جامعة مولود معمري تيزي-وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الوساطة العلاجية ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي

– دراسة شبه تجريبية–

أطروحه لنيل شهادة دكتوراه ل. م. د في علم نفس العيادي

تخصص علم النفس الصحة

إعداد الطالب:

- مولى يسين

تحت إشراف:

أ.د/ وندلوس نسيمة– نسيبة

أعضاء لجنة المناقشة:

لقب واسم العضو	رتبة العضو	الدرجة	الصفة
أ.د. عزيرو سعاد	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري تيزي وزو	رئيسا
أ.د. وندلوس نسيمة -نسيبة	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري تيزي وزو	مشرفا ومقررا
د. زواني نزيهة	أستاذة محاضرة "ا"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	مناقشا
د. لعلام لوناس	أستاذ محاضر "ا"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	مناقشا
د. منصور غنية	أستاذة محاضرة "ا"	المركز الجامعي عبد الله مرسلي -تيبازة-	مناقشا خارجيا
د. قاسي خليفة	أستاذ محاضرة "ا"	جامعة عبد الرحمان ميرة -بجاية-	مناقشا خارجيا

السنة الجامعية: 2024/2023

Ce qui ne s'exprime pas s'imprime……

Jacques Salomé

كلمة الشكر

أتقدم بخالص الشكر والامتنان

للأستاذة" وندلوس نسيمة -نسيبة" لإشرافها على هذه الاطروحة

وعلى كل النصائح، التوجيهات والتسهيلات التي قدمتها لي.

نشكر لجنة المناقشة لتقبلهم تقييم هذه الاطروحة.

كما اتوجه بجزيل الشكر إلى كل الأساتذة الذين ساهموا بتوجيهاتهم

ونصائحهم لإتمام هذه الدراسة وأخص بالذكر الأستاذة زواني نزيهة

والأستاذة معروف خلفان لويزة و الأستاذ خلفان رشيد

كما أتوجه بشكر خاص لأفراد مجموعة عينة الدراسة لقبولهم المشاركة في البحث.

كما أشكر كل من ساعدني من قريب أو بعيد ولو بكلمة تشجيعية.

مولى يسين

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى الوالدين الكريمين

وإلى ماما "جيجيقة"

الى روح الدكتورة "نادية كاشا" التي ساهمت بتوجيهاتها

الميدانية لإتمام هذا العمل

الى زوجتي والى قرة عيني "نانوشكا"

إلى جميع إخوتي

إلى جميع زملائي في العمل "مؤسسة الوقاية عزازقة"

وجميع موظفي قطاع ادارة السجون

وإلى كل من حملتهم ذاكرتي ولم تحملهم مذكرتي

يسين

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى تسليط الضوء على العلاج بالوسائط العلاجية وأهميته في تحسين نوعية الحياة بأبعادها لدى المصابين بالتّصلب اللّويحي، وذلك بإجراء حصص علاجية مبنية على وسيط اللّصق على عينة تتكون من خمسة أفراد مصابين بالتّصلب اللّويحي.

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الشبه التجريبي للعينة الواحدة بتطبيق استبيان SEP-59 قبل بداية الحصص العلاجية وإعادة التطبيق بعد إتمام الحصص العلاجية.

توصلت الدراسة إلى تحقق فرضيات الدراسة، أي أن مستوى نوعية الحياة بأبعادها قبل تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي منخفض، كما توصلت الدراسة الى أن مستوى نوعية الحياة بأبعادها بعد تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي مرتفع، كما توصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابين بالتصلب اللويحي في القياس القبلي والقياس البعدي في أبعاد نوعية الحياة، مما يدل على فعالية العلاج بوسيط اللّصق في تحسين نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي.

الكلمات المفتاحية:

التّصلب اللّويحي – الوساطة العلاجية – اللّصق– نوعية الحياة –

Abstract

The present study aims to shed light on therapeutic mediation and its importance on improving the quality of life with its dimensions for individuals suffering from Multiple Sclerosis by conducting therapy sessions using collage as a medium on a sample of fiveindividuals with Multiple Sclerosis.

This study has adopted a quasi-experimental method for a single sample, applying the questionnaire SEP-59 before the beginning of the therapy sessions and reapplying it after the sessions were completed.

The study has confirmed the study hypotheses. Thus, the quality of life with its dimensions was low before the application of the collage technique to individuals with Multiple Sclerosis, but it is high after the application of the precedent technique to those people. Besides, the study found that there are significant differences between the pre-test and post-test averages of individuals with Multiple Sclerosis in the quality-of-life dimensions. This shows the importance of collage as a therapeutic medium in enhancing the quality of life for individuals with Multiple Sclerosis.

.

Keywords:

Multiple sclerosis-therapeutic mediation- collage- quality of life

فهرس المحتويات

العنوان **الصفحة**

كلمة شكر وتقدير

إهداء

ملