبيل كامل محمد دخان، 2017، 21).

وهذه النظرية تدعو إلى أن أعراض أحد الناجين من الصدمة هي تعد "إستراتيجيات التكيف" والتي تنشأ لإدارة وسلامة النفس.

وقد أشار "ساكفيتين وآخرون" إلى أن هناك خمس مناطق ذاتية تتأثر بالأحداث المؤلمة:

-**المنطقة الأولى:** وهي الطريقة المعتادة لفهم الذات والعالم بما في ذلك الروحانيات.

-**المنطقة الثانية:** وهي القدرات الذاتية وتعرف على أنها القدرة على التسامح والدمج المؤثر والحفاظ على الإتصال الداخلي مع الذات والآخرين.

-**المنطقة الثالثة:** وهي التي تتأثر بالموارد اللازمة لتلبية الإحتياجات النفسية بطرق ناجحة مثل القدرة على مراقبة الذات.

-**المنطقة الرابعة:** وهي التي تتأثر بمفهوم الحاجات النفسية المركزية والتي تعكس وتتضح في المخططات المعرفية الممزقة في خمسة مجالات (السلامة، الثقة، السيطرة، الإحترام، العلاقة الحميمة). -  
**المنطقة الخامسة:** وهي نظام الإدراك الحسي والذاكرة ويشمل كلاً من التكيفات البيولوجية والخبرات الحسية (In wald et al.2006, 17-18).

ومنه فإن النظرية تفسر إستجابات الناجين من الصدمات النفسية على أنها إستراتيجيات تكيفية تهدف إلى حماية الذات والحفاظ على تكاملها وسلامتها. ترى النظرية أن الأعراض الظاهرة لدى الأفراد الناجين ليست بالضرورة علامات مرضية، بل هي محاولات دفاعية وتكيفية لتنظيم الذات وإستيعاب التجربة الصادمة ضمن البنية النفسية للفرد.

#### 12-4- نظرية نورمان جارميري (Norman Garmezy.1991):

وهي من نظريات الصمود المعتمدة على عاملي (الخطورة/ الحماية، التحدي/ التعويض) أن عوامل التعويض لا تتفاعل مع عامل الخطر، لكن كذلك يمكنها التأثير المباشر والميسر على المخرجات. علاوة على أن كلا من عاملي (الخطورة/ والتعويض) يساهمان في التنبؤ بالمخرجات والنتائج.

- **التعويض:** عامل التعويض هو المتغير الذي يظهر بشكل محايد للخطر، ويركز نموذج التعويض على السمات الفردية مثال ذلك الطريقة الفعالة لحل مشاكل الحياة، أو الموارد الخارجية السائدة مثل العلاقات الاجتماعية للأسرة في مقاومة الأحداث الضاغطة والمجهدة، إن عوامل التعويض لا تزيل الخطر ولكن

من الممكن أن تقلل الخطر من خلال التطور، فالعوامل الطبيعية لها تأثير مباشر ومستقل على النتائج وتسهم بشكل تراكمي في التنبؤ بالنتائج.

- **التحدي:** إن الأحداث الضاغطة يمكن أن تعزز الكفاءة بشكل كامن وهذا يتضمن مواجهة التحدي بنجاح فهو يساعد الفرد على التهيؤ للصعوبة التالية. وقام روتر (Rutter, 1987) بإقتراح أن درجة الخطر ليست دائماً مفرطه، ولكن يسمح بمنحى خطي للعلاقة بين عوامل الخطر والموائمة. ويواجه الفرد نتائج الضغوط بموائمة ناجحة وقوية، كما أن جهود الفرد لمواجهة أي تحديات قد تكون غير ناجحة، وربما يصبح الفرد أكثر عرضة للخطر، وتعتبر كثرة تعريض الأشخاص للمخاطر الفعلية والتحديات أسلوب جيد يساعد على إستخدام ميكانيزمات المواجهة وبالتالي تجاوز المحن، إن الصراع الداخلي لدى الفرد يمكن أن يساعده على تعلم كيفية تجاوز التوترات الاجتماعية - أو تجنب الإستجابات العنيفة.

- **عامل الحماية:** في هذا النموذج تتفاعل عوامل الحماية والخطورة لتحقيق توازن محتمل في النتائج السلبية، ويمكن لعامل الحماية أن يتحقق من خلال طريقتين هما: تخفيف أثر التعرض للخطر - تعديل الإستجابة نحو عوامل الخطر كما ان عامل الحماية ربما يؤثر مباشرة على المخرجات ويكون أقوى من حضور عامل الخطر وقد قدم لوثر وزيجلر Luther & zigler عرضاً لنموذج الحماية مقابل نموذج القابلية للإنجرار. بينما عرض جارميري وآخرون ذلك كعامل مناعة في مقابل نموذج القابلية للإنجرار لتوظيف التفاعل بين عوامل الخطورة والخصائص الشخصية التي تنبئ بالمخرجات، كذلك يوجد إثنان من الميكانيزمات التي تيسر المخرجات من خلال عوامل حماية هما: (الخطر / الحماية، الحماية / الحماية) وفي الميكانيزم الأول: الحماية تقلل الآثار السلبية لعوامل الخطورة فمثلاً تعاطي المخدرات يمثل عوامل خطورة في مقابل أن عوامل الحماية منها العلاقات العائلية السليمة لدى المراهقين. وفي الميكانيزم الثاني: وجود عامل الحماية يدعم عامل الحماية الآخر وبالتالي تتضافر عوامل حماية أقوى وأفضل من عامل

حماية واحد، فمثلاً التناغم والتنظيم في البيئة المدرسية يتفاعلان مع استخدام الأقران (للكحول، السجائر، الحشيش) لخفض استخدام المراهقين للمواد الثلاثة (Gardynik, 2008).

ومنه تفسر نظرية نورمان جارميري الصمود النفسي بوصفه ناتجاً عن التفاعل بين عوامل الخطورة وعوامل الحماية أو التعويض، حيث تسهم هذه العوامل في تحديد مخرجات التكيف لدى الفرد. ويرى جارميري أن عوامل التعويض (مثل المهارات الشخصية أو الدعم الاجتماعي) لا تزيل الخطر، لكنها تخفف من أثره وتعمل بشكل مستقر على تحسين النتائج. كما تشير النظرية على أن التحديات والضغوط قد تعزز الكفاءة إذا تم التعامل معها بنجاح، مما ينمي مهارات المواجهة ويقوي المرونة النفسية، وتبرز النظرية أن تكرار التعرض للمخاطر، مع وجود عوامل حماية، يمكن أن يُعد الفرد لمواجهة الصعوبات المستقبلية بشكل أكثر فعالية، وهو ما يجعل الصمود عملية ديناميكية قائمة على التوازن بين التهديدات والموارد.

#### 12-5- نظرية سونيا لوثار (Sunyia luthar.2000):

عرف الصمود وفقاً لهذه النظرية بأنه عملية ديناميكية تشمل التوافق الإيجابي مع أثر التعرض للمصائب، وترتكز على عاملين أساسيين هما:

- **عوامل الخطر أو التهديدات البيئية:** ويقصد بها تلك العوامل التي ربما تتبثق من الأسرة متمثلة في الأمراض الأسرية، والطلاق، والمشاكل الصحية، أو من البيئة المحيطة التي تكثر فيها التهديدات الناتجة عن الأحداث الضاغطة.

- **عوامل الوقاية:** وهي التي تمكن الفرد من الأداء المتكيف، وترى النظرية بأنها تنشأ من الفرد، حيث يتباين الأفراد في مستويات الوقاية، وترى أيضاً أن تلك العوامل تتحد وتواجهه عوامل الخطر وذلك لتقليل الأضرار السلبية الناجمة عن الخطر والأحداث، ولقد طور الباحثون عدة صفات تم إعتبارها عوامل وقائية

لطبيعة الشخصية الصامدة تمثلت في ارتفاع معدل الذكاء، وفعالية الذات، والمرونة الفكرية، وتبني النظرة الإيجابية تجاه الآخرين (Wenren, 1993).

ولقد ناقشت لوثر التركيز على الميكانيزمات المتاحة التي تعمل كعوامل وقائية، ومن عوامل الوقاية الدعم والمساندة الاجتماعية، وإقترحت لوثر أنه يجب إدراك الأبعاد المتعددة لطبيعة السمود وأن الطلاب يمكنهم إظهاره في بعض المواقف المحددة دون الأخرى (Luthar et al, 2000).

على سبيل المثال في دراستها عام (1991) أوضحت في النتائج أن الطلاب ذوي السمود يظهرون درجات عالية من الكفاءة تحت تأثير الضغوط وقد يظهر الطلاب سموداً أكاديمياً، ولكن لا يظهرون سموداً نفسياً، وقد يظهرون سموداً سلوكياً ولا يملكون سموداً أكاديمياً (Shean, 2015).

ومنه ترى سونيا لوثر أن السمود عملية دينامية ومتعددة الأبعاد، تنشأ من تفاعل معقد بين عوامل الخطر وعوامل الوقاية، بحيث لا يفهم السمود كخاصية ثابتة لدى الفرد، بل كنتاج لتكيف إيجابي مع المصائب والضغوط. تركز النظرية على أن الأفراد يختلفون في قدرتهم على السمود باختلاف السياقات، فالفرد قد يظهر سموداً في جانب (مثل التحصيل الدراسي) دون جوانب أخرى (مثل الصحة النفسية أو السلوك الاجتماعي). وتؤكد على أهمية الدعم الاجتماعي، الكفاءة الذاتية، المرونة، والذكاء كعوامل وقائية تساعد على تقليل آثار المخاطر البيئية.

**خلاصة الفصل:**

وفي الأخير من خلال عرضنا لهذا الفصل يمكن القول أن الصمود النفسي هو قدرة الفرد على مواجهة التحديات والضغوط الحياتية والتكيف معها بطريقة إيجابية، دون أن يفقد توازنه النفسي أو العاطفي وهو في الأساس يرتبط ارتباطاً وثيقاً بسمات شخصية الفرد وطبيعة بيئته الاجتماعية ونمط تفكيره المعرفي إذ أن الفرد الصامد هو الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة.

## الفصل الثالث: الملاءمة العلاجية

تمهيد.

- 1- تعريف الملاءمة العلاجية.
  - 2- الأبعاد المحددة لسلوك الملاءمة العلاجية.
  - 3- النماذج النظرية المفسرة لسلوك الملاءمة العلاجية.
  - 4- قياس سلوك الملاءمة العلاجية.
  - 5- تعريف عدم الملاءمة العلاجية.
  - 6- أنواع عدم الملاءمة العلاجية.
  - 7- الخصائص النفسية والاجتماعية للمرضى الغير متلائمين علاجيا.
  - 8- الفروق بين الجنسين في سلوك الملاءمة.
  - 9- نتائج سلوك عدم الملاءمة العلاجية.
  - 10- طرق تحسين سلوك الملاءمة العلاجية.
- خلاصة الفصل.

**تمهيد:**

تعتبر الملاءمة العلاجية من المواضيع التي نالت اهتمام الباحثين في المجال الطبي والنفسي وفي المجال الصحي بصفة عامة، خاصة في الآونة الأخيرة مع الانتشار الواسع للأمراض المزمنة والإصابات والمشاكل الجسدية ومن بينها الإصابة بالحروق التي تتطلب نظام علاجي خاص ومستمر.

تشير الملاءمة العلاجية إلى مدى إلتزام المريض بالعلاج والتعليمات والتوصيات الطبية وتطبيقها على نحو فعال من قبل المريض، وبما أن مشكلة عدم الإلتزام بالعلاج تشكل معضلة لدى المختصين في مجال الصحة و خاصة مع المرضى المصابين بالحروق الجسدية، حيث نجد بعض المرضى يلتزمون بالقواعد الأساسية التي يقدمها الطبيب ويحترمون مواعيد إجراء الفحص وكل الإجراءات العلاجية الخاصة بهم، في حين لا يحترم البعض الآخر هذه التوصيات الطبية بشكل كامل أو لا يتبعون النظام العلاجي المطلوب لمرضهم بشكل عام مما يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للمرضى وانتكاس المرض لديهم، وسنتطرق في هذا الفصل إلى سلوك الملاءمة العلاجية بشكل مفصل.

## 1-تعريف الملاءمة العلاجية:

## 1-1-التعاريف اللغوية:

الملاءمة العلاجية مصطلح حديث في اللغة العربية يقابله باللغة الانجليزية مصطلح la compliance وباللغة الفرنسية la compliance thérapeutique ويقصد به حالة أو حقيقة الإتفاق وتلبية القواعد والمعايير (1998,Now Oxford Dictionnaires of english).

أما في قاموس La Rouse (1990) فإن الكلمة تشير إلى: «مدى إتباع تعليمة، عادة، سلوك والتقييد بقواعد توجيهية».

وحسب Hagnes Etall (1979) فهي تعني «مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية المتعلقة بالدواء أو الصحة».

ونجدها في قاموس روبا (Le petit robert) فإن هذا اللفظ كان يستعمل قديما في المجال الديني للإشارة إلى تطبيق التعليمات الدينية والخضوع إلى قواعده، تم إستخدامه في المجال الطبي ويقصد به تنفيذ ما يصفه الطبيب من صفات دوائية وغير دوائية (402,2000,Reirre Gallois).

ونجد في قواميس التخصص باللغة الأجنبية معاني ومرادفات كالتالي: compliance, maintenance ..fidélité, adhérence, alliance, concordance, observence

أما في اللغة العربية فنجد أيضا عدة مصطلحات مقابلة للملاءمة العلاجية مثل: الإنضباط، الإلتزام، الإمتثال، الإنصياع... ولقد اخترنا مصطلح الملاءمة لما يحمله من معنى ضمني يشير إلى أن المريض يتبع التعليمات بقناعة ومشاركة دون الإشارة إلى الخضوع والسلبية.

## 1-2- التعاريف الاصطلاحية:

تعرفها المنظمة العالمية للصحة (OMS) على أنها «درجة التوافق بين سلوك الفرد من حيث أخذ الدواء، اتباع الحمية الغذائية، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بالتعديلات السلوكية والتعليمات والإرشادات الطبية» (OMS,2003,03).

وتتمثل التعليمات والإرشادات الطبية حسب (OMS) في إتباع حمية غذائية مناسبة، أخذ الدواء بانتظام، القيام بالتلقيحات الضرورية، حضور المواعيد التي يحددها الطبيب بانتظام، القيام بالتعديلات السلوكية اللازمة، اتباع نمط حياة ملائم وممارسة نشاطات بدنية (OMS,2003,3).

أما portick فيرى أن الإلتزام بالعلاج هو ذلك السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله لدوائه بدقة فالإلتزام الأمثل يحدد حسب الشروط المضبوطة والمفسرة من قبل الطبيب، أي الإلتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء من حيث الجرعات، طرق الإستخدام، كمية الدواء، احترام المدى بين الجرعات، احترام شروط التغذية والشرب (رزقي،2012،49).

وتعرف أيضا بأنها الامتثال للقواعد التي تم وضعها بالإجماع من قبل المتخصصين في مجال الصحة وإتباع وصفاتهم الطبية (sheen,2010,240)

كما يشير le gal et al (2003) إلى أن الملاءمة العلاجية ترتبط كذلك بالعلاج، التوصيات (نشاط بدني، حمية...)، واحترام مواعيد المعاينة، كما أن سوء الإلتزام لا يرتبط بعدم تناول الدواء فقط، إذ يمكن أن يتخذ شكل تناول غير مبرر، أو خطأ في الجرعة والمقادير، أو عدم إحترام تناول الدوائي الموصوف من قبل المعالج (موفق،2014،42).

بالاعتماد على التعاريف السابقة يمكننا استخلاص تعريف يتوافق مع الدراسة الحالية والذي يشير إلى أن سلوك الملاءمة العلاجية لدى المرضى المصابين بالحروق الجسدية هي مدى تنفيذ المريض للتعليمات

الموصى بها من طرف مقدمي الرعاية مثل تغيير الضمادات، تعقيم الجروح، القيام بتمارين الحركة.. وحضور المواعيد الطبية بانتظام، للوصول إلى شفاء والتئام الجرح.

## 2- الأبعاد المحددة لسلوك الملاءمة العلاجية:

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة (OMS, 2003) العوامل التي تؤثر في عدم سلوك الملاءمة إلى خمسة مجموعات من العوامل وهي عوامل متعلقة بالمريض، عوامل متعلقة بالمرض عوامل متعلقة بالسيرورة العلاجية عوامل اجتماعية اقتصادية وعوامل متعلقة بالعلاقة طبيب مريض (حرابي، 2018، 61).

### 2-1- المتعلقة بالمريض:

يعتبر المريض العنصر المحوري في سيرورة العملية العلاجية وتجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصة الأمراض المزمنة. ويعيش المريض تجربة المرض ويتصورها بأسلوبه الخاص، فسيرورة المرض لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب وإنما معتقدات المريض مثل صورة الذات والاستقلالية، وانفعالاته خاصة الاكتئاب وما ينجم عنه من اضطرابات سلوكية. ومع المحيط والبيئة المساعدة ترتفع مستويات الملاءمة العلاجية على عكس الصراعات العائلية والوحدة ( Pierre Gallois et al, 2006, 403).

لذلك فإن تبني سلوك الملاءمة من قبل المريض مرتبط ببعض العوامل نذكرها فيما يلي:

- إدراك المرض: لقد لاحظ تايلور (1983) Taylor أن المرضى يميلون إلى البحث عن التوازن والتكيف من خلال إعطاء معنى لمرضهم ولتناول الدواء، ويهدفون بهذا السلوك إلى إعادة رفع تقدير الذات وإعادة التحكم في حياتهم وممارسة السيطرة على محيطهم. هذه العوامل يمكن أن تدخل في سياق سلوكيات التسيير الذاتي الذي يحدد إلى درجة ما سلوك الملاءمة العلاجية. ويعرف سلوك التسيير الذاتي

(un comportement d'autorégulation) على أنه الطريقة التي يكيف بها الفرد أفكاره إنفعالاته وسلوكه حسب تطور الموقف والنتائج المترتب عنه (Taylor, 1983).

ونجد أن الأفراد الذين لديهم نشاطات مهنية مهمة ويتمتعون بعلاقات اجتماعية كثيرة وفعالة يظهرون إدراكا واطنا لأعراضهم المرضية، مقارنة بالأشخاص الذين لا يجدون متعة تشغلهم، وتكون نشاطاتهم الإجتماعية ضيقة فيكون شغلهم الشاغل التركيز على أجسادهم وذواتهم العضوية. كما نجد أيضا العوامل الموقفية تؤثر في طريقة إدراك المرض والتعرف عليه، إذ تساعد في التعرف على هذه الأعراض، وقد لاحظ الباحثون أن بعض الأمراض الظاهرة وأعراضها تتجلى مباشرة بعد الإصابة، مثلا في حالة السعال والحكة، كما أن حالة الضغط تعجل بإدراك الأعراض لأن الأفراد تحت ظروف ضاغطة يكونون أكثر قابلية لكل عرض مرضي ولو كان بسيط، وفي حالات كثيرة تختلط أعراض الضغط الفيزيولوجية مثل: ارتفاع الضغط الدموي، تغيرات مفاجأة في العمليات الأيضية، مع الأعراض الحقيقية المرض معين، وهذا نتيجة الإدراك الخاطئ للأعراض وقد وجد الباحثون أن المزاج يؤثر في التقدير الذاتي للصحة، فالأفراد عندما يكون مزاجهم إيجابيا، يشعرون أن صحتهم البدنية جيدة وحتى إنهم لا يدركون تلك الآلام المصاحبة لوجود المرض، في حين أن الأفراد الذين يعانون مزاج سلبي ويشعرون باليأس، فإنهم يتحسسون كل الأعراض والآلام حتى لو كانت بسيطة، وعلى هذا فإن المزاج الإيجابي والشعور بالسعادة يجعلان الأفراد غير مركزين كثيرا على ذواتهم العضوية، عكس الأشخاص ذوي المزاج السلبي، حيث يكون كل تركيزهم حول جسمهم ويتذكرون كل الأعراض والآلام حتى ولو كانت خفيفة و أحيانا يتوهمون هذه الأعراض (زناد دليلة، 2013، 178-180).

اذن إدراك المرض يلعب دورًا مهمًا في تحقيق الملاءمة العلاجية. فحين يمنح الفرد معنى لمرضه ويتعامل معه ضمن إطار التسيير الذاتي، يصبح أكثر قدرة على التكيف والسيطرة، مما يعزز من فعالية العلاج. كما أن العوامل النفسية والاجتماعية مثل المزاج الإيجابي، والدعم الاجتماعي، والنشاطات

المهنية، تقلل من التركيز على الأعراض وتزيد من التفاعل الإيجابي مع العلاج. في المقابل، المزاج السلبي والضغط النفسي قد يؤديان إلى تضخيم الأعراض وسوء تقدير الحالة الصحية، مما يضعف الملاءمة العلاجية.

- فعالية الذات: يعد الاعتقاد بالفعالية الذاتية من المحددات الضرورية للملاءمة العلاجية عند المرضى المزمنين (Stretcher et al،1986).

ولمشاعر فعالية الذات دور كبير في تبني سلوك الملاءمة العلاجية، إذ أثبتت دراسة (1999) clarket wodge على عينة تتكون من 570 امرأة مسنة مصابات بمرض القلب أسفرت النتائج على أن فعالية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الإيجابية التي تساهم في إدارة حياتها المرضية ومن تلك السلوكيات نذكر: التزام المريضة بالوصفة الطبية فيما يخص تناول العقاقير وممارسة النشاط البدني بصفة منتظمة وإتباع الحمية الغذائية التي ينصح بها الطبيب (عثمان يخلف، 2001، 115).

وهناك العديد من الدراسات التي أشادت بدور فعالية الذات في مجال تأهيل المرضى كعامل وسيط بين إدراك درجة المرض وخطورته من جهة والتكيف مع المرض والتعايش معه من جهة أخرى، ففي دراسة Barlow et al (1993) وجد أن مشاعر فعالية الذات تحمي مرضى الفقار (Spondylarthritis) من تدهور حالتهم الصحية ويجعلهم يثابرون بحثاً عن الشفاء.

وقد بينت أيضا دراسة ريجاتسكي وزملاءه (Rejescki et al(1998) أن مشاعر فعالية الذات عند مرضى المصابين بهشاشة العظام (Gonarthrose) له اثر وسيط في تغيير العادات والسلوكات السلبية الغير الصحية والقيام بالتمارين (Julie Barlow، 2010، 7-9).

وهذا شيء طبيعي، ففعالية الذات هي معتقدات تخص موقف معين يتطلب مهارات معينة ويعتقد الفرد أنه قادر أو غير قادر على التصرف المناسب لهذا الموقف نظرا لما يعتقد أنه يملك أو لا يملك هذه

القدرات والمهارات لمواجهة ذلك الموقف، والشعور بأنه قادر على التصرف يعني الشعور بالتحكم في الموقف، ومنه يعني اختيار السلوك الأنسب للموقف (حراي، 2018، 62-63).

تعد فعالية الذات من العوامل الأساسية التي تعزز الملاءمة العلاجية لدى المرضى المزمنين، إذ أن اعتقاد الفرد بأنه يمتلك القدرة على التحكم في حالته الصحية يحفزه على أداء المهام المطلوبة وتبني السلوكيات الصحية، كما تشير الدراسات إلى أن فعالية الذات تمنح المريض الشعور بالتحكم مما يزيد من التزامه بالعلاج.

- مركز الضبط: يشير مركز الضبط الصحي إلى اعتقاد الفرد في مسؤوليته عن النتائج الصحية (مركز ضبط داخلي) أو أنها بسبب عوامل خارجية عن إرادته (مركز ضبط خارجي). فالمرضى ذوي الضبط الداخلي للصحة عادة ما يتميزون بحالة صحة جيدة ولديهم معلومات واضحة عن مرضهم، ويتسمون بسلوكيات وقائية عن ذوي الضبط الخارجي ولذلك يتبنون سلوك الملاءمة العلاجية (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, 03).

ان الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي يميلون إلى سلوك الملاءمة العلاجية وخاصة تلك التي تتعلق بتغيير سلوكيات الضارة وتعديل نمط الحياة واحترام مقادير ومواقيت الجرعات الدوائية مقارنة بذوي الضبط الخارجي. مع ذلك فبعض الدراسات (Avin, 2000) أثبتت عكس ذلك، إذ أجرى (Hambourg 1982) دراسة حول عينة من المراهقين وتبين أن ذوي مركز الضبط الخارجي هم من كانوا أحسن ملاءمة علاجية من ذوي الضبط الداخلي. وقد قدمت له انتقادات حول العينة بحيث لا يمكن للمراهقين أن يمثلوا عامة الناس. وعلى عكس دراسات جوبيناث وآخرون (Gopinath et al 2000) فقد بينوا أن مركز الضبط الداخلي مرتبط إيجاباً مع سلوك الملاءمة العلاجية عند المرضى المصابين بالصرع (epileptiques) وهذا الارتباط الايجابي بين مركز الضبط الداخلي وأحسن مستويات السلوك الملاءمة العلاجية تبين في معظم الدراسات (Duga, villard et Coupal, 1993, copinath et al, 2000).

وخلصت إلى أن الشخص الذي لديه مركز ضبط داخلي على العموم متعلق أكثر بعلاجه، فأشخاص مثل هؤلاء يعتقدون أنهم بإمكانهم التحكم في محيطهم وفي مرضهم.

كما أن ذوي الضبط الداخلي يمكن العمل معهم من خلال تقديم المعلومات واضحة حول حالتهم الصحية وضرورة متابعة علاجهم وتقديم برامج في التربية الصحية لتغييرهم. هذا ما يسمح للمريض بإعادة ضبط تصوراتهم حول المرض وطرق التكفل به. ولكنه من الضروري أن يترك المرضى بعض الحرية للآخرين وبالأخص الطبيب أن يمارس عليه بعض التحكم، لأنه في حالات متطرفة من ذوي الضبط الداخلي نجد المرضى لا يتركون مساحات للمساعدة إلى الآخرين ضناً منهم أنهم سينجون بمجهودهم الخاص. (Matthieu Bureau, 2001, 25).

يتضح مما سبق أن مركز الضبط يلعب دوراً محورياً في تحديد سلوك الملاءمة العلاجية. فالأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي يعتقدون أن صحتهم تعتمد على سلوكهم وجهودهم الشخصية، لذا يميلون إلى الالتزام بالعلاج، خاصة عندما يتلقون معلومات واضحة حول حالتهم الصحية. لكن من جهة أخرى، أظهرت بعض الدراسات نتائج معاكسة، مثل دراسة *Hambourg* على المراهقين ذوي الضبط الخارجي الذين أظهروا ملاءمة علاجية أفضل من ذوي الضبط الداخلي، مما يدل على أن العمر قد يؤثر في العلاقة بين مركز الضبط والملاءمة العلاجية. لكن غالبية الدراسات، أثبتت وجود علاقة إيجابية بين الضبط الداخلي والملاءمة العلاجية.

- المشاعر السلبية: يعتبر القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض حيث تخور قوى العديد من المرضى ويحسون بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغير في حياتهم ومن احتمالات الموت، وقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض (1988, hughes, 1987, popkin).

فمع كل وخزة ألم في الصدر يخاف المريض من حدوث نوبة قلبية أخرى. ويصبح مريض السرطان يقضاً باستمرار لأية تغيرات في حالته الجسمية، وكل ألم مهما كان بسيطاً يثير خوفه من حدوث انتكاسة. وينظر إلى القلق على أنه مشكلة ليس لأنه بطبيعته يبعث على الضيق والتوتر والشدة فحسب وإنما لأنه قد يؤثر في قدرة المريض على القيام بوظائفه. فالمريض القلق من علاج مزعج قد ترهقه الشدة الانفعالية وتستنزف طاقاته قبل بدء العلاج (1995,P.D Jakobsen et al) والمريض كهذا ستكون قدرته على التكيف للعلاج أقل من الشكل المطلوب (شيلي تايلور، 2008، 518).

فقد أسفرت نتائج دراسة Conway (1996) أن 34 من العملاء اللذين تم استجوابهم في هذه الدراسة، قد عزو عدم امتثالهم للعلاج إلى النسيان (2003) in weiss) فإنكار المرض أو خطورته يمكن أن يؤدي إلى رفض التكفل العلاجي، ويشكل عاملاً هاماً في عدم الملاءمة، إذ يستخدم إنكار المرض كنمط دفاعي لمواجهة القلق الناتج عن التشخيص، إذ ليس من النادر أن يظهر العملاء ووسطهم صعوبات في تقبل هذا التشخيص Weiss (2007).

من جهة أخرى يشير Alvin (2000) أن وجود اضطرابات نفسية سلوكية سلوكيات المعارضة خاصة يرتبط بمشكلات الملاءمة العلاجية لدى المراهقين (عبد العزيز حداد، 2008، 48).  
فقد تم فحص عامل النسيان نوعياً وتم إثباته كسبب رئيسي لعدم الالتزام المتقطع من طرف مجموعة من الباحثين فوقاً ل Weng et al (2013) فان النسيان يكون على الأرجح عندما يحدث خلل على مستوى الروتين اليومي (REBAFKA, 2016, 55).

ويعتبر الاكتئاب أيضاً من ردود الفعل الشائعة والمرهقة عند المرضى المزمنين. فحوالي ثلث مجموع هؤلاء المرضى يعانون من أعراض الاكتئاب. فيما يعاني ربعهم من اكتئاب شديد. ومع أن الدلائل تشير إلى أن الاكتئاب يحدث في مرحلة متأخرة من عملية التكيف مع المرض مقارنة مع الإنكار والقلق الشديد، إلا أنه يمكن أيضاً أن يحدث على فترات متقطعة. [...] وتشير الدراسات إلى ارتباط الاكتئاب الناجم عن

المرض والعلاج بحوادث الانتحار بين فئات المرضى المزمنين الايدز والسرطان ومرضى الكلى وكبار السن. فعلى سبيل المثال وجد أن واحد من كل ستة مصابين باضطراب الكلى طويل المدى وفوق الستين من العمر يتوقف عن العلاج، مما يؤدي إلى وفاته كما أن معدل انتحار مرضى السرطان يزيد عن معدله بين غيرهم من المرضى بمرّة ونصف المرّة وربما كان الأهم من كل ذلك هو أن الاكتئاب يعتبر عامل خطورة قويا في الوفيات بين المرضى المزمنين (شيلي تيلور، 2008، 519-520).

نتائج مثل هذه تبين أيضا أن الاكتئاب من العوامل التي تدفع الفرد إلى ترك العلاج والابتعاد عن سلوك الملاءمة العلاجية نظرا لاضطراب المزاج والأفكار الانتحارية التي تراود المرضى. ولذلك يكون المريض المكتئب أقل اتبعا وامتثالا للبرنامج العلاجي فالتشاؤم وسيطرة الأفكار السلبية والانطواء عوامل تؤدي إلى سلوك عدم الملاءمة العلاجية وعلى عكس ذلك فإن المريض المتفائل أكثر التزاما للتوصيات والتعليمات الطبية (Spir, 2002, 24).

وعليه فإن المشاعر السلبية مثل القلق، الاكتئاب والإنكار تؤدي إلى تراجع مستوى الملاءمة العلاجية لدى المرضى كونها تستنزف طاقتهم قبل البدء في العلاج.

- الدعم الاجتماعي: إن القصد والدافعية التي يبديهما المريض عند احترام العلاج وتناول الدواء يتأثر ببيئته ومحيطه الاجتماعي (الأهل والأقارب الأصدقاء، المجتمع، وسائل الإعلام) (Tahri N, 2007). وللصورة التي يريد المريض أن يتركها في نظرة الآخرين والمعلومات التي يتلقاها من المحيط حول طرق مواجهة المرض والعلاجات والتقييمات التي يطلقها الآخرون كلها تؤثر في دافعية المريض إلى العلاج. فالدعم الاجتماعي الذي يدركه المريض يرتبط مع سلوك الملاءمة العلاجية. والدعم الاجتماعي كما يُعرف في المجال الصحي، هو التأثير الإيجابي للعائلة، والأصدقاء، والمحيط الاجتماعي كالعائدين على الرعاية الصحية والعلاقات مع الآخرين (Sackett, 1979).

كما أن المعتقدات الصحية للأشخاص المحيطين به وآرائهم تؤثر في اتجاهه نحو سلوك الملاءمة العلاجية (سواء كان عضو من العائلة أو من الطاقم الطبي) واقتناعه يكون من قناعاتهم كأغلبية وتحدد من سلوك الملاءمة العلاجية (Magalie Baudrant-Boga, 2009, 63-64).

استخدم الدعم الاجتماعي المنخفض كمؤشر لعدم الالتزام بالعلاج كما تشير بعض الدراسات مثل (Lennerling&Lin et al, 2011) إلى أن الزواج هو عامل حماية من عدم الالتزام بالعلاج هذا الاستنتاج مدعوم بمجموعة من الدراسات بما في ذلك المراجعة المنهجية، التي تؤكد على أهمية المشاعر الذاتية للدعم الاجتماعي كعامل حاسم للسلوك الملتزم (Sholz et ;Denhaeryck et al, 2005; a) (2012, al).

كما نجد (Rosenberger et al, 2005) الذي أكد أيضا على أن عددا كبيرا من المرضى غير الملتزمين يشكون من نقص الدعم الاجتماعي أكثر من اللذين لديهم دعم اجتماعي، ولذا استخدام الدعم الاجتماعي المنخفض كمؤشر لعدم الملاءمة.

- أبعاد الشخصية: يشير مصطلح الشخصية إلى الإنطباع أو الفكرة، التي يضعها الفرد عن نفسه وعن الآخرين إنطلاقا من مهاراته الإجتماعية وخصائصه، من مستوى التقييم، ومن العبارات التي يطلقها: جذابة، مهمة، مرحة والتعريف الآخر فهو يشير إلى وصف أداة الشخصية، عبارة عن أوصاف نطلقها على شكل عدواني، عصبي، متفائل (زناد دليلة، 2013، 23).

يرتبط بعد الانبساط والانطواء بالفروق في مستوى الاجتماعية والاندفاعية لدى الأفراد، فالفرد صاحب النمط الانبساطي، يكون إجتماعيا ومحباً للحفلات، ولديه الكثير من الأصدقاء، ويتوق الى الاستثارة، أما الإنطوائي فيميل إلى أن يكون هادئا، استبطانيا، متحفظا، تأمليا، قليل الميل إلى القرارات الاندفاعية، يفضل الحياة، شديد النظام حتى يتأهب للانتقاط الفرص والمخاطرة، وتشير الدراسات المتنوعة إلى الفروق الأساسية في الوظائف التي يؤديها الانبساطيون الإنطوائيون، فالإنطوائيون أكثر حساسية للألم، ومن

السهل أن تتنابه حالة التعب، ويرى أن الإستثارة تقل من أدائه، وهو يفضل المواقف المنعزلة، وهو أقل تأثر بأفكار الآخرين، وأقل نشاطه الجنسي سواء على مستوى التكرار أو تنوع الأنماط مقارنة بالإنبساطي وقد أشار (Ayzenk) كذلك أن التباين الفردي في الشخصية يعكس إختلافات في الوظائف البيولوجية، وفيما يتصل بالإنبساطية (E) أشار (Ayzenk) كذلك إلى أن الإنبساطيين تستثيرهم الأحداث بشكل أسهل وهي أسرع في تعلم الكف الإجتماعي من الإنطوائيين، و كنتيجة ذلك هناك من الدلائل ما يشير إلى أن الإنطوائيين أكثر تأثرا بالعقاب عند التعلم، بينما الإنبساطيون أكثر تأثرا بالمكافئات (لورانس برايفن، 2010، 120).

في حين ان العديد من الدراسات أكدت أن هناك احتمال ضئيل لوجود العلاقة بين خصائص الشخصية والملاءمة فقد وجد هاينس وزملاءه في دراسته (Haynes et al (1979) على المرضى واعتمادا على اختبار منيسوتا متعدد الأوجه (MMPI) أنه ليس هناك علاقة مباشرة بين سلوك الملاءمة وسمات الشخصية، ووجد رابمان (Papman (1990 بعض الخصائص التي يتميز بها المرضى الذين أظهروا ملاءمة مع علاجهم وهي: التوجه المستقبلي، التفاؤل، الاستقرار، الدافعية، وهي عوامل ترتبط بالملاءمة وأشار هاينس (Haynes et al(1979) إلى الخطأ الذي يرتكبه الباحثون في البحث عن خصائص الشخصية ويستخدمون كل أنواع المقاييس وينسون شيئا أساسيا وهو الوضعية الأنية التي يعيشها المرضى عند استخدامهم الأدوية، والوضعية تشير إلى نوع الأدوية، كميتها، مواعيدها المحددة لأخذها، نوع الحمية فكل هذه المؤشرات ساعدت في ظهور سلوك عدم الملاءمة، إذن المشكل ليس في سمات الشخصية إنما في شكل الوضعية المعاشة من طرف هذا المريض، و لهذا فان المريض قد يمثل للتعليمات الطبية في وضعية معينة و لا يمثل في وضعية أخرى (دليلة زناد، 2008، 119-120).

وبالتالي فان أبعاد الشخصية، خاصة بعدي الانبساط والانطواء، تؤثر بشكل غير مباشر على الملاءمة العلاجية حسب بعض الدراسات، في حين أن دراسات أخرى تؤكد أن الملاءمة لا ترتبط بسمات

الشخصية بقدر ما تتأثر بالوضعية الآنية للمريض (نوع الدواء، توقيت تناوله، الحماية). بالتالي، فإن تأثير أبعاد الشخصية على الملاءمة العلاجية يكون محدودا.

## 2-2- المتعلقة بالمرض:

تحتل العوامل المتعلقة بالمرض أهمية خاصة، إذ أن مدة المرض، شدته وطبيعة أعراضه يؤثران مباشرة على سلوك المريض اتجاه العلاج.

- مدة المرض: يتأثر سلوك الملاءمة بنوعية المرض، فقد يزيد المرض من امتثال المريض حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته التي يتصورها المريض وكيف يعيشها ومن العوامل المتصلة بالمرض إزمان المرض، حيث يقل الالتزام كلما استغرق المرض زمنا طويلا كما في الأمراض المزمنة، ففي حالة ضغط الدم المرتفع يؤثر الدواء سلبا في سلوك الملائمة العلاجية (Emille Adam, 2017).

وقد لوحظ أن غالبية المرضى المصابين بأمراض مزمنة يميلون إلى سلوك عدم الملاءمة العلاجية. ترتفع نسب سلوك الملاءمة العلاجية في الأمراض الحادة العابرة في حين يتدنى مستوى الملاءمة العلاجية في الأمراض المزمنة، كما تم تسجيل أكبر مستويات من سلوك عدم الملاءمة العلاجية المتعلقة بتعديل العادات الضارة وتغيير نمط الحياة عند مرضى القلب (Whith HD, 2005) وهذا لتعقدها (Pierre Gallois et al, 2006, 403).

وقد كان كل من الباحثين موسكلين وأبل (Muschlin et Appel, 1997) قد قدما تقريرا حول أثر مدة المرض على سلوك الملاءمة العلاجية، وأوضحوا أن مدة المرض لا تؤثر في سلوك الملاءمة العلاجية. ومع تقدم البحوث في النوعية والعدد تبين أن المدة الزمنية للمرض كلما طالت تناقصت الجهود التي يبذلها المريض للالتزام بالعلاجات الطويلة. ويقل الالتزام عندما يستغرق المرض زمناً طويلاً، خصوصا إذا كان يتطلب إجراءات معقدة أو يعرقل أسلوب الحياة التي أعتاد عليها المريض، ويتطلب منه

تغيير عاداته الشخصية مثل التوقف عن التدخين أو الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية أو تغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطاته (شيلي تايلور، 2008، 459).

يتضح من خلال ما سبق أن مدة المرض تعد من العوامل الحاسمة في تحديد الملاءمة العلاجية لدى المرضى، حيث أن طول مدة المرض قد يُشكل عامل إضعاف لسلوك الملاءمة العلاجية، مقابل ارتفاع الالتزام في الحالات الحادة التي يُدرك فيها المريض الخطر بشكل مباشر ويتوقع تحسناً سريعاً، إلا أن هذا السلوك يميل إلى التراجع مع مرور الوقت، خصوصاً في الأمراض المزمنة التي تتطلب تغييرات مستمرة ومعقدة في نمط الحياة. لذا، فإن فهم العلاقة بين مدة المرض وسلوك الملاءمة العلاجية يعد ضرورياً لتصميم تدخلات علاجية فعالة تأخذ بعين الاعتبار الجانب الزمني والنفسي لسير المرض، وتعزز من دافعية المرضى على المدى الطويل.

- شدة المرض: تؤكد الأغلبية الساحقة من الدراسات التي حاولت البحث في العلاقة بين سلوك الملاءمة العلاجية وشدة المرض (la gravité de la maladie) على أنه لا يمكن أن نعتبر شدة المرض كعامل خطورة على سلوك الملاءمة العلاجية (Caldwell JR. Et al, 1970) فأثار شدة المرض على الفرد كما وصفها ايفان (1983) Evan متضاربة في نتائجها، إذ يمكن أن يكون لها دوراً إيجابياً في تعزيز سلوك الملاءمة العلاجية مثلما يمكن أن يكون لها دوراً تثبيطياً في سلوك الملاءمة العلاجية. فإذا كان المريض لا يعي خطورة مرضه ولا يدركه على أنه تهديد صريح فإنه سوف يتهاون عن الالتزام بالوصفات الدوائية والغير دوائية (Matthieu Bureau, 2018).

مع ذلك فإنه يبقى علينا أن نأخذ بعين الاعتبار أن بعض الأمراض من شدتها فإنه ينتج عنها أنواع من الاضطرابات المعرفية التي من شأنها أن تخفض من سلوك الملاءمة العلاجية هذا وقد يدرك المريض خطورة زائدة عن حدها كأثر لتحويل الموقف مما يعرقل سلوك الملاءمة العلاجية عوض تعزيزه [...]. والاكنتاب الناتج عن شدة المرض في الأمراض المزمنة أيضاً يمكن أن يكون عاملاً معرقلاً للعملية

العلاجية وسلوك الملاءمة العلاجية خاصة في الأمراض مثل فقدان المناعة المكتسب (VIH)، عمليات زرع الكلى، السكري، ارتفاع ضغط الدم، الأمراض الالتهابية (inflammatoires) داخل الأمعاء، الربو والأمراض التاجية. ففي دراسة KaholokulaJK, Haynes SN, Grandenettia et al (2003) على مرضى السكري من النوع الثاني تبين أن الاكتئاب كان من أهم العوامل التي عرقلت سلوك الملاءمة العلاجية (Magalie Baudrant – Boga, 2009, 38-39).

يتبين مما سبق أن شدة المرض لا يمكن اعتبارها عاملاً محددًا بشكل مطلق في التأثير على سلوك الملاءمة العلاجية، إذ تختلف آثارها باختلاف إدراك المريض لوضعه الصحي. فقد تكون محفزاً يدفعه للالتزام بالخطة العلاجية، كما قد تكون عاملاً مثبطاً نتيجة للتحويل أو الاضطرابات المعرفية والنفسية التي قد تنجم عن الأمراض الشديدة. لذا فإن فهم العلاقة المعقدة بين شدة المرض وسلوك الملاءمة العلاجية يتطلب النظر في عدة عوامل نفسية ومعرفية مصاحبة للحالة المرضية، بما في ذلك وعي المريض، وإدراكه، والحالة النفسية المصاحبة له.

- طبيعة الأعراض: إن أهم ما يؤثر على الملاءمة العلاجية لدى المريض هو غياب أعراض واضحة للمرض، الأمر الذي يرسخ لدى المريض الاعتقاد بالسلامة الصحية على الرغم من معاناته من مرض معين يستوجب خضوعه للعلاج والالتزام به، وهذا ما أشارت إليه Schneider (2005) أن من أهم أسباب عدم الملاءمة العلاجية يكون نتيجة عدم ظهور الأعراض أو استمرارها أو تحسن الحالة الصحية للمريض دون شفاؤه التام (عليوة برغوتي، 2022، 242).

وقد يتأثر أيضاً الالتزام الصحي لدى المريض في حالة ما إذا كان المريض يعاني من أمراض أخرى مصاحبة، الأمر الذي من شأنه أن يعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول، أو الملل بسبب كثرة الأدوية واختلاط الأعراض وأثارها الجانبية على نفسية المريض. علاوة على ذلك قد يتهاون المرضى في

الملاءمة العلاجية عندما لا يشعرون بخطورة المرض أو عدم الظهور الفوري للأعراض (عبد الصمد، 2020، 30).

إن وجود أعراض تنبه الفرد على أهمية الاستمرار في العلاج يعزز من سلوك الملاءمة العلاجية لديه. إلا إذا كانت الأمراض ليست لها أعراض واضحة. مثل الأمراض الصامتة. وقد أطلق عليها هذا الوصف الأمراض الصامتة (Silente Killer) لأنها تعمل داخل الجسم على تدمير الوظائف الحيوية والأعضاء دون وجود أي ألم أو أعراض تثير انتباه المريض، مما يجعل المريض يتهاون على علاجه، ويضجر منه إلى أن ينتهي به المطاف إلى عواقب وخيمة قد تصل إلى الموت أو الشلل نتيجة جلطة دماغية فجائية. وعلى رأس هذه الأمراض نجد ارتفاع ضغط الدم (HTA)، ارتفاع الكوليسترول، الأمراض القلبية، التهاب الكبد....

ولذلك نلاحظ أن معظم هذه الأمراض تتخفف فيها مستويات الملاءمة العلاجية. إذ تقدر الإحصائيات أن 40 إلى 50% من مجموع المرضى المصابين بمختلف الأمراض لا يلتزمون بعلاجهم، في حين مرض ارتفاع ضغط الدم والأمراض الوعائية القلبية تسجل أعلى المستويات إذ يفوق عدد المرضى الذين لا يلتزمون بعلاجهم عن 60%. (Chris Wahl, J. P. Gregoire et al, 2004, 3)

تؤثر طبيعة الأعراض بشكل مباشر في سلوك الملاءمة العلاجية، إذ أن غياب الأعراض أو تحسنها المؤقت دون شفاء تام قد يُضعف وعي المريض بخطورة حالته، فيقل سلوك الملاءمة العلاجية لديه. كما أن الأمراض الصامتة مثل ارتفاع ضغط الدم والكوليسترول، بسبب عدم إظهارها لأعراض واضحة، تُسجل نسباً منخفضة في الالتزام العلاجي وتزيد هذه النسبة عند وجود أمراض مزمنة متعددة، مما يعيق الاستمرارية في الخطة العلاجية.

## 2-3- المتعلقة بالعلاج:

تتأثر الملاءمة العلاجية أيضا بالعوامل المرتبطة بالعلاج مثل: تعقد النظام العلاجي، فترات الاستشفاء، الآثار الجانبية للعلاج وتحسين الاعراض حيث تكمن أهمية هذه العوامل في تأثيرها المباشر على التزام الأفراد بالخطة العلاجية واستمرارهم فيها مما يجعل دراستها ضرورية لفهم العوائق المحتملة أمام نجاح العلاج.

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

ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى، وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الالتزام والامتثال للعلاج صعبا، تكون مدة العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة (رزقي، 2012، 64).

إن بساطة الوصفات التي يقدمها الأطباء، وتكرار زيارات المراقبة الطبية تعتبر من أهم العوامل الايجابية، إذ هناك ما يعرف بأثر المنزر الأبيض وهو ذلك الأثر التي يتركه الطبيب على أفكار المريض في الخمسة أيام التي تسبق والتي تلي تلك الزيارة، ويكون سلوك الملاءمة العلاجية في هذه الفترة في أحسن مستوياته، ويكون الأثر عكسياً في حالة تعقد التعليمات والوصفات وصعوبتها (Pierre Gallois . et al, 2006:403).

وبالتالي فإن تعقيد النظام العلاجي يقلل من الملاءمة العلاجية، خاصة مع تعدد الأدوية وتعقيد التعليمات، ويزيد الأمر صعوبة في الأمراض المزمنة. بالمقابل تساهم الوصفات البسيطة والمتابعة الطبية المنتظمة في تحسين الالتزام، ويُعرف ذلك بأثر "المئزر الأبيض".

- فترات الاستشفاء: عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات ويكون لديهم خلط وقلق حول ما يمكن أن يحدث لهم عند دخولهم 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 يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لا سيما القلق والكآبة كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق والكوابيس وانعدام التركيز بصفة عامة، ولكن رغم هذا تجد أن المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض التزامهم الصحي ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية (تايلور ، 2008، 511).

إذ يؤكد Heedelberg et coll أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية الغذائية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء، ويضيف Kruse et coll في دراسة اعتمدت على التعداد الإلكتروني للأدوية على 300 مريض ماكت بالمستشفى أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و 48% التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من انتهاء الاستشفاء، في حين قدرت نسبة المتغيرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم تقدر ب 230 بعد انتهاء نفس الفترة وترتفع نسبة الانضباط خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية المستمرة (رزقي، 2012، 64).

تظهر الدراسات أن المرضى يلتزمون بالعلاج بشكل أفضل خلال فترات الاستشفاء بسبب المتابعة الطبية، لكن هذا الالتزام ينخفض بعد الخروج من المستشفى، حيث يلاحظ تغير في نمط تناول الأدوية وضعف الالتزام بالحمية، نتيجة غياب الرقابة الطبية.

- تحسين الأعراض: يؤثر النظام العلاجي على الالتزام بالعلاج أو تحقق الأثر العلاجي وفي هذا الصدد يرى Bayada et Coll أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه (Baure et Hessier, 2001).

في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بالسرطان واللاتي Colis et al ويؤكد 2008 يخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسين الأعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض لديهن، وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج (Bauer & Ttessier, 2011,17).

ومن جهة أخرى فإن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته لفعالية علاجه يعد العامل الأول للانقطاع عنه. مع ذلك فإن تحسن الفرد واختفاء الأعراض قد يدفع المريض إلى توقيف العلاج وعدم الامتثال لتعليمات الطبيب ظناً من المريض أنه تحسن، فالدواء يلزم المريض وخاصة في حالة المرض المزمن، وقد يكون وقائي أكثر منه علاجي، وقد لا تظهر له آثار نافعة إلا بعد أسابيع، هذا ما قد يجعل المريض يهمله ولا يثق في فعاليته (حرايبي، 2018، 71-72).

إذن يعد تحسن الأعراض أو استمرارها عاملاً حاسماً في مدى التزام المرضى بالعلاج؛ حيث يُسهم غياب التحسن الملحوظ أو تأخر فعالية الدواء في تقليل الامتثال العلاجي، كما يؤدي تحسن الحالة الظاهرية أحياناً إلى توقيف العلاج قبل أوانه خاصة في حالات الأمراض المزمنة التي تتطلب استمرارية علاجية رغم بطء ظهور النتائج السريرية.

2-4- المتعلقة بنظام الرعاية الصحية: يعتبر تنظيم عملية الرعاية الصحية وظروف الممارسة الطبية

من العوامل المحفزة على الملاءمة العلاجية، سواء على مستوى المستشفيات العمومية أم العيادات

الخاصة، ولهذا ينبغي توفير الظروف الملائمة لتحقيق رعاية أفضل من بينها:

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

- تنظيم المواعيد الطبية والسهر على الالتزام بها.

- التناسق بين الرسائل الصحية فيما بين فريق الرعاية الصحية.

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

- اهتمام الفريق المعالج بالالتزام بالعلاج، إذ يمكن للفرد الاعتراف بأهمية دور التصور الذي يشكله

المريض عن كون المعالج شخص ودي ومقرب يقدره ويحترمه ويشاركه في اتخاذ القرارات، إن توقعات

المرضى تدور في مجملها حول الإصغاء إليهم وتقديم الرعاية والاهتمام بهم، وتقديم التفسيرات ومحاولة

تحفيزهم، ومحاولة بناء علاقة ثقة معهم (الكل، 2011، 56).

إن مشكلة الملاءمة تكمن في قلب العلاقة بين الطبيب والمريض إذ يمكن اعتبار الوصفة الطبية بمثابة

عقد ينشأ عن ميثاق رعاية مبني على الثقة بالنسبة للطبيب هذا العقد لا يقبل الجدل، كما يتضح من

تمثيل الكتابة (الوصفة الطبية). وينظر إليها باعتبارها مسؤولية قانونية، وتجسيدا لمفاوضات ناجحة.

ولكن في نهاية المطاف يمكن النظر إليها باعتبارها تعزيزا بالنسبة للمريض يكون عقد الوصفة الطبية أقل

وضوحا، وستفتح مسائل التفاوض الأقل نجاحا المجال لنزاع ضمني تتداخل فيه أدوار التاريخ الشخصي

والتمثلات الاجتماعية والشخصية باحتياجاتها ورغباتها ومخاوفها. في الواقع يعد هذا العقد القابل للنقاش

وغير المتوازن افتراضيا اذ من البديهي أن الأطباء لا يستطيعون إجبار المرضى على طلب العلاج (F.J.Scheen, 2010, 240).

كما أن البعد الوجداني لعلاقة طبيب مريض يحدد إلى درجة كبيرة سلوك الملاءمة العلاجية (Korsch, Gozzi et Francis, 1968) فقد بينت الدراسات أن الرضا عن العلاقة الذي يشعر به المريض من خلال الاستشارة وتفاعل الطبيب مع حالته من المكونات الرئيسية لنوعية هذه العلاقة (Di Matteo, Hays et Prince, 1986). وهذا بدوره يتحدد بعاملين أساسيين الاتجاه الإيجابي للطبيب نحو المريض، والطريقة التي يشعر بها المريض أنه فعلا يخصص وقتاً من أجل السهر على حالته الصحية. هذان العاملان يقويان مشاعر المسؤولية التي توجهه نحو سلوك الملاءمة العلاجية (G, fisher et Tarquinio et janis, 1979, 2014, p 39).

وبالتالي فإن جودة نظام الرعاية الصحية من العوامل المؤثرة في سلوك الملاءمة العلاجية، حيث يرتبط التزام المريض بشكل وثيق بتنظيم الخدمات الصحية، وتوفر وقت كاف للتواصل الفعال مع الطبيب، وثبات الطاقم المعالج، والتنسيق بين أعضاء الفريق الطبي. كما أن العلاقة الإيجابية بين الطبيب والمريض، المبنية على الثقة الاحترام والإنصات تعزز من شعور المريض بالمسؤولية وتزيد من استجابته للعلاج.

وتؤكد الدراسات أن رضا المريض عن التفاعل الوجداني مع الطبيب يعد محددًا أساسيًا للامتثال العلاجي، خاصة عندما يشعر بأن الطبيب يخصص له الوقت الكافي ويهتم فعليا بحالته الصحية.

## 2-5- الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية:

ان المستوى الاقتصادي المتدني يعتبر كعامل منبئ لسوء الملائمة العلاجية، والذي يتجلى أساسا في:

- الموارد المالية: مستوى الدخل، العمل، الفقر .

- الهشاشة الاجتماعية: عدم توفر السكن، الهجرة.

- التكاليف المرتبطة بالتكفل وامكانية الوصول إلى العلاج.

- وجود أو انعدام التغطية الاجتماعية الاستعادة من التأمينات.

- الانتماء العرفي والثقافة الأصلية (عدودة 2015، 98).

حيث أن الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا يميلون إلى أن تكون خبرتهم بالأعراض الجسمية منخفضة، مع تقديرهم للصحة مقارنة بأفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا (Pennebecher & Davidson، 1978). وقد قدم أحد التقارير الرئيسية (Townsend 1982) and Davidson اكتشافات عن الفروق الاجتماعية والنواتج الصحية في المملكة المتحدة. وتمثلت النتيجة الرئيسية في أن الطبقات الاجتماعية الدنيا (مثل العمال اليدويين حرفيين أو غير حرفيين) أكثر عرضة للوفاة من الأفراد ذوي المكانة المهنية المرتفعة (مثل العمال المتخصصين أو الإداريين). وقد يرجع السبب إلى أن أفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية المتدنية يقومون بالانتظار لفترات أطول سعياً للرعاية الصحية، وقد يعني هذا الانتظار أن فائدة العلاج أصبحت غير مجدية بسبب تقدم وتطور المرض، مما يؤدي إلى زيادة احتمالية طول البقاء في المستشفى.

وأشار البيري وميناfo (Albery and Munafo 2008) إلى أنه على الرغم من وفرة التفسيرات المتنوعة التي اوضحت تأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي على الصحة ليس ناتجا عن علاقة مباشرة بينهما، وإنما هي علاقة تتوسطها متغيرات سلوكية أو نفسية متعددة (هناك أحمد محمد شويخ، 2012، 40).

كما تعتبر التكاليف المادية بمثابة حاجز أمام الحصول على خدمات الرعاية الصحية، الأدوية الضرورية لإدارة المرض، مما يؤثر على الالتزام الصحي لدى المرضى، كما قد يكون من الصعب تغيير نمط الحياة في سياق الضعف الاجتماعي والاقتصادي، ويمكن العوامل مثل: نقص وسائل النقل، عدم الاعتياد على نظام الرعاية الطبية وعدم كفاية تغطية التأمين الطبي أن تهدد عملية الالتزام، فالمرضى

الذين يعانون من انخفاض الدخل، قلة التعليم، تدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية من المرجح أن يواجهوا تحدياً أكبر في تحقيق السلوك الصحي الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع (عبد الصمد، 2020، 35).

هذا وقد بينت دراسة مجموعة من الباحثين (Konin, M. Adoh, I. Coulibaly et al, 2007) من معهد ابيجان للدراسات الوبائية المتعلقة بطب الأمراض القلبية (ساحل العاج) على عينة من الجنسين السود، وتبين أن سلوك الملاءمة العلاجية يشير إلى أدنى مستوياته إذ سجل ما نسبته 87.5% من المرضى لا يلتزمون بعلاجاتهم (ملاءمة علاجية متدنية تماماً) في حين 12.5% المتبقية فقط ممن يمكن وصفهم بأنهم يلتزمون بعلاجهم، ومع ذلك فإنه من الإحجاف أن نربط سوء الملاءمة العلاجية مع لون البشرة، إذ في الحقيقة تعود هذه الفروق إلى التباين في المستويات الاقتصادية وتدني المستويات العلمية والمعرفية، ففي نفس الدراسة (C, Conin et al, 2007) ورد عنها أن 60% من أفراد العينة لهم دخل شهري أقل من 152 يورو في حين 62% منهم لا يملكون بوليصة تأمين (Christophe et al, 2007).

حسب ما سبق فإن العوامل الاجتماعية والاقتصادية تعد من أبرز المحددات المؤثرة في سلوك الملاءمة العلاجية، حيث يرتبط انخفاض المستوى الاقتصادي بضعف الالتزام بالعلاج. حيث تشكل التكاليف المادية ونقص الوصول إلى الرعاية الطبية حواجز أمام هؤلاء المرضى، كما أن ضعف التعليم وقلة الوعي الصحي يزيد من احتمال سوء الملاءمة. وتؤكد الدراسات أن الفروقات في السلوك العلاجي لا تعود لعوامل عرقية بقدر ما ترتبط بالفوارق في الوضع الاقتصادي والمعرفي، مما يبرز أهمية التدخلات الداعمة لتقليص هذا التأثير وتعزيز الامتثال العلاجي لدى الفئات الهشة.

### 3- النماذج النظرية المفسرة لسلوك الملاءمة العلاجية:

لتفسير سلوك المرضى فيما يتعلق بالملاءمة العلاجية، طورت عدة نماذج تفسيرية تعتمد على الأطر النفسية والسلوكية والتي تستند على نظريات علم النفس الصحي مثل: نموذج المعتقدات الصحية، نموذج الملاءمة في الصحة، نظرية السلوك المخطط، نموذج التنبؤ بالسلوكيات الصحية...

**3-1- نموذج المعتقدات الصحية (HBM):** تعتبر دراسة المعتقدات الصحية من بين أهم المجالات التي يهتم بها الباحثين والدارسين، نظرا لأهمية هذا المجال، الذي أصبح اهتمام العام والخاص في جميع الميادين، فمن الملاحظ أن سلوكيات الأفراد الصحية تختلف باختلاف معتقدات الأفراد حول صحتهم، وهذه المعتقدات ليست بالضرورة دائما صحيحة، وعليه ينتج عن ذلك مجموعة سلوكيات تكون مضرّة بصحة الفرد أكثر من فائدتها وهي ما تعرف بسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة.

ومن أكثر الاتجاهات النظرية تأثيرا في تفسير السبب الذي يدفع الناس إلى ممارسة السلوك الصحي هو نموذج المعتقد الصحي (Rosenstock, 1966).

يهدف هذا النموذج للتنبؤ بالسلوكيات الصحية الوقائية والاستجابة السلوكية للعلاج في المرضى المصابين بأمراض حادة ومزمنة، تم وضعه في الأصل من طرف (Rosenstock, 1966) وتم تطويره بشكل أكبر بواسطة (Becker, 1974) وتم تطبيقه على سلوكيات صحية أخرى مثل الالتزام بالأدوية، العلاج (Hucker, 2020, 49).

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

- القابلية المدركة للإصابة Perceived Susceptibility: بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال بأنه قد يصاب بمرض معين أو عجز ما.

- الخطورة المدركة للمرض perceived serverity: أي مدى المترتبات السيئة إذا ما أصيبوا بالعرض أو العجز.

- الفوائد المدركة للفعل perceived Benefits: وهي الفوائد المتوقعة التي ستتحقق إذا مارس الفرد السلوك الصح في هذا الموقف.

- المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل perceived Barriers Costs: بمعنى ما الأشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟ أي إذا كان الفرد يسعى للتوافق أو عدم التوافق مع سلوك ما، فما التكاليف المحتملة؟ ومثال ذلك استخدام الواقي الذكري (كسلوك محدد) للحماية من عدوى الأمراض المنقولة جنسياً.

- الدافعية الصحية Health Motivation: وهي نشر واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

- الهاديات للتصرف Cues to action: وهي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك، وقد تكون هذه الهاديات داخلية (مثل الأعراض المدركة)، كما قد تكون خارجية (مثل حملات التوعية الصحية، أو الإصابة بمرض، أو وفاة صديق عزيز) (الشويخ، 2008، 62).

كما لخص عدد كبير من البحوث إلى أن المعتقدات الصحية تفسر التزام الناس بممارسة العادات الصحية السليمة، فعلى سبيل المثال تساعد معتقدات الأفراد الصحية على التنبؤ بالممارسات التي يعتمدونها بهدف وقاية الأسنان والاعتناء بها والفحص الذاتي للصدر والحماية للوقاية من السمنة وتلك التي يتجنبونها لتفادي خطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة ... (الداغستاني المفتي 2010،

.(81)

بالمقابل أثبتت العديد من الدراسات أن جهل الأفراد بأبسط طرق الوقاية والكشف عن الأمراض والتعامل معها قد زاد من تفاقمها، بل أن الكثير من الوفيات بسبب الجلطة الدماغية مثلا تعود إلى عدم فهم الأعراض التحذيرية التي تسبق حدوث الجلطة (طرح، 2013، 49).

وقد جاءت دراسة Peterson (1991) في أمريكا لتؤكد أن إدراك المريض لمرضه ومعتقداته حول الصحة والمرض هي عوامل مهمة في تحديد سلوك الملاءمة أو عدم الملاءمة (موفق، بدون تاريخ، 169).

يعد هذا النموذج من أهم النماذج النفسية المستخدمة في تفسير السلوك الصحي، حيث يفترض أن تبني الفرد لسلوك صحي يعتمد على معتقداته حول قابليته للإصابة، وشدة المرض، والفوائد المتوقعة من السلوك والمعوقات التي قد تمنعه، إضافة إلى دافعيته الصحية والمحفزات التي تدفعه للفعل. وقد أثبتت الدراسات فعاليته في تفسير الالتزام بالتدابير الوقائية والعلاجية وأكدت أن ضعف الإدراك الصحي يؤدي إلى تبني سلوكيات خطيرة تؤثر سلبا على الصحة.

### 3-2- نموذج الملاءمة في الصحة HCM:

لقد بلور هذا النموذج (Leibget Cariston 1986) ويهدف إلى تفسير السلوكيات المتعلقة باتباع المعالجة الطبية بمعنى آخر الطريقة التي يعيش بها العميل ويستشعر بها امتثاله للعلاج من خلال تأثيرات هذا الأخير على حياته.

كما يعتبر هذا النموذج أول من تناول الطريقة التي يعيش من خلالها المرضى سلوك الملاءمة العلاجية وشعورهم من خلال الآثار الأولية والثانوية التي تخلفها هذه التغيرات في النواحي السلوكية الجديدة على حياتهم.

يحدد النموذج ثلاثة أنواع من المتغيرات:

- العوامل الموقفية: وتشمل عدة جوانب: خصائص العلاج (كطعم الدواء، الكمية، نوع ولون الدواء، تعقد المقادير وعلبة الدواء)، نوعية التعليمات المقدمة (طبيعة وأهداف العلاج) وتكيفها مع نمط حياة المريض، طريقة تقديمها (كتابياً، شفهيًا)، نمط الاتصال (اللفظي أو الكتابي)، قدرة المريض على قراءة وفهم التعليمات المتابعة الطبية (كمية وتكرار الاستشارات...) وكذلك الدعم الاجتماعي والعائلي. كما نجد على هذا المستوى نوعية العلاقة طبيب مريض.

- العوامل الشخصية والذاتية: التي تقوم على طبيعة إدراك المريض لوضعه الصحي. معتقدات وإدراكات حول فعالية العلاج، تكلفته، وخطورة المرض، ودرجة الرضا.

- النتائج المدركة: من فوائد ومخلفات (تعقيدات) العوامل الشخصية الذاتية وسلوك الملاءمة العلاجية. هذه الفوائد يمكن أن تكون اجتماعية (تقدير الآخرين)، شخصية (تحسين الحالة الصحية، تقليص الأعراض)، واقتصادية (التوقف عن التدخين يوفر مالاً إضافياً مثلاً). أما المخلفات (التعقيدات) فيمكن أن تكون هي الأخرى جسمية (كتهور الحالة الصحية للمريض أو ظهور آثار جانبية للعلاج أو ارتفاع حدة هذه الآثار الجانبية)، اقتصادية (ارتفاع كلفة العلاج) أو اجتماعية (الوصم الذي يتسم به المرض أو وقع الأعراض على حياته اليومية). وتأخذ هذه التعقيدات بعدين فوري أو بعد حين (حراي، 2018، 77-78)

ويفرق هذا النموذج (HCM) بين نوعين من العوامل: فالعوامل التي تمثل الخصائص الشخصية الذاتية تتعلق ببعد فوائد تعقيدات المدركة والمسقطه يسقطها المريض على نفسه ليرى صورته في المستقبل قبل البدء والشروع في سلوك الملاءمة العلاجية. هذا الإسقاط يكون محدد أساسي في سلوك الملاءمة العلاجية. أما في حالة العوامل المتعلقة بالنتائج المدركة فيتعلق الأمر بفوائد ومخلفات العلاج بعد سلوك الملاءمة العلاجية. هذه العوامل التي تشكل التغذية الرجعية (feed-back) فتعمل هي الأخرى على

تحديد سلوك الملاءمة العلاجية لاحقا اتجاه نفس العلاج أو اتجاه علاج آخر ( G. Fischer et C. , Tarquinio, 2014, 171-172).

يُعد هذا الأخير من النماذج التفسيرية المهمة في فهم سلوك الملاءمة العلاجية. يركز النموذج على كيفية إدراك المريض لتأثير العلاج على حياته اليومية، ويُبرز أن سلوك الملاءمة العلاجية يتأثر بثلاثة أنواع من المتغيرات: العوامل الموقفية (مثل خصائص الدواء ونوعية التعليمات والدعم الاجتماعي)، والعوامل الذاتية (مثل معتقدات المريض حول فعالية العلاج وخطورة المرض)، بالإضافة إلى النتائج المدركة (من فوائد أو تعقيدات العلاج).

ويُفرق النموذج بين التصورات المسبقة قبل بدء العلاج، التي يسقط من خلالها المريض صورة مستقبلية عن العلاج، والتغذية الراجعة الناتجة عن التجربة الفعلية، والتي تؤثر في سلوكه العلاجي مستقبلاً. يعكس هذا النموذج أهمية الجوانب النفسية والإدراكية في الامتثال للعلاج، ويُعد مرجعاً لفهم الصعوبات التي قد تعيق التزام المرضى بالخطة العلاجية.

### 3-3- نظرية السلوك المخطط (TRA):

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

وتتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

- الاتجاهات Attitudes: وهي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد، ومن الضروري تذكر أن الاتجاهات هي أيضا وظيفة للمعتقدات.
  - المعايير الذاتية Subjective Norme: وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وما إذا كان لديهم دوافع متابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين سواء كانوا أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الأزواج.
  - التحكم الذاتي السلوكي perceived Behavioral control: ويهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح، وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الانخراط في السلوك، ومن أمثلة ذلك أنك إذا حاولت إنقاص وزنك وكنت قد فشلت سابقا في مقاومة إغراء تناول الآيس كريم ومازال لديك شك في أن إرادتك قوية بما فيه الكفاية لمقاومة تناوله الآن فإن تحكمك السلوكي المدرك سيكون منخفضا مما ينظر للصلة المباشرة بين التحكم السلوكي المدرك والسلوك الفعلي، فضلا عن ملاحظة وجود علاقة سببية (حميداني، 77، 2023).
- ان الاشخاص حسب هذا النموذج لديهم استعداد لتبني سلوك صحي خاص إذا ما اعتقدوا ان هذا السلوك سيفضي إلى نتائج (Bruchon – schweitzer، 2002).
- تعد هذه النظرية من النماذج النفسية والاجتماعية الهامة في تفسير السلوكيات المرتبطة بالصحة (مثل الملاءمة العلاجية)، تفترض النظرية أن السلوك يتم بناءً على النية السلوكية، والتي تتشكل من ثلاثة مكونات رئيسية: الاتجاهات نحو السلوك، المشاعر الإيجابية أو السلبية المرتبطة به، والمعايير الذاتية، تأثير الآخرين ذوي الأهمية على قرار الفرد والتحكم السلوكي المدرك، إدراك الفرد لقدرته على تنفيذ السلوك بنجاح. فكلما كانت هذه العناصر إيجابية ومدعومة زادت احتمالية تبني الفرد للسلوك الصحي. وقد أثبتت النظرية فعاليتها في التنبؤ بسلوكيات مثل الامتناع عن التدخين، والالتزام بالعلاج، والتبرع

بالأعضاء. وتؤكد أن الأفراد يميلون لتبني السلوك إذا اعتقدوا أنه يحقق نتائج مرغوبة ويحظى بقبول اجتماعي، ولديهم القدرة على تنفيذه.

3-4- نموذج التنبؤ بالسلوكيات الصحية (MPCS): تم اقتراح هذا النموذج الصحي من طرف بوندر (1975) Pender ، وقام بتطبيقه ريتشارد (1988) Richard ، على عينة من مرضى القلب. ويضم هذا النموذج عدة نظريات ومفاهيم مفسرة لسلوك الملاءمة العلاجية والسلوك الصحي بصفة عامة. ويعتمد هذا التناول النظري أساسا على نموذج المعتقدات الصحية (HBM) ويضيف إليه عوامل مستخرجة من نظرية التعلم الاجتماعي، ومن مفهوم مركز الضبط الصحي والعديد من العوامل الأخرى الجديدة أو التي عدلها. ويتكون من خمسة مجموعات من العوامل:

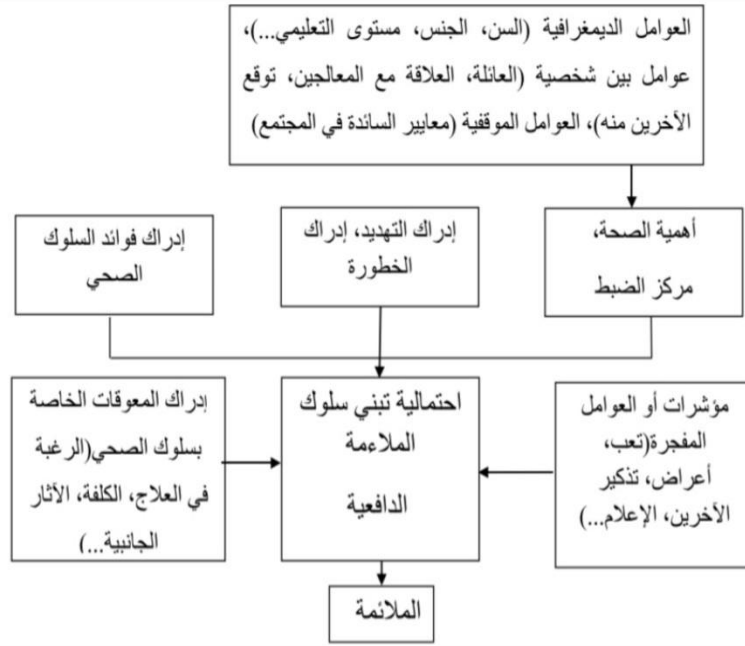
- العوامل المتغيرة: وهي تلك العوامل التي تخص المتغيرات السوسيو ديمغرافية (كالسن الجنس... ) والعوامل البين شخصية التي تبعث إلى ما يتوقعه أو ينتظره من الآخرين ومن الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها. كما نجد أيضا على هذا المستوى المتغير الراضات المتعلقة بالمواقف والظروف التي تندرج ضمنها السلوكيات الصحية في سياقها النفسي والاجتماعي والتي تأخذ بعين الاعتبار القبول الثقافي للمعايير السائدة في المجتمع لسلوك المرضى. وهذا المتغير هو الذي جعل من هذا النموذج مميز عن باقي النماذج السابقة لأنه يأخذ في الحسبان بعد الإطار النفسي الاجتماعي الذي يحيط بالمرضى الأبعاد الثقافية، والمعايير والأيدولوجية للجماعة التي تدعم أو تطفئ السلوك الصحي.

- الإدراك الشخصي للصحة والمرض: وتتعلق هذه العوامل أيضا بمدى إدراك المريض لفوائد العلاج مقارنة بما يمكن أن تعنيه الصحة للفرد، ومركز ضبطه (داخلي أم خارجي) كما حددها والستون (1978) Wallston ، كما نجد جملة كبيرة من العوامل التي تؤثر في سلوكيات الصحة والبحث حول المعلومات المتعلقة بالمرض والعلاج. كما يتضمن هذا العنصر إدراك المريض لخطورة المرض والأعراض، وكذلك الفوائد التي يمكن أن تجلبها له السلوكيات الصحية.

- إدراك العوائق التي تعيق السلوك الصحي: وهي تلك العوامل التي تعود إلى الأولويات الشخصية للمريض وما يعنيه له المرض والصحة، وهذا في علاقة مع نوعية الحياة التي يعيشها. فالمواجهة بين الأمل في الحياة مقابل ظروف العلاج قد ترفع أو لا ترفع من احتمالات تبني سلوكيات صحية خاصة ومتكيفة مع الوضع الصحي.

- المؤشرات المحركة: وقد تكون هذه العوامل داخلية مثل (مؤشرات جسدية، تعب، أعراض...) أو خارجية (تذكير من المحيط الاجتماعي على حالة المريض). هذه المؤشرات تدل على الحالة المرضية الحقيقية، وتعمل بمبدأ الواقع. وبمعنى آخر هذه العوامل هي التي تحرك المريض وتبقيه حذرا على صحته متقبلا واقعه دون الهروب منه.

- التفاعل بين هذه العوامل السابقة: احتمال تبني سلوك صحي ينتج من التفاعل بين المؤشرات المحركة أو الفاعلة، إدراك العوائق التي تعيق السلوك الصحي والإدراك الشخصي للصحة. ومعالجات كل هذه العوامل في تفاعلها مع بعضها هي التي تحدد سلوك الملاءمة العلاجية ومستوياته (G. Fischer et C. Tarquinio, 2014, 175-177).



الشكل رقم 06: يمثل نموذج (MPCS) ل Pender المعد من طرف ريشارد (1988)

(حرايبي، 2018: 81-82).

يعد هذا النموذج نموذجاً يحاول الجمع بين مناهج متميزة ولكن بعض العوامل التي ثبت أنها تؤثر على الامتثال غائبة عن محاولة التكامل هذه وهذا هو الحال، على سبيل المثال فيما يتعلق بالنوايا السلوكية، أو مشاعر الكفاءة الذاتية، أو موضع السيطرة (Tarquinio, 2007, 08).

يعتبر نموذج التنبؤ بالسلوكيات الصحية، إطاراً تكاملياً لفهم السلوك الصحي عامة وسلوك الملاءمة العلاجية خاصة. يجمع هذا النموذج بين عدة نظريات، منها نموذج المعتقدات الصحية (HBM)، ونظرية التعلم الاجتماعي، ومفهوم مركز الضبط الصحي، إلى جانب عوامل ثقافية ونفسية واجتماعية جديدة. يركز النموذج على أن تبني السلوك الصحي هو نتيجة تفاعل معقد بين الإدراك والدوافع والعوائق في إطار اجتماعي وثقافي محدد.

نلاحظ مما سبق أن كل هذه النماذج تشترك في تركيزها على تفسير السلوك الصحي وسلوك الملاءمة العلاجية من خلال العوامل النفسية والإدراكية والاجتماعية، حيث تبرز جميعها دور الإدراك الفردي كإحساس بالخطر، وفوائد السلوك الصحي والعوائق، والدوافع الشخصية، ودعم المحيط الاجتماعي في تبني السلوكيات الصحية. كما تركز على أن السلوك الصحي ليس عشوائياً، بل ناتج عن عملية عقلية مدروسة تتفاعل فيها عدة متغيرات داخلية وخارجية. إلا أن كل نموذج يتميز بخصوصيته؛ فنموذج المعتقدات الصحية (HBM) يركز على الإدراك الصحي والخطر، في حين يبرز نموذج الملاءمة في الصحة أهمية التجربة الشخصية والتغذية الراجعة. أما نظرية السلوك المخطط (TRA) فتعتمد على النية السلوكية كمحدد أساسي، ناتجة عن الاتجاهات والمعايير الذاتية والتحكم المدرك. بينما يسعى نموذج (MPCS) إلى التكامل بين هذه الرؤى ويضيف عوامل ثقافية واجتماعية.

يمكن الاستنتاج أن فهم السلوك الصحي يتطلب مقارنة شمولية تأخذ بعين الاعتبار تفاعل العوامل النفسية، المعرفية، الاجتماعية والثقافية مع الخصائص الفردية والسياق المحيط.

#### 4- قياس سلوك الملاءمة العلاجية:

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

**4-1- قياس مباشر:**

ويتمثل القياس المباشر فيما يلي:

- الفحص البيولوجي: ويتضمن مراقبة مستوى تركيز آثار الأدوية المثبطة للمناعة في الدم، ومع ذلك. نظرا لأن كل مريض يستجيب للأدوية بطرق مختلفة، ويمكن أن تتأثر النتائج بعدد من المتغيرات مثل معدل التمثيل الغذائي، والتفاعلات بين الأدوية فيما بينها، مما قد يجعل ذلك من الصعب تحديد مستوى الملاءمة (Belaiche, 2018, 32).

- وزن المريض: ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض مقارنة وزنه بآخر فحص لمعرفة المريض ومدى التزامه واندماجه في الخطة العلاجية.

- الملاحظة المباشرة: إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص وملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض وأيضا الآثار الجانبية الملاحظة ومن خلال هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه ومستوى التزامه (رزقي 2011، 78).

**4-2- قياس غير مباشر:**

ويتمثل القياس غير المباشر فيما يلي:

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

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

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

-المراقبة الإلكترونية لاستهلاك الأدوية: وهي تعتبر طريقة جيدة من خلال تحديدها لعدد الوحدات والجرعات والأكثر استخداما هو من خلال وضع جهاز على غطاء عليه الدواء يقوم بتسجيل تاريخ ووقت استعمال الدواء ولكن هذا الجهاز مكلف للغاية (Belaiche, 2018, 32).

-المقابلات مع المرضى: حيث أشارت الأدبيات السابقة إلى أن استخدام أكثر من طريقة واحدة لقياس الالتزام في نفس الوقت يمكن أن يحسن دقة المعدلات المبلغ عنها (Lam & Fresco, 2005).

إذن يمكن تقسيم قياس الملاءمة العلاجية إلى طريقتين أساسيتين:

القياس المباشر والقياس غير المباشر يشمل القياس المباشر الفحص البيولوجي (مثل قياس تركيز الدواء في الدم)، وزن المريض، والملاحظة السريرية لأثر العلاج. أما القياس غير المباشر فيعتمد على وسائل مثل التقارير الذاتية تقارير الطبيب، عد الحبوب المراقبة الإلكترونية لاستهلاك الأدوية، والمقابلات مع المرضى.

### 5- تعريف عدم الملاءمة العلاجية:

أما عدم إلتزام المرضى بالسلوكيات والعلاجات التي يوصي بها الطبيب فهذا يعني عدم الملاءمة العلاجية *La non compliance thérapeutique*، وتعرف هذه الظاهرة على أنها عدم الانصياع للتوصيات العلاجية المتعلقة بتعديل عادة ضارة بالصحة أو حالة مرضية (شيلي تايلور، 2004، 723).

وقد وصف ريخ (Reach) سلوك عدم الملاءمة العلاجية بتلك الظاهرة المعقدة التي تتعدى الإطار الدوائي، كما يمكن أن تكون ممتدة في الزمن، أو تمس حتى مواعيد زيارة الطبيب أو توصياته حول تعديل بعض السلوكيات الضارة أو نمط الحياة إن تطلب الأمر (Matthieu bureau, 2001, 25).

ويعد سلوك عدم الملاءمة العلاجية أمراً معقداً يمكن أن يظهر بسبب العديد من الأسباب، تنقسم أسباب عدم الملاءمة العلاجية إلى فئتين متداخلتين مقصودة وغير مقصودة (Nice, 2009).

تحدث عدم الملاءمة الغير مقصودة في الغالب عندما يجد المرضى أنفسهم خارج الروتين اليومي المعتاد، وكانوا في الغالب يتناولون الأدوية في الوقت الغير صحيح، تم تأكيد هذه النتيجة في دراسات أخرى، حيث تم تحديد النسيان باعتباره السبب الأكثر شيوعاً لعدم الملاءمة (Lalic et al, 2014).

وحسب (Griva et al, 2012) فإن عدم الملاءمة الغير مقصودة تحدث عندما يكون لدى المرضى مخاوف بشأن نظام أدويتهم أو علاجهم.

عدم الملاءمة العلاجية اذن هي امتناع المريض عن اتباع التعليمات الطبية، سواء كان ذلك بشكل مقصود بسبب الخوف أو الرفض أو غير مقصود (كالنسيان). وفي حالة مرضى الحروق، تعني عدم الالتزام بتغيير الضمادات، تعقيم الجروح، التمارين، أو حضور المواعيد، مما يؤثر سلباً على الشفاء.

## 6-أنواع عدم الملاءمة العلاجية:

إن سلوك عدم الملاءمة العلاجية لا يقتصر على تناول الدواء فقط بل يمتد إلى سلوكيات عديدة منها: عدم الملاءمة العلاجية المتعلقة بتعديل السلوكيات الضارة، عدم الملاءمة العلاجية المتعلقة بمواعيد زيارة الطبيب والزيارات الدورية. وفيما يلي توضيح لمختلف هذه المحاور:

## 6-1- عدم الملاءمة العلاجية المتعلقة بالدواء :

هذا النوع (la non-observance médicamenteuse) من عدم الملاءمة العلاجية هو أول نوع يتبادر إلى الذهن عندما نتكلم عن هذه الظاهرة، وهو أكثر الأنواع الكلاسيكية التي تم دراستها في هذا الموضوع والذي يمكن فهمه بأنه تخلي المريض التام والكلي عن تناول دواءه أو جزء منه لمدة معينة.

وقد أضاف كل من بين وسالزمان (1997) Been & Salman سلوكات جديدة إلى هذا النوع من سلوكات عدم الملاءمة العلاجية وهو التناول المفرط للدواء (la sur consommation médicamenteuse) الذي غفلت عنه الدراسات الكلاسيكية في هذا المجال.

وحسب هؤلاء الباحثين فإن لهذا النوع من السلوكات خطر كبير على صحة المريض والذي قد يسبب تسمم نتيجة الجرعات الزائدة أو تفاعل مع أدوية أخرى ( Surdosages interactions médicamenteuses) كما يزيد من حجم التكاليف بأنواعها الناتجة عن نقل المريض للاستعجالات الطبية (Matthieu Burea, 2001, 28).

فقد يرى المريض مثلاً أن الطبيب قد تجاهل أو أهمل أحد أعراض المرض التي تستحق الاهتمام بنظره، فيلجأ إلى استخدام دواء إضافي من الممكن أن يتسبب بتفاعلات مع أدوية أخرى، أو يتفاعل مع الدواء الذي وصفه له الطبيب بطريقة غير متوقعة وربما تكون خطيرة. كما انه قد يحدث أن يقوم مريض بإجراء تعديلات على عيار الجرعة المطلوبة، على اعتبار أنه طالما كانت أربع حبوب يوميا تكفي لمدة عشرة أيام، فإن ثماني حبوب من الدواء نفسه في اليوم ستكون كافية لتحقيق نتائج أسرع خلال فترة قصيرة تعادل خمسة أيام، أو ربما يكون أحد دوافع سلوك المجازفة هو التغلب على الإحساس بفقدان السيطرة، الذي يصاحب المرض في أغلب الحالات (شيلي تايلور، 2008، 461).

## 6-2- عدم الملاءمة العلاجية المتعلقة بتعديل السلوكيات الضارة:

لهذا النوع (la non observance hygiéno-diététiques) من سلوك عدم الملاءمة العلاجية هو الآخر ذو أهمية لا تقل عن أهمية تناول وعدم تناول الأدوية، وله نتائج وخيمة على صحة الفرد بالدرجة الأولى. كما أنه موضوع حديث في ميدان الطب تم التنبه له مع ظهور الاتجاهات الوقائية في السنوات الماضية. هذا وبالمقابل فإن العديد من الأمراض المزمنة في عصرنا الحالي تتطلب سلوكيات وقائية وإتباع صارم لنمط حياة يكون في بعض الأحيان متعب مثل النظام الغذائي الخاص بمرضى السكري أو نمط الحياة الخاص بمرضى العجز الكلوي. وللتذكير فإن 50% فقط من مرضى احتشاء عضلة القلب (infarctus du myocarde) هم من يتمكنوا من تعديل نمط حياتهم (Erhardt LR, 1999).

## 6-3- عدم الملاءمة العلاجية المتعلقة باحترام مواعيد الطبيب والزيارات الدورية:

هذا النوع (la non-observance au suivi) من سلوك الملاءمة العلاجية هو الأقل دراسة في هذا الموضوع، وكذلك الدراسات التي بحثت في العلاقة بين سلوك عدم الملاءمة العلاجية المتعلق بتناول الأدوية وهذا النوع من سلوك عدم الملاءمة العلاجية. ويشمل هذا المفهوم كل من الحضور واحترام مواعيد الاستشارة، الفرق في المدة الزمنية المستغرقة بين الموعد المحدد وحضور المريض، والقيام بالفحوصات الموصى بها كتحاليل الدم وفحوصات طبية أخرى (Dahan R. Dahan A et Cadranel J. 1985).

وقد قدما دايو واينوي (Devo et Inui, 1980) في مقال لهما بعدا آخر لهذا النوع من سلوك عدم الملاءمة العلاجية وهو الانقطاع التام عن العلاج. هذا البعد ينتج عنه مضاعفات مرضية كبيرة قد تصل إلى الموت خاصة في الأمراض المزمنة. ويوضح الباحثان أنه يجب أن نفرق بين التوقف التام عن العلاج بأنواعه وهو نوع نادر الحدوث والتغيب عن المواعيد والفحوصات أو التمديد في مدة الزيارات المرتقبة وهو نوع سائد والأكثر شيوعا. ويكاد الباحثون والممارسين في المجال الصحي أن يجمعوا على

أن التوقف التام يكون بعد الانقطاع عن العلاج لثلاثة مواعيد متتالية وهي ليست حالات نادرة، ولذلك يرى آخرون أن نتكلم عن التوقف الكلي عندما يصل عدد الغيابات عن مواعيد الاستشارات إلى ثمانية حصص. في حين يرى الأقلية من الباحثين أن نتحدث عن الانقطاع عن العلاج عندما لا يظهر أي أثر للمريض لمدة سنة كاملة (Deyo & Imui TS, 1980) وتتراوح نسبة هذا النوع من سلوك عدم الملاءمة العلاجية من 10 إلى 30% (Matthieu Bureau, 2001,25).

نستنتج مما سبق أن عدم الملاءمة العلاجية لا يقتصر على الامتناع عن تناول الأدوية فحسب، بل يمتد إلى ثلاثة أنواع رئيسية، لكل منها تأثير خاص على مسار العلاج. فالنوع الأول يمثل عدم الالتزام الدوائي، ويشمل التخلي عن تناول الدواء كلياً أو جزئياً، أو تناول المفرط له، ما قد يؤدي إلى مضاعفات صحية خطيرة بسبب التفاعلات الدوائية أو الجرعات الزائدة. أما النوع الثاني فيتعلق بعدم تعديل السلوكيات الضارة، كالفشل في تعديل الأنظمة الغذائية أو العادات الوقائية، ما يؤثر سلباً على فعالية العلاج خاصة في الأمراض المزمنة. في حين يتمثل النوع الثالث في عدم احترام مواعيد المتابعة الطبية، وهو الأقل دراسة، ويشمل الغياب عن المواعيد أو الانقطاع التام عن العلاج، مما يزيد من احتمالات تدهور الحالة الصحية. وعليه فإن هذه الأنواع الثلاثة تعكس تعقيد ظاهرة عدم الملاءمة العلاجية.

#### 7- الخصائص النفسية والاجتماعية للمرضى الغير متلائمين علاجياً:

يحتاج تبلور سلوك الملاءمة لدى المرضى الى مجموعة من الشروط هي:  
الدافعية، التقبل، الاعلام، مشاركة المريض. استناد إلى نموذج معتقدات الصحة.  
ويؤكد (Becker et maiman, 1975) على اهمية الملاءمة العلاجية وأن سلوك الملاءمة يتحدد من خلال خمسة (5) عوامل سيكولوجية هي:

(1) إدراك مسار المرض وشدته

(2) إدراك مدى المضاعفات الإيجابية لتناول الدواء.

(3) إدراك خطورة الظروف المحيطة بالمرض.

(4) إدراك نتائج فعل أو سلوك الملاءمة.

(5) إدراك العوامل الداخلية والخارجية للسلوك (الدعم الاجتماعي والمقاومة).

وقد فشلت العديد من الدراسات في إيجاد العلاقة بين الملاءمة العلاجية والخصائص النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمنين وذلك فيما يتعلق بالجنس، السن، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، الحالة الاجتماعية، الوظيفة، المستوى التعليمي، السكن الحضري أو الريفي (1979, Haynes).

كما أنه تبين العديد من الدراسات التي استخدمت اختبارات الشخصية، العلاقة بين سمات الشخصية والملاءمة العلاجية لدى المرضى المصابين بمرض مزمن، وعلى الرغم من ذلك فإن محاولات عديدة تواصل في دراسة علاقة الشخصية وخصائصها بالملاءمة العلاجية عن طريق مقاييس تقدير للشخصية، وقد أشارت Ross (1977) إلى الخطأ الذي يرتكبه الباحثون في البحث عن خصائص الشخصية، ويستخدمون كل أنواع المقاييس وينسون شيئاً أساسياً وهو الوضعية الآنية التي يعيشها المرضى عند استخدامهم للأدوية، وتشير الوضعية إلى نوع الأدوية، كميتها، مواعيدها المحددة لأخذها، نوع الحماية، فكل هذه المؤشرات كلما زادت ساعدت في ظهور سلوك الملاءمة، إذن المشكل ليس في سمات الشخصية للمريض، وإنما في شكل الوضعية المعيشية من طرف هذا المريض، ولهذا فإن المريض قد يمتثل للتعليمات الطبية في وضعية معينة، ولا يمتثل في وضعية أخرى (زناد دليلة، 2013، 146).

بناء على ما سبق فإن الملاءمة العلاجية تبني على شروط نفسية واجتماعية أساسية مثل الدافعية، التقبل للإعلام والمشاركة الفعلية للمريض، وفق نموذج معتقدات الصحة. ووفقاً لـ Becker و (1975) Maiman، تتأثر هذه الملاءمة بخمسة عوامل نفسية رئيسية، أبرزها إدراك شدة المرض، فائدة العلاج، خطورة المحيط، نتائج السلوك العلاجي، والدعم الاجتماعي.

كما تشير دراسات مثل Haynes (1979) إلى غياب علاقة ثابتة بين سلوك الملاءمة والخصائص الديموغرافية. وأظهرت أبحاث الشخصية نتائج غير حاسمة، وانتقدت لتجاهلها السياق العلاجي الآني، كما أوضح (1977) Ross.

بالتالي، فإن سلوك الملاءمة يُعد استجابة ظرفية مرتبطة بالوضع العلاجية الآنية أكثر من كونه ناتجاً عن سمات شخصية دائمة، وهو ما تؤكد زناد دليلاً (2013).

### 8- الفروق بين الجنسين في سلوك الملاءمة العلاجية:

تبين من خلال الدراسات أن النساء والرجال متساوين في سلوك الملاءمة العلاجية (1996) Monznelal كما تبين أن كلا الجنسين متساويين في سلوك الملاءمة العلاجية المتعلقة بتناول أدوية الضغط، ونفس النتائج توصلت إليها دراسة (1992) Lynch Smilarly حول الالتزام بالتمارين بالنسبة لمرضى ارتفاع الكولسترول. أما في دراسة بولاري Bollaret (2005) شملت الجنسين وجد أن من بين 120 امرأة نجد 39% يتبنون سلوك عدم الملاءمة و 29% من 77 رجل يظهرون عدم الملاءمة (2005, Bollaret Derbre).

هذه نتائج لا توحى بوجود فروق بين الجنسين على مستوى سلوك الملاءمة العلاجية مع ذلك فالنتائج تبقى متضاربة، إذ بينت دراسة (Wanger) أن النساء تتبنى أكثر سلوك الملائمة العلاجية وهذا من خلال عرضه للمواعيد وللمراكز الصحية، كما بينت دراسة Chatron (1980) أن النساء أكثر امتثالاً للتوصيات الطبية (2012,57,Emille Adam).

وفي الحقيقة يمكن تفسير هذا، فإذا كانت الإناث أكثر تبني لسلوك الملاءمة العلاجية من الذكور فهذا يعود بالدرجة الأولى إلى صورة الذات التي تضطرب عند الإناث أكثر من الذكور، وخاصة إذا كان المرض يمس وحدة الجسم ويُدرك كإعاقة أو له علاقة حقيقية أو تصورية بفقدان الجمال. إذ يكون سلوك الملاءمة عند النساء أحسن من الذكور كون هذا النوع من السلوك له الدافعية إلى استرجاع الوظائف

الحيوية كصورة الذات ووحدة الأنا. ومن جهة مغايرة تماماً أجرى هامبورغ (Hambourg) (1982) دراسة حول عينة من المراهقين حول سلوك الملاءمة العلاجية ومركز الضبط الصحي، وتبين أن الذكور يتميزون بسلوكات الملاءمة العلاجية أكثر من الإناث. وقد قدمت له انتقادات حول العينة بحيث لا يمكن للمراهقين أن يمثلوا عامة الناس (25,200,Matthieu Bureau).

تظهر هذه الدراسات تضارباً في نتائج الفروق بين الجنسين في سلوك الملاءمة العلاجية، حيث تشير بعض الأبحاث إلى عدم وجود فروق تذكر، بينما تظهر أخرى أن النساء أكثر التزاماً ويرتبط ذلك بصورة الذات والرغبة في الحفاظ على وحدة الجسد. في المقابل، أظهرت دراسة لدى المراهقين أن الذكور أكثر التزاماً، لكنها واجهت انتقادات منهجية. وعليه، تبقى العلاقة بين الجنس وسلوك الملاءمة غير واضحة، وتحتاج إلى مزيد من البحث.

### 9- نتائج سلوك عدم الملاءمة العلاجية:

يعتبر سلوك عدم الملاءمة كعامل خطورة للمرض كما أن هذا السلوك (عدم الملاءمة) قد يخلف مخاطر صحية واقتصادية سواء بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة. ولا تتعلق هذه المخاطر والأضرار بالفرد وحده بل تتعداه إلى العائلة والمجتمع والنظام القائم على الرعاية الصحية وحتى الدولة بصفة عامة. وفيما يلي سنذكر بعض النتائج الطبية والاقتصادية:

- نتائج طبية: إن تبني سلوك عدم الملاءمة من قبل المريض قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة كالاستشفاء، السكتة الدماغية، الشلل وأحياناً الموت، إذ لوحظ زيادة حالات الاستشفاء عند المرضى الغير ملتزمين. كما أن عدم الملاءمة يؤثر في نوعية حياة الفرد وعائلته، فالطفل المصاب بالربو الغير ملتزم بعلاجه قد يتعرض لأزمات تحد من نشاطاته اليومية وتؤثر على عائلته، وقد لا يدرك الطبيب عدم التزام المريض بدوائه ويرجع فشل العلاج إلى عدم كفاءة الدواء فيصف أدوية أكثر فعالية بمزيد من التأثيرات

الجانبية أو قد يتخذ إجراءات أخرى كالجراحة البتر... وبالتالي سلوك عدم الملاءمة العلاجية له تأثير سلبي في القرارات الطبية.

اذن سلوك عدم الملاءمة العلاجية هنا قد يفضي إلى مضاعفات طبية خطيرة مثل: الاستشفاء المتكرر، تفاقم الحالة، أو حتى الوفاة، كما يؤثر سلباً على نوعية حياة المريض وأسرته. وقد يُضلل الطبيب في تقييم فعالية العلاج، مما يؤدي إلى وصف أدوية أقوى ذات آثار جانبية أكبر أو اللجوء إلى تدخلات غير ضرورية كالجراحة، ما يعكس تأثيره المباشر على دقة القرارات الطبية أيضاً.

- نتائج اقتصادية: لقد ورد عن تقرير لمنظمة الصحة العالمية أن ما يعادل نصف المرضى المزمنين لا يتناولون أدويتهم كلياً أو جزئياً، هذا يعني 50% من الأدوية التي تشتري لأجل علاج الأمراض المزمنة لا يتم استهلاكها من قبل المرضى المعنيين. وتشهد فرنسا مثلاً ارتفاعاً في سلوك عدم الملاءمة العلاجية يقدر بأكثر من 50% من المرضى وخاصة المزمنين منهم والعدد في تزايد مستمر. وتقدر كلفة الدواء الذي لا يستهلك بـ 2 مليار يورو في السنة. أما في أمريكا فتتفوق هذه الخسائر 290 مليار دولار في السنة وتكون سبب وفاة 125 ألف شخص سنوياً. وتسجل بريطانيا مستويات أقل، مع ذلك فهي تفوق 500 مليون جنيه إسترليني. هذه التكاليف الباهظة تكون بطريقة مباشرة كعدم تناول الدواء وتركه إلى انتهاء صلاحيته أو بطرق غير مباشرة كالمصاريف التي تتفوقها الدولة على مضاعفات المرض التي كان بإمكان المرضى تفاديها بسلوك الملاءمة العلاجية وتجنب الوقوع في التعقيدات الإضافية التي تصل إلى الموت (Michel Rousseau, 2014).

نستخلص أن سلوك عدم الملاءمة العلاجية يُحدث خسائر اقتصادية كبيرة على النظم الصحية، حيث تُهدر كميات ضخمة من الأدوية غير المستهلكة، وتُسجّل تكاليف إضافية ناتجة عن مضاعفات كان يمكن تفاديها. ما يبرز الأثر المالي والاجتماعي الخطير لعدم التزام المرضى بالعلاج.

## 10- طرق تحسين سلوك الملاءمة العلاجية:

لتعزيز سلوك الملاءمة العلاجية وتحسين التزام المرضى هناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التعليمية أو السلوكية أو التنظيمية التي يمكن أن توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية تم اقتراحها وظهرت فعاليتها في الواقع (Haynes, 1987). منها الاستماع للمريض والطلب من المريض تكرار ما يتوجب عليه القيام به، تقديم تعليمات واضحة حول برنامج العلاج و يفضل أن تكون مكتوبة الاستعانة بالاصقة الموجودة على غلاف علبة الدواء والروزنامة لتذكير المريض بموعد علاجه، الاتصال بالمريض في حال تخلفه عن مواعده إن أمكن، وصف برنامج العناية بالذات بحيث ينسجم مع البرنامج اليومي للمريض، التركيز في كل زيارة على أهمية الالتزام بالعلاج، تخصيص جزء من الزيارات المتكررة لمسائل الالتزام، الثناء في كل زيارة على ما يبذله المريض من جهود في مجال الالتزام ( تناول الدواء، إتباع حمية .....)، العمل على توسيع دائرة المشاركة لتشمل شريك المريض أو أسرته أو أصدقائه، فتحسين المساندة الاجتماعية يشجع المريض على الالتزام، واهتمام محيط المريض بأدويته ومواعيد زيارته للطبيب وحميته، يساعد المريض على تقبل العلاج والالتزام به، استخدام كلمات وعبارات قصيرة، واستخدام تصنيفات واضحة كلما كان ذلك ممكن، تكرار الأشياء والمعلومات كلما كان ذلك مجدياً، إعطاء المريض نصحا دقيقا ومفصلا، وتقديم المعلومات ببطء، التعرف على هموم المريض وعدم حصر المناقشة بجمع المعلومات الطبية فقط، محاولة استكشاف توقعات المريض حول مرضه وعلاقته بالطبيب، وإذا كانت لديه مصاعب فمن الضروري تسهيلها بالطرق البسيطة، توفير المعلومات الكافية حول تشخيص المرض وأسبابه، تبني اتجاه ودي مع المريض بدلا من الاتجاه الرسمي الجاف، وجعل التواصل بين الطبيب والمريض يتميز بالدفء والاهتمام، كما أن هيبة الطبيب ومكانته لها أثرها في غرس الالتزام لدى المريض فيقبل أقوال طبيبه بصدق واحترام، تجنب المصطلحات الطبية المعقدة وتخصيص بعض الوقت للحديث حول موضوعات غير طبية (2008، شيلي تايلور).

فالتحسين سلوك الملاءمة العلاجية يتطلب توظيف هذه الاستراتيجيات التعليمية والسلوكية والتنظيمية الفعالة، لتعزيز التزام المريض والتقليل من سلوك عدم الملاءمة.

**خلاصة الفصل:**

نستخلص من هذا الفصل أن الملاءمة العلاجية تلعب دورًا حاسمًا في عملية التعافي لدى المرضى المصابين بالحروق وغيرها من الأمراض المزمنة حيث يؤثر التزام المريض بالخطة العلاجية على سرعة الشفاء وتقليل المضاعفات. وتتأثر هذه الملاءمة بعدة عوامل نفسية واجتماعية مثل الدعم النفسي العلاقة مع الطاقم الطبي، والحالة النفسية للمريض. كما يبرز الفصل أهمية التدخل النفسي لتعزيز هذا الالتزام وتحسين جودة حياة المريض.

الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

### تمهيد

- 1- التذكير بالفرضيات.
- 2- الدراسة الإستطلاعية.
- 3- الدراسة الأساسية.
- 3-1- منهج الدراسة
- 3-2- عينة الدراسة.
- 3-3- الإطار الزمني والمكاني للدراسة.
- 3-4- أدوات الدراسة.

**تمهيد:**

لا تخلو أي دراسة ميدانية من الجانب الميداني الذي يعتبر كأساس قاعدي للدراسة في الجانب النظري، وبعد تطرقنا في الفصول السابقة للجانب النظري لمتغيرات الدراسة سنحاول في هذا الجانب الميداني التعرف على الدراسة الإستطلاعية والمنهج المناسب للدراسة وأدوات الدراسة وحالات الدراسة وحدود الدراسة.

**1- التذكير بالفرضيات:**

- يكون مستوى الصمود النفسي منخفض لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.
- يكون مستوى الملاءمة العلاجية منخفض لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة.
- الصمود النفسي يؤثر على مستوى الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بالحروق من الدرجة الثانية والثالثة.

**2- الدراسة الاستطلاعية:****2-1- تعريف الدراسة الاستطلاعية:**

تعتبر الدراسة الاستطلاعية إحدى الخطوات الأساسية في كل بحث علمي من أجل إثراء الموضوع من خلال ضبط المتغيرات والعلاقة بينها وبين سلامة المؤشرات، كما يعمل البحث الاستطلاعي على مساعدة الباحث في اختيار العينة المناسبة بخصائصها المميزة، بحيث تساعد هذه الدراسة على التأكد من قابلية إنجاز البحث وكذا الإقتراب أكثر من الموضوع، وتحديد أكثر لشروط العينة ومعرفة كيفية التعامل مع أدوات البحث (عمار، 1985: 28).

**2-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:**

- التأكد من وجود عينة البحث المتمثلة في المرضى المصابين بالحروق من الدرجة الثانية والثالثة.
- ضبط متغيرات الدراسة من خلال إكتشاف الميدان وجمع المعلومات حول كيفية ونوعية العلاج الذي يخضع له المرضى المصابين بالحروق، بغرض معرفة مدى ملائمة متغير "الملائمة العلاجية" على عينة الحروق.
- تحديد أدوات البحث الملاءمة للموضوع الأولي والتأكد من صلاحيتها إذا وجدت ووضوح بنودها وملاءمتها لعينة البحث وسلامة تعليماتها.

- إعداد الأدوات اللازمة للدراسة بالدقة المطلوبة، فقد واجهنا نقص في وسائل قياس متغير الملاءمة العلاجية لدى المرضى المصابين بالحروق، لذا تعذر علينا إيجاد وسائل قياس خاصة لهذه العينة، وعلى هذا الأساس تم اتخاذ قرار بالتنسيق مع المشرفة لإعداد استبيان تقدير سلوك الملاءمة العلاجية للمرضى المصابين بالحروق. الصالح للراشدين.

وللقيام بذلك تم الإعتماد على تجميع المعلومات حول البروتوكول العلاجي للمرضى المصابين بالحروق من رئيس مصلحة الحروق وبعض الأطباء والمرضى أيضا.

وقد تم الاستعانة بالإطار النظري والمنهجي وبالإعتماد على مقياس سلوك الملائمة العلاجية لدى مرضى الربو من إعداد "حراي فاطمة الزهراء" (2018) في دراسة لنيل شهادة دكتوراه تم صياغة بنود تقيس إتجاهات المرضى حول الالتزام أو عدم الالتزام بتعاليم الطبيب القائم على حالتهم الصحية. وبعد تحديد بنود الملائمة العلاجية للمرضى المصابين بالحروق، تم وضع المقياس لدراسة خصائصه السيكومترية من خلال: التحكيم من طرف مجموعة من الأساتذة الجامعيين (أنظر الملحق رقم 05)، حساب الصدق والثبات.

## 2-3- البعد الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

قمنا بالدراسة الإستطلاعية في مصلحة الحروق والجراحة البلاستيكية في مستشفى نذير محمد المتواجد بولاية تيزي وزو، من خلال الإتصال المباشر مع المساعد الطبي أولا في تاريخ 21 نوفمبر (2024) ثم مع رئيس المصلحة في تاريخ 26 نوفمبر 2024، وتم قبولنا بعدها وبدأنا في الدراسة الاستطلاعية. وعلى مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الحروق الكبرى «سعيد شيبان بزالد» إبتداءا من شهر فيفري إلى أفريل (2025). حيث أنهينا كل مراحل حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الملاءمة العلاجية بعد تكييفه في البيئة الجزائرية على عينة مكونة من 40 حالة.

2-4- عينة الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة مكونة من حالتين، من الجنس الأنثوي، مصابين بحروق من الدرجة الثانية والثالثة، حيث تواجدت الحالة الأولى في مستشفى نذير محمد تيزي وزو وكانت في حالة استشفاء.

أما الحالة الثانية فكانت متواجدة بمستشفى الحروق الكبرى زرالدة والتي لم تكن في حالة استشفاء بل جاءت لحضور الموعد الطبي المحدد.

تم تطبيق مقياس الصمود النفسي ل Connor & Davidson على الحالتين بعد المقابلة العيادية النصف موجهة، وتطبيق مقياس سلوك الملاءمة العلاجية على الحالة الثانية بعد تكييفه لتجربته على عينة البحث (لم يتم تطبيقه على الحالة الأولى كونه لم يستكمل تكييفه بعد).

2-5- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

الجدول رقم (01): يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.

الاسم	السن	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	مستوى الإصابة	سن الإصابة	مدة الإصابة	سبب الحرق	درجة الحرق
وردية	75 سنة	لم تدرس	متزوجة	الفخد الأيسر+اليد اليسرى + جزء من الثدي الايسر	75 سنة	شهرين	سائل مغلي (زيت)	الدرجة الثالثة في الفخد و الدرجة الثانية في اليد و الثدي
فطيمة	52 سنة	إبتدائي	متزوجة	اليد اليمنى	61 سنة	عام	سائل مغلي (زبدة ذائبة)	الدرجة الثالثة

يُظهر الجدول رقم (01) الخصائص العامة لعينة الدراسة الاستطلاعية، والتي تتكوّن من حالتين لامرأتين متقدمتين في السن (75 و52 سنة)، بمستوى تعليمي منخفض (أمية وابتدائي)، متزوجتين. تعرّضت كلّ منهما لحروق ناتجة عن حوادث منزلية باستعمال سوائل ساخنة (زيت وزبدة)، مع تفاوت في شدة ومواضع الإصابة؛ إذ تعاني وريدية من إصابات متعددة تشمل مناطق حساسة (الفخذ، اليد، والثدي)، بينما إصابة فطيمة تقتصر على اليد اليمنى. كما تختلف مدة الإصابة بينهما، حيث وريدية ما تزال في المرحلة الحادة بعد شهرين فقط، في حين أن فطيمة تعيش مع آثار الحروق منذ عام. تعكس هذه المعطيات ظروفًا قد تؤثر سلبيًا على التكيف النفسي والاجتماعي، لا سيما في ظل التقدم في السن، محدودية التعليم، وشدة الإصابة.

## 2-6- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية توصلنا إلى النتائج التالية:

- تأكدنا من وجود عينة البحث رغم قلتها.
- تحديد خصائص العينة النهائية.
- تم تحديد موضوع البحث وضبطه وهو "الصمود النفسي والملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بالحروق من الدرجة الثانية والثالثة"
- تم تكييف مقياس سلوك الملاءمة العلاجية الخاص بالمرضى المصابين بالحروق (الراشدين) على عينة مكونة من 40 حالة والذي سيتم التفصيل فيه لاحقاً.
- تحديد مكان إجراء الدراسة الأساسية وهو مستشفى نذير محمد بتيزي وزو ومستشفى الحروق الكبرى بزرالدة، فقد تم الاستعانة بمكانين نظرا لقلة عينة البحث في الميدان.

**3- الدراسة الأساسية:****3-1- منهج الدراسة:**

لإجراء دراسة أو بحث علمي يجب إتباع منهج يساعد على دراسة المشكلة وتشخيصها للوصول إلى الحقيقة، وذلك من خلال إتباع قواعد. بحيث يجب على كل باحث أن يحدد نوع المنهج الذي يتبعه قبل الشروع في بحثه حتى يحصل على نتائج موضوعية، فطبيعة بحثنا التي تهدف إلى معرفة مستوى الصمود النفسي والملائمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق إعتمدنا فيها على المنهج العيادي الذي يساعدنا على دراسة الظاهرة والكشف عن شروح الفرد وسلوكياته في موقف ما.

فإنّ المنهج العيادي هو "منهج يعتمد على دراسة الحالة الفردية في وضعها الطبيعي، ويهدف إلى فهم أعمق واشمل للظواهر النفسية من خلال التفاعل المباشر مع الفرد، باستخدام أدوات مثل المقابلة الإكلينيكية، الملاحظة، ودراسة حالة. يتميز هذا المنهج بالمرونة، والقدرة على التعمق في الخصوصية النفسية لكل حالة، مما يجعله فعالاً في فهم المعانات النفسية وتشخيصها والتخطيط للتكفل العلاجي" (Lagache.1949 ,155).

**وحسب عويضة (1996):** هو منهج يقوم على الدراسة المتعمقة للحالات المرضية التي تعاني من سوء التوافق والإضطرابات الإنفعالية والنفسية والإجتماعية في الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة، ويهتم أيضاً بحالات التوافق المدرسي ويستخدم هذا النهج في عيادات توجيه الأطفال والعيادات ل نفسية والتربوية وعيادات الإرشاد النفسي (غالبا محمد المشيخي، 2014، 59).

**المنهج العيادي يتميز بالنقاط الأساسية التالية:**

-يستهدف الحالات التي تعاني من المشكلات السلوكية والإضطرابات النفسية التي تتقدم للحياة لإلتماس العلاج والتوجيه.

-يركز هذا المنهج على بحث شامل لتاريخ الحالة، على وحدتها الكلية الحالية وصولاً إلى الصراعات الأساسية.

-يستخدم هذا المنهج الطرق المختلفة المناسبة للحالة (الملاحظة، المقابلة، الإختبارات النفسية...).

(محمود عطوف، 1891، 90).

### 3-2- عينه الدراسة:

تتكون عينه الدراسة من (08) حالات من النساء المصابات بحروق جسديه.

### 3-2-1- معايير إختيار العينه:

1- أن تكون العينه نساء مصابات بحروق جسديه.

2- أن تكون الحروق من الدرجه الثانيه والثالثه.

3- أن تكون مدة الإصابه شهر أو أكثر لتجنب الصدمه الأوليه.

### 3-2-2- خصائص العينه:

تتكون عينه بحثنا من (8) حالات من النساء المصابات بحروق من الدرجه الثانيه والثالثه.

### جدول رقم (02): يوضح خصائص عينه الدراسة.

الحاله	الاسم	السن	المستوى التعليمي	الحاله الاقتصاديه	الحاله الاجتماعيه	مستوى الإصابه	مدة الإصابه	سبب الإصابه	درجه الحروق
01	خدبجه	31 سنة	جامعي	متوسطه	عزباء	كف اليد اليمنى	4 سنوات	حراري (لهب شمعه)	3
02	ياسمين	20 سنة	الثالثه ثانوي	متوسطه	عزباء	الظهر و الكتفين	سنة	حراري (نار المقود)	2 في الظهر و 3 في الكتفين
03	لاميه	20	الثالثه	متوسطه	عزباء	اليده	18	ماده ساخنه	3

		سنة	ثانوي		اليسرى	سنة	(زيت)		
04	جميلة	18 سنة	الثانية ثانوي	متوسطة	عزباء	ظهر اليد اليمنى	سنة	مادة كيميائية حارقة (نظيف)	2
05	عائشة	65 سنة	السنة السادسة	ضعيفة	متزوجة	الظهر والفخذين	سنة	مادة ساخنة (ماء)	2
06	حورية	58 سنة	الاولى متوسط	متوسطة	متزوجة	اليد و الرجل اليمنى و جزء من الوجه	6 اشهر	انفجار سيارة	2
07	علجية	70 سنة	ابتدائي	متوسطة	متزوجة	اليد اليمنى والوجه	شهرين	انفجار غازي	2
08	ليلى	36	3 ثانوي	متوسطة	عزباء	الرجل اليمنى	حوالي سنة	انفجار كهربائي	3

### 3-3- الإطار الزمني والمكاني للدراسة:

#### 3-3-1- الحدود الزمانية:

أجريت الدراسة الأساسية ابتداء من 10 أبريل (2025) إلى غاية 30 ماي 2025.

#### 3-3-2- الحدود المكانية:

شملت الدراسة عينة من النساء المصابات بالحروق بمصلحة الاستشارة التابعة لمستشفى الحروق الكبرى بزرالدة (الجزائر العاصمة) ومصلحة الحروق والجراحة البلاستيكية بالمركز النفسي الجامعي تيزي وزو.

#### 3-3-4- أدوات الدراسة:

تم الإعتماد في الدراسة الحالية على المقابلة النصف موجهة من أجل جمع أكبر قدر من المعلومات

حول الحالات، بالإضافة إلى مقياس الصمود النفسي والملائمة العلاجية.

## 3-4-1- المقابلة العيادية النصف موجهة:

المقابلة هي علاقة لفضية حيث يتقابل شخصان، فينقل واحد منهما معلومات خاصة للآخر حول موضوع أو موضوعات معينة، في فترة زمنية معينة، لسبب مجدّد مسبقاً من أجل تحقيق أهداف خاصة. عرفت سترانج (strang 1994) المقابلة بأنها: عبارة عن علاقة مواجهة دينامية وجهاً لوجه بين المسترشد الذي يسعى في طلب المساعدة لتنمية إستبصاراته التي تحقق ذاته، وبين المرشد النفسي القادر على تقديم هذه المساعدة خلال مدة زمنية معينة وفي مكان محدد (ماهر محمود عمر، بدون تاريخ، 53).

-المقابلة النصف موجهة: وهذه الأخيرة إستعملناها في بحثنا، وفيها يكون الباحث على علم مسبق بشيء من الموضوع ويريد أن يستوضح من المبحوث. وفيها يدعى المستوجب للإجابة على نحو شامل بكلماته وأسلوبه الخاص على موضوع البحث حتى يتمكن المستوجب من إنتاج حديث حول هذا الجزء من الموضوع (إبراش، 2008، 268).

## أهداف المقابلة العيادية:

-إقامة علاقة مهنية بين الأخصائي النفسي والمريض.  
 -جمع البيانات والمعلومات التي تساعد المريض على حل مشكلته.  
 -مساعدة المريض على الكشف عن الحلول الممكنة للمشكلة وعلاجها.  
 إن المقابلة تهيئ الفرصة أمام الأخصائي للقيام بدراسة متكاملة عن طريق المحادثة المباشرة لفهم العميل والتأكد من صدق بعض الإنطباعات والفروض التي يصل إليها عن طريق أدوات التشخيص (محمود عمر، 1987، 60).

وقد تم الإعتماد على دليل المقابلة الذي يشمل المحاور التالية (الملحق رقم 01):

المحور الأول: البيانات الشخصية.

المحور الثاني: الإصابة بالحروق.

المحور الثالث: الصمود النفسي.

المحور الرابع: الملائمة العلاجية.

المحور الخامس: النظرة المستقبلية.

### 3-4-2- مقياس الصمود النفسي:

إستخدمنا مقياس لكونرود افيدسون، حيث قام بإعداده كل من كونور كاترين

ودافيدسون جونتان connorkathryn et davidsonjonathan يقيس درجة الصمود النفسي لدى

الأفراد، وإحتوى السلم على 25 بندا مقسمة الى أربعة أبعاد، حيث يتم تقييم كل بعد عن طريق سلم ليكرت

الخماسي (0) لا أوافق تماما الى 4 أوافق تماما وأي ارتفاع في الدرجات أو انخفاض يدل على ارتفاع

وانخفاض في قدرة الصمود النفسي لدى الفرد، ويمكن استعماله لقياس خمس أبعاد:

- عامل الكفاءة الذاتية وإحتوى على 8 فقرات وهي: (3.4.15.17.18.19.20.21).

- عامل التحكم في الانفعالات وتمثل عدد فقراته في 7 فقرات وهي: (7.9.10.14.16.24.25).

- عامل المشاعر الإيجابية وتمثل عدد فقراته في 5 فقرات وهي: (1.2.12.13.2).

- عامل المساندة الاجتماعية واشتمل على 3 فقرات وهي: (5.6.23).

- العامل الديني واشتمل على فقرتين هما: (8.11).

نقلا عن (مزردي، 2017) تمت ترجمة الإختبار عن طريق مخبر علم النفس في جامعة سطيف 2 من

طرف الأستاذين شرفي محمد الصغير وجار الله سليمان بعد التواصل والتنسيق مع الباحث ثابت عبد

العزیز والذي أعد نسخة باللغة العربية بعد الحصول على الموافقة من معدي الاختبار كونورو دافيدسون (2003) وتمت الموافقة على استعمال النسخة المعدة من طرف الباحثين.

#### الخصائص السيكومترية للمقياس:

- حساب الصدق: حيث اعتمد الباحثان على:
- حساب صدق المحكمين من خلال عرضه على مجموعة من الأخصائيين في علم النفس العيادي تقييم الاختبار ومدى قياسه للصدود النفسي وأجمعوا على أن العبارات المعدة في الاختبار تقيس ذلك.
- الصدق التمييزي: بلغت نتيجة قدرة تميز المقياس (18.17) عند مستوى الدالة أقل من (0.001) مما يدل على صدق الاختبار.
- الاتساق الداخلي: تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين فقرات المقياس بين (0.106 و 0.626) وهي دالة عند مستوى دلالة أقل من (0.001).
- الثبات: قام الباحثان بحساب معامل ألفا كرونباخ، وبلغت قيمته 0.84.
- مفتاح التصحيح:

جدول رقم (03): يوضح مفتاح تصحيح درجات سلم الصدود النفسي.

التقييم	منخفض	تحت المتوسط	متوسط	فوق المتوسط	مرتفع
المجال	0 إلى 20	21 إلى 40	41 إلى 60	61 إلى 80	81 إلى 100

جدول رقم (04): يوضح مفتاح تصحيح درجات أبعاد سلم الصمود النفسي.

مرتفع	فوق المتوسط	متوسط	تحت المتوسط	منخفض	
32-25.6	25.6-19.2	19.2-12.8	12.8-6.4	6.4-0	الكفاءة الذاتية.
28-22.4	22.4-16.8	16.8-11.2	11.2-5.6	5.6-0	التحكم في الإنفعال.
20-16	16-12	12-8	8-4	4-0	المشاعر الإيجابية.
12-9.6	9.6-7.2	7.2-4.8	4.8-2.4	2.4-0	المساندة الإجتماعية.
8-6.4	6.4-4.8	4.8-3.2	3.2-1.6	1.6-0	العامل الديني

### 3-4-3- مقياس تقدير الملائمة العلاجية:

تم تصميم مقياس تقدير الملائمة العلاجية عند مرضى الربو لقياس وتقدير سلوك الملائمة العلاجية عند مرضى الربو الراشدين ونظرا لصعوبة الحصول على مقياس من هذا النوع ويتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات، فقد قامت الباحثة "حراي فاطمة الزهراء" بالرجوع إلى التراث النظري والخلفية النظرية لكل من المفاهيم المتعلقة بسلوك الملائمة العلاجية من جهة ومرض الربو وخصائصه من جهة أخرى. كما تم الاعتماد على السند المنهجي لإعداد إستبيان يرقى إلى درجة القبول في القياس والتقدير.

وللقيام بذلك تطبيقيا، تم جمع عدد كبير من الأسئلة التي يطرحها الأطباء والمختصين في المجالات الصحية على مرضى الربو عادة، وبحضور مقابلات مع المرضى والأطباء المختصين في الأمراض الصدرية والتنفسية ومن ثمة وضع قائمة من التعليمات والسلوكيات التي يفترض على مرضى الربو

بالتحديد (على غرار الأمراض التنفسية عامة والحساسية) بأن يتبنونها كأساليب وقائية أو علاجية. هذا  
وبتحديد مختلف المؤشرات التي وردت في الجانب النظري لسلوك الملائمة العلاجية وعدم الملائمة، تم  
في الأخير صياغة مجموعة من البنود التي افترضنا أنها تكون البناء النظري لإستبيان يقيس سلوك  
الملائمة العلاجية عند مرضى الربو الراشدين.

والمقياس مخصص للراشدين والأشخاص الذين يتمتعون بالاستقلالية (Autonomie) في التكفل بالذات،  
وهذا لخصائص الصياغة اللغوية للبنود مثل (اشترى أدويتي قبل أن تنفذ الكمية)، وللجواب على مثل هذا  
السؤال يتطلب من المريض أن تكون له المسؤولية على نفسه أو إستقلالية في شراء أدويته لنفسه.

يتضمن الاستبيان 30 بندا موزعا على ثلاث محاور أساسية:

-البعد الأول: يقيس الإلتزام بتناول الدواء ( L'observance aux traitements médicamenteux): ويشمل عشرة عبارات تقيس مدى تعلق الفرد بخطته العلاجية التي يقدمها له  
الطبيب وبالتالي سلوك الملائمة العلاجية المتعلقة بتناول الدواء فيما يخص إحترام الجرعة المحددة،  
الكمية، التوقيت ومواعيد أخذ الدواء ونوع الدواء الموصوف.

-البعد الثاني: يقيس الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات (adhesion au plan de traitement): ويتضمن ثمانية عبارات تقيس مدى إنخراط المريض في الخطة العلاجية من خلال  
مؤشرات إحترام مواعيد الطبيب والقيام بالفحوصات الدورية الإعتيادية.

-البعد الثالث: يقيس تغيير نمط الحياة ( changement de comportements et de style de vie): ويتضمن اثنتي عشر عبارات تعكس مدى تبني المرضي سلوكات الملائمة العلاجية الخاصة  
باحترام التعليمات التي تخدم حالته الصحية في حياته اليومية والعملية.

- طريقة التنقيط وإتخاذ القرار: يتكون الإستبيان في صيغته الحالية من 30 عبارة تقيس ثلاثة أبعاد التي

تم وصفها في التصميم موزعة كالآتي:

- البعد الأول: الإلتزام بتناول الدواء ويضم العبارات 1، 2، 5<sup>R</sup>، 6<sup>R</sup>، 11، 12<sup>R</sup>، 17، 18<sup>R</sup>، 23، 22<sup>R</sup>.

- البعد الثاني: الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الدورية، ويضم كل من العبارات 3، 4، 9<sup>R</sup>، 10<sup>R</sup>، 15، 16، 21، 26.

- البعد الثالث: تغيير نمط الحياة ويضم العبارات 7، 8<sup>R</sup>، 13، 14، 19، 20<sup>R</sup>، 24، 25<sup>R</sup>، 27، 28، 29<sup>R</sup>، 30.

تشير علامة (R) أمام أرقام بعض البنود إلى أن للبند صياغة سلبية Reverse وبالتالي التتقيط يكون عكسي أي تتقيط درجتها يجب أن يكون معكوسا عكس الصياغة الايجابية. ولكل بند من بنود الاستبيان 4 بدائل محتملة تبين مدى موافقة المفحوص بحيث تقدم الإجابة عن كل بند باختيار أحد البدائل الأربع وذلك بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة وهي أبدا، أحيانا كثيرا، دائما تصحح البنود وتعطى لها الدرجات التالية:

دائما وتعطى لها قيمة (4)، كثيرا وتعطى لها قيمة (3)، أحيانا وتعطى لها قيمة (2)، أبدا وتعطى لها قيمة (1) هذا بالنسبة للبنود الايجابية، في حين تأخذ البنود ذات الصياغة السلبية القيم التالية:

- دائما وتعطى لها قيمة (1)، كثيرا تعطى لها قيمة (2)، أحيانا وتعطى لها قيمة (3)، أبدا وتعطى لها قيمة (4) وهذا يشمل البنود [5، 6، 8، 9، 10، 12، 13، 18، 20، 22، 25، 29].

ويمكن استعمال كل بعد كمقياس مستقل يقيس سلوك الملاءمة العلاجية للخاصية التي أعد من أجلها، كما يمكن قراءة الدرجة الكلية للاستبيان ليعبر عن سلوك الملاءمة العلاجية في مجملها. ويكون اتخاذ القرار بعد حساب المجموع الكلي للدرجات المتحصل عليها بعد مراعاة طريقة التتقيط.

- مفتاح التصحيح:

جدول رقم (05): يوضح قراءة درجات مقياس الملاءمة العلاجية.

التقييم	منخفضة	متوسطة	مرتفعة
المجال	30 إلى 60	61 إلى 90	91 إلى 120

جدول رقم (06): يوضح قراءة درجات أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية.

الأبعاد	منخفض	متوسط	مرتفع
الإلتزام بتناول الدواء	0 إلى 14	15 إلى 26	27 إلى 40
الإلتزام بزيارة الطبيب	11 إلى	12 إلى 20	21 إلى 32
تغيير نمط الحياة	0 إلى 16	17 إلى 28	29 إلى 48

3-4-3-1- الخصائص السيكومترية للمقياس الأصلي:

جدول (07): نتائج إرتباط بنود مقياس الملاءمة العلاجية بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.

البعد 1: تناول الدواء		البعد 2: زيارة الطبيب		البعد 3: تغيير نمط الحياة	
رقم البند	الإرتباط	رقم البند	الإرتباط	رقم البند	الإرتباط
البند 1	,619**	البند 3	,716**	البند 7	,282**
البند 2	,664**	البند 4	,717**	البند 8	,412**
البند 5	,513**	البند 9	,498**	البند 13	,456**
البند 6	,570**	البند 10	,262**	البند 14	,616**
البند 11	,196*	البند 15	,867**	البند 19	,385**
البند 12	,747**	البند 16	,337**	البند 20	,507**
البند 17	,794**	البند 21	,567**	البند 24	,219*
البند 18	,622**	البند 26	,806**	البند 25	,282**
البند 22	,762**			البند 27	,562**
البند 23	,680**			البند 28	,690**
				البند 29	,417**
				البند 30	,482**

تشير العلامة (\*\*\*) الى إرتباط ذو دلالة عند مستوى 0.01 وتشير العلامة (\*) إلى وجود إرتباط دال

عند مستوى الدلالة 0.05.

والتجانس الداخلي للبنود هو نوع من الصدق ويقصد به إرتباط كل بعد بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي اليه وكذلك إرتباط كل بعد بالأبعاد الأخرى وفي نفس الوقت بالدرجة الكلية للإستبيان مادام الدرجة الكلية لها معنى، وعليه طبق الإستبيان على عينة إستطلاعية تقدر بـ 90 فرد مصاب بمرض الربو، وبعد حساب معامل إرتباط بيرسون لكل بند مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه توضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول السابق على وجود إرتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه وبدون إستثناء وهذا مؤشر جيد لصدق الأداة من خلال تجانس بنودها.

وفي الخطوة الموالية تم حساب الإرتباط بين مختلف أبعاد استبيان تقدير الملائمة العلاجية ومع الدرجة الكلية للمقياس وجاءت النتائج مثلما يوضحها الجدول الموالي:

**جدول رقم (08): يوضح نتائج إرتباط أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية ببعضها البعض.**

الدرجة الكلية للملائمة العلاجية	تغيير نمط الحياة	زيارة الطبيب	تناول الدواء	إستبيان الملائمة العلاجية
,921**	,616**	,793**	1	تناول الدواء
,891**	,568**	1	,793**	زيارة الطبيب
,819**	1	,568**	,616**	تغيير نمط الحياة
1	,819**	,891**	,194**	الدرجة الكلية للملائمة العلاجية

**جدول رقم (09): يوضح نتائج معامل ألفا كرومباخ لمقياس الملاءمة العلاجية.**

ألفا كرومباخ	عدد البنود	عدد أفراد العينة
88	30	90

من خلال الجدول نلاحظ أن معامل ألفا كرومباخ قد بلغ 0.88 وهو مؤشر جيد على صدق الإستبيان.

- حساب الثبات: الثبات في القياس النفسي يعني أن الأداة تعطي نتائج متقاربة عند تطبيقها وإعادة تطبيقها على نفس العينة وفي ظروف متشابهة، وعليه فإن أحسن الطرق للتأكد من ثبات الأداة هي طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، فقد تم التطبيق وإعادة التطبيق إستبيان تقدير الملائمة العلاجية في هذه الدراسة على جزء من العينة بفارق مدة زمنية تتراوح بين الأسبوع والشهر على عينة من 34 مصاب بالربو وبلغ الإرتباط بين التطبيق الأول والثاني 0.91. هذه النتائج يمكن أن تشير الى صدق وثبات الأداة.

### 3-2-3-2- صدق أداة الدراسة "مقياس الملاءمة العلاجية":

- صدق المحكمين: قمنا بعرض مقياس الملاءمة العلاجية الذي إستعانت بها الباحثة "حارابي فاطمة الزهراء" بعد تعديله ليتناسب مع عينة بحثنا على أربع محكمين وهم أساتذة محاضرين في قسم علم النفس بجامعة مولود معمري تيزي وزو (أنظر الملحق رقم)، وقد أجمع المحكمون أن المقياس يتناسب بدرجة عالية مع إشكالية الدراسة، وأن بنوده تخدم أبعاد المقياس. وقد أوصى بعض المحكمون بإعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود وتعديلات في بعض العبارات. وقد تم ذلك وأصبح المقياس أكثر ملاءمة لخدمة موضوعنا بعد إعتقاد ملاحظات الأساتذة المحكمين.

### 3-2-3-4- حساب الخصائص السيكومترية للدراسة الحالية:

- تم تكييف المقياس على عينة تكونت من 40 حالة تعاني من الحروق من الدرجة الثانية والثالثة.

! : صدق مقياس "الملاءمة العلاجية":

- حساب معاملات الإرتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس "الملاءمة العلاجية" والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (10): قيم معاملات إرتباط العبارات والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد مقياس الملاءمة

العلاجية (للدراسة الحالية).

بعد تغيير نمط الحياة		بعد الالتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات		بعد الالتزام بتناول الدواء	
معامل الارتباط	العبارات	معامل الارتباط	العبارات	معامل الارتباط	العبارات
**0.591	7	**0.829	3	**0.591	1
**0.479	8	**0.642	4	**0.479	2
**0.792	13	**0.585	9	**0.792	5
**0.531	14	*0.392	10	**0.531	6
*0.375	19	**0.569	15	*0.375	11
**0.488	20	**0.642	16	**0.488	12
**0.569	24	**0.585	21	*0.392	17
*0.392	25	**0.569	26	**0.531	18
**0.531	27			**0.531	22
**0.531	28			**0.457	23
**0.457	29				
**0.580	30				

\*\* دالة عند مستوى 0.01

\* دالة عند مستوى 0.05

يتضح من الجدول رقم (09) أن معاملات الارتباط بين عبارات مقياس "الملاءمة العلاجية" والأبعاد التي تنتمي إليها مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05)، فقد تراوحت قيمها بين (0.466) و(0.741).

ففي بعد الإلتزام بتناول الدواء تراوحت معاملات الارتباط بين (0.375) و(0.792)، وتراوحت معاملات إرتباط العبارات بعد زيارة الطبيب والقيام بالفحوصات (0.392) و(0.829)، وتراوحت معاملات ارتباط عبارات بعد تغيير نمط الحياة (0.375) و(0.792).

وبالتالي أكدت هذه النتائج على اتساق العبارات بشكل مقبول ودال مع الأبعاد التي تنتمي إليها.

- حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية لعبارات مقياس "الملاءمة العلاجية"، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (11): قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس "الملاءمة

العلاجية" (للدراة الحالية).

العبارات	معامل الارتباط	العبارات	معامل الارتباط	العبارات	معامل الارتباط
1	*0.352	11	**0.621	21	**0.685
2	*0.388	12	**0.765	22	**0.732
3	**0.545	13	**0.755	23	**0.674
4	*0.394	14	*-0.330	24	*0.352
5	**0.581	15	**0.659	25	**0.665
6	*-0.348	16	*0.394	26	*0.378
7	**0.662	17	**0.665	27	**0.582
8	**0.573	18	**0.574	28	*0.351

**0.554	29	**0.806	19	*0.381	9
*0.381	30	**0.717	20	**0.665	10

\*\* دالة عند مستوى 0.01

\* دالة عند مستوى 0.05

يتضح من الجدول رقم (10) أن معاملات إرتباط العبارات والدرجة الكلية لمقياس "الملاءمة

العلاجية" تراوحت بين (0.330) و(0.806) وجاءت قيم معاملات الإرتباط دالة عند مستوى (0.01) و(0.05).

وتشير هذه النتيجة إلى إمكانية استخدام مقياس "الملاءمة العلاجية" في الدراسة الحالية.

II: ثبات مقياس "الملاءمة العلاجية":

- قيم معاملات الثبات لمقياس "الملاءمة العلاجية" ككل:

وسيم توضيح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (12): قيم معاملات الثبات بطريقتي ألفا-كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس "الملاءمة العلاجية" (للدراسة الحالية).

الثبات بطريقتي ألفا-كرونباخ والتجزئة النصفية					الثبات بطريقتي ألفا-كرونباخ	عدد عبارات المقياس		
ألفا	ألفا	جثمان	سبيرمان	ارتباط	0.932	للجزء	للجزء	العدد
للجزء الثاني	للجزء الأول		-براون	الجزئين		الثاني	الأول	الكلي
0.868	0.878	0.930	0.930	0.869		15	15	30

يتضح من الجدول رقم (11) أن قيمة معامل الثبات بطريقتي ألفا-كرونباخ بلغت (0.932) وبطريقة

التجزئة النصفية بلغت قيمة ثبات الجزء الأول (0.878) وقيمة ثبات الجزء الثاني (0.868)، وإرتباط

الجزئين (0.869)، وبلغت قيمة ثبات سبيرمان-براون (0.930) وبطريقة جثمان بلغت (0.930).

وهذه القيم تدل على ثبات عالي جدا مقياس "الملاءمة العلاجية"، مما يجعلنا نستخدمه في الدراسة الحالية.

- ثبات أبعاد مقياس "الملاءمة العلاجية":

وسيتم توضيح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (13): يمثل ثبات أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية (للدراسة الحالية).

الثبات بطريقة التجزئة النصفية					معامل الفا كرونباخ	عدد العبارات	/ الأبعاد
ألفا للجزء الثاني	ألفا للجزء الأول	جثمان	سبيرمان براون	ارتباط الجزئين			
0.853	0.657	0.858	0.889	0.800	0.877	10	بعد الإلتزام بتناول الدواء
0.844	0.663	0.910	0.913	0.840	0.877	08	بعد الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات
0.408	0.730	0.639	0.674	0.508	0.739	12	بعد الإلتزام بتغيير نمط الحياة

يلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن معاملات إرتباط الجزئين قد تراوحت بين (0.508) و(0.840)، وأن معاملات إرتباط سبيرمان براون تراوحت بين (0.674) و(0.913)، وأن معاملات جثمان تراوحت بين (0.639) و(0.910)، وهي قيم مرتفعة وتدل على أن أبعاد إستبيان "الملاءمة العلاجية" تتمتع بثبات عالي، وتشير إلى تمتع إستبيان "الملائمة العلاجية" ككل بثبات عالي، وعليه تم اعتماده كأداة في الدراسة الحالية.

الفصل الخامس: عرض الحالات ومناقشة  
النتائج

- 1- عرض وتحليل النتائج للحالات الثمانية.
- 2- مناقشة نتائج الحالات الثمانية.
- 3- إستنتاج عام.

**1- عرض وتحليل النتائج لأربع حالات:****1-1- عرض وتحليل الحالات النموذجية:****1-1-1- الحالة الأولى (خديجة):****- تقديم الحالة:**

خديجة امرأة تبلغ من العمر 31 سنة، عذراء لها 8 إخوة منهم 5 ذكور و3 إناث وهي الوسطى من بينهم، تقطن في ولاية تيبازة. مستواها التعليمي جامعي وهي الآن تعمل ممرضة، مستواها الاقتصادي متوسط. أصيبت السيدة خديجة بحروق من الدرجة الثالثة على مستوى اليد منذ 4 سنوات (لا تعاني من سوابق مرضية أخرى مزمنة).

**- عرض مضمون المقابلة وتحليلها:**

قابلنا السيدة خديجة في مستشفى الحروق الكبرى "سعيد شيبان" بزرالدة، حيث تم تخصيص مكتب من طرف المؤسسة لإجراء المقابلة العيادية النصف موجهة أين كان الزمان والمكان ملائمان لإجراء المقابلة، تحصلنا على موافقتها بعد شرحنا لها الهدف من المقابلة. ظهرت المفحوصة بمظهر خارجي عادي لوحظ عليها بعدم الإكتراث بهيئتها الشخصية، حيث لم تبدي إهتماماً واضحاً بمظهرها الخارجي، بدت عليها علامات الحزن والهم وظهرت عليها بعض المؤشرات السلوكية التي قد تدل على وجود أفكار وسواسية. خلال المقابلة بدا على المفحوصة تردد ملحوظ عند التطرق إلى حادث الحروق، حيث صرحت في البداية بقولها: "مانيش حابة نتفكرها، ماشي حاجة ساهلة" بمعنى "لا أريد أن أتذكر ليس بالأمر السهل" ما يدل على وجود أثر نفسي عميق وإرتباط إنفعالي سلبي بالحادث. لاحقاً كشفت أن سبب الإصابة يعود إلى ممارسات مؤذية من قبل أحد الرقاة، حيث قامت الأسرة بإحضاره ضناً أن حالتها النفسية ناتجة عن "مس"، ليقوم بحرق كفيها بإستخدام شمعة بزعم "إخراج الجن". عبرت المفحوصة عن كل ذلك بقولها:

"ماكين لا جن لا والو كانت عندي حالة نفسية وهوما عمبالهم حالة تاع رقية" بمعنى "لايوجد عندي مس، كانت عندي حالة نفسية وهم ضنوا أنها حالة رقية".

أما عن رد فعلها الأولي عند رؤية الإصابة، لا تزال تتذكرها بكامل التفاصيل فقد قالت: "كي كملت وشفت يدي لقيتها مكرفصة، رحت l'hôpital نحاولي وحد الجلدة كان الجرح عميق بزاف" بمعنى "بعدها إنتهيت رأيت يدي في حالة مشوهة...ذهبت إلى المستشفى أزالوا لي جزءاً من الجلد، كان الجرح عميقاً جداً" ما يعكس حجم الضرر الجسدي ووقع الصدمة النفسية الناتجة عن الحادث.

من الناحية الجسمية والاجتماعية أوضحت المفحوصة أن الحادث أثر عليها بعمق قائلة: "أثر بزاف، تبدلت كامل". كما أشارت إلى شروعها في العلاج النفسي عند أخصائية نفسية وقد لاحظت تحسناً تدريجياً في أفكارها حيث قالت: "بديت نتبع عند طبيبة نفسية، ملي بديت عندها أفكاره راهي تتصح بشوية".

وعند سؤالها عن إدراكها لجسدها بعد الحروق أجابت: "مارانيش متقبلة صراحتاً" بمعنى "لست متقبلة بصراحة". كما أشارت إلى غياب الدعم من المحيطين بها بعد الحادث بإستثناء أمها أحياناً وعلاقتها الإيجابية مع الأخصائية النفسية حيث قالت: "يما خطرات وماكاش لي يفهمني من غير الطبيبة النفسية".

كما صرحت المفحوصة بأن المرحلة الأولى التي تلت حادث الحروق كانت تعيش في حالة من التيه النفسي حيث وصفت تجربتها بقولها: "كنت في وحد الصدمة، كنت ضايعة ماشي عارفة كامل روحي" بمعنى "كنت في صدمة، كنت تائهة لم أعرف نفسي" هذا التعبير يعكس إضطراب في إدراك أبعاد الشخصية نتيجة الصدمة. أما فيما يتعلق بأبرز التحديات النفسية التي واجهتها فقد تمثلت في عدم تقبل الذات، حيث صرحت بأنها لم تستطع التكيف مع مظهرها الجديد بعد الإصابة، ووصفت الأمر بأنه "ماشي حاجة ساهلة" بمعنى "ليس بالأمر السهل" وقد إنعكست هذه المعاناة على علاقتها بمحيطها

الاجتماعي والمهني، حيث صرحت بأنها فقدت الثقة في الناس وفي نفسها وصرحت كذلك "كرهت كلش الناس، الخدمة" وعند إستكشاف الأمور التي ساعدتها على تجاوز الألم النفسي والتكيف مع الوضع تبين أن المفحوصة إعتمدت بشكل رئيسي على الجانب الروحي والديني، حيث ذكرت أن القرآن كان مصدراً أساسياً للدعم النفسي والتخفيف من مشاعر الحزن والإحباط حيث قالت: "نقرا القرآن في وقت فراغ"، أما عن شعورها بتغيير في نظرتها لنفسها بعد الحروق قالت: "تبدلت" بمعنى "تغيرت" وإعتبرت أن بداية التحسن في حالتها تزامنت مع خضوعها للمتابعة النفسية، حيث قالت: "من قبل مكنت نتقبل نفسي كامل، وملي بديت عند الطيبة النفسية بدأت تتبدل" بمعنى "في البداية لم أكن أتقبل نفسي أبداً و منذ أن بدأت المتابعة عند الاخصائية النفسية بدأت أتغير" هذا التصريح يدل على بداية الإستعادة التدريجية للتقبل والتكيف مع الوضع بعد الحروق.

وفيما يخص تعاملها مع نظرة الآخرين لها بعد الإصابة كانت تميل في بعض المواقف إلى إخفاء الحقيقة حول أسباب الحروق مبررة ذلك بقولها: "نقولهم تحرقت بالماء سخون" بمعنى "أقول لهم إحترقت بالماء الساخن". هذا السلوك قد يفهم على أنه آلية دفاعية للتقليل من وقع الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالحروق.

كما أكدت أنها مرت بفترات من الإحباط والإكتئاب لكنها واجهتها باللجوء إلى القرآن حيث قالت: "نقرا القرآن" ما يؤكد مجدداً دور التدين كعامل وقائي وداعم نفسي لها. وقد أقرت أيضاً أنها عاشت فترات من الشعور بالوحدة مما يدل على احتمالية ضعف الشبكة الاجتماعية الداعمة في محيطها. كما قامت بالتأكيد في حديثها على أن أولويتها قد تغيرت بعد الحادث، حيث أصبح حفظ القرآن يمثل بالنسبة لها هدفاً مركزياً، ما يعكس توجيه التجربة المؤلمة نحو غاية ذات بعد روحي.

فيما يتعلق بالجانب الطبي من تجربتها أوضحت المفحوصة أنها خضعت لعملية جراحية بعد أن إلتصق أحد أصابعها براحة يدها نتيجة الحروق، وقد أجريت لها العملية منذ حوالي 3 أشهر. فتشير هذه المعطيات إلى شدة الضرر الجسدي الذي لحقها وإستمرار تأثير الإصابة على الوظائف الحركية. وعند سؤالها عن التحديات المادية التي واجهتها خلال فترة العلاج لم تجد صعوبات مالية وأكدت بقولها: "ماكاش، الحمد لله الواحد خدام" بمعنى "لا يوجد، الحمد لله أنا أعمل". أما عن علاقتها بالفريق الطبي فقد عبرت عن رضاها الكامل ووصفت تعامل الأطباء بـ "الحمد لله الطبة هايلين" مما يدل على تجربة إيجابية على مستوى التفاعل العلاجي.

ومع ذلك عند الحديث عن مدى إلتزامها بالعلاج الموصوف أقرت بوجود صعوبات في الإلتزام خاصة مع إستخدام المراهم قائلة: "خطرات منحبش ندير **la pommade** نعجز نديرها" بمعنى "في بعض الأحيان لا أقوم بوضع المرهم أتكاسل". من جهة أخرى أشارت إلى أن نمط حياتها تأثر بالعلاج، حيث صرحت بأنها أصبحت أقل نشاطاً في المنزل، وأضافت "شغل فدار مكنت ندير والو، ضكا وليت شوية" بمعنى "لم أكن أقوم بأعمال المنزل، الآن تحسنت قليلاً".

وعند سؤالها عن مدى وضوح المعلومات الطبية التي تلقتها من الأطباء ذكرت أن المعلومات كانت سطحية فقط وأضافت "منحبش نسقسي" بمعنى "لا أحب أن أسأل" هذا السلوك يشير إلى الميل لتفادي السؤال عن التفاصيل الطبية، ربما كآلية دفاعية لتجنب القلق المرتبط بالحالة الصحية.

أما عن موقفها من إكمال العلاج، فقد عبرت عن رغبتها في الإستمرار، ولكن بشكل غير حماسي بقولها: "راني حابة نكمل غير هاكا وخلص" هذه العبارة تكشف عن مستوى منخفض من الدافعية وقد يشير إلى حالة من التقبل السلبي أو الإرهاق النفسي المرتبط بطول فترة العلاج. وفيما يخص ما يمكن تحسينه في الرعاية الطبية للنساء فقد أوضحت رأياً يعكس حاجة نفسية للخصوصية والراحة، قائلة: "يوفرو طبيبات للنساء وأطباء للرجال".

أما نظرتها لمستقبلها بعد الحادث عبرت المفحوصة عن موقف يتسم بالتفاؤل رغم ما مرت به حيث صرحت "فيها خير" يعني أنها ترى في هذه التجربة جانب إيجابي. أما على مستوى الأهداف الشخصية رغم التحديات التي تمر بها، فقد أبرزت رغبتها في تحقيق هدف روحي يتمثل في "حفظ القرآن". وفي سياق تقديمها لنصيحة موجهة إلى النساء اللواتي يعشن بتجارب مشابهة شددت على أهمية التكيف والتقبل قائلة: "يتعايشو مع الوضع ويتقبلو الحالة تاعهم" بمعنى "يتعايشون مع وضعهم ويتقبلون حالتهم" هذا التصريح يظهر درجة من النضج النفسي والقدرة على تحويل الألم إلى مصدر للوعي والدعم الاجتماعي. وفيما يخص رأيها في مسألة الخضوع إلى عمليات التجميل بعد الإصابة بحروق قالت: "إذا كانت الحروق بزاف نوافقها Normal عملية التجميل مليحة" بمعنى "إذا كانت آثار الحروق كبيرة عادي" مؤكدة بقولها: "أوافقها، عملية التجميل جيدة" هذا الموقف يعبر عن وعي بالتوازن بين القبول الذاتي من جهة، والسعي لتحسين جودة الحياة والمظهر الجسدي من جهة أخرى، دون الوقوع في إنكار الواقع أو المثالية.

#### - عرض نتائج مقياس الصمود النفسي لكونر ودافيدسون للحالة الأولى (خديجة):

لقد قمنا بتطبيق مقياس الصمود النفسي لكونر ودافيدسون على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

#### جدول رقم (14): يوضح نتائج مقياس الصمود النفسي للحالة الأولى.

مستواها	الدرجات المحسوبة	البعد
فوق المتوسط	20	الكفاءة الذاتية
متوسط	15	التحكم في الإنفعالات
متوسط	13	المشاعر الإيجابية
فوق المتوسط	9	المساندة الإجتماعية
مرتفع	8	العامل الديني
فوق المتوسط	65	النتيجة النهائية للمقياس

- تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج المقياس أن الحالة سجلت مستوى فوق المتوسط في بعدي (الكفاءة الذاتية والمساندة الاجتماعية) مما يعكس ثقتها في قدرتها الشخصية والإستفادة من دعم المحيط الاجتماعي. كما جاءت أبعاد (التحكم في الإنفعالات والمشاعر الإيجابية في مستوى متوسط)، وجاء (العامل الديني) في مستوى مرتفع مما يدل على إعتماها على الجانب الروحي في مواجهة الشدائد. وبناءً على مجموع الدرجات، تحصلت الحالة على درجة كلية قدرها (65 درجة)، وهي تقع في مستوى فوق المتوسط، مما يشير إلى إمتلاكها لصدور نفسي مقبول يساعدها على التكيف مع الوضع الصعب الذي تمر به.

- عرض نتائج مقياس الملائمة العلاجية للحالة الأولى (خديجة):

لقد قمنا بتطبيق مقياس الملائمة العلاجية على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (15): يوضح نتائج مقياس الملائمة العلاجية للحالة الأولى.

مستواها	الدرجات المحسوبة	البعد
متوسط	24	الإلتزام بتناول الدواء.
متوسط	19	الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الدورية.
مرتفع	32	تغيير نمط الحياة.
متوسط	75	النتيجة النهائية للمقياس

## - تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج المقياس أن الحالة سجلت مستوى متوسط في بعدي الإلتزام بتناول الدواء والإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الدورية، مما يعكس وجود تذبذب في إستخدام العلاج الموصوف، ومستوى متوسط من التفاعل مع الرعاية الطبية ما يعني أن الحالة قد لا تكون حريصة دائماً على المتابعة المنتظمة أو القيام بالفحوصات المطلوبة. وسجلت مستوى مرتفع في بعد تغير نمط الحياة، تعد هذه الدرجة مؤشراً إيجابياً على وجود إستعداد فعلي لتعديل نمط الحياة بما يتوافق مع متطلبات التعافي. وبناءً على مجموع الدرجات تحصلت الحالة على درجة كلية قدرها (75 درجة)، تشير إلى مستوى متوسط من الملائمة العلاجية، أي أن المفحوصة تظهر درجة لا بأس بها من الإلتزام بالخطة العلاجية.

## خلاصة الحالة:

بعد عرض نتائج المقابلة العيادية ومقياس الصمود النفسي والملائمة العلاجية نستنتج أن الحالة تظهر مستوى صمود نفسي فوق المتوسط، ومستوى متوسط من الملائمة العلاجية. خصوصاً في الإلتزام بتناول الدواء وزيارة الطبيب مع القيام بالفحوصات الدورية التي جاءت أيضاً متوسطة، مما يعكس تذبذباً في إلتزامها بالعلاج الموصوف رغم الوعي بأهميته خاصة أنها ذكرت في بعض الأحيان أنها تتكاسل. وفي السياق ذاته فإن التحكم في الإنفعالات والمشاعر الإيجابية هما بعدان تحصلت فيهما المفحوصة على مستوى متوسط، يفسران جزئياً سبب التردد أو عدم الإلتزام الكامل بالعلاج رغم القناعة الداخلية بضرورته، ووجود مشاعر سلبية غير موجهة بالشكل الكافي كما أشارت إليه في المقابلة من خلال تعبيرات عن الانسحاب، تردد، فترات من الإحباط، وقد يكون لذلك علاقة بتجارب سابقة من الألم أو العنف النفسي المرتبط بالحادث (حرق متعمد من طرف الراقي) مما يضعف أحياناً القدرة على التفاعل الإنفعالي المتزن. كما أشارت الحالة إلى أن ارتفاع في تغيير نمط الحياة، هذا راجع إلى الصمود النفسي المرتفع في بعد الكفاءة الذاتية الذي ساهم في تحفيز الحالة على إدخال تغييرات على نمط حياتها رغم الصدمة الجسدية

والنفسية التي تعرضت لها نتيجة الحروق، حيث صرحت بأنها بدأت تناول الدواء تدريجياً وأصبحت أكثر وعياً بصحتها العامة رغم أنها لم تصل إلى الإلتزام الكامل بالعلاج فإن الكفاءة الذاتية دفعتها للقيام بخطوات عملية نحو التكيف، مثل طلب المتابعة النفسية. هذا يدل على بداية الإحساس بالكفاءة والمسؤولية الذاتية إتجاه العلاج.

أظهرت مستوى فوق المتوسط من المساندة الاجتماعية، هذه الدرجة تبرز أن المفحوصة تدرك وجود شبكة إجتماعية داعمة حتى وإن كانت محدودة. ورغم أنها صرحت سابقاً بعدم وجود من يفهمها سوى الأخصائية النفسية فإن النتيجة تعكس نوعاً من الإستفادة المعنوية من وجود أشخاص داعمين مثل الأم والأخصائية. ما ساعدها للتوجه للمؤسسات الصحية.

كما شكل البعد الديني عنصراً أساسياً في عملية التكيف ومواجهة الألم النفسي حيث تكررت مراراً القرآن الكريم الذي كان مصدر راحة وتوازن خلال فترات الإحباط والإكتئاب. وفيما يخص النظرة حول المستقبل عبرت الحالة عن الأمل. وأولويتها الجديدة تركزت حول هدف روحاني هو حفظ القرآن، يظهر ذلك إعتياداً قوياً كآلية للتأقلم.

## 1-1-2- الحالة الثانية (ياسمين):

## - تقديم الحالة:

الحالة ياسمين تبلغ من العمر 20 سنة، عزباء ولها 4 إخوة منهم 3 بنات وذكر واحد، وهي الثالثة من بينهم، تقطن بولاية بومرداس. مستواها التعليمي الثالثة ثانوي، لم تتحصل على شهادة البكالوريا بسبب إصابتها بالحروق قبل 4 أشهر من اجتياز امتحان شهادة البكالوريا. وهي الآن مأكثة في البيت، مستواها الاقتصادي متوسط، ولا تعاني من أي امراض اخرى. أصيبت الحالة قبل عام من الآن بحروق من الدرجة الثانية على مستوى الظهر والدرجة الثالثة على مستوى الكتفين، وذلك أثناء إشعالها للمقود التقليدي لتحضير الطعام يوم عيد الفطر الماضي، ما جعل الحالة تدخل إلى مستشفى الحروق وتقيم هناك لمدة 20 يوم لتلقي العلاج، بعدها تم تسريحها مع جدول متابعة طبية منتظمة.

## - عرض وتحليل مضمون المقابلة:

قابلنا الحالة في مستشفى الحروق الكبرى "سعيد شيبان" بزرالدة، في مكتب مهياً، أين كان الزمان والمكان ملائمان لإجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، تحصلنا على موافقة الحالة بسهولة بعد ما شرحنا لها هدف المقابلة.

حضرت الحالة في هيئة مرتبة المظهر مما يعكس نوع من التكيف الاجتماعي والانضباط الذاتي، كما أبدت الحالة تعابير وجه جدية لكن يظهر عليها بعض علامات الحزن لغياب أي انفعالات إيجابية مما يوحي لوجود مشاعر داخلية ثقيلة على نفسياتها مرتبطة بحدث معين.

صرحت الحالة خلال المقابلة أنها تعرضت لحدث يوم عيد الفطر العام الماضي أثناء إشعالها للمقود التقليدي (الطابونة) لتحضير الطعام فانتقلت النار الصادرة من المقود إلى ثوبها وامتدت إلى جسدها وأحدثت حروقا على مستوى الظهر والكتفين، حيث قالت: «في العيد الصغير تع لعام لي فات شعلت الطابونة باش نطيب الماكلة شعلت في جبتي النار وطلعت لحمي حرقنتي في ظهري وذراعتيا». بمعنى:

«في عيد الفطر للعام الماضي قمت بإشعال المقود التقليدي من اجل تحضير الطعام فاشتعلت النار في ثوبي وامتدت الى جسدي وقامت بحرقني على مستوى وظهري وذراعي».

كما أفادت الحالة أنها تعرضت لحروق من الدرجة الثانية على مستوى الظهر، تماثلت للشفاء مع الوقت، بينما لا تزال تعاني من حروق من الدرجة الثالثة في الذراعين، حيث قالت: «نحرقت الدرجة الثانية في ظهري ديجا بريت مي مازال في ذراعتيا قالولي الدرجة الثالثة». بمعنى: «أُصبتُ بحروق من الدرجة الثانية في ظهري، وقد شُفيت، لكن لا تزال هناك حروق في ذراعيّ، وقالوا لي أنها من الدرجة الثالثة».

وعلى الرغم من الطابع الهادئ في وصف حالتها والتي تعكس وعيا لوضعها الصحي، الا انه ظهر تغير في تعابير وجه الحالة عند حديثها عن استمرار الحروق في الذراعين ما يدل على اهتزاز الصورة الجسدية لديها من خلال الأثر الجسدي في الذراعين الذي قد يشكل عامل ضغط مستمر على الحالة.

أما عن ردة فعلها الأولية عند تعرضها للحروق قالت: «نرمال شغل رضيت mais مابغيتش نروح للطبيب حتى فاتو 4 ايام» بمعنى: «عادي كأني تقبلت الأمر لكن لم أرغب في الذهاب إلى الطبيب إلا بعد مرور 4 أيام». هذا ما يدل على أن الحالة كانت تحاول الحفاظ على توازنها النفسي في مواجهة الحدث الصادم، أما عن رفضها الذهاب للطبيب فقد يدل على إنكار أو خوف من مواجهة النتائج.

فيما يخص تأثير الحادث على الناحية الجسمية والاجتماعية عبرت الحالة عن وجود أثر عميق على المستوى الجسدي والوظيفي، خاصة فيما يتعلق بالاعتماد على الآخرين في الأنشطة اليومية، كما في الاستحمام، مما يعكس تراجعاً في مستوى الاستقلالية الشخصية، بالمقابل لم ترى الحالة وجود تأثير كبير في الجانب الاجتماعي، وهو ما ربطته بقلة التفاعل الاجتماعي السابق للحادث. حيث قالت: «أثر بزاف par exemple في الرقاد في الدوش حتى دوشلي ماما في الصلاة تاني أثر يعني في أبسط الحاجات، مي مع الناس عادي ما أثرش اصلا ما كنتش نخرج بزاف» بمعنى: «أثر كثيراً، على سبيل المثال في

النوم، في الاستحمام، حتى أن والدتي هي من أصبحت تُحَمَمني، وفي الصلاة أيضًا أثر، يعني في أبسط الأمور. أما مع الناس، عادي، لم يؤثر أصلاً، لأنني لم أكن أخرج كثيراً».

أما عن نظرتها لجسدها بعد الإصابة بالحروق قالت: «ولا ما يعجبنيش. كي نشوف روجي في المرايا ما تعجبنيش روجي»، بمعنى: «لم يعد يعجبني. عندما أنظر إلى نفسي في المرآة، لا تعجبني نفسي». عبرت الحالة هنا عن رفض واضح لصورة جسدها بعد الإصابة. ويُظهر هذا الجواب مؤشراً على اضطراب في صورة الجسد، مرتبط بتجربة الحروق وما ينجم عنها من مشاعر نقص ورفض للذات الجسدية.

كما عبرت الحالة عن تلقيها للدعم النفسي والاجتماعي من محيطها العائلي بعد الإصابة، حيث كانت والدتها ترافقها باستمرار في المستشفى وتقوم بتلبية جميع احتياجاتها، كما أبدى أفراد الأسرة اهتماماً واضحاً من خلال الزيارات والمتابعة، حيث قالت: «ايه لقيت ماما بزاف كانت معايا في سبيطار هي ديرلي كلش، ودارنا كامل لقيتهم يعني يجو عندي يشوفو واش خصني» بمعنى: «نعم، تلقيت دعماً أمي كانت معي كثيراً، كانت ترافقني في المستشفى وتقوم بكل شيء من أجلي. وكل أفراد عائلتي وقفوا إلى جانبي كانوا يزورونني ويهتمون بمعرفة ما أحتاحه». يشير هذا النوع من الدعم إلى بيئة أسرية حاضنة ومساندة، وهو ما يعزز من قدرة الحالة على التكيف مع الصدمة، ويساهم في الحفاظ على التوازن النفسي خلال فترة العلاج والتعافي.

أما بالنسبة لأكبر التحديات النفسية التي واجهتها الحالة بعد الإصابة هي استرجاع حالتها النفسية السابقة للحادث، والسعي لتقبل ما جرى. وقد عبرت عن ذلك بمحاولة نسيان الحادث ورؤية ما حدث كأمر عادي، حيث قالت: «أكبر التحديات هي انو نرجع روجي كفاه كنت نسي نشوف بلي واش صرالي عادي ونتقبل» بمعنى: «أكبر التحديات هي أن أعود كما كنت أحاول أن أرى أن ما حدث لي أمر عادي، وأن أتقبله». وهو ما يعكس وجود صراع داخلي بين رفض الحادث والرغبة في تجاوزه.

فيما يخص الأثر النفسي للإصابة وتأثيره على الثقة بالنفس، تصف الحالة أن إصابتها تركت أثراً نفسياً بالغاً يصعب نسيانه، ما يشير إلى تجربة صدمة نفسية حادة. كما أنها أشارت إلى حدوث تراجع في الثقة بالنفس في المراحل الأولى بعد الحادث، غير أن هذا التراجع لم يستمر، بل تحول لاحقاً إلى تعزيز للثقة، بفضل إدراكها لقدرتها على الصبر والتحسن، حيث قالت: «أثرت على نفسي حتى مرة قتلها لمأما هادي الحاجة موحال ننساها، ثقتي في الأول تهزت شوية مي من بعد ولات أكثر سورتو كي نشوف بلي صبرت **malgré** واش فات عليا وتحسنت حالتي تزيد ثقتي»، بمعنى: «أثرت على نفسي، حتى إنني قلت لأمي مرة إن هذا الشيء من المستحيل أن أنساه. ثقتي بنفسك اهتزت قليلاً في البداية، لكن بعد ذلك أصبحت أقوى، خاصة عندما أرى أنني صبرت رغم ما مررت به، وتحسنت حالتي، تزيد ثقتي» وهذا ما يعكس بداية نمو نفسي إيجابي بعد الصدمة.

ما عن الأمور التي ساعدتها على تجاوزها للألم النفسي ارتكزت أساساً على عنصرين رئيسيين: الدعم العاطفي من الأم، الذي اعتبرته الأساس في مسانبتها، وتمسكها بالإيمان، حيث رأت أن ما حدث لها هو من قضاء الله. ويظهر ذلك في قولها: «مأما هي الأولى لي عاونتي، وشديت في ربي سبحانو وقلت مكتوب ربي، هذا لي خلاني نتجاوز» بمعنى: «أمي هي أول من ساعدتني، وتمسكت بالله سبحانه، وقلت قضاء الله ومكتوبه، وهذا ما ساعدني على أن أتجاوز». وهذا يشير إلى وجود مصادر داخلية (الإيمان بالقضاء والقدر) وخارجية (مساندة الأم) ساهمت في تعزيز قدرتها على التكيف.

بعدها انتقلنا للحديث عن شعورها في تغيير نظرتها لنفسها قالت: «لا، ما حسيتش بتغيير مازال نفس النظرة لي كانت» بمعنى: «لا، لم أشعر بتغيير ما زالت نفس النظرة كما كانت». يشير هذا إلى مؤشر على تماسك نفسي نسبي، حيث لم تؤد الإصابة إلى زعزعة تقدير الذات أو تشويه صورتها الداخلية.

وبالنسبة إلى كيفية تعاملها مع ردود فعل الآخرين ونظرتهم لها فقد أفادت بأنها لا تعير اهتماماً لنظرة الآخرين تجاه حروقها أو التغييرات التي طرأت على جسدها، مشيرة إلى أنها لا تنتظر تأكيداً أو توجيهها من

أحد، بل تعتمد على معرفتها بذاتها. حيث قالت: «نظرة الناس ما تهميش ما نسنى حتى واحد يقولي واش ندير انا نعرف روعي» بمعنى: «نظرة الناس لا تهمني لا أنتظر من أحد أن يقولي لي ماذا أفعل، أنا أعرف نفسي». يعكس هذا الموقف اتجاهاً نحو الاستقلال النفسي وعدم جعل رأي الآخرين مصدر لتهديد صورة الذات لديها.

وعند الحديث عن مرورها بفترات الإكتئاب والإحباط أفادت الحالة بأنها لم تصل إلى مرحلة الاكتئاب، مرجعة ذلك إلى وجود دعم عائلي قوي ومساندة مستمرة من طرف أفراد أسرتها. لكنها أشارت إلى أنها عاشت فترات متكررة من الإحباط النفسي، تمثلت في مشاعر الحزن والتعب النفسي، إلا أنها استطاعت تجاوزها تدريجياً من خلال إقناع ذاتها بأن ما حدث هو أمر عادي ويمكن التكيف معه. ويظهر هذا في قولها: «الاكتئاب ما وصلتش ليه دارنا كانوا واقفين معايا مي الإحباط كان بزاف لكن ممبعد قنعت روعي بلي عادي» بمعنى: «الإكتئاب لم أصل إليه، عائلتي كانت سندا لي لكن لاحظت الإحباط كانت كثيرة، لكن فيما بعد أقنعت نفسي بأنه أمر عادي». هذا ما يظهر مؤشرات على التكيف النفسي الإيجابي وقدرتها على تجاوز الصدمة.

ومن ثم سألناها عن الشعور بالوحدة وقلة الدعم صرحت الحالة بأنها لم تمر بلحظات شعرت فيها بالوحدة أو نقص في الدعم، حيث أجابت: «لا ما كاش» بمعنى «لا، لا يوجد»، مما يدل أن الاستقرار العاطفي والاجتماعي الذي وفرته البيئة المحيطة بالحالة ساهمت في وقايتها من مشاعر العزلة أو الوحدة. كما عبرت الحالة عن إعادة ترتيب أولوياتها بعد الإصابة بالحروق حيث أصبحت تضع نفسها وصحتها النفسية والجسدية في المقام الأول، إلى جانب تقديرها العميق لدور والدتها، ظهر ذلك في قولها: «نفسي وصحتي هي أولى من كل شيء، وماما تاني» بمعنى: «نفسي وصحتي هي أولى من كل شيء، وأمي أيضاً»، يدل هذا التحول على وعي متزايد بأهمية العناية بالذات بعد المرور بتجربة صادمة، كما يعكس تعلقاً وجدانياً واضحاً بشخصية الأم التي مثلت مصدر دعم أساسي خلال هذه الأزمة.

ووصفت "ياسمين" تجربتها مع العلاج الطبي بالإيجابية رغم ما تطلبه من مجهود نفسي وصبر كبير، خصوصًا في المراحل الأولى من العلاج، حيث صرحت: «كانت مليحة، مي صبرت بزاف سورتو في الأول» أي: «كانت جيدة، لكنني صبرت كثيرًا، خصوصًا في البداية». تعكس هذه العبارة وعيًا من المبحوثة بالطبيعة المزدوجة للتجربة العلاجية من جهة تلقت رعاية طبية مناسبة، ومن جهة أخرى كان عليها بذل جهد نفسي كبير لتحمل الألم والإجراءات العلاجية.

فيما يخص التحديات المادية التي واجهتها الحالة خلال فترة العلاج، تمثلت في ارتفاع تكلفة بعض المستلزمات الطبية مثل الملابس الضاغطة الخاصة بالحروق، بالإضافة إلى الحاجة إلى استئجار وسيلة نقل في كل مرة لزيارة الطبيب، حيث قالت: «كاين تحديات par exemple هديك اللبسة كانت غالية، وباش نجو لطبيب لازم كل مرة نكرو» بمعنى: «توجد تحديات مثل الألبسة الضاغطة كانت باهظة، وللمجيء للطبيب كنا نضطر للاستئجار». تعكس هذه المعطيات أعباء اقتصادية إضافية ترافق الجانب العلاجي، وهو ما قد يشكل عامل ضغط نفسي يضاف إلى التحديات الجسدية والانفعالية التي تمر بها الحالة.

وعند الإستفسار عن علاقتها بالفريق الطبي فقد أفادت بأنها كانت إيجابية للغاية، حيث أبدى الطاقم المعالج تعاملًا لطيفًا وداعمًا، ساهم في رفع معنوياتها من خلال نعم التعامل الإنساني معها، حيث قالت: «كانت هايلة، يسغفوني يطلعولي المورال يقصرو يضحكو معايا» بمعنى: «كانت ممتازة، يتعاملون معي بلطف يرفعون من معنوياتي، ويمزحون ويضحكون معي». يعكس هذا أثر العلاقة العلاجية الإيجابية في دعم الحالة النفسية للمريض وتخفيف الأثر الانفعالي للصدمة الجسدية.

كما أفادت الحالة بأنها كانت شديدة الالتزام بالعلاج الموصوف لها، حيث قالت: « Oui، كنت ملتزمة بزاف» بمعنى: «نعم، كنت ملتزمة كثيرًا». هذا ما يعكس استعدادًا نفسيًا إيجابيًا للتجاوب مع الخطة العلاجية، كما يمكن اعتباره مؤشرًا على وجود رغبة داخلية قوية في الشفاء وتجاوز آثار الإصابة.

أما عن التغييرات التي أحدثتها العلاج في نمط حياتها اليومي صرحت بأنها تخلت عن بعض السلوكيات السابقة التي كانت تتبعها في لحظات الضيق النفسي، مثل تمليس الشعر عند الشعور بالضيق. حيث قالت: «إيه تغير نمط حياتي كنت ندير حاجات بطلتهم **par exemple** كنت كي نحس روحي مديقوتيا نروح نجبد شعري **mais** دوك **Non**» بمعنى: «نعم، تغير نمط حياتي كنت أقوم بأشياء توقفت عنها، مثلا كنت عندما أشعر بالضيق أذهب لتمليس شعري، لكن الآن لا». يمكن فهم هذا كنتيجة لتغير أولوياتها واهتماماتها الجمالية نظرا لتشوّه جسدها بعد الإصابة.

وبالنسبة للعوامل التي ساعدتها على التكيف مع العلاج صرحت بأن التحسن الملحوظ في حالتها الصحية ولو تدريجيا هو ما دفعها للتكيف مع العلاج والاستمرار فيه، حيث قالت: «شفت بلي كاين تحسن، هذا لي خلاني نكمل في العلاج» بمعنى: «رأيت أن هناك تحسن، هذا ما جعلني أستمّر في العلاج». يظهر تصريح الحالة إدراكها الواضح لنتائج العلاج الإيجابية، وقدرتها على توظيف هذا التحسن كحافز داخلي للاستمرار في المسار العلاجي.

أما بخصوص حصولها على المعلومات الكافية من الأطباء حول حالتها الصحية وكيفية التعامل معها، أفادت الحالة بتلقيها بعض المعلومات من الفريق الطبي لكنها لم تتمكن من استيعابها بشكل كاف، حيث قالت: «شوية، هوما فهموني مي انا شوية ما وصلتنيش المعلومة مليح» بمعنى: «قليلا، هم شرحوا لي لكنني أنا لم أستوعب المعلومة جيدا». وهذا قد يعود إلى استخدام الأطباء المصطلحات الطبية التي يصعب على الحالة استيعابها.

كما أظهرت المريضة مستوى عال من الدافعية للعلاج، عبرت عنه بشكل مباشر وواضح من خلال قولها: «بالتأكيد» بنبرة قوية وواضحة. هذا ما يبرز استعدادًا لمواجهة التحديات المرتبطة بالعلاج.

وعند سؤالها عن سبل تحسين الرعاية الصحية للمرأة المصابة بالحروق، ركزت المريضة على الجانب المادي مشيرة إلى ارتفاع تكاليف العلاج وغياب التغطية التأمينية. حيث قالت: «تكاليف العلاج لو كان

تتكفل بيها الدولة، بزاف غالية وما فيهاش تأمين» بمعنى: «تكاليف العلاج لو تتكفل بها الدولة، لأنها باهظة ولا يغطيها التأمين الصحي». يعكس هذا الطرح إدراكا مباشراً للعوائق الاقتصادية التي تواجهها الحالة.

كما عبرت المريضة عن نظرة متزنة لمستقبلها بعد الإصابة ووصفت رؤيتها له بـ العادية، حيث قالت: «نرمال، نشوفو عادي» بمعنى: «عادي، أراه عاديا». مما يعكس نوعاً من التقبل، وقدرة على مواصلة الحياة دون تضخيم سلبي للآثار المستقبلية للإصابة.

أما عن أهدافها فقد صرحت المريضة بأن أولى أهدافها الحالية هي التعافي الجسدي والتخلص من آثار الندوب، يلي ذلك استئناف مسارها الدراسي والانخراط في تدريب مهني يفيدها مستقبلاً، حيث قالت: «نبري ويتحاولي كامل les cicatrice هذه اول حاجة، ممبعد نولي لقرايتي وندير كاش سجاج ينفعني» بمعنى: «أشفي وتزال كل آثار الندوب هذا أول شيء، ثم أعود إلى دراستي وأقوم بتربص يفيدني». تعكس هذه التصريحات وجود توجه نحو إعادة بناء الذات والتخطيط للمستقبل رغم التحديات.

عندما سألنا المريضة عما تود قوله للنساء اللواتي يمررن بتجربة مشابهة، نصحتهن بضرورة التمسك بالإيمان والتحلي بالصبر، مشددة على أن الصبر هو العامل الأساسي لتجاوز المحنة، حيث قالت: «يشدوا في ربي ويصبروا surtout الصبر هو لي يخرجك، هاذي هي» بمعنى: «يتمسكوا بالله ويصبروا خاصة الصبر، هو ما يخرجك من المحن، هذه هي». تعكس هذه النصيحة استناد الحالة إلى موارد داخلية روحية ونفسية تساعد على التكيف الإيجابي مع الصدمة.

أما عن رأيها في النساء اللواتي يقمن بعمليات تجميل عبرت عن موقف إيجابي اتجاههم، معتبرة إياها خياراً مشروعاً ومرحباً به كما أبدت استعداداً شخصياً للقيام بها إذا أتحت لها الفرصة، ويظهر هذا في قولها: «حاجة مليحة انا نشجعهم، لوكان نلقى انا نديرها» ما يعكس سعيًا لاستعادة صورة الجسد وتحقيق التوازن النفسي بعد الصدمة الجسدية.

- عرض نتائج مقياس الصمود النفسي لكونرودافيدسون للحالة الثانية (ياسمين):

لقد قمنا بتطبيق مقياس الصمود النفسي لكونرودافيسون على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود

المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

**جدول رقم (16): يوضح نتائج أبعاد مقياس الصمود النفسي للحالة الثانية.**

البعاد	الدرجات المحسوبة	مستواها
الكفاءة الذاتية.	32	مرتفعة
التحكم في الانفعالات.	24	مرتفع
المشاعر الإيجابية.	18	مرتفعة
المساندة الإجتماعية.	10	مرتفعة
العامل الديني.	7	مرتفع
النتيجة النهائية للمقياس	91	مرتفع

- تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج المقياس أن الحالة سجلت مستوى مرتفعاً في جميع أبعاد الصمود النفسي، حيث جاءت درجات التحكم في الانفعالات، المشاعر الإيجابية، المساندة الاجتماعية، الكفاءة الذاتية والعامل الديني مرتفعة، مما يعكس توازناً نفسياً جيداً، قدرة عالية على ضبط الانفعالات، تبني مواقف إيجابية، الاعتماد على الذات، واستناداً قوياً إلى الجانب الروحي والاجتماعي في مواجهة الأزمات. وبناءً على مجموع الدرجات، تحصلت الحالة على (91 درجة) في المقياس الكلي، وهي درجة مرتفعة، ما يدل على تمتعها بصمود نفسي قوي يمكنها من التكيف الفعال مع الظروف الصعبة وتجاوزها بثبات ومرونة.

**- عرض نتائج مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الثانية (ياسمين):**

لقد قمنا بتطبيق مقياس الملاءمة العلاجية على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

**جدول رقم (17): يوضح لنا نتائج أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الثانية.**

البعد	الدرجة المحسوبة	مستواها
الالتزام بتناول الدواء.	30	مرتفع
الالتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الطبية.	27	مرتفع
تغيير نمط الحياة.	32	مرتفع
النتيجة النهائية للمقياس	89	متوسطة

**- تحليل نتائج المقياس:**

أظهرت نتائج مقياس الملاءمة العلاجية أن الحالة سجلت درجات مرتفعة في جميع أبعاد المقياس، حيث حصلت على 30 درجة في بعد الالتزام بتناول الدواء، مما يعكس حرصًا واضحًا من طرفها على اتباع التعليمات الدوائية. كما سجلت 27 درجة في بعد الالتزام بزيارة الطبيب وإجراء الفحوصات الطبية، وهو ما يشير إلى وعي صحي جيد واستعداد للتعاون المستمر مع الفريق الطبي. أما في بعد تغيير نمط الحياة، فقد أحرزت 32 درجة، ما يدل على قدرة نسبية على التكيف مع المتطلبات الصحية الجديدة من خلال تعديل السلوك والعادات اليومية بما يتناسب مع الوضع الصحي.

ورغم أن الدرجات في الأبعاد الثلاثة جاءت مرتفعة، إلا أنها حصلت على درجة كلية (89 درجة) والتي تصنف ضمن مستوى الملاءمة العلاجية المتوسطة. وهذا يشير إلى أن الحالة تُظهر جهودًا واضحة

في التكيف مع المتطلبات العلاجية، إلا أن هناك بعض العوامل التي قد تعيق تحقيق ملاءمة علاجية عالية، مثل التحديات النفسية أو الاجتماعية أو بعض العراقيل المرتبطة بالاستمرارية والالتزام على المدى الطويل.

### -خلاصة حالة:

أسفرت نتائج المقابلة العيادية، إلى جانب تطبيق مقياسي الصمود النفسي والملاءمة العلاجية، عن أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من الصمود النفسي، يتجلى في عدة أبعاد، أبرزها الكفاءة الذاتية، القدرة على ضبط الانفعالات، استحضار المشاعر الإيجابية، الاستفادة من الدعم الاجتماعي، والارتكاز على الجانب الديني كأحد مصادر القوة النفسية. تعكس هذه المؤشرات قدرة الحالة على التكيف مع الصدمة النفسية المرتبطة بتجربة الحروق، ومواجهة التحديات المرتبطة بها بشكل فعال.

أما فيما يتعلق بالملاءمة العلاجية، فقد ظهرت في مستوى متوسط، مع بروز ارتفاع نسبي في بعض المجالات، خاصة الالتزام بتناول الدواء، المواظبة على الفحوصات الطبية، والسعي نحو تغيير نمط الحياة بما يتلاءم مع متطلبات العلاج، ما يدل على وعي صحي واستعداد للتأقلم العلاجي.

ويتوافق سلوك الحالة أثناء المقابلة، والذي تميز بالهدوء، الجدية، الانضباط، مع نتائج الصمود النفسي المرتفع، لا سيما في بُعدي الكفاءة الذاتية وضبط الانفعال. ومع ذلك، فإن غياب الانفعالات الإيجابية وظهور بعض علامات الحزن الكامن يشير إلى وجود مشاعر داخلية مثقلة لم يتم التعبير عنها بشكل كافٍ. وهي مؤشرات قد تستدعي تدخلاً نفسياً داعماً يهدف إلى تسهيل التعبير الانفعالي، تعزيز التكيف العاطفي، وتحسين الراحة النفسية خلال المسار العلاجي.

## 1-1-3- الحالة الثالثة (لامية):

## - تقديم الحالة:

الحالة لامية فتاة تبلغ من العمر 20 سن، عذباء لها 4 إخوة منهم 3 ذكور وأنثى وهي الثالثة من بينهم، تقطن في ولاية عنابة. مستواها التعليمي الثالثة ثانوي، لم تتحصل على شهادة البكالوريا ثم توجهت إلى التكوين المهني ولها دبلوم سكرتارية، وهي الآن مأكثة في البيت، مستواها الإقتصادي متوسط. أصيبت لامية بحروق من الدرجة الثالثة على مستوى اليد عندما كانت في عمر الثانية ونصف، مما تطلب تدخلاً جراحياً في سن الرابعة، إلا أن العملية لم تحقق النتائج المرجوة، نتيجة لذلك تم إيقاف المتابعة الطبية لفترة طويلة، ومؤخراً عادت إلى متابعة العلاج بدافع إستعادة الشكل الوظيفي والجمالي ليدها بعد أن ظهرت عليها تشوهات منها إنحناء في أحد الأصابع وإنكماش في الآخر، ما أثار لديها القلق والخوف من تفاقم الوضع (لا تعاني من سوابق مرضية أخرى مزمنة).

## - عرض مضمون المقابلة وتحليلها:

قابلنا الحالة لامية في مستشفى الحروق الكبرى "سعيد شيبان" بزرالدة، حيث تم تخصيص مكتب من طرف المؤسسة لإجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، أين كان الزمان والمكان ملائمان لإجراء المقابلة، تحصلنا على موافقتها بعد شرحنا لها هدف المقابلة. بدت المفحوصة في مظهر أنيق وهادئ وأبدت تقبلاً إيجابياً لفكرة المقابلة، حيث رحبت بها دون تردد.

من خلال المقابلة تحدثنا مع المفحوصة وعندما سألناها عن حالتها المرضية صرحت أنها تعرضت لحادث حروق خطير في سن مبكر (سنتين ونصف)، حيث كانت والدتها منشغلة بإعداد "الخفاف أو السفنج" في المطبخ، ووفقاً لما قالتها أنها إقتربت من المقلاة المملوءة بالزيت ووضعت يدها داخلها بطريقة مباشرة، مما تسبب في إصابتها بحروق من الدرجة الثالثة على مستوى اليد حيث قالت: "ماما كانت دير سفنج متولهتليش، تلهات حطيت يدي فالمقلة تاع زيت"، وترجع الحالة الحادث إلى غفلة من والدتها.

عندما سألتها عن ردة فعلها الأولية عند تعرضها للحروق قالت: "كنت صغيرة يدي تكمشت، بعثوني لعنابة دارولي أوبراسيو وبروش كي نحيثو صباغي واحد تكمش واحد تعوج" بمعنى "كنت صغيرة وضعوا لي مسمار جراحي، بعد نزعته إنكمش أحد أصابعي وإعوج الآخر". أما عن تأثير الحادث عليها من الناحية الجسمية والاجتماعية قالت: "أثر على يدي مي مع الناس عادي" بمعنى "أثر الحادث على يدي لكن مع الناس لا أبالي". كما عبرت المفحوصة عن تعاملها مع الصدمة في البداية قائلة: "كي تحكي لي ماما واش صرا فيا نقول أنا صرالي هذا كامل، وليت نعاتبها نقولها علاش معسيتينيش وأنا صغيرة" بمعنى "عندما تحكي لي أمي ما حدث لي أندھش وأقول: أكل هذا حدث لي؟ ثم أبدأ بمعاتبتها لماذا لا تحميني وأنا صغيرة".

في إطار المقابلة النصف موجهة صرحت المفحوصة عن الدعم الذي تلفته من محيطها الأسري وبعد الإصابة وخصت بالذكر والدتها مما شكل عنصراً حاسماً في التخفيف من وقع الصدمة، لكن رغم آثار الإصابة أظهرت المفحوصة مستوى جيد من الثقة بالنفس وعبرت عن ذلك بقولها: "أنا دايرة كونفيونس في روجي وهذه حاجة تاع ربي" بمعنى "أنا واثقة من نفسي وهذه مقدره من عند الله". إلا أنها لم تخف بعض لحظات التساؤل والندم التي بدأت تظهر مع تقدمها في السن حيث قالت: "بصح كي بدين نكبر وليت نقول مع روجي لوكان غير متقستش"، هذا التذبذب في المشاعر يعكس وجود صراع داخلي بين القبول الواقعي للوضع ومحاولات التكيف، وبين الحنين لصورة الذات السليمة.

أما فيما يتعلق بتعاملها مع نظرة الآخرين إتجاه الحروق فقد أظهرت درجة عالية من التقبل واللامبالاة تجاه نظرة المجتمع أو تعليقاتهم وهذا ما تبين من خلال قولها: "عادي نتقبلها معنديش إشكال" بمعنى "أقبلها لا تشكل لي إشكالاً" مما يدل نوع من صمود نفسي جيد في مواجهة المواقف الاجتماعية.

ومن خلال المقابلة التي كانت مع الحالة لامية، لاحظنا أنها رغم هذه القوة الظاهرة أقرت المفحوصة بأنها مرت بفترات من الإحباط والإكتئاب حيث قالت: "بزاف" بمعنى "كثيراً". لكنها كانت تلجأ لوسائل

بسيطة لكنها فعالة للتفيس كالقرآن الكريم أو الخروج من المنزل، وهذه الإستراتيجيات تظهر نوعاً من التكيف الإيجابي مع الضغط النفسي.

كما أشارت إلى لحظة شعرت فيها بوحدة حادة وتحديداً عند مرض شقيقها ومكوته في المستشفى حيث لازمته والدتها لفترة طويلة، ما جعلها تشعر بفراغ عاطفي كبير قالت عنه: "كانت فترة بشعة، ملقيت حتى إنسان غير ختي" بمعنى "كانت فترة بشعة لم أجد فيها سوى أختي" هذه التجربة تعكس حساسية المفحوصة للفقدان المؤقت للدعم العاطفي. وعند الحديث عن التغيير في أولوياتها بعد الحادث صرحت المفحوصة ببساطة "ماولات عندي حتى أولوية" بمعنى "لا يوجد عندي أي أولوية" وهذا قد يشير إلى إرتباكاً في التصورات المستقبلية.

من خلال المقابلة العيادية لاحظنا أيضاً أن المفحوصة تشعر بالراحة معنا بدليل تفاعلها معنا بالإيجاب ويظهر ذلك من خلال التجاوب مع الأسئلة بكل أريحية.

وفي سياق حديثها عن تجربتها مع العلاج الطبي أشارت المفحوصة إلى أنها خضعت لأول عملية جراحية وهي في سن أربع سنوات، لم تستأنف محاولات العلاج إلا عندما بلغت السادسة عشر من عمرها، حيث كانت تنوي السفر إلى تونس لإجراء تدخل طبي، غير أن ظروف جائحة كوفيد-19 حالت دون ذلك، لاحقاً في شهر سبتمبر إتخذت فرار بإجراء عملية جديدة وهي الآن تتابع حالتها الطبية بانتظام من خلال جلسات المراقبة الدورية في مستشفى الحروق الكبرى زرالدة.

أما فيما يتعلق بالصعوبات المادية فقد نفت وجود أي صعوبات وقالت: "معنديش" بمعنى "لا يوجد". كما عبرت عن رضاها التام عن علاقتها بالفريق الطبي ووصفهم بعبارات إيجابية قائلة: "الله يبارك نعم الناس" ويبدو أن هذا الجو الداعم قد ساهم في شعورها بالأمان خلال فترة العلاج.

ورغم إنتظامها في المتابعة الطبية صرحت المفحوصة بعدم إتزامها الكامل بالتوصيات موضحة أن العلاج لا يتضمن الأدوية وإنما يتطلب إرتداء قفاز طبي لمدة 23 ساعة يومياً، إلا أنها نادراً ما تلتزم

بذلك قائلة: "معنديش دواء عندي قفاز نورمالو نلبسو 23 ساعة أنا قليل وين نلبسو"، كما أفادت بعدم حدوث تغير ملموس في نمط حياتها أو عاداتها اليومية بسبب العلاج.

فيما يخص التواصل مع الأطباء وفهمها لحالتها الصحية ذكرت المفحوصة أنها أحياناً تسأل لكنها لا تفهم كل المعلومات، وقد تخرج من إعادة السؤال أو الإستفسار حيث قالت: "مرات نسقسي ومرات منفهمش ونحشم نسقسي". عندما سأناها عن رغبتها في مواصلة العلاج أجابت ببساطة "هذا لي راهو في راسي" بمعنى "هذا ما يوجد في رأسي" ما يدل على وجود نسبة داخلية قوية للإستمرار رغم كل التحديات.

عند التطرق إلى مستقبلها بعد الإصابة، بدا واضحاً غياب تصور واضح أو تخطيط بعيد المدى، حيث عبرت عن ذلك بقولها: "والله معلابالي جامي خممت فيه دايمين نقول كيما يجي يجي" وهذه العبارة تعكس نوعاً من التكيف القائم على التقبل والإعتماد على اللحظة الحالية وربما ترتبط بنمط دفاعي لتجنب الإحباط أو خيبة الأمل.

ورغم الغموض الذي يحيط بتصورها المستقبلي عبرت المفحوصة عن وجود هدف حالي تسعى إليه يتمثل في الزغبة في الإلتحاق بعمل.

وعندما طلب منها توجيه رسالة للنساء اللواتي يمررن بنفس التجربة قالت: "حبو رواحكم كيما رآكم" بمعنى "أحبو أنفسكم كما أنتم". هذه الجملة تشير إلى القبول الذاتي وإدراكها لأهمية الحب الغير مشروط للذات كركيزة للتعافي والتوازن النفسي.

أما رأيها بخصوص النساء اللواتي يلجأن إلى الجراحة التجميلية، فقد أبدت تقبلاً لهذا الخيار، مشيرة إلى أنه أمر عادي مادامت المرأة قادرة عليه، خاصة إذا كانت التشوهات أو العلامات تشكل عائقاً في حياتها، حيث قالت: "نورمال كي تكون قادرة وهذيك الحاجة دايرتلها عرقلة في حياتها". وهذا ما يعكس

وعياً إجتماعياً ونفسياً بحق الفرد في إتخاذ قرارات تخص جسده دون إصدار أحكام وهو ما يدل على مرونة فكرية وتقبل الإختلاف.

- عرض نتائج مقياس الصمود النفسي لكونرودافيدسون للحالة الثالثة (لامية):

لقد قمنا بتطبيق مقياس الصمود النفسي لكونرودافيدسون على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (18): يوضح نتائج أبعاد مقياس الصمود النفسي للحالة الثالثة.

البعاد	الدرجات المحسوبة	مستواها
الكفاءة الذاتية.	28	مرتفعة
التحكم في الانفعالات.	18	فوق المتوسط
المشاعر الإيجابية.	15	فوق المتوسط
المساندة الإجتماعية.	9	فوق المتوسط
العامل الديني	8	مرتفع
النتيجة النهائية للمقياس	78	فوق المتوسط

- تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج المقياس أن الحالة سجلت مستوى مرتفعاً في بعدي الكفاءة الذاتية والعامل الديني، مما يعكس ثقتها في قدراتها الشخصية واعتمادها على الجانب الروحي في مواجهة الشدائد. كما جاءت أبعاد التحكم في الانفعالات والمشاعر الإيجابية والمساندة الاجتماعية في مستوى فوق المتوسط، ما يدل على قدرتها على تنظيم مشاعرها، تبني مواقف إيجابية، والاستفادة من دعم المحيط الاجتماعي. وبناءً على مجموع الدرجات، تحصلت الحالة على درجة كلية قدرها (78 درجة)، وهي تقع في مستوى فوق المتوسط مما يشير إلى امتلاكها لصمود نفسي جيد يساعدها على التكيف مع الوضع الصعب الذي تمر به.

- عرض نتائج مقياس الملائمة العلاجية للحالة الثالثة (لامية):

لقد قمنا بتطبيق مقياس الملائمة العلاجية على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (19): يوضح نتائج مقياس الملائمة العلاجية للحالة الثالثة

المستوى	الدرجات المحسوبة	البعد
متوسط	28	الإلتزام بتناول الدواء.
متوسط	23	الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الدورية.
مرتفع	33	تغيير نمط الحياة.
متوسطة	84	النتيجة النهائية للمقياس

- تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج المقياس أن الحالة سجلت مستوى متوسط في بعدي الإلتزام بتناول الدواء والإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الدورية، مما يشير إلى وجود بعض الفجوات في الإلتزام أو إتباع التوصيات الدوائية، وكذلك تشير إلى أنها تتابع حالتها الصحية بشكل غير منتظم. أما بعد تغيير نمط الحياة فقد سجلت مستوى مرتفع، تعكس هذه الدرجة وعي جيد وإستعداد فعلي لدى الحالة لتغيير سلوكياتها اليومية مما يتماشى مع حالتها الصحية. وبناءً على مجموع الدرجات تحصلت الحالة على درجة كلية قدرها (84) درجة) تشير إلى مستوى متوسط من الملائمة العلاجية أي أن المفحوصة تظهر ملائمة علاجية متوسطة، مما يعني أن لديها أساساً جيداً من الإلتزام والإنخراط في علاجها.

## - خلاصة الحالة:

بعد عرض نتائج المقابلة العيادية ومقياس الصمود النفسي والملاءمة العلاجية نستنتج أن الحالة تظهر مستوى صمود نفسي فوق المتوسط، ومستوى متوسط من الملائمة العلاجية، خصوصاً في الإلتزام بتناول الدواء وزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الدورية التي جاءت أيضاً متوسطة، مما يعكس تذبذباً في إلتزامها بالعلاج الموصوف، خاصة أنها صرحت بعدم إلتزامها بإرتداء القفاز الطبي. في نفس الموضوع فإن الكفاءة الذاتية والعامل الديني هما بعدان تحصلت فيهما الحالة على مستوى مرتفع، ويتجلى ذلك في تقبلها للعلاج وإتخاذ قرار طبي مثل الجراحة، كما أبدت تحكماً جيداً في إنفعالاتها والذي جاء في مستوى فوق المتوسط، مكن الحالة من الحديث عن تجربتها دون إنفعالات حادة أو تكرارات وجدانية سلبية، وهو ما يعد مؤشراً على تنظيم إنفعالي فعال، هذا النضج الإنفعالي ساعدها على مواصلة الفحوصات والزيارات الطبية. وفي السياق ذاته لعبت المشاعر الإيجابية دوراً معزراً للإلتزام بالعلاج حيث بدت الحالة متصالحة مع التغيرات التي طرأت على جسدها، مؤكدة على عدم إستسلامها للشعور بالخجل، يشير هذا إلى قدرة على إعادة تأطير الحدث الصادم ضمن رؤية إيجابية، مما يحد من الإهمال العلاجي.

ومن جانب آخر، أظهرت الحالة مستوى فوق المتوسط من المساندة الاجتماعية، تبرز هذه الدرجة أن الحالة حصلت على دعم إجتماعي كافي لتعزيز سلوك إلتزامها بالعلاج، ويتجلى ذلك في تصريحها بأن أسرتها شجعوها على الجراحة مما ساعدها على إتخاذ القرار العلاجي بثقة. كما أشارت الحالة إلى إرتفاع في تغيير نمط الحياة، ما يعكس الأثر المباشر للعوامل النفسية الإيجابية في تبني سلوكيات صحية جديدة، ويرجع ذلك إلى تفاعل المشاعر الإيجابية مع الكفاءة الذاتية، إلى جانب العامل الديني الذي وفر للحالة إطاراً معنوياً يضيف معنى على تجربة المريض.

وفيما يخص النظرة حول المستقبل عبرت الحالة عن رغبتها في العودة إلى العمل، وهو مؤشر يعد إيجابياً من الناحية النفسية، إذ يعكس وجود دافع داخلي للإستمرار والإنخراط في الحياة الاجتماعية

والمهنية. من منظور علم النفس الإيجابي يمكن اعتبار هذه الرغبة مظهراً من مظاهر الصمود النفسي، حيث تظهر الحالة قدرة على التطلع إلى الأمام رغم ما تعرضت له من أذى جسدي ونفسي.

سبب التردد أو عدم الإلتزام الكامل بالعلاج رغم القناعة الداخلية بضرورته، ووجود مشاعر سلبية غير موجهة بالشكل الكافي كما أشارت إليه في المقابلة من خلال تعبيرات عن الانسحاب، تردد، فترات من الإحباط، وقد يكون لذلك علاقة بتجارب سابقة من الألم أو العنف النفسي المرتبط بالحادث (حرق متعمد من طرف الراقي) مما يضعف أحياناً القدرة على التفاعل الإنفعالي المتزن.

كما أشارت الحالة إلى ارتفاع في تغيير نمط الحياة، هذا راجع إلى الصمود النفسي المرتفع بعد الكفاءة الذاتية الذي ساهم في تحفيز الحالة على إدخال تغييرات على نمط حياتها رغم الصدمة الجسدية والنفسية التي تعرضت لها نتيجة الحروق، حيث صرحت بأنها بدأت تناول الدواء تدريجياً وأصبحت أكثر وعياً بصحتها العامة رغم أنها لم تصل إلى الإلتزام الكامل بالعلاج فإن الكفاءة الذاتية دفعتها للقيام بخطوات عملية نحو التكيف، مثل طلب المتابعة النفسية. هذا يدل على بداية الإحساس بالكفاءة والمسؤولية الذاتية تجاه العلاج.

أظهرت مستوى فوق متوسط من المساندة الاجتماعية تبرز هذه الدرجة أن المفحوصة تدرك وجود شبكة إجتماعية داعمة حتى وإن كانت محدودة.

ورغم أنها صرحت سابقاً بعدم وجود من يفهمها سوى الأخصائية النفسية، فإن النتيجة تعكس نوعاً من الإستفادة المعنوية من وجود أشخاص داعمين، مثل الأم أو الأخصائية. ما ساعدها للتوجه إلى المؤسسات الصحية.

كما شكل البعد الديني عنصراً أساسياً في عملية التكيف ومواجهة الألم النفسي، حيث ذكرت مراراً القرآن الذي كان مصدر راحة وتوازن خلال فترات الإحباط والإكتئاب.

وفيما يخص النظرة حول المستقبل عبرت الحالة عن أمل، وأولويتها الجديدة تركزت حول هدف روحاني هو حفظ القرآن، يظهر ذلك إعتياداً قوياً على الإيمان كآلاتي للتأقلم.

## 1-1-4- الحالة الرابعة (جميلة):

## - تقديم الحالة:

جميلة فتاة تبلغ من العمر 18 سنة، عذراء، تتحدر من أسرة تتكون من أربعة أبناء، وهي الثالثة بينهم اثنان من الذكور وبنت واحدة. تقيم بولاية برج بوعريريج، وتزاول دراستها في السنة الثانية من التعليم الثانوي. يتسم وضعها الاقتصادي بالمستوى المتوسط. أصيبت منذ سنة بحروق كيميائية من الدرجة الثانية على مستوى اليد اليمنى أثناء تنظيف المراض، ولا تزال تخضع للمتابعة الطبية المنتظمة نظرًا لتعذر إلتئام الحروق بشكل كامل، علما أنها لا تعاني من أي أمراض أخرى.

## - عرض مضمون المقابلة:

قابلنا الحالة في مستشفى الحروق الكبرى "سعيد شيبان" بزرالدة، في مكتب مهياً، أين كان الزمان والمكان ملائمان لإجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، تحصلنا على موافقة الحالة بسهولة بعد شرحنا لها هدف المقابلة.

حضرت الحالة في هيئة عادية، بملابس نظيفة ومناسبة، تتسم ملامح وجهها بالهدوء.

لكن أظهرت الحالة خلال المقابلة طابعاً انطوائياً، كانت تتواصل بتحفظ وبإجابات مغلقة (نعم-لا)، مع ميل للكبت الانفعالي، ويلاحظ عليها خجل وتردد بصري، ما يشير إلى طابع انطوائي في شخصيتها.

أوضحت الحالة خلال المقابلة أن إصابتها تعود إلى سنة مضت، حين تعرضت لحادث منزلي أثناء استعمالها مواد تنظيف قوية خلال تنظيف دورة المياه، ما أدى إلى تفاعل جلدي حاد ظهر بعد يومين أو

ثلاثة في شكل تقرحات، استدعى نقلها إلى المستشفى، حيث قالت: «عندي عام كنت **nettoyer**

**toilettes** حشاك بالنظاف، ساح على يدي، ممبعد يومين ولا ثلاثة تشلفط، حتى داوني لسبيطار»

بمعنى: «منذ عام، كنت أقوم بتنظيف المراض أكرمكم الله بمواد تنظيف، فسال على يدي. بعد يومين

أو ثلاثة ظهرت تقرحات، حتى تم نقلي إلى المستشفى».

وعند الاستفسار عن نوع ودرجة الحروق أفادت بأن الحروق التي تعرضت لها من الدرجة الثانية، بينما لم تكن على دراية بنوعها، حيث قالت: «الدرجة قالولي الدرجة الثانية، النوع ما علاباليش» بمعنى: «الدرجة قالوا لي بأنه من الدرجة الثانية، أما النوع فلا أعلم». وبالنظر إلى سياق الحادث المرتبط باستعمال مواد تنظيف منزلية، يمكن تصنيف الحروق التي أصيبت بها على أنها كيميائية. أما عن جهلها لنوع الحرق فقد يعكس محدودية الوعي الطبي لديها.

وصفت المريضة ردة فعلها الأولية بالصدمة والذهول حيث لم تكن تتوقع أن يؤدي منتج تنظيف منزلي إلى هذا المستوى من الضرر الجسدي، ويظهر ذلك في قولها: «خلعت كفاه نظاف يديرلي كامل هكا» بمعنى: «انصدمت كيف يمكن لسائل التنظيف أن يتسبب في كل هذا». تعكس هذه الاستجابة الأولية عنصر المفاجأة، وعدم استيعاب الخطر الكامن في مثل هذه المواد الكيميائية.

فيما يخص تأثير الحادث من الناحية الجسمية والاجتماعية أوضحت الحالة بأنها لم تشعر بأي تأثير جسدي أو اجتماعي بعد الحادث، بقولها: «ما أثرش» بمعنى: «لم يؤثر». ما قد يُعبر عن إنكار دفاعي للصدمة أو محاولة للتقليل من وقع التجربة.

كما تفيد الحالة بتلقيها دعماً نفسياً ومادياً من محيطها القريب مثل طمأننتها لفظياً ومرافقتها في مسار العلاج. حيث قالت: «ايه يقولولي نرمال ما ديريش في راسك، خويا يديني للطبيب يجيبلي دوا» بمعنى: «نعم، يقولون لي عادي لا تشغلي بالك، وأخي يأخذني إلى الطبيب ويجلب لي الدواء». يعكس هذا وجود شبكة دعم اجتماعي فعالة ساعدت على الشعور بالأمان وتخفيف وطأة الصدمة.

أما عن الاستجابة الأولية للحالة عند الإصابة فكان يغلب عليها الهدوء والانضباط الانفعالي في مواجهة الصدمة، ويظهر هذا في قولها: «عادي، تقبلت وكنت هادئة».

في حين عبرت أن أبرز التحديات النفسية التي واجهتها هي صعوبة تقبل الذات بعد التغيرات الجسدية الناتجة عن الحروق، وهو ما شكل ضغطاً داخلياً كبيراً نظراً لطبيعتها الانطوائية والكتومة. يظهر ذلك في

قولها: «أكبر تحدي أني نقبل روجي كيما هاك، وليت ن فكر بزاف وما نحكيش» بمعنى: «أكبر تحدي أني أتقبل نفسي هكذا، أصبحت أفكر كثيرا ولا أتكلم».

أما عن الأثر النفسي للإصابة وتأثيره على الثقة بالنفس، تكشف استجابة المريضة عن أثر نفسي بالغ للإصابة، يتجلى في الشعور بالعجز وفقدان الكفاءة، خاصة فيما يتعلق باستخدام يدها المصابة. ويظهر هذا في قولها: «ما نعرف (تبكي) كلي ما نقدر ندير بيها والو نتقلق منها هاك» بمعنى: «لا اعلم (تبكي) كأني لا أقدر على فعل أي شيء بيدي اقلق منها هكذا». والبكاء هنا يظهر كمؤشر على انفعال مكبوت بدأ في التعبير عن نفسه عند الحديث عن فقدان القدرة، ما يعكس تراجعاً في تقدير الذات واضطراباً في العلاقة مع الجسد هذا التأثير النفسي السلبي يبرز كمظهر من مظاهر الصدمة الجسدية الممتدة، وقد يؤثر مباشرة على ثقة المريضة بنفسها وعلى قدرتها على التكيف ما لم تتلقى دعماً نفسياً.

كما اعتمدت الحالة في تجاوز الألم النفسي والتكيف مع الوضع الجديد على الدعم العاطفي المتواصل من والدتها التي لعبت دوراً أساسياً في تعزيز الشعور بالأمان والتقليل من حدة الصدمة. حيث قالت: «ماما، هي لي ديما تقولي بلي عادي» بمعنى: «أمي، هي التي دائما تقول لي أن الأمر عادي». يُظهر ذلك أهمية الدعم الأسري، لا سيما في تخفيف الانفعالات السلبية والتكيف مع الوضع الصحي الجديد.

في حين جاء رد الحالة عن شعورها بتغيير في نظرتها لنفسها بإيماءة نفي دون تعبير لفظي ما يعكس تحفظاً في الحديث عن نظرتها لذاتها بعد الإصابة. هذا السلوك يتماشى مع نمطها الشخصي الكتوم والمتردد ويُحتمل أن يكون مؤشراً على إنكار للتغيرات أو تجنب الدخول في مشاعر يصعب التعبير عنها. وعند سؤالها عن كيفية تعاملها مع ردود فعل الآخرين ونظرتهم اتجاه الحروق تظهر استجابة المريضة تعرضها لتجربة وصم اجتماعي من قبل المحيطين بها، تمثل في تعليق سلمي جارح حول مظهر يدها المحروقة. حيث قالت: «صراتلي مي ما نقولهم والو، كيما خطرة وحدة من لبنات في الليسي شافت يدي كانت ماشي مغطية طبيب قالي خليها تنشف كي فت عليها قالت اع يدها تعيف» بمعنى: «جرت لي،

لكنتي لم أقل شيئاً. مثلاً، في إحدى المرات إحدى الفتيات في الثانوية رأت يدي مكشوفة لأن الطبيب طلب مني تركها لتجف، عندما مررت أمامها قالت اع، يدها مقززة». رغم ذلك، لم تبد المريضة أي رد فعل عني، مما يعكس سلوك التجنب والانغلاق، هذا النمط في التعامل قد يكون آلية دفاعية تهدف إلى حماية الذات من مزيد من الأذى النفسي لكنه في الوقت ذاته قد يؤدي إلى تراكم مشاعر الحزن والخذلان دون تفريغ مناسب، مما يعيق التكيف السليم على المدى البعيد.

كما أشارت الحالة إلى مرورها بفترات من الإحباط والانخفاض المزاجي، حيث اقتصر تفاعلها مع هذه اللحظات على البكاء دون سلوك تعبيرى آخر، يظهر في قولها: «ساعات ايه... ما ندير والوا، نبكي برك ساعات» بمعنى: «أحياناً نعم... لا أفعل شيئاً، فقط أبكي أحياناً». هذا ما يُظهر محدودية موارد المواجهة النفسية لديها، خاصة في ظل ميلها للكتمان والانطواء.

وأفادت الحالة أيضاً بأنها شعرت بالوحدة وانعدام الدعم الاجتماعي في بعض الأحيان، وهو ما يشير إلى وجود فترات من العزلة العاطفية. وقد تعاملت مع ذلك من خلال الانشغال بالدراسة محاولةً صرف انتباهها عن المشاعر السلبية المرتبطة بالوضع، إذ قالت: «إيه، كنت نقرا قرائتي برك باه ننسى» بمعنى: «نعم، كنت أدرس فقط لأنسى». يعكس هذا السلوك استخدام آلية دفاعية معرفية تتمثل في الإلهاء، والتي تُخفف مؤقتاً الضيق النفسي، ولا تعالج الجذور العاطفية لتلك المشاعر.

وعند سؤالها عن أولوياتها بعد تجربة الحروق، أشارت المريضة إلى أن التركيز الأساسي في حياتها أصبح منصبا على الشفاء الجسدي ودراستها قائلة: «ما كاش... نبرا برك ونقرا قرائتي» بمعنى: «لا شيء... فقط أن أشفى وأكمل دراستي». ما يعكس محدودية الانخراط في آفاق أوسع للتخطيط المستقبلي نتيجة التأثير النفسي للحادث.

ووصفت المريضة تجربتها مع العلاج الطبي بكلمة واحدة قالت: «نرمال» بمعنى: «عادي»، ما يشير إلى موقف محايد ظاهرياً تجاه التجربة العلاجية، دون التعبير عن مشاعر إيجابية أو سلبية واضحة.

كما أفادت الحالة بعدم مواجهتها لأي تحديات مادية خلال فترة العلاج، حيث أجابت: «لا ماكاش، جامي»، ما يدل على توفر دعم مادي كاف، سواء من الأسرة أو من مصادر أخرى، سمح لها بالاستمرار في مسارها العلاجي دون أعباء مالية، مما قد يعزز من فرص التكيف الإيجابي مع آثار الإصابة.

أما عن علاقتها بالفريق الطبي فصرحت بأنها كانت عادية، موضحة محدودية تواصلها مع مقدمي الرعاية الصحية، وأن والدتها هي التي تتولى طرح الأسئلة والتفاعل معهم، حيث قالت: «عادي، أنا ما نحكيش معاهم بزاف، ماما هي لي تحب تسقسيهم» بمعنى: «عادي، أنا لا أتواصل معهم كثيرا، أمي هي من تحب أن تسألهم». وهذا الرد هو ما قد يرتبط بشخصيتها الكتومة والمترددة، ويشير إلى اعتمادها الكبير على دعم الأم في التعامل مع المواقف الطبية.

في حين أكدت الحالة التزامها الجيد بالخطة العلاجية الموصوفة حيث أشارت إلى اتباعها الدقيق لتعليمات الطبيب، وذلك لقولها: «إيه، ديما ندير واش يقولي الطبيب» بمعنى: «نعم، دائما أقوم بما يقوله الطبيب». يعكس هذا السلوك درجة من الوعي الصحي والانضباط في التعامل مع الحالة، مما يُعد مؤشراً إيجابياً في مسار التعافي.

كما صرحت بأنها لم تُغير نمط حياتها أو عاداتها اليومية نتيجة العلاج، حيث قالت: «عادي، ما أثرش» بمعنى: «عادي، لم يؤثر». ما قد يشير إلى أن العلاج لم يفرض متطلبات سلوكية جديدة تؤثر على روتينها المعتاد.

أما بالنسبة للعوامل التي ساعدتها على التكيف مع العلاج والاستمرار فيه هو رغبتها في التعافي والتخلص من الألم وكذلك مساعدة ودعم الأم لها، حيث قالت: «نحوس نرتاح وماما تاني عاونتني»

بمعنى: «أريد أن أرتاح، وأمي أيضا ساعدتني» تشير الإجابة إلى وجود دافع شخصي مباشر يتمثل في الرغبة في التخلص من الألم والمعاناة الجسدية، مما شكل محفزاً داخلياً للاستمرار في العلاج. كما يظهر تأثير دعم الأم، كعامل نفسي واجتماعي مهم ساهم في تعزيز التكيف العلاجي والاستمرار فيه.

فيما يخص مدى كفاية المعلومات الطبية المقدمة، صرحت الحالة بأنها لم تتلق إجابات دقيقة أو واضحة من الفريق الطبي، حيث اكتفوا بعبارات عامة تطمينية دون تحديد مدة أو توضيح طبي ملموس لمسار التعافي، ويظهر هذا في قولها: «هو ما يقولولي ترتاحي ترتاحي، ما رتحتش ما كاش لي عطاني معلومة صحيحة مونتا نرتاح» بمعنى: «هم يقولون لي أني سأشفى سأشفى، لكني لم أشفى. لا يوجد من يعطي لي معلومة صحيحة متى سأرتاح». تعكس إجابة الحالة شعوراً بعدم الرضا عن جودة المعلومات الطبية المقدمة، حيث ترى أن الإرشادات كانت سطحية وغير كافية لتلبية احتياجاتها المعرفية والوجدانية في مرحلة العلاج.

وعند الحديث عن رغبتها في مواصلة العلاج، عبرت بشكل واضح ومباشر عن استعدادها للاستمرار، بقولها: «إيه، **bien sûr**» بمعنى: «نعم، بالطبع». مما يعكس توجهها إيجابياً نحو التماثل للشفاء والتزاماً داخلياً بمتابعة الرعاية الطبية، رغم التحديات النفسية أو الجسدية التي قد ترافق هذه المسيرة.

كما أفادت الحالة بعدم وجود جوانب محددة ترى ضرورة تحسينها في الرعاية الصحية المقدمة للنساء المصابات بالحروق، حيث قالت: «ما كاش» بمعنى: «لا يوجد». مما قد يعكس عدم وعيها بالإمكانات المتاحة لتحسين جودة الرعاية.

من جهة أخرى عبرت عن نظرة متفائلة ومعتدلة تجاه مستقبلها بعد الإصابة بالحروق، حيث قالت: «نرمال دايرا في بالي بلي تفوت» بمعنى: «عادي أعني بأنها ستمر».

كما أوضحت المريضة أن أهدافها الأساسية في المرحلة الحالية تتركز على التعافي الجسدي والاستقرار النفسي بالإضافة إلى متابعة تعليمها الأكاديمي، ويظهر هذا في قولها: «نرتاح ونقرا» بمعنى: «أتعافى

وأكمل تعليمي» مما يعكس حرصها على الحفاظ على توازن صحي ومتابعة تعليمها رغم التحديات التي تواجهها.

أما بالنسبة للنصيحة التي قدمتها الحالة للنساء المصابات بالحروق، هي أهمية الحفاظ على أمل الشفاء، حيث قالت: «يعود عندهم أمل في انهم يرتاحوا» بمعنى: «يكون عندهم أمل في الشفاء». تعكس هذه النصيحة إدراك المريضة لأهمية العامل النفسي خاصة الأمل، كوسيلة مساعدة في التكيف مع آثار الحروق.

كما عبرت الحالة عن موقف متوازن تجاه عمليات التجميل التي تقوم بها النساء المصابات بالحروق ، حيث اعتبرتها خيارًا مشروعًا في الحالات التي تكون فيها الندوب واضحة وتؤثر على المظهر بشكل كبير بالمقابل، فضلت المعالجة الطبية غير الجراحية في حال كانت الآثار سطحية أو قابلة للزوال بالعلاج الدوائي، حيث قالت: «كي تعود الآثار باينة بزاف يديرو عادي، الا شوية بدوا برك تروح» بمعنى: «عندما تكون الآثار واضحة جدًا عادي، أما إذا كانت قليلة بالأدوية فقط تذهب». ما يعكس وعي الحالة في التمييز بين درجات الإصابة وطرق التدخل المناسبة.

- عرض نتائج مقياس الصمود النفسي للحالة الرابعة (جميلة):

لقد قمنا بتطبيق مقياس الصمود النفسي لكونرودافيسون على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (20): يوضح لنا نتائج أبعاد مقياس الصمود النفسي للحالة الرابعة.

البعد	الدرجات المحسوبة	مستواها
الكفاءة الذاتية.	29	مرتفعة
التحكم في الانفعالات.	16	متوسط
المشاعر الإيجابية.	17	مرتفعة

المساندة الإجتماعية.	9	فوق المتوسط
العامل الديني.	7	مرتفع
النتيجة النهائية للمقياس	78	فوق المتوسط

- تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج المقياس أن الحالة سجلت مستوى مرتفعاً في أبعاد الكفاءة الذاتية، العامل الديني والمشاعر الإيجابية مما يدل على ثقة عالية بالنفس، اعتماد واضح على الجانب الروحي، وقدرة على تبني مواقف إيجابية في مواجهة الشدائد. كما جاء بعد المساندة الاجتماعية في مستوى فوق المتوسط، ما يشير إلى إدراك جيد لوجود دعم اجتماعي من المحيط. أما بعد التحكم في الانفعالات فقد جاء في المستوى المتوسط، وهو ما قد يعكس بعض الصعوبات المؤقتة في ضبط الانفعالات. وبناءً على مجموع هذه الأبعاد، تحصلت الحالة على (78 درجة) في المقياس الكلي، وهي درجة تقع في مستوى فوق المتوسط، مما يدل على تمتعها بصمود نفسي جيد وقدرة ملحوظة على التكيف مع الضغوط النفسية.

**4- عرض نتائج مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الرابعة (جميلة):**

لقد قمنا بتطبيق مقياس الملاءمة العلاجية على الحالة، وقد أجابت على جميع بنود المقياس دون تردد وكانت النتائج على النحو التالي:

**جدول رقم (21): يوضح لنا نتائج أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية للحالة الرابعة.**

البعد	الدرجة المحسوبة	مستواها
الالتزام بتناول الدواء.	36	مرتفع
الالتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات الطبية.	26	مرتفع
تغيير نمط الحياة.	36	مرتفع
النتيجة النهائية للمقياس	98	مرتفعة

## - تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج مقياس الملاءمة العلاجية أن الحالة سجّلت درجات مرتفعة في جميع أبعاد المقياس، حيث تحصلت على 36 درجة في بعد الالتزام بتناول الدواء، مما يدل على انضباط كبير في أخذ العلاج بانتظام ووعي بأهمية الجرعات الدوائية في مسار التعافي. كما سجّلت 26 درجة في بعد الالتزام بزيارة الطبيب وإجراء الفحوصات الطبية، وهي درجة مرتفعة تعكس مدى تعاون الحالة مع الفريق الطبي، وحرصها على المتابعة الدورية لحالتها الصحية، أما في بعد تغيير نمط الحياة، فقد سجّلت الحالة 36 درجة، وهي درجة مرتفعة تدل على تبني سلوكيات صحية جديدة، واستعداد قوي للتكيف مع متطلبات الحياة اليومية في ظل الوضع الصحي.

وبناءً على مجموع الدرجات، فقد تحصلت الحالة على 98 درجة في المقياس الكلي، وهي درجة مرتفعة تشير إلى تمتعها بملاءمة علاجية عالية. هذا يعكس وعياً صحياً متقدماً واستعداداً نفسياً وجسدياً للتعاون مع مختلف الجوانب العلاجية.

## - خلاصة الحالة:

بالاعتماد على نتائج المقابلة العيادية، ومقياسي الصمود النفسي لكونور ودافيدسون والملاءمة العلاجية، يتضح أن الحالة تتمتع بمستوى صمود نفسي فوق المتوسط، وهو ما يعكس قدرة ملحوظة على التكيف مع الأزمة التي مرت بها. يظهر ذلك بشكل خاص في بُعد المساندة الاجتماعية، الذي جاء فوق المتوسط، ما يشير إلى إدراك الحالة لوجود شبكة دعم اجتماعي توفر لها الأمان والتشجيع اللازمين لتجاوز الأزمة، سواء من الأسرة أو المحيط القريب. أما بُعد التحكم في الانفعالات، فقد جاء متوسطاً، وهو ما يدل على وجود قدرة معتدلة في إدارة المشاعر السلبية كالغضب أو الإحباط، مع احتمال وجود

بعض الصعوبات في مواقف الضغط الشديد. في المقابل، جاءت أبعاد الكفاءة الذاتية، والمشاعر الإيجابية، والعامل الديني بمستويات مرتفعة، ما يدل على أن الحالة تمتلك ثقة عالية في قدرتها على التعامل مع التحديات، وتحفظ بنظرة متفائلة نسبيًا رغم المعاناة، إضافة إلى استنادها إلى المرجعية الدينية كمصدر دعم نفسي وروحي يساعدها في تعزيز الصبر والتقبل. هذا التكوين النفسي المتوازن يساهم في تحسين ملاءمتها للعلاج ويعزز فرص التكيف الإيجابي على المدى الطويل.

أما بالنسبة للملاءمة العلاجية، فقد سجلت الحالة مستوى مرتفعًا في جميع أبعاد المقياس، بما في ذلك الالتزام بتناول الدواء، والمواظبة على زيارة الطبيب، والقيام بالفحوصات الطبية بانتظام، إضافة إلى استعدادها لتغيير نمط حياتها بما يتناسب مع متطلبات العلاج. هذا يعكس درجة عالية من الوعي الصحي والانضباط الذاتي، ويشير إلى أن الحالة لا تكتفي فقط بتلقي التعليمات الطبية، بل تسعى بجدية إلى تطبيقها، ما يُعد مؤشرًا إيجابيًا على التقبل النفسي للمرض والانخراط الفعّال في العملية العلاجية. كما يدل هذا السلوك على وجود دافعية داخلية قوية نحو الشفاء، وقدرة على تبني سلوكيات صحية مستدامة، مما يعزز فرص التحسن الجسدي والنفسي، ويُظهر نمط تكيف نشط يساهم في بناء مآلات علاجية إيجابية على المدى الطويل.

أما بالنسبة لسلوك الحالة خلال المقابلة، فتبين أنها تتسم بالهدوء والانطوائية، حيث بدت قليلة الكلام، وتعبر عن نفسها بتحفظ واضح. كما تميزت إجاباتها بالطابع المغلق والمقتضب، ما قد يشير إلى صعوبات في التعبير عن المشاعر أو رغبة في تجنب الكشف عن جوانب داخلية حساسة. لوحظ كذلك وجود خجل ظاهر وتردد في نظراتها وكلامها، وهو ما قد يُعبر عن توتر داخلي أو عن ضعف نسبي في الثقة بالنفس. هذه المؤشرات السلوكية تعكس احتمال وجود بعض القيود في التفاعل الاجتماعي، والتي قد ترتبط بتجربة الإصابة وأثارها النفسية.

2- مناقشة نتائج الحالات الثمانية (08):

الجدول رقم (22): يوضح درجات مقياس الصمود النفسي للحالات الثمانية

القراءة	درجات مقياس الصمود النفسي	الحالات
فوق المتوسط	65	الحالة الأولى
مرتفع	91	الحالة الثانية
فوق المتوسط	78	الحالة الثالثة
فوق المتوسط	78	الحالة الرابعة
فوق المتوسط	71	الحالة الخامسة
فوق المتوسط	71	الحالة السادسة
فوق المتوسط	66	الحالة السابعة
فوق المتوسط	63	الحالة الثامنة

الجدول رقم (23): يوضح درجات مقياس الملاءمة العلاجية للحالات الثمانية

القراءة	درجات مقياس الملاءمة العلاجية	الحالات
متوسطة	75	الحالة الأولى
متوسطة	89	الحالة الثانية
متوسطة	84	الحالة الثالثة
مرتفعة	98	الحالة الرابعة
مرتفعة	97	الحالة الخامسة
متوسطة	84	الحالة السادسة

مرتفعة	109	الحالة السابعة
مرتفعة	95	الحالة الثامنة

### - مناقشة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أن "مستوى الصمود النفسي يكون منخفضًا لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة".

جاءت نتائج الدراسة مخالفة لهذه الفرضية، حيث أظهرت بيانات المقابلات العيادية النصف موجهة، إلى جانب نتائج تطبيق مقياس الصمود النفسي لـ **Connor & Davidson**، أن مستوى الصمود لدى غالبية أفراد العينة كان فوق المتوسط، إذ سجلت سبع حالات من أصل ثمانية درجة مرتفعة في الصمود، مما يعكس قدرة معتبرة لدى هؤلاء النساء على مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بإصاباتهن الجسدية. هذا ما يتعارض مع التصور الكلاسيكي الذي يرى أن التعرض لصدمات جسدية خطيرة، كالحروق، يؤدي بالضرورة إلى هشاشة نفسية وضعف في آليات المقاومة خاصة في فئات ذات حساسية عالية مثل النساء. هذا التناقض بين الفرضية والنتائج يمكن تفسيره من خلال الإطار النظري للصمود النفسي **Résilience psychologique** كما طوره **Emmy werner** و **Boris cyrulnik** يشير إلى أن الإنسان يمتلك قدرة على التكيف مع الشدائد من خلال آليات نفسية داخلية وعوامل دعم خارجية.

فهو لا يعتبر سمة ثابتة بل عملية ديناميكية تتأثر بجملة من العوامل الذاتية والخارجية. وقد عرّفه **Connor & Davidson (2003)** باعتباره القدرة على التكيف الإيجابي في مواجهة الشدائد، مدعومًا بموارد نفسية واجتماعية متعددة. وتدعم هذه النتائج ما ذهب إليه دراسات سابقة، مثل دراسة فهمي (2017) التي بينت أن الدعم الأسري والاجتماعي يعزز الصمود لدى الأفراد المصابين بإعاقات جسدية، وكذلك دراسة عبد العال (2019) التي أظهرت أن النساء المدعومات نفسيًا واجتماعيًا يُظهرن قدرة أكبر

على مقاومة الآثار النفسية للصدمة الجسدية. كما أشار (Rousseau 2014) إلى أن الصمود لدى النساء المصابات بالحروق لا يرتبط فقط بشدة الإصابة، بل أيضًا بالإيمان، والأمل، والانتماء الاجتماعي، وهي كلها عوامل لعبت دورًا إيجابيًا في نتائج هذه الدراسة. وعليه، فإن عدم تحقق الفرضية الأولى لا يُضعف من القيمة العلمية للدراسة، بل يسלט الضوء على أهمية إدراك الصمود النفسي كظاهرة متعددة الأبعاد تُبنى تدريجيًا ضمن سياق اجتماعي ونفسي خاص، لا يمكن اختزاله في طبيعة الإصابة فقط.

#### -مناقشة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أن "مستوى الملاءمة العلاجية يكون منخفضًا لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة".

أسفرت نتائج الدراسة عن عدم تحقق هذه الفرضية بشكل كامل، إذ أظهرت تباينًا واضحًا في مستويات الملاءمة العلاجية بين أفراد العينة. فقد سجّلت أربع حالات من أصل ثمانية حالات مستوى متوسطًا، بينما أظهرت الأربع حالات الأخرى مستويات مرتفعة، مما يشير إلى تحقق الفرضية جزئيًا فقط. وتُعزى هذه الفروقات إلى عوامل نفسية واجتماعية متعددة، إذ تُعد تعكس الملاءمة العلاجية قدرة الفرد على التكيف مع البرامج العلاجية وفقًا لحالته النفسية والجسدية. وقد أشار Bruchon-Schweitzer (2002) إلى أن الملاءمة العلاجية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالخصائص الفردية والموارد الداخلية، إلى جانب الظروف البيئية كالدعم الاجتماعي وجودة العلاقة مع الطاقم العلاجي. في هذا السياق، يُلاحظ أن توفر الدعم الأسري والتحفيز الداخلي يلعبان دورًا أساسيًا في تعزيز التفاعل الإيجابي مع العلاج. كما أن القدرة على التكيف النفسي تُعد من العوامل الحاسمة، إذ تسمح للفرد بتجاوز الصدمة والانخراط في العلاج بشكل فعال. وقد دعمت هذه المعطيات دراسات سابقة، حيث بينت دراسة الصباغ (2018) أن النساء المصابات بإصابات جسدية خطيرة، مثل الحروق، يعانين من صعوبات في التكيف العلاجي عند غياب

الدعم الأسري أو ضعف الدافعية الذاتية. كما أوضحت دراسة عبد المجيد ومكاوي (2020) أن التفاوت في مستويات الملاءمة العلاجية يرتبط بعوامل كالمستوى التعليمي، شدة الإصابة، والدعم النفسي، مشيرة إلى أن النساء اللواتي يتلقين دعماً نفسياً واجتماعياً يكنّ أكثر قدرة على التفاعل والتكيف. في السياق ذاته، أظهرت دراسة يونس (2019) أن النساء ذوات المستوى التعليمي المرتفع يمتلكن قدرة أكبر على فهم متطلبات العلاج والتفاعل معه، مما يعزز من فعاليته. تتماشى هذه النتائج مع ما تم التوصل إليه في الدراسة الحالية، وتؤكد أن الملاءمة العلاجية ليست سلوكاً ثابتاً، بل نتاج تفاعل معقد بين العوامل النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تختلف من فرد لآخر.

#### - مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أن "الصمود النفسي يؤثر إيجابياً على مستوى الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة". أظهرت النتائج تحقق الفرضية الثالثة بشكل جزئي. فقد سجلت الحالات الرابعة، الخامسة، السابعة، والثامنة مستويات مرتفعة من الصمود النفسي تزامنت مع مستويات مرتفعة إلى مرتفعة جداً من الملاءمة العلاجية، مما يشير إلى وجود علاقة إيجابية بين المتغيرين لدى نصف العينة. هذا التلازم يعكس الدور الفعال للصمود النفسي في دعم عملية التكيف مع العلاج، إذ يساهم في تعزيز الانخراط في البرامج العلاجية والتجاوب مع الطاقم الطبي، حتى في ظل الألم الجسدي والتوترات النفسية الناتجة عن الحروق. ويُظهر الصمود النفسي كفاءة الفرد في التعامل مع الأزمات من خلال خصائص مثل الأمل، المثابرة، تقبّل الواقع، والثقة بالذات، وهي عناصر تمكّنه من مقاومة الإحباط والتمسك بمسار العلاج. وبالمقابل، فإن الملاءمة العلاجية تتجلى في قدرة المريضة على التعاون مع الفريق العلاجي، فهم متطلبات العلاج، والالتزام بخطته، وكلها مظاهر تتأثر مباشرة بدرجة الصمود المتوفرة لديها. وقد أكدت دراسات سابقة هذا الارتباط، حيث بينت دراسة زكي (2016) أن الصمود يُعد مؤشراً على الالتزام العلاجي، خاصة لدى المصابين بإصابات مزمنة، فيما أشارت دراسة

الحارثي وعبد الله (2020) إلى أن الصمود يعزز استخدام استراتيجيات تكيف فعالة تسهّل التعامل مع الألم والمعاناة. ومع ذلك، فإن بعض الحالات في الدراسة الحالية - مثل الأولى، الثانية، الثالثة، والسادسة - رغم تسجيلها صمودًا نفسيًا فوق المتوسط، إلا أنها لم تظهر سوى مستوى متوسط من الملاءمة العلاجية، وهو ما يبرز أن الصمود وحده لا يكفي لتحقيق تفاعل علاجي فعّال، ما لم يُدعم بعوامل مساندة أخرى، وعلى رأسها الدعم الأسري والاجتماعي. وفي هذا السياق، أوضحت دراسة حسن وعلي (2018) أن الصمود النفسي لا يُترجم بالضرورة إلى نتائج علاجية إيجابية دون توفر بيئة داعمة، كما أشارت دراسة نوال وفارس (2019) إلى أهمية الإحساس بالقبول والدعم، لا سيما لدى النساء المتأثرات بتشوّهات جسدية، في تعزيز التفاعل العلاجي. وعليه، فإن نتائج هذه الدراسة تدعم جزئيًا الفرضية الثالثة، لكنها تبرز في الوقت نفسه أن تأثير الصمود النفسي لا يكون فعالاً إلا في ظل تفاعل منظومي يشمل البعد النفسي والاجتماعي، مما يستدعي توفير بيئة علاجية شاملة ومتكاملة لتعزيز فرص التعافي والتكيف الإيجابي.

## 3- استنتاج عام:

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة غالبًا ما تظهر مستوى مرتفعًا من الصمود النفسي، وهو ما يعكس قدرتها على مقاومة الضغوط النفسية والتكيف مع واقع الإصابة رغم ما يرافق الحروق من ألم جسدي وتشوهات قد تؤثر على الصورة الذاتية. وقد أظهرت النتائج أن هذا الصمود لا يرتبط بالضرورة بانخفاض الملاءمة العلاجية، بل قد يسهم بشكل واضح في تحسينها، خاصة لدى الحالات التي أظهرت انسجامًا بين ارتفاع الصمود وفعالية التفاعل مع العلاج. ومن جهة أخرى، بيّنت النتائج أن الصمود النفسي، رغم أهميته، ليس العامل الوحيد المؤثر في الملاءمة العلاجية، إذ برزت عوامل أخرى مثل الدعم الأسري، جودة العلاقة مع الفريق العلاجي، وشعور المريضة بالتقبل الاجتماعي، كمحددات تكميلية ومؤثرة على المسار العلاجي والتكيف النفسي.

كما أظهرت الدراسة أن الفرضيات الثلاث لم تتحقق جميعها بشكل كلي، مما يعكس تعقيد الظاهرة النفسية المرتبطة بالحروق، ويؤكد ضرورة تبني مقاربة متعددة الأبعاد في فهم تجربة المريضة المصابة. وعليه، يمكن القول إن التكفل بالمرأة المصابة بالحروق لا ينبغي أن يكون طبيًا فقط، بل يجب أن يشمل بعدًا نفسيًا واجتماعيًا داعمًا، يعمل على تعزيز الصمود وتحسين التفاعل العلاجي، بما يضمن ليس فقط التعافي الجسدي، وإنما أيضًا تحقيق توازن نفسي وإستقرار اجتماعي على المدى الطويل.

إذن يمكن إستخلاص أن نتائج الدراسة لم تتطابق كلياً مع الفرضيات المطروحة، حيث لم يتحقق إنخفاض الصمود كما افترض، بل كان مرتفع نسبياً في معظم الحالات، مما يدل على توفر موارد نفسية واجتماعية دامة. كما لم تكن الملاءمة العلاجية منخفضة لدى جميع الحالات، بل وجد تباين في مستوياتها، ما يبرز تأثير عوامل متعددة إلى جانب الصمود. في المقابل، تحققت الفرضية الثالثة جزئياً، إذ أظهرت بعض الحالات علاقة إيجابية بين الصمود والملاءمة، بينما بينت حالات أخرى أن الصمود

وحده لا يكفي لتحسين التفاعل العلاجي ما لم يصاحبه دعم إجتماعي وتفاعل إيجابي مع المحيط العلاجي.

## خاتمة:

هدفت هذه الدراسة الموسومة بـ "الصمود النفسي وتأثيره على الملاءمة العلاجية لدى المرأة المصابة بحروق من الدرجة الثانية والثالثة" إلى الكشف عن أثر الصمود النفسي ومدى قدرة المرأة المصابة بحروق على التكيف العلاجي، وذلك من خلال إختبار ثلاث فرضيات رئيسية تتعلق بمتغيري الصمود والملائمة وتبحث في تأثير الصمود على هذه الملاءمة.

تكونت عينة الدراسة من النساء المصابات بحروق من الدرجة الثانية والثالثة وفق معايير محددة. وقد تم استخدام أدوات علمية معتمدة تمثلت في مقياس الصمود النفسي لكونر ودافيدسون (2003) ومقياس الملاءمة العلاجية المكيف في الدراسة الحالية بالإضافة إلى المقابلة العيادية النصف موجهة لجمع معطيات نوعية تدعم النتائج الكمية. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الصمود النفسي كان مرتفعاً نسبياً لدى مرضى أفراد العينة، وهو ما لم يكن متوقعاً في ضوء طبيعة الإصابات والآثار النفسية والإجتماعية المصاحبة لها.

كما بينت النتائج أن الصمود النفسي ليس العامل الوحيد المحدد للملائمة العلاجية بل تتدخل عوامل أخرى مهمة مثل الدعم الأسري والعلاقة مع الطاقم العلاجي والظروف النفسية والإجتماعية التي تؤثر بدورها على مسار التكيف العلاجي.

وعليه لم تتحقق جميع فرضيات الدراسة بشكل كلي بل ظهر تفاوت واضح بين الحالات في العلاقة بين الصمود والملائمة العلاجية، مما يؤكد على أهمية تبني مقاربة شمولية تأخذ بعين الإعتبار تعدد الأبعاد المأثرة في تجربة المرأة المصابة بحروق، سواء كانت نفسية أو إجتماعية أو علاجية.

## إقتراحات:

- دراسة أثر متغيرات من شدة الإصابة والدعم الأسري لدى النساء المصابات بحروق.
- مقارنة الصمود والملاءمة العلاجية بين الجنسين.
- توسيع العينة وتكرار الدراسة بأدوات أخرى.
- تطوير أدوات تقييم نفسية تراعي الخصوصيات الثقافية والإجتماعية للمجتمع المحلي.
- متابعة تطور الصمود والملاءمة على المدى الطويل لدى العينة.
- دراسة العلاقة بين الصورة الجسدية والتفاعل العلاجي.
- تصميم برامج تدخل نفسي لتعزيز الصمود وإختبار فعاليتها.

# قائمة المراجع

1. إبراهيم، إ. خ. (2008). المنتج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية (ط. 1). دار الشروق.
2. إبراهيم، ك. م. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية (الجزء الأول). دار النشر للجامعات.
3. إبراهيم، ه. إ.، & شبيب، م. س. (2018). تقنين مقياس الصمود النفسي لحكام الدوري العراقي الممتاز بكرة القدم. مجلة التربية الرياضية، جامعة بغداد، 30(4)، 164-189  
[https://doi.org/10.37359/JOPE.V30\(4\)2018.458](https://doi.org/10.37359/JOPE.V30(4)2018.458)
4. أبو حلاوة، م. س.، والحديبي، م. ع. (2022). علم النفس الإيجابي (ط. 1). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
5. أبو مشايخ، ع.، والطيراوي، ج. (2018). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالصمود النفسي لدى معيلي المعاقين عقلياً في قطاع غزة [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
6. بدح، ... (2009). الثقافة الصحية (ط. 1). بدون ناشر.
7. بلهوشات، ر. (2008). طبيعة الصورة الجسدية والسير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر، الجزائر.
8. بن عزوزي، إ. (2019). الصمود النفسي لدى المعاق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية. (المجلد والعدد غير متوفران).

9. تايلور، ش. (2008). علم النفس الصحي (د. درويش، س. بريك، ف. طعمية داود، تر.). دار الحامد للنشر والتوزيع.
10. الجميلة. (2014، 28 أبريل). تعرفي إلى طبقات البشرة ووظائفها. الجميلة. <https://www.aljamila.com/node/2369>
11. الحارثي، أ.، & عبد الله، ف. (2020). استراتيجيات التكيف والصمود النفسي وعلاقتها بالاستجابة العلاجية لدى مرضى الإصابات الجسدية المزمنة. مجلة الأبحاث، 1(1)، 1-20.
12. حامد، م. س. (2010). فعالية برنامج إرشادي لتنمية المرونة الإيجابية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الشباب [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة عين شمس، مصر.
13. حانسن، ج. (2003). مساعدة الأطفال على الشفاء من أثر الصدمة والخسارة بعد الإصابة بحروق. دار الحكمة.
14. حدار، ع. (2006). الاكتئاب وعلاقته بالتحكم المدرك واختلال التفكير السنني [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة سعد دحلب، البلدية، الجزائر.
15. حرابي، ف. ز. (2018). علاقة إدراك المرض وفعالية الذات ومركز الضبط الصحي بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2، الجزائر.

16. حسن، أ.، & علي، س. (2018). الصمود النفسي والدعم الاجتماعي كمنبئين بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الإصابات المزمنة. مجلة البحوث النفسية، 15(2)، 45-68.
17. حميداني، م. (2023). إدراك المرض وأثره على الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلى [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة باتنة 1، الجزائر.
18. الخليوي، أ. ب. ف. (د.ت.). التكيف النفسي وعلاقته بالسعادة النفسية لدى طلبة الجامعة. مجلة جامعة بيشة للعلوم الإنسانية والتربوية، 10. (العدد غير متوفر).
19. الداغستاني، س. ع. م.، & المفتي، د. ع. ف. (2010). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. مجلة البحوث التربوية والنفسية، 26(27)، 78-142.
20. راضي، ز. (2008). الصلابة النفسية لدى أمهات الشهداء (انتفاضة الأقصى) وعلاقتها ببعض المتغيرات [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
21. رزقي، ر.، وامزيان، و. (2012). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة 8 ماي 1945، قالمه، الجزائر.
22. الرغيب. (1996). الجراحة الصغرى. منشورات جامعة دمشق.

23. زامل، ك. ي. ص. (2021). الصمود النفسي وعلاقته بالضغط النفسية لدى الطالبات المتعربات في الأحساء (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك فيصل، السعودية.
24. زكي، م. (2016). التنبؤ بالالتزام العلاجي من خلال الصمود النفسي والدعم الاجتماعي. المجلة العربية للصحة النفسية، 11(1)، 33-55.
25. زناد، د. (2011). سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية والمعرفية والسلوكية لدى مرضى الغسيل الكلوي. مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، 18.
26. زناد، د. (2013). علم النفس الصحي (ط. 1). دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
27. زينب، ر. (2008). الصلابة النفسية لدى أمهات الشهداء (انتفاضة الأقصى) وعلاقتها ببعض المتغيرات [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية، غزة.
28. سليمون، ر. (2015). الصمود النفسي ومعنى الحياة والتدفق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي: دراسة تحليلية لصمود الجيش العربي السوري. مجلة البحث والدراسات العلمية، جامعة تشرين.
29. الشافعي، أ. ع. ش. (د. ت.). الحروق (ملف PDF) بدون ناشر.
30. شاهين، هـ. (2013). الأمل والتفاؤل مدخل لتنمية الصمود النفسي لدى عينة من المراهقين ضعاف السمع. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 14(4).

31. شقورة، ي. ع. (2012). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
32. الشويخ، هـ. أ. (2012). علم النفس الصحي (ط 1). مكتبة الأنجلو المصرية.
33. الصباغ، س. ش. (2018). الضغوط النفسية والتفاعل العلاجي لدى النساء المصابات بإصابات جسدية خطيرة. مجلة دراسات نفسية واجتماعية، 6(1)، 77-98.
34. طبي، س. (2004). أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الزقازيق، مصر.
35. الطحان، م. خ. (1992). مبادئ الصحة النفسية (ط. 3). دار الفلم للنشر والتوزيع.
36. طرح، ع. (2013). نموذج المعتقدات الصحية. مجلة علم النفس الاجتماعي، 45(3)، 234-250.
37. عبد الرقيب، أ. (1987). الشخصية النرجسية: دراسة في ضوء التحليل النفسي (ط. 1). دار المعارف.
38. عبد الصمد، ص. (2020، 31 مارس). الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد الصماء.

39. عبد العال، م. (2019). دور الدعم الاجتماعي في تعزيز الصمود النفسي لدى النساء المصابات بأمراض مزمنة. *المجلة المصرية لصحة النفسية*، 14(3)، 123-145.
40. عبد الفتاح، م. د. (1992). *سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات*. دار النهضة العربية.
41. عبد المجيد، ر.، & مكاي، ل. (2020). *الملاءمة العلاجية لدى النساء المصابات بالحروق وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية*. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 8(4)، 67-90.
42. عودة، ص. (2015). *الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي [أطروحة دكتوراه غير منشورة]*. جامعة باتنة، الجزائر.
43. عطوف، م. ي. (1999). *علم النفس العيادي (ط 2)*. دار المالين.
44. عطية، م. أ. (2014). *الصمود الأكاديمي وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طلاب التعليم المفتوح [رسالة ماجستير غير منشورة]*. جامعة القاهرة، مصر.
45. عليوة، س.، & برغوتي، ت. (2022، 30 ديسمبر). *فعالية الذات والالتزام الصحي لدى مرضى السكري*. *مجلة الروائد*، 6(2). <https://asjp.cerist.dz/en/article/209045>.
46. عمر، م. م. (د. ت.). *المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي (ط. 2)*. دار المعرفة.

47. الغبور، س. م. (2019). فعالية استراتيجيات خفض الحساسية للنبذ ومستوى الصداقة لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم [رسالة ماجستير غير منشورة]. معهد البحوث والدراسات العربية، جامعة القاهرة، مصر.
48. فهمي، ك. (2017). الصدمات النفسية والصمود: دراسة ميدانية على عينة من النساء في حالات الأزمات. مجلة علم النفس الإكلينيكي، 10(1)، 12-36.
49. فهمي، م. (1995). الصحة النفسية: دراسات في سويكولوجيا التكيف (ط. 5). مكتبة الخانجي.
50. القرى غولي، ح. أ. س.، & العكيلي، ج. و. ب. (2019). الأمن الفكري وعلاقته بالصمود النفسي لدى طلاب المرحلة الإعدادية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، 16(61)، 291-333.
51. لكحل، د. (2011). تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
52. مباركي، م. (2020). الصدمة النفسية عند المرأة المتعرضة لحروق من الدرجة الثانية [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، الجزائر.
53. مجلة التمكين الاجتماعي، 2 (1). <https://asjp.cerist.dz/en/article/12970>.
54. محمد، ا. (د. ت.). العقد النفسية وموقف الإسلام منها. شركة الشهاب.

55. مخيمر، ع. (2000). كراسة تعليمات ودليل مقياس الصلابة النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية.
56. مرسي، ك. إ. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية (الجزء الأول). دار النشر للجامعات.
57. مسعودي، د. (2000). مبادئ الإسعافات الأولية. دار الهدى للنشر والطباعة.
58. المشيخي، غ. م. (2014). أساسيات علم النفس (ط. 2). دار المسيرة للنشر والتوزيع.
59. موفق، د. (2014). أثر المعتقدات الصحية على الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة باتنة، الجزائر.
60. نوال، ز.، & فارس، ه. (2019). الصورة الجسدية والتفاعل العلاجي لدى النساء المصابات بالحروق. مجلة الصحة النفسية والاجتماعية، 5(1)، 89-110.
61. يخلف، ع. (2001). علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة (ط. 1). دار الثقافة للنشر والتوزيع.
62. يونس، ن. (2019). دور المستوى التعليمي في تعزيز التفاعل مع البرامج العلاجية لدى النساء المصابات بالحروق. مجلة دراسات في علم النفس، 12(4)، 45-66.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. 30- Shean, M. (2015). Current theories relating to resilience and young people: A literature review. Victorian Health Promotion Foundation.

2. Alex, et al. (2022). Resilience and posttraumatic growth after burns: A review of barriers, enablers and interventions to improve psychological recovery. *European Burn Journal*, xx(x), xxx–xxx.
3. Allen, R. S., Haley, P. P., Harris, G. M., Fowler, S. N., & Pruthi, R. (2011). Resilience: Definitions, ambiguities, and application. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto (Eds.), *Resilience in aging: Concept, research, and outcomes* (pp. 123–142). Springer.
4. Atalaia, S. O., Pinheiroa, M. R. A. P. S. M., Pestanaa, C. P. A., Oliveiraa, S. A. O., & Costaa, J. J. (2015). The resilience scale: A study in a Portuguese adult sample. *The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences*, xx, 67–80.
5. Atkinson, P. A., Martin, C. R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(2), 137–145.
6. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
7. Barlow, J. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle dans le contexte de la réadaptation. In J. H. Stone & M. Blouin (Eds.), *Rehabilitation*. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/35/>
8. Bauer, C., & Hessler, S. (2001). *Observance thérapeutique chez les personnes âgées : Synthèse documentaire*. Paris.
9. Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10–24. <https://doi.org/10.1097/00005650-19750>
10. Belaiche, S., Décorde, B., Toupance, O., Vigneau, C., & Dantal, J. (2017). Factors relevant to medication non-adherence in kidney transplant: A systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(3), 582–593. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0452-2>
11. Benrahal, F. (2012). *Bride du coude : Séquelles de brûlures : À propos de 129 patients (Thèse de doctorat)*. Université d'Oran.
12. Blakeney, P. E. (1988). *Psychosocial care of persons with burn injuries (Doctoral dissertation)*. University of Texas.
13. Blanchard, S. (2008). Sentiments d'efficacité personnelle et orientation scolaire et professionnelle. *Revue.org*, 37(01), 5–27. <http://www.revues.org>

14. Bond, S., & Perreault, I. (2021). Les brûlures : Comprendre pour mieux accompagner. Les Productions Odon.
15. Bond, S., & Perreault, I. (2021). Les brûlures : comprendre pour mieux accompagner. Les Productions Odon.
16. Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress et coping. *Recherches en Infirmiers*, (67), 4–39.
17. Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
18. Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
19. Bureau, M. (2001). *L'observance thérapeutique : Ses facteurs et ses enjeux* (Thèse de doctorat). Université Henri Poincaré, Nancy 1.
20. Campbell-Sills, L., Cohen, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599.
21. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
22. Cyrulnik, B. (2001). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
23. Cyrulnik, B. (2001). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
24. Dahan, R., Dahan, A., & Cadranel, J. (1985). Compliance: Measurement of adherence and therapeutic follow-up. *Thérapie*, 40.
25. De Sousa, A., Sonavane, S., & Kurvey, A. (2013). Psychological issues in adult burn patients. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 1–5.
26. Denhaerynck, K., Dobbels, F., Cleemput, I., Desmyttere, A., Schafer-Keller, P., Schaub, S., & De Geest, S. (2005). Prevalence and consequences of nonadherence to immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *American Journal of Transplantation*, 5(4), 933–940. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2004.00763.x>
27. FasterCapital. (2024, June 25). Burn treatment research: Psychosocial challenges in burn rehabilitation. FasterCapital. Retrieved June 2025, from <https://fastercapital.com/content/Burn-Treatment-Research--Psychosocial-Challenges-in-Burn-Rehabilitation.html>

28. Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2001). Therapeutic compliance methodologies in HIV-infection treatment: A comparative study. *Swiss Journal of Psychology*, 60(3).
29. Gallois, P., Vallée, J.-P., & Le Noc, Y. (2006). L'observance des prescriptions médicales : Quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? *Médecine*, 2(9), xx–xx.
30. Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.). (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press.
31. Johnsen, B. (2008). Teacher–student relationships which promote resilience at school: A micro-level analysis of guidance and counselling. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 52(5), 447–466.
32. Klineberg, E. (2013). Resilience. In K. Steinbeck & M. Kohn (Eds.), *A clinical handbook in adolescent medicine* (pp. 147–156). World Scientific Publishing.
33. La gache, D. (1949). *La méthode clinique*. Presses Universitaires de France.
34. Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication adherence measures: An overview. *BioMed Research International*, 2015, Article ID 217047.
35. Lauss, C. S. E. (2008). Sociocultural factors, resilience, and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(5), 346–355.
36. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
37. Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2009). Academic resilience and academic buoyancy: Multidimensional and hierarchical conceptual framing of causes, correlates and cognate constructs. *Oxford Review of Education*, 35(3), 353–370.
38. Masten, A. S., & Utuli, J. J. (2009). Resilience. In S. J. Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology* (pp. 795–800). Wiley-Blackwell.
39. Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Constitution de l'OMS*. WHO Press : Éditions de l'OMS.
40. Randrenalizaha, R. S. (2023). *Prise en charge des brûlures cutanées à l'officine* (Thèse de doctorat). Aix-Marseille Université. <https://hal.science/hal-042XXXXXv1>

41. Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321.
42. Rousseau, M. (2014). *La résilience chez les femmes brûlées : Croyance, soutien et adaptation*. Presses Universitaires de France.
43. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331.
44. Sheen, J., & Giet, D. (2010). Non-observance thérapeutique : Causes, conséquences, solutions. *Revue Médicale de Liège*, 65(5–6).
45. Vanderbilt, E. A., & Shaw, P. S. (2008). Conceptualization and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(1), 1–13.
46. Walid, J., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., Jang, K. L., & Stapleton, J. (2006). Literature review of concepts: Final report. DRDS.
47. Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81–85. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772327>
48. World Health Organization. (2023). Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. <https://www.who.int/...>

الملاحق

## الملحق رقم (01):

دليل المقابلة النصف موجهة

المحور الأول: البيانات الشخصية.

-السن — الجنس.

-تاريخ ومكان الميلاد.

-المستوى التعليمي — المستوى الإقتصادي.

-الحالة الاجتماعية — المهنة.

-مكان الإقامة.

-عدد الإخوة — الرتبة — عدد الأولاد.

- سن الإصابة بالحروق.

-مستوى الإصابة. — درجة الإصابة.

المحور الثاني: الإصابة بالحروق.

• متى وكيف تعرضت للحروق؟

• ما هو نوع ودرجة الحروق التي أصبت بها؟

• كيف كانت ردة فعلك الأولية عند تعرضك للحروق؟

• كيف أثر الحادث عليك من الناحية الجسمية والاجتماعية؟

• كإمرأة ماذا أصبح يعني لك جسدك بهذه الحروق؟

• هل تلقيت دعماً من المحيطين بك بعد الإصابة؟ كيف كان ذلك؟

المحور الثالث: الصمود النفسي.

• كيف تعاملت مع صدمة الإصابة في البداية؟

• ما هي أكبر التحديات النفسية التي واجهتها بعد الإصابة؟

• كيف أثرت الإصابة على حالتك النفسية وثقتك بنفسك؟

• ما هي الأمور التي ساعدتك على تجاوز الألم النفسي والتكيف مع الوضع؟ (التدين، الدعم

الاجتماعي، الرياضة، الكتابة، التأمل...).

• هل شعرت بتغير في نظرتك لنفسك بعد الإصابة بالحروق؟

• كيف تعاملت مع ردود فعل الآخرين ونظرتهم اتجاه الحروق والتغيرات الجسمية؟

• هل مررت بفترات من الإحباط أو الاكتئاب؟ وكيف تعاملت معها؟

• هل هناك لحظات شعرت فيها بالوحدة وقلة الدعم؟ وكيف تعاملت مع ذلك؟

• ما هي الأولويات التي أصبحت أكثر أهمية بالنسبة لك بعد تجربة الإصابة بالحروق؟

**المحور الرابع: الملاءمة العلاجية.**

• كيف كانت تجربتك مع العلاج الطبي؟

• ما هي الصعوبات المادية التي واجهتها خلال فترة العلاج؟ (ألم، تكلفة...).

• كيف كان علاقتك مع الأطباء والفريق الطبي؟

• هل كنت ملتزمة بالعلاج الموصوف لك؟

• وإن لم يكن ما هي الأسباب؟

• هل قمت بتغيير نمط حياتك أو عاداتك اليومية بسبب العلاج؟ كيف؟

• ما هي العوامل التي ساعدتك على التكيف مع العلاج والاستمرار فيه؟

• هل حصلت على معلومات كافية من الأطباء حول حالتك الصحية وكيفية التعامل معها؟

• هل لديك رغبة في إكمال العلاج؟

• برأيك، ما الذي يمكن تحسينه في الرعاية الطبية للنساء المصابات بالحروق؟

**المحور الخامس: النظرة المستقبلية.**

• كيف تنظرين إلى مستقبلك بعد الإصابة بالحروق؟

• ما الأهداف التي تسعى لتحقيقها حاليا رغم التحديات؟

• ما النصيحة التي تقدمينها للنساء اللواتي يمرون بنفس التجربة؟

• ما رأيك في النساء اللواتي يقمن بعمليات تجميل؟

## الملحق رقم (02):

### مقياس الصمود النفسي لكونرو دافيدسون

التعليمة: إقرأ كل عبارة مما يلي وأجب عنها بكل عناية، إلى أي مدى تعبر عن مشاعرك وأنها صحيحة بالنسبك لك، علماً أنها لا توجد عبارات صحية وأخرى خاطئة.

المطلوب منك أن تجيب على جميع العبارات (X) في إحدى الخانات المقابلة لها علماً بأن إجابتك ستتمتع بالسرية التامة.

العبارات	غير صحيح تماماً	غير صحيح	حيادي	صحيح	صحيح تماماً
1-أستطيع التكيف مع التغيرات.					
2-لدي علاقات وثيقة و أطمئن لها.					
3-أشعر بالفخر لإنجازاتي.					
4-أعمل من أجل تحقيق أهدافي.					
5-أحس بأنني مسيطرة على مسار حياتي.					
6-أشعر بأن أهدافي واضحة المعالم.					
7-أدرك جانب المزحة في التعامل.					
8-تحدث الأمور لأسباب غيبية.					
9-أعمل وفق حدسي نحو الأشياء.					
10-أستطيع التعامل مع المشاعر الغير سارة.					
11-أحياناً القضاء و القدر يساعدنا كثيراً.					
12-أستطيع التعامل مع كل ما يعترضني في طريق الحياة.					
13-النجاحات السابقة تمنحني الثقة لمواجهة تحديات جديدة.					
14-التعامل مع الضغوط يعزز قوتي.					
15-أحب مواجهة التحديات.					
16-أأخذ قرارات صعبة و غير مقبولة					

					إجتماعياً.
					17- أعتقد في نفسي بأنني شخص قوي.
					18- عندما تبدو الأمور ميؤوساً منها، أفقد الأمل.
					19- أبذل قصارى جهدي، مهما كانت الظروف.
					20- أستطيع تحقيق أهدافي.
					21- لا أستسلم بسهولة للفشل.
					22- أميل إلى إستعادة توازني بعد مشقة.
					23- أعرف أين أتجه للحصول على المساعدة.
					24- تحت الضغط أركز و أفكر بوضوح.
					25- أفضل أن آخذ زمام المبادرة لحل المشاكل.

### الملحق رقم (03):

#### مقياس تقدير سلوك الملاءمة العلاجية (قبل التعديل)

مقياس قبل التعديل من مذكرة دكتورة بعنوان "علاقة إدراك المرض وفعالية الذات ومركز الضبط الصحي

بالملائمة العلاجية لدى مرضى الربو" حرابي فاطمة الزهراء (2018).

•التعليمة: سوف أعطيك مجموعة من العبارات تشير إلى علاجك، بحيث تختار الخانة التي تراها تعبر

عن إتجاهك وضع علامة (X) في الخانة المناسبة لك. ونذكرك أنه لا توجد إختيارات صحيحة وأخرى

خاطئة.

الرقم	العبارات	أبدا	أحيانا	كثيرا	دائما
1	أشتري أدويتي قبل أن تنفذ الكمية.				
2	غالبا ما أحمل أدويتي معي أينما ذهبت.				
3	أقوم بالفحوصات الطبية كلما طلب مني الطبيب ذلك.				
4	أعود للطبيب في حال شعرت بأي عرض غير عادي.				
5	يبدو لي أن لدي الكثير من الأدوية.				
6	يحصل أن لا أتناول دوائي لإعتقادي أنه يضرنني أكثر مما ينفعني.				
7	أقوم بتهوية غرفتي وتنظيفها يوميا.				
8	أنا أدخن.				
9	أتذكر موعد زيارة الطبيب فقط عندما تسوء حالتي.				
10	أخاف الآثار الجانبية للدواء.				

				أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب.	11
				أحيانا تنفذ أدويتي دون أن انتبه.	12
				أستعمل الملابس والأغطية الصوفية رغم أنها تسبب الحساسية.	13
				أتجنب كل ما يثير لي الحساسية أو ضيق التنفس.	14
				ألتزم بمواعيد زيارتي للطبيب.	15
				أتفادى التعرض للهواء البارد.	16
				أتناول دوائي في الوقت المحدد.	17
				أتوقف عن تناول الدواء عندما أشعر بتحسن.	18
				أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي.	19
				أستعمل البخاخة بعشوائية.	20
				لا أتردد في استفسار الطبيب عن كل شيء يتعلق بحالتي الصحية.	21
				أنسى تناول دوائي.	22
				أستشير طبيبي قبل أخذ دواء آخر.	23
				أمارس الرياضة بصفة منتظمة.	24
				توجيهات الطبيب متعبة ولا أتبعها بدقة.	25
				أحترم مواعيد زيارتي للطبيب.	26
				أستعمل البخاخة بطريقة صحيحة.	27

				28	أتفادى الغبار والأماكن الملوثة او المغلقة.
				29	أشعر بالحرج عندما آخذ الدواء أمام الآخرين.
				30	أبتعد عن الضغوط والتوتر حفاظا على صحتي.

## الملحق رقم (04):

### مقياس تقدير الملاءمة العلاجية (بعد التعديل)

التعليمة: أقدم لك مجموعة من العبارات تشير إلى علاجك، بحيث تختار الخانة التي تراها تعبر عن وجهة نظرك وضع علامة (X) في الخانة المناسبة لك، ونذكرك أنه توجد إختيارات صحيحة وأخرى خاطئة.

الرقم	العبارات	أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
01	أشتري أدويتي قبل أن تنفذ الكمية.				
02	غالباً ما أحمل أدويتي معي أينما ذهبت.				
03	أقوم بالفحوصات الطبية كلما طلب مني ذلك.				
04	أبلغ الطبيب عن أي تغيرات غير طبيعية في الجرح أو المنطقة المحيطة به.				
05	يبدو لي أن لدي الكثير من الأدوية.				
06	في بعض الأحيان لا أتناول الأدوية لإعتقادي أنها تضرني أكثر مما تنفعني.				
07	أحرص على تنظيف المنطقة المصابة بالحروق يومياً.				
08	أحرص على الحفاظ على نظافة أدوات العناية بالحروق.				
09	أتذكر موعد زيارة الطبيب فقط عندما تسوء حالتي.				
10	أخاف الآثار الجانبية للدواء.				
11	أتبع تعليمات الطبيب في تغيير الضمادات و إستخدام الأدوية.				
12	أحياناً تنفذ أدويتي دون أن أنتبه.				
13	أستخدم ملابس واقية لتجنب أي ضرر على الحروق.				
14	أتجنب ملامسة المنطقة المصابة لأي سطح غير معقم.				

				15	ألتزم بمواعيد زيارتي للطبيب.
				16	أتجنب التعرض لأشعة الشمس أو الحرارة المباشرة.
				17	أستخدم مستحضرات الترطيب الموصوفة بإستمرار.
				18	أتوقف عن إستخدام الأدوية عندما أشعر بتحسن.
				19	عندما أحافظ على نظام غذائي يساعدني ذلك في التعافي.
				20	ألتزم بتغيير الضمادات وفق الجدول الذي حدده الطبيب.
				21	أستفسر الطبيب عن الأشياء التي تجعل إصابتي تشفى وتلتئم بسرعة.
				22	أنسى في بعض الأحيان العناية بالجرح.
				23	أتجنب إستخدام أي منتجات غير موصوفة من طرف الطبيب.
				24	أتجنب القيام بأي أنشطة قد تؤدي إلى فتح الجرح.
				25	توجيهات الطبيب متعبة ولا أتبعها بدقة.
				26	أتغيب أحياناً عن مواعيد الفحص الطبي.
				27	أحرص دوماً على إستخدام المستحضرات العلاجية بانتظام.
				28	أحرص على نظافة الجرح و تعقيمه.
				29	إذا لزم الأمر أطلب المساعدة من أحد أفراد العائلة للعناية بالجرح.
				30	أبتعد عن الضغط والتوتر.

الملحق رقم (05):

قائمة المحكمين

المؤسسة	التخصص	الرتبة العلمية	الاسم	
جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي	أستاذة التعليم العالي	عزيرو سعاد	01
جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر - p	مزياني	02
جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي	أستاذة محاضرة - p	موهاب زينة	03
جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي	أستاذة التعليم العالي	طالح نصيرة	04
جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي	أستاذة التعليم العالي	وندلوس نسيمة	05

## CORRELATIONS

/VARIABLES=سؤال 1 سؤال 2 سؤال 3 سؤال 4 سؤال 5 سؤال 6 سؤال 7 سؤال 8 سؤال 9 سؤال 10 سؤال 11 سؤال 12 سؤال 13 سؤال 14 سؤال 15 سؤال 16 سؤال 17 سؤال 18 سؤال 19 سؤال 20 سؤال 21 سؤال 22 سؤال 23 سؤال 24 سؤال 25 سؤال 26 سؤال 27 سؤال 28 سؤال 29 سؤال 30 العلاجية  
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG  
 /MISSING=PAIRWISE.

## Corrélations

		سؤال 1	سؤال 2	سؤال 3	سؤال 4	سؤال 5
سؤال 1	Corrélation de Pearson	1	,423**	,490**	,247	,465**
	Sig. (bilatérale)		,007	,001	,125	,003
	N	40	40	40	40	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,423**	1	,381*	,399*	,281
	Sig. (bilatérale)	,007		,015	,011	,079
	N	40	40	40	40	40
سؤال 3	Corrélation de Pearson	,490**	,381*	1	,546**	,611**
	Sig. (bilatérale)	,001	,015		,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	,247	,399*	,546**	1	,439**
	Sig. (bilatérale)	,125	,011	,000		,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,465**	,281	,611**	,439**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	,079	,000	,005	
	N	40	40	40	40	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	-,318*	-,408**	-,419**	-,392*	-,326*
	Sig. (bilatérale)	,046	,009	,007	,012	,040
	N	40	40	40	40	40
سؤال 7	Corrélation de Pearson	,198	,084	,333*	,174	,341*
	Sig. (bilatérale)	,221	,608	,036	,282	,031
	N	40	40	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	,416**	,418**	,451**	,355*	,337*
	Sig. (bilatérale)	,008	,007	,003	,024	,033
	N	40	40	40	40	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	-,049	-,026	,045	-,121	,122
	Sig. (bilatérale)	,763	,875	,781	,456	,452
	N	40	40	40	40	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,224	,430**	,271	,198	,203
	Sig. (bilatérale)	,164	,006	,091	,221	,210
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 6	سؤال 7	سؤال 8	سؤال 9	سؤال 10
سؤال 1	Corrélation de Pearson	-,318*	,198	,416**	-,049	,224
	Sig. (bilatérale)	,046	,221	,008	,763	,164
	N	40	40	40	40	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	-,408**	,084	,418**	-,026	,430**
	Sig. (bilatérale)	,009	,608	,007	,875	,006
	N	40	40	40	40	40
سؤال 3	Corrélation de Pearson	-,419**	,333*	,451**	,045	,271
	Sig. (bilatérale)	,007	,036	,003	,781	,091
	N	40	40	40	40	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	-,392*	,174	,355*	-,121	,198
	Sig. (bilatérale)	,012	,282	,024	,456	,221
	N	40	40	40	40	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	-,326*	,341*	,337*	,122	,203
	Sig. (bilatérale)	,040	,031	,033	,452	,210
	N	40	40	40	40	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	1	-,269	-,464**	,129	-,370*
	Sig. (bilatérale)		,094	,003	,426	,019
	N	40	40	40	40	40
سؤال 7	Corrélation de Pearson	-,269	1	,496**	,088	,564**
	Sig. (bilatérale)	,094		,001	,591	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	-,464**	,496**	1	-,202	,611**
	Sig. (bilatérale)	,003	,001		,211	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	,129	,088	-,202	1	-,011
	Sig. (bilatérale)	,426	,591	,211		,946
	N	40	40	40	40	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	-,370*	,564**	,611**	-,011	1
	Sig. (bilatérale)	,019	,000	,000	,946	
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 11	سؤال 12	سؤال 13	سؤال 14	سؤال 15
سؤال 1	Corrélation de Pearson	,242	,124	,254	,079	,314*
	Sig. (bilatérale)	,133	,446	,113	,626	,048
	N	40	40	40	40	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,339*	,200	,310	-,314*	,383*
	Sig. (bilatérale)	,032	,215	,052	,049	,015
	N	40	40	40	40	40
سؤال 3	Corrélation de Pearson	,152	,452**	,329*	-,234	,364*
	Sig. (bilatérale)	,348	,003	,038	,145	,021
	N	40	40	40	40	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	,139	,328*	,174	-,182	,535**
	Sig. (bilatérale)	,392	,039	,282	,261	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,213	,424**	,362*	-,198	,295
	Sig. (bilatérale)	,188	,006	,022	,222	,065
	N	40	40	40	40	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	-,296	-,341*	-,017	,388*	-,233
	Sig. (bilatérale)	,063	,032	,916	,013	,148
	N	40	40	40	40	40
سؤال 7	Corrélation de Pearson	,659**	,473**	,453**	-,433**	,500**
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,003	,005	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	,595**	,285	,433**	-,529**	,542**
	Sig. (bilatérale)	,000	,075	,005	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	-,017	,397*	,302	,105	-,057
	Sig. (bilatérale)	,919	,011	,059	,517	,728
	N	40	40	40	40	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,893**	,616**	,514**	-,593**	,433**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001	,000	,005
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 21	سؤال 22	سؤال 23	سؤال 24	سؤال 25
سؤال 1	Corrélation de Pearson	,147	,309	,140	1,000**	,224
	Sig. (bilatérale)	,366	,052	,388	,000	,164
	N	40	40	40	40	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,053	,189	,082	,423**	,430**
	Sig. (bilatérale)	,745	,242	,614	,007	,006
	N	40	40	40	40	40
سؤال 3	Corrélation de Pearson	,389*	,352*	,321*	,490**	,271
	Sig. (bilatérale)	,013	,026	,043	,001	,091
	N	40	40	40	40	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	,404**	,116	,299	,247	,198
	Sig. (bilatérale)	,010	,476	,061	,125	,221
	N	40	40	40	40	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,482**	,435**	,422**	,465**	,203
	Sig. (bilatérale)	,002	,005	,007	,003	,210
	N	40	40	40	40	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	-,130	-,030	-,070	-,318*	-,370*
	Sig. (bilatérale)	,423	,855	,669	,046	,019
	N	40	40	40	40	40
سؤال 7	Corrélation de Pearson	,601**	,497**	,350*	,198	,564**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,027	,221	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	,342*	,256	,148	,416**	,611**
	Sig. (bilatérale)	,031	,111	,363	,008	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	,113	,310	,435**	-,049	-,011
	Sig. (bilatérale)	,488	,051	,005	,763	,946
	N	40	40	40	40	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,226	,262	,340*	,224	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,161	,102	,032	,164	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 1	سؤال 2	سؤال 3	سؤال 4	سؤال 5
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,242	,339*	,152	,139	,213
	Sig. (bilatérale)	,133	,032	,348	,392	,188
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,124	,200	,452**	,328*	,424**
	Sig. (bilatérale)	,446	,215	,003	,039	,006
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,254	,310	,329*	,174	,362*
	Sig. (bilatérale)	,113	,052	,038	,282	,022
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	,079	-,314*	-,234	-,182	-,198
	Sig. (bilatérale)	,626	,049	,145	,261	,222
	N	40	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,314*	,383*	,364*	,535**	,295
	Sig. (bilatérale)	,048	,015	,021	,000	,065
	N	40	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,247	,399*	,546**	1,000**	,439**
	Sig. (bilatérale)	,125	,011	,000	,000	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,224	,430**	,271	,198	,203
	Sig. (bilatérale)	,164	,006	,091	,221	,210
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,080	,120	,002	,012	,090
	Sig. (bilatérale)	,624	,427	,703	,796	,546
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,253	,097	,393*	,062	,474**
	Sig. (bilatérale)	,116	,553	,012	,703	,002
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,202	,387*	,304	,374*	,348*
	Sig. (bilatérale)	,211	,014	,056	,017	,028
	N	40	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	,147	,053	,389*	,404**	,482**
	Sig. (bilatérale)	,366	,745	,013	,010	,002
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,309	,189	,352*	,116	,435**
	Sig. (bilatérale)	,052	,242	,026	,476	,005
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 26	سؤال 27	سؤال 28	سؤال 29	سؤال 30
سؤال 1	Corrélation de Pearson	,014	,074	-,012	-,024	-,049
	Sig. (bilatérale)	,931	,651	,944	,885	,763
	N	40	40	40	40	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,076	,296	,114	,185	-,026
	Sig. (bilatérale)	,639	,064	,483	,252	,875
	N	40	40	40	40	40
سؤال 3	Corrélation de Pearson	,075	,192	,309	,406**	,045
	Sig. (bilatérale)	,647	,236	,052	,009	,781
	N	40	40	40	40	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	-,122	,310	,043	,146	-,121
	Sig. (bilatérale)	,452	,052	,794	,369	,456
	N	40	40	40	40	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,323*	,269	,337*	,249	,122
	Sig. (bilatérale)	,042	,094	,033	,121	,452
	N	40	40	40	40	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	-,118	-,374*	-,203	-,263	,129
	Sig. (bilatérale)	,470	,018	,210	,101	,426
	N	40	40	40	40	40
سؤال 7	Corrélation de Pearson	,160	,482**	,043	,257	,088
	Sig. (bilatérale)	,325	,002	,791	,109	,591
	N	40	40	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	-,058	,358*	-,056	,133	-,202
	Sig. (bilatérale)	,721	,023	,732	,415	,211
	N	40	40	40	40	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	,474**	,229	,670**	,489**	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,002	,155	,000	,001	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,309	,547**	-,054	,239	-,011
	Sig. (bilatérale)	,053	,000	,740	,137	,946
	N	40	40	40	40	40

## Corrélations

الملاءمة العلاجية

سؤال 1	Corrélation de Pearson	,352*
	Sig. (bilatérale)	,026
	N	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,388*
	Sig. (bilatérale)	,013
	N	40
سؤال 3	Corrélation de Pearson	,545**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	,394*
	Sig. (bilatérale)	,012
	N	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,581**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	-,342*
	Sig. (bilatérale)	,031
	N	40
سؤال 7	Corrélation de Pearson	,662**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	,573**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	,381*
	Sig. (bilatérale)	,015
	N	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,665**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40

### Corrélations

		سؤال 21	سؤال 22	سؤال 23	سؤال 24	سؤال 25
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,302	,229	,326*	,242	,893**
	Sig. (bilatérale)	,058	,156	,040	,133	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,455**	,558**	,561**	,124	,616**
	Sig. (bilatérale)	,003	,000	,000	,446	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,561**	,619**	,456**	,254	,514**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,003	,113	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	-,039	,076	-,054	,079	-,593**
	Sig. (bilatérale)	,813	,642	,742	,626	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,566**	,558**	,386*	,314*	,433**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,014	,048	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,404**	,116	,299	,247	,198
	Sig. (bilatérale)	,010	,476	,061	,125	,221
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,226	,262	,340*	,224	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,161	,102	,032	,164	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,149	,231	,403*	,080	,705**
	Sig. (bilatérale)	,359	,152	,010	,624	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,667**	,812**	,527**	,253	,419**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,116	,007
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,671**	,637**	,577**	,202	,374*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,211	,017
	N	40	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	1	,762**	,654**	,147	,226
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,366	,161
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,762**	1	,608**	,309	,262
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,052	,102
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 6	سؤال 7	سؤال 8	سؤال 9	سؤال 10
سؤال 11	Corrélation de Pearson	-,296	,659**	,595**	-,017	,893**
	Sig. (bilatérale)	,063	,000	,000	,919	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	-,341*	,473**	,285	,397*	,616**
	Sig. (bilatérale)	,032	,002	,075	,011	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	-,017	,453**	,433**	,302	,514**
	Sig. (bilatérale)	,916	,003	,005	,059	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	,388*	-,433**	-,529**	,105	-,593**
	Sig. (bilatérale)	,013	,005	,000	,517	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	-,233	,500**	,542**	-,057	,433**
	Sig. (bilatérale)	,148	,001	,000	,728	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	-,392*	,174	,355*	-,121	,198
	Sig. (bilatérale)	,012	,282	,024	,456	,221
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	-,370*	,564**	,611**	-,011	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,019	,000	,000	,946	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	-,081	,350*	,286	,334*	,705**
	Sig. (bilatérale)	,620	,027	,074	,035	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,041	,619**	,321*	,383*	,419**
	Sig. (bilatérale)	,802	,000	,044	,015	,007
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	-,399*	,479**	,302	,270	,374*
	Sig. (bilatérale)	,011	,002	,058	,092	,017
	N	40	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	-,130	,601**	,342*	,113	,226
	Sig. (bilatérale)	,423	,000	,031	,488	,161
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	-,030	,497**	,256	,310	,262
	Sig. (bilatérale)	,855	,001	,111	,051	,102
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 11	سؤال 12	سؤال 13	سؤال 14	سؤال 15
سؤال 11	Corrélation de Pearson	1	,509**	,551**	-,574**	,399*
	Sig. (bilatérale)		,001	,000	,000	,011
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,509**	1	,648**	-,373*	,454**
	Sig. (bilatérale)	,001		,000	,018	,003
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,551**	,648**	1	-,240	,506**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,136	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	-,574**	-,373*	-,240	1	-,193
	Sig. (bilatérale)	,000	,018	,136		,232
	N	40	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,399*	,454**	,506**	-,193	1
	Sig. (bilatérale)	,011	,003	,001	,232	
	N	40	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,139	,328*	,174	-,182	,535**
	Sig. (bilatérale)	,392	,039	,282	,261	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,893**	,616**	,514**	-,593**	,433**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001	,000	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,637**	,588**	,599**	-,349*	,341*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,027	,031
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,404**	,658**	,729**	-,116	,407**
	Sig. (bilatérale)	,010	,000	,000	,475	,009
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,307	,501**	,419**	-,104	,518**
	Sig. (bilatérale)	,054	,001	,007	,522	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	,302	,455**	,561**	-,039	,566**
	Sig. (bilatérale)	,058	,003	,000	,813	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,229	,558**	,619**	,076	,558**
	Sig. (bilatérale)	,156	,000	,000	,642	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 16	سؤال 17	سؤال 18	سؤال 19	سؤال 20
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,139	,893**	,637**	,404**	,307
	Sig. (bilatérale)	,392	,000	,000	,010	,054
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,328*	,616**	,588**	,658**	,501**
	Sig. (bilatérale)	,039	,000	,000	,000	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,174	,514**	,599**	,729**	,419**
	Sig. (bilatérale)	,282	,001	,000	,000	,007
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	-,182	-,593**	-,349*	-,116	-,104
	Sig. (bilatérale)	,261	,000	,027	,475	,522
	N	40	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,535**	,433**	,341*	,407**	,518**
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,031	,009	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	1	,198	,042	,062	,374*
	Sig. (bilatérale)		,221	,796	,703	,017
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,198	1	,705**	,419**	,374*
	Sig. (bilatérale)	,221		,000	,007	,017
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,042	,705**	1	,343*	,121
	Sig. (bilatérale)	,796	,000		,030	,456
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,062	,419**	,343*	1	,607**
	Sig. (bilatérale)	,703	,007	,030		,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,374*	,374*	,121	,607**	1
	Sig. (bilatérale)	,017	,017	,456	,000	
	N	40	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	,404**	,226	,149	,667**	,671**
	Sig. (bilatérale)	,010	,161	,359	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,116	,262	,231	,812**	,637**
	Sig. (bilatérale)	,476	,102	,152	,000	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 21	سؤال 22	سؤال 23	سؤال 24	سؤال 25
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,302	,229	,326*	,242	,893**
	Sig. (bilatérale)	,058	,156	,040	,133	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,455**	,558**	,561**	,124	,616**
	Sig. (bilatérale)	,003	,000	,000	,446	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,561**	,619**	,456**	,254	,514**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,003	,113	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	-,039	,076	-,054	,079	-,593**
	Sig. (bilatérale)	,813	,642	,742	,626	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,566**	,558**	,386*	,314*	,433**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,014	,048	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,404**	,116	,299	,247	,198
	Sig. (bilatérale)	,010	,476	,061	,125	,221
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,226	,262	,340*	,224	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,161	,102	,032	,164	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,149	,231	,403*	,080	,705**
	Sig. (bilatérale)	,359	,152	,010	,624	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,667**	,812**	,527**	,253	,419**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,116	,007
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,671**	,637**	,577**	,202	,374*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,211	,017
	N	40	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	1	,762**	,654**	,147	,226
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,366	,161
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,762**	1	,608**	,309	,262
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,052	,102
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 26	سؤال 27	سؤال 28	سؤال 29	سؤال 30
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,321*	,474**	-,147	,200	-,017
	Sig. (bilatérale)	,043	,002	,367	,216	,919
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,466**	,449**	,364*	,514**	,397*
	Sig. (bilatérale)	,002	,004	,021	,001	,011
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,345*	,277	,139	,351*	,302
	Sig. (bilatérale)	,029	,083	,393	,026	,059
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	-,269	-,369*	-,030	-,085	,105
	Sig. (bilatérale)	,093	,019	,854	,604	,517
	N	40	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	-,079	,394*	-,061	,260	-,057
	Sig. (bilatérale)	,630	,012	,707	,105	,728
	N	40	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	-,122	,310	,043	,146	-,121
	Sig. (bilatérale)	,452	,052	,794	,369	,456
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,309	,547**	-,054	,239	-,011
	Sig. (bilatérale)	,053	,000	,740	,137	,946
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,436**	,337*	,014	,369*	,334*
	Sig. (bilatérale)	,005	,034	,933	,019	,035
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,356*	,392*	,313*	,335*	,383*
	Sig. (bilatérale)	,024	,012	,049	,035	,015
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,221	,522**	,399*	,335*	,270
	Sig. (bilatérale)	,172	,001	,011	,035	,092
	N	40	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	-,015	,204	,099	,309	,113
	Sig. (bilatérale)	,929	,206	,543	,052	,488
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,055	,174	,267	,345*	,310
	Sig. (bilatérale)	,738	,284	,095	,029	,051
	N	40	40	40	40	40

## Corrélations

الملاءمة العلاجية

سؤال 11	Corrélation de Pearson	,621**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,765**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,755**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	-,330*
	Sig. (bilatérale)	,038
	N	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,659**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	10
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,394*
	Sig. (bilatérale)	,012
	N	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,665**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	10
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,574**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,806**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,717**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	,685**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,732**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40

### Corrélations

		سؤال 1	سؤال 2	سؤال 3	سؤال 4	سؤال 5
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,140	,082	,321*	,299	,422**
	Sig. (bilatérale)	,388	,614	,043	,061	,007
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	1,000**	,423**	,490**	,247	,465**
	Sig. (bilatérale)	,000	,007	,001	,125	,003
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,224	,430**	,271	,198	,203
	Sig. (bilatérale)	,164	,006	,091	,221	,210
	N	40	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	,014	,076	,075	-,122	,323*
	Sig. (bilatérale)	,931	,639	,647	,452	,042
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,074	,296	,192	,310	,269
	Sig. (bilatérale)	,651	,064	,236	,052	,094
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	-,012	,114	,309	,043	,337*
	Sig. (bilatérale)	,944	,483	,052	,794	,033
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	-,024	,185	,406**	,146	,249
	Sig. (bilatérale)	,885	,252	,009	,369	,121
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	-,049	-,026	,045	-,121	,122
	Sig. (bilatérale)	,763	,875	,781	,456	,452
	N	40	40	40	40	40
الملاءمة العلاجية	Corrélation de Pearson	,352*	,388*	,545**	,394*	,581**
	Sig. (bilatérale)	,026	,013	,000	,012	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 6	سؤال 7	سؤال 8	سؤال 9	سؤال 10
سؤال 23	Corrélation de Pearson	-,070	,350*	,148	,435**	,340*
	Sig. (bilatérale)	,669	,027	,363	,005	,032
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	-,318*	,198	,416**	-,049	,224
	Sig. (bilatérale)	,046	,221	,008	,763	,164
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	-,370*	,564**	,611**	-,011	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,019	,000	,000	,946	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	-,118	,160	-,058	,474**	,309
	Sig. (bilatérale)	,470	,325	,721	,002	,053
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	-,374*	,482**	,358*	,229	,547**
	Sig. (bilatérale)	,018	,002	,023	,155	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	-,203	,043	-,056	,670**	-,054
	Sig. (bilatérale)	,210	,791	,732	,000	,740
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	-,263	,257	,133	,489**	,239
	Sig. (bilatérale)	,101	,109	,415	,001	,137
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	,129	,088	-,202	1,000**	-,011
	Sig. (bilatérale)	,426	,591	,211	,000	,946
	N	40	40	40	40	40
الملاءمة العلاجية	Corrélation de Pearson	-,342*	,662**	,573**	,381*	,665**
	Sig. (bilatérale)	,031	,000	,000	,015	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 11	سؤال 12	سؤال 13	سؤال 14	سؤال 15
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,326*	,561**	,456**	-,054	,386*
	Sig. (bilatérale)	,040	,000	,003	,742	,014
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,242	,124	,254	,079	,314*
	Sig. (bilatérale)	,133	,446	,113	,626	,048
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,893**	,616**	,514**	-,593**	,433**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001	,000	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	,321*	,466**	,345*	-,269	-,079
	Sig. (bilatérale)	,043	,002	,029	,093	,630
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,474**	,449**	,277	-,369*	,394*
	Sig. (bilatérale)	,002	,001	,083	,010	,012
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	-,147	,364*	,130	,030	-,061
	Sig. (bilatérale)	,307	,021	,303	,861	,707
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	,200	,514**	,351*	-,085	,260
	Sig. (bilatérale)	,216	,001	,026	,604	,105
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	-,017	,397*	,302	,105	-,057
	Sig. (bilatérale)	,919	,011	,059	,517	,728
	N	40	40	40	40	40
الملاءمة العلاجية	Corrélation de Pearson	,621**	,765**	,755**	-,330*	,659**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,038	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 16	سؤال 17	سؤال 18	سؤال 19	سؤال 20
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,299	,340*	,403*	,527**	,577**
	Sig. (bilatérale)	,061	,032	,010	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,247	,224	,080	,253	,202
	Sig. (bilatérale)	,125	,164	,624	,116	,211
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,198	1,000**	,705**	,419**	,374*
	Sig. (bilatérale)	,221	,000	,000	,007	,017
	N	40	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	-,122	,309	,436**	,356*	,221
	Sig. (bilatérale)	,452	,053	,005	,024	,172
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,310	,547**	,337*	,392*	,522**
	Sig. (bilatérale)	,052	,000	,034	,012	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	,043	-,054	,014	,313*	,399*
	Sig. (bilatérale)	,794	,740	,933	,049	,011
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	,146	,239	,369*	,335*	,335*
	Sig. (bilatérale)	,309	,137	,010	,035	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	-,121	-,011	,334*	,383*	,270
	Sig. (bilatérale)	,456	,946	,035	,015	,092
	N	40	40	40	40	40
الملاحة العلاجية	Corrélation de Pearson	,394*	,665**	,574**	,806**	,717**
	Sig. (bilatérale)	,012	,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 21	سؤال 22	سؤال 23	سؤال 24	سؤال 25
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,654**	,608**	1	,140	,340*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,388	,032
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,147	,309	,140	1	,224
	Sig. (bilatérale)	,366	,052	,388		,164
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,226	,262	,340*	,224	1
	Sig. (bilatérale)	,161	,102	,032	,164	
	N	40	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	-,015	,055	,350*	,014	,309
	Sig. (bilatérale)	,929	,738	,027	,931	,053
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,204	,174	,191	,074	,547**
	Sig. (bilatérale)	,206	,284	,238	,651	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	,099	,267	,266	-,012	-,054
	Sig. (bilatérale)	,513	,005	,007	,944	,740
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	,309	,345*	,412**	-,024	,239
	Sig. (bilatérale)	,052	,029	,008	,885	,137
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	,113	,310	,435**	-,049	-,011
	Sig. (bilatérale)	,488	,051	,005	,763	,946
	N	40	40	40	40	40
الملاءمة العلاجية	Corrélation de Pearson	,685**	,732**	,674**	,352*	,665**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,026	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 26	سؤال 27	سؤال 28	سؤال 29	سؤال 30
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,350*	,191	,266	,412**	,435**
	Sig. (bilatérale)	,027	,238	,097	,008	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,014	,074	-,012	-,024	-,049
	Sig. (bilatérale)	,931	,651	,944	,885	,763
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,309	,547**	-,054	,239	-,011
	Sig. (bilatérale)	,053	,000	,740	,137	,946
	N	40	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	1	,344*	,248	,153	,474**
	Sig. (bilatérale)		,030	,123	,347	,002
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,344*	1	,196	,159	,229
	Sig. (bilatérale)	,030		,225	,327	,155
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	,248	,196	1	,601**	,670**
	Sig. (bilatérale)	,123	,225		,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	,153	,159	,601**	1	,489**
	Sig. (bilatérale)	,347	,327	,000		,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	,474**	,229	,670**	,489**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	,155	,000	,001	
	N	40	40	40	40	40
الملاءمة العلاجية	Corrélation de Pearson	,378*	,582**	,351*	,554**	,381*
	Sig. (bilatérale)	,016	,000	,026	,000	,015
	N	40	40	40	40	40

## Corrélations

الملاءمة العلاجية

سؤال 23	Corrélation de Pearson	,674 **
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,352 *
	Sig. (bilatérale)	,026
	N	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,665 **
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	,378 *
	Sig. (bilatérale)	,016
	N	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,582 **
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	,351 *
	Sig. (bilatérale)	,026
	N	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	,554 **
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	,381 *
	Sig. (bilatérale)	,015
	N	40
الملاءمة العلاجية	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	40

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

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

### CORRELATIONS

/VARIABLES=الدواء سؤال 23 سؤال 22 سؤال 18 سؤال 17 سؤال 12 سؤال 11 سؤال 6 سؤال 5 سؤال 2 سؤال 1  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.

### Corrélations

### Corrélations

		سؤال 1	سؤال 2	سؤال 5	سؤال 6	سؤال 11
سؤال 1	Corrélation de Pearson	1	,423**	,465**	,309	,242
	Sig. (bilatérale)		,007	,003	,052	,133
	N	40	40	40	40	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,423**	1	,281	,189	,339*
	Sig. (bilatérale)	,007		,079	,242	,032
	N	40	40	40	40	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,465**	,281	1	,435**	,213
	Sig. (bilatérale)	,003	,079		,005	,188
	N	40	40	40	40	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	,309	,189	,435**	1	,229
	Sig. (bilatérale)	,052	,242	,005		,156
	N	40	40	40	40	40
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,242	,339*	,213	,229	1
	Sig. (bilatérale)	,133	,032	,188	,156	
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,124	,200	,424**	,558**	,509**
	Sig. (bilatérale)	,446	,215	,006	,000	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,224	,130**	,203	,262	,893**
	Sig. (bilatérale)	,164	,006	,210	,102	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,309	,189	,435**	1,000**	,229
	Sig. (bilatérale)	,052	,242	,005	,000	,156
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,309	,189	,435**	1,000**	,229
	Sig. (bilatérale)	,052	,242	,005	,000	,156
	N	40	40	40	40	40
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,140	,082	,422**	,608**	,326*
	Sig. (bilatérale)	,388	,614	,007	,000	,040
	N	40	40	40	40	40
الإلتزام بتناول الدواء	Corrélation de Pearson	,591**	,479**	,792**	,531**	,375*
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,000	,000	,017
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 12	سؤال 17	سؤال 18	سؤال 22	سؤال 23
سؤال 1	Corrélation de Pearson	,124	,224	,309	,309	,140
	Sig. (bilatérale)	,446	,164	,052	,052	,388
	N	40	40	40	40	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,200	,430**	,189	,189	,082
	Sig. (bilatérale)	,215	,006	,242	,242	,614
	N	40	40	40	40	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,424**	,203	,435**	,435**	,422**
	Sig. (bilatérale)	,006	,210	,005	,005	,007
	N	40	40	40	40	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	,558**	,262	1,000**	1,000**	,608**
	Sig. (bilatérale)	,000	,102	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,509**	,893**	,229	,229	,326*
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,156	,156	,040
	N	40	40	40	40	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	1	,616**	,558**	,558**	,561**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,616**	1	,262	,262	,340*
	Sig. (bilatérale)	,000		,102	,102	,032
	N	40	40	40	40	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,558**	,262	1	1,000**	,608**
	Sig. (bilatérale)	,000	,102		,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,558**	,262	1,000**	1	,608**
	Sig. (bilatérale)	,000	,102	,000		,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,561**	,340*	,608**	,608**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,032	,000	,000	
	N	40	40	40	40	40
الإلتزام بتناول الدواء	Corrélation de Pearson	,488**	,392*	,531**	,531**	,457**
	Sig. (bilatérale)	,001	,012	,000	,000	,003
	N	40	40	40	40	40

## Corrélations

الإلتزام بتناول الدواء

سؤال 1	Corrélation de Pearson	,591**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 2	Corrélation de Pearson	,479**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	40
سؤال 5	Corrélation de Pearson	,792**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 6	Corrélation de Pearson	,531**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 11	Corrélation de Pearson	,375*
	Sig. (bilatérale)	,017
	N	40
سؤال 12	Corrélation de Pearson	,488**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	40
سؤال 17	Corrélation de Pearson	,392*
	Sig. (bilatérale)	,012
	N	40
سؤال 18	Corrélation de Pearson	,531**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 22	Corrélation de Pearson	,531**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 23	Corrélation de Pearson	,457**
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	40
الإلتزام بتناول الدواء	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	40

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

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=الطبيب سؤال 26 سؤال 21 سؤال 16 سؤال 15 سؤال 10 سؤال 9 سؤال 4 سؤال 3 سؤال  
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG  
 /MISSING=PAIRWISE.

## Corrélations

### Corrélations

		سؤال 3	سؤال 4	سؤال 9	سؤال 10
سؤال 3	Corrélation de Pearson	1	,546**	,389*	,271
	Sig. (bilatérale)		,000	,013	,091
	N	40	40	40	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	,546**	1	,404**	,198
	Sig. (bilatérale)	,000		,010	,221
	N	40	40	40	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	,389*	,404**	1	,226
	Sig. (bilatérale)	,013	,010		,161
	N	40	40	40	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,271	,198	,226	1
	Sig. (bilatérale)	,091	,221	,161	
	N	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,364*	,535**	,566**	,433**
	Sig. (bilatérale)	,021	,000	,000	,005
	N	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,516**	1,000**	,101**	,118
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,010	,221
	N	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	,389*	,404**	1,000**	,226
	Sig. (bilatérale)	,013	,010	,000	,161
	N	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	,364*	,535**	,566**	,433**
	Sig. (bilatérale)	,021	,000	,000	,005
	N	40	40	40	40
الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات	Corrélation de Pearson	,829**	,642**	,585**	,392*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,012
	N	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 15	سؤال 16	سؤال 21	سؤال 26
سؤال 3	Corrélation de Pearson	,364*	,546**	,389*	,364*
	Sig. (bilatérale)	,021	,000	,013	,021
	N	40	40	40	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	,535**	1,000**	,404**	,535**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,010	,000
	N	40	40	40	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	,566**	,404**	1,000**	,566**
	Sig. (bilatérale)	,000	,010	,000	,000
	N	40	40	40	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,433**	,198	,226	,433**
	Sig. (bilatérale)	,005	,221	,161	,005
	N	40	40	40	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	1	,535**	,566**	1,000**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	40	40	40	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,535**	1	,404**	,535**
	Sig. (bilatérale)	,000		,010	,000
	N	40	40	40	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	,566**	,404**	1	,566**
	Sig. (bilatérale)	,000	,010		,000
	N	40	40	40	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	1,000**	,535**	,566**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	40	40	40	40
الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات	Corrélation de Pearson	,569**	,642**	,585**	,569**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40

## Corrélations

		الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات
سؤال 3	Corrélation de Pearson	,829**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 4	Corrélation de Pearson	,642**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 9	Corrélation de Pearson	,585**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 10	Corrélation de Pearson	,392*
	Sig. (bilatérale)	,012
	N	40
سؤال 15	Corrélation de Pearson	,569**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 16	Corrélation de Pearson	,642**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 21	Corrélation de Pearson	,585**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
سؤال 26	Corrélation de Pearson	,569**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	40
الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	40

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

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

### CORRELATIONS

/VARIABLES=سؤال 29 سؤال 28 سؤال 27 سؤال 25 سؤال 24 سؤال 20 سؤال 19 سؤال 14 السؤال 13 السؤال 8  
سؤال 30 نمط  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.

### Corrélations

### Corrélations

		سؤال 7	سؤال 8	سؤال 13	سؤال 14	سؤال 19
سؤال 7	Corrélation de Pearson	1	,423**	,465**	,309	,242
	Sig. (bilatérale)		,007	,003	,052	,133
	N	40	40	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	,423**	1	,281	,189	,339*
	Sig. (bilatérale)	,007		,079	,242	,032
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,465**	,281	1	,435**	,213
	Sig. (bilatérale)	,003	,079		,005	,188
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	,309	,189	,435**	1	,229
	Sig. (bilatérale)	,052	,242	,005		,156
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,242	,339*	,213	,229	1
	Sig. (bilatérale)	,133	,032	,188	,156	
	N	40	40	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,124	,200	,424**	,558**	,509**
	Sig. (bilatérale)	,446	,215	,000	,000	,001
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,314*	,383*	,295	,550**	,390
	Sig. (bilatérale)	,048	,015	,065	,000	,011
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,224	,430**	,203	,262	,893**
	Sig. (bilatérale)	,164	,006	,210	,102	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,309	,189	,435**	1,000**	,229
	Sig. (bilatérale)	,052	,242	,005	,000	,156
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	,309	,189	,435**	1,000**	,229
	Sig. (bilatérale)	,052	,242	,005	,000	,156
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	,140	,082	,422**	,608**	,326*
	Sig. (bilatérale)	,388	,614	,007	,000	,040
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	,253	,097	,474**	,812**	,404**
	Sig. (bilatérale)	,116	,553	,002	,000	,010
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 20	سؤال 24	سؤال 25	سؤال 27	سؤال 28
سؤال 7	Corrélation de Pearson	,124	,314*	,224	,309	,309
	Sig. (bilatérale)	,446	,048	,164	,052	,052
	N	40	40	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	,200	,383*	,430**	,189	,189
	Sig. (bilatérale)	,215	,015	,006	,242	,242
	N	40	40	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,424**	,295	,203	,435**	,435**
	Sig. (bilatérale)	,006	,065	,210	,005	,005
	N	40	40	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	,558**	,558**	,262	1,000**	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,102	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,509**	,399*	,893**	,229	,229
	Sig. (bilatérale)	,001	,011	,000	,156	,156
	N	40	40	10	10	10
سؤال 20	Corrélation de Pearson	1	,454**	,616**	,558**	,558**
	Sig. (bilatérale)		,003	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,454**	1	,433**	,558**	,558**
	Sig. (bilatérale)	,003		,005	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,616**	,433**	1	,262	,262
	Sig. (bilatérale)	,000	,005		,102	,102
	N	40	40	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,558**	,558**	,262	1	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,102		,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	,558**	,558**	,262	1,000**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,102	,000	
	N	40	40	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	,561**	,386*	,340*	,608**	,608**
	Sig. (bilatérale)	,000	,014	,032	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	,658**	,407**	,419**	,812**	,812**
	Sig. (bilatérale)	,000	,009	,007	,000	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 29	سؤال 30	تغيير نمط الحياة
سؤال 7	Corrélation de Pearson	,140	,253	,591**
	Sig. (bilatérale)	,388	,116	,000
	N	40	40	40
سؤال 8	Corrélation de Pearson	,082	,097	,479**
	Sig. (bilatérale)	,614	,553	,002
	N	40	40	40
سؤال 13	Corrélation de Pearson	,422**	,474**	,792**
	Sig. (bilatérale)	,007	,002	,000
	N	40	40	40
سؤال 14	Corrélation de Pearson	,608**	,812**	,531**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	40	40	40
سؤال 19	Corrélation de Pearson	,326*	,404**	,375*
	Sig. (bilatérale)	,040	,010	,017
	N	40	40	40
سؤال 20	Corrélation de Pearson	,581**	,658**	,488**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001
	N	40	40	40
سؤال 24	Corrélation de Pearson	,386*	,407**	,569**
	Sig. (bilatérale)	,014	,009	,000
	N	40	40	40
سؤال 25	Corrélation de Pearson	,340*	,419**	,392*
	Sig. (bilatérale)	,032	,007	,012
	N	40	40	40
سؤال 27	Corrélation de Pearson	,608**	,812**	,531**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	40	40	40
سؤال 28	Corrélation de Pearson	,608**	,812**	,531**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	40	40	40
سؤال 29	Corrélation de Pearson	1	,527**	,457**
	Sig. (bilatérale)		,000	,003
	N	40	40	40
سؤال 30	Corrélation de Pearson	,527**	1	,580**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 7	سؤال 8	سؤال 13	سؤال 14	سؤال 19
تغيير نمط الحياة	Corrélacion de Pearson	,591**	,479**	,792**	,531**	,375*
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,000	,000	,017
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 20	سؤال 24	سؤال 25	سؤال 27	سؤال 28
تغيير نمط الحياة	Corrélacion de Pearson	,488**	,569**	,392*	,531**	,531**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,012	,000	,000
	N	40	40	40	40	40

### Corrélations

		سؤال 29	سؤال 30	تغيير نمط الحياة
تغيير نمط الحياة	Corrélacion de Pearson	,457**	,580**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	,000	
	N	40	40	40

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

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

### RELIABILITY

/VARIABLES=سؤال 13 سؤال 12 سؤال 11 سؤال 10 سؤال 9 سؤال 8 سؤال 7 سؤال 6 سؤال 5 سؤال 4 سؤال 3 سؤال 16 سؤال 17 سؤال 18 سؤال 19 سؤال 20 سؤال 21 سؤال 22 سؤال 23 سؤال 24 سؤال 25 سؤال 26 سؤال 27 سؤال 28 سؤال 29 سؤال 30  
 /SCALE ('ثبات مقياس الملاءمة العلاجية') ALL  
 /MODEL=ALPHA.

### Fiabilité

#### Echelle : ثبات مقياس الملاءمة العلاجية

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,932	30

#### RELIABILITY

/VARIABLES=13 سؤال 12 سؤال 11 سؤال 10 سؤال 9 سؤال 8 سؤال 7 سؤال 6 سؤال 5 سؤال 4 سؤال 3 سؤال 16 سؤال 17 سؤال 18 سؤال 19 سؤال 20 سؤال 21 سؤال 22 سؤال 23 سؤال 24 سؤال 25 سؤال 26 سؤال 27 سؤال 28 سؤال 29 سؤال 30  
 /SCALE('ثبات مقياس الملاءمة العلاجية') ALL  
 /MODEL=SPLIT.

### Fiabilité

#### ثبات مقياس الملاءمة العلاجية : Echelle

##### Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations		
Valide	40	100,0
Exclue <sup>a</sup>	0	,0
Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,878	
		Nombre d'éléments	15 <sup>a</sup>	
	Partie 2	Valeur	,868	
		Nombre d'éléments	15 <sup>b</sup>	
Nombre total d'éléments			30	
Corrélation entre les sous-échelles				,869
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,930	
	Longueur inégale		,930	
Coefficient de Guttman			,930	

a. Les éléments sont : 12 سؤال 11 سؤال 10 سؤال 9 سؤال 8 سؤال 7 سؤال 6 سؤال 5 سؤال 4 سؤال 3 سؤال 2 سؤال 1 سؤال 13 سؤال 14 سؤال 15 سؤال.

b. Les éléments sont : 25 سؤال 24 سؤال 23 سؤال 22 سؤال 21 سؤال 20 سؤال 19 سؤال 18 سؤال 17 سؤال 16 سؤال 1 سؤال 2 سؤال 3 سؤال 4 سؤال 5 سؤال 6 سؤال 7 سؤال 8 سؤال 9 سؤال 10 سؤال 11 سؤال 12 سؤال 13 سؤال 14 سؤال 15 سؤال 16 سؤال 17 سؤال 18 سؤال 19 سؤال 20 سؤال 21 سؤال 22 سؤال 23 سؤال 24 سؤال 25 سؤال 26 سؤال 27 سؤال 28 سؤال 29 سؤال 30 سؤال.

#### RELIABILITY

/VARIABLES=23 سؤال 22 سؤال 18 سؤال 17 سؤال 12 سؤال 11 سؤال 6 سؤال 5 سؤال 2 سؤال 1 سؤال 16 سؤال 17 سؤال 18 سؤال 19 سؤال 20 سؤال 21 سؤال 22 سؤال 23 سؤال 24 سؤال 25 سؤال 26 سؤال 27 سؤال 28 سؤال 29 سؤال 30 سؤال  
 /SCALE('ثبات بعد الإلتزام بتناول الدواء') ALL

/MODEL=ALPHA.

## Fiabilité

Echelle : ثبات بعد الإلتزام بتناول الدواء

### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
Total		40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,877	10

RELIABILITY

/VARIABLES=23 سؤال 10 سؤال 17 سؤال 10 سؤال 22 سؤال 23  
/SCALE('الثبات بعد الإلتزام بتناول الدواء') ALL  
/MODEL=SPLIT.

## Fiabilité

Echelle : ثبات بعد الإلتزام بتناول الدواء

### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
Total		40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,657
		Nombre d'éléments	5 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	,853
		Nombre d'éléments	5 <sup>b</sup>
Nombre total d'éléments			10
Corrélation entre les sous-échelles			,800
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,889
	Longueur inégale		,889
Coefficient de Guttman			,858

a. Les éléments sont : 1, سؤال, 2, سؤال, 5, سؤال, 6, سؤال, 11 سؤال.

b. Les éléments sont : 12, سؤال, 17, سؤال, 18, سؤال, 22, سؤال, 23 سؤال.

#### RELIABILITY

/VARIABLES=26 سؤال 21 سؤال 16 سؤال 15 سؤال 10 سؤال 9 سؤال 4 سؤال 3 سؤال  
/SCALE('ثبات بعد الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات') ALL  
/MODEL=ALPHA.

### Fiabilité

#### ثبات بعد الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات : Echelle

##### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,877	8

#### RELIABILITY

/VARIABLES=26 سؤال 21 سؤال 16 سؤال 15 سؤال 10 سؤال 9 سؤال 4 سؤال 3 سؤال  
/SCALE('ثبات بعد الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات') ALL  
/MODEL=SPLIT.

### Fiabilité

## Echelle : ثبات بعد الإلتزام بزيارة الطبيب والقيام بالفحوصات

### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,663
		Nombre d'éléments	4 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	,844
		Nombre d'éléments	4 <sup>b</sup>
Nombre total d'éléments		8	
Corrélation entre les sous-échelles			,840
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,913
	Longueur inégale		,913
Coefficient de Guttman			,910

a. Les éléments sont : سؤال 3, سؤال 4, سؤال 9, سؤال 10.

b. Les éléments sont : سؤال 15, سؤال 16, سؤال 21, سؤال 26.

### RELIABILITY

/VARIABLES=سؤال 13 سؤال 14 سؤال 19 سؤال 20 سؤال 24 سؤال 25 سؤال 27 سؤال 28 سؤال 29 سؤال 30  
/SCALE('ثبات تغيير نمط الحياة') ALL  
/MODEL=ALPHA.

## Fiabilité

### Echelle : ثبات تغيير نمط الحياة

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,739	12

#### RELIABILITY

/VARIABLES=سؤال 30 سؤال 29 سؤال 28 سؤال 27 سؤال 25 سؤال 24 سؤال 20 سؤال 19 سؤال 14 سؤال 13 سؤال  
/SCALE('ثبات تغيير نمط الحياة') ALL  
/MODEL=SPLIT.

### Fiabilité

#### Echelle : ثبات تغيير نمط الحياة

##### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,730
		Nombre d'éléments	6 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	,408
		Nombre d'éléments	6 <sup>b</sup>
Nombre total d'éléments		12	
Corrélation entre les sous-échelles		,508	
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale	,674	
	Longueur inégale	,674	
Coefficient de Guttman		,639	

a. Les éléments sont : سؤال 7, سؤال 8, سؤال 13, سؤال 14, سؤال 19, سؤال 20.

b. Les éléments sont : سؤال 24, سؤال 25, سؤال 27, سؤال 28, سؤال 29, سؤال 30.

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**وزارة الصحة**

مديرية الصحة والسكان لولاية الجزائر

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الحروق الكبرى الدكتور "سعيد شيبان" بزرالدة

الرقم: 34/...../2025

**مقرر توجيه للتربص**

إن مدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للحروق الكبرى بزرالدة

- بمقتضى الأمر رقم 03/06 المؤرخ في 2006/07/15 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 23-183 المؤرخ في 21 شوال عام 1444 الموافق ل 11 مايو سنة 2023، يعدل قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق ل 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 09/240 المؤرخ في 2009/06/22 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك النفسانيين للصحة العمومية.

وبإقتراح من السيد المدير الفرعي لإدارة الوسائل

**"يقرر"**

**المادة الأولى:** توجه السيدة: بن سعدي وسام - بصفتها متربصة كأخصائية نفسانية -

**إلى مصلحة:** الجراحة البلاستيكية و الحروق " وحدة الكبار " كل يوم ثلاثاء لمدة 02 شهرين.

**المادة 02:** يكلف السيد المدير الفرعي لإدارة الوسائل بتنفيذ هذا المقرر الذي سينشر في سجل القرارات الإدارية.

16 يولي 2025

**حرر بزرالدة:**

**المدير**

السيد عبد السلام

المدير الفرعي لإدارة الوسائل



**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**وزارة الصحة**

مديرية الصحة والسكان لولاية الجزائر

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الحروق الكبرى الدكتور "سعيد شيبان" بزرالدة

الرقم: 2025/.....

**مقرر توجيه للترخيص**

إن مدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للحروق الكبرى بزرالدة

- بمقتضى الأمر رقم 03/06 المؤرخ في 2006/07/15 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 23-183 المؤرخ في 21 شوال 1444 الموافق لـ 11 مايو سنة 2023، يعدل قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 09/240 المؤرخ في 2009/06/22 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك النفسانيين للصحة العمومية.

وبإقتراح من السيد المدير الفرعي لإدارة الوسائل

**"يقرر"**

**المادة الأولى:** توجه السيدة: بوصاع سارة شهيناز

بصفتها متربصة كأخصائية نفسانية -

إلى مصلحة: الجراحة البلاستيكية و الحروق " وحدة الكبار " كل يوم ثلاثاء لمدة 02 شهرين.

**المادة 02:** يكلف السيد المدير الفرعي لإدارة الوسائل بتنفيذ هذا المقرر الذي سينشر في سجل القرارات الإدارية.

16 ماي 2025

**حري بزرالدة:**

ع/المدير

ش.ع.م.ز.ي

فرعي إدارة الوسائل



REPUBLIQUE ALGERIENNE, DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

Direction des Ressources Humaines  
S/Direction de la Formation et Documentation

A

**Dr BENMEDJBER**

**Service:** Chirurgie plastique reconstruction  
esthétique et brûles

## **AFFECTATION**

Permettez –moi de vous affecter le (la) stagiaire (e)

M<sup>o</sup> BENSADI Wissam

M<sup>lle</sup> BOUSSA Sarah Chahinez

**Etablissement d'origine :(Université, Institut, Privé)**

UMMTO

**Spécialité :** Psychologie de la santé.

Pour un stage pratique d'une période allant du 29/12/2024 (**étude de cas**).

Et vous demanderez aussi d'assurer un suivi pédagogique et un contrôle continu.

Le (la) stagiaire doit également se conformer à la discipline et au fonctionnement de vos service.

Veuillez agréer Madame, Monsieur l'expression de mes meilleures salutations

Tizi-Ouzou le 18/12/2024  
Le S/Directeur de la Formation et de la Documentation

**C.H.U de Tizi-Ouzou**  
Mr. BELGACEM Ibrahimi  
Professeur en Neurochirurgie  
S/Directeur de la Formation et de  
la Documentation

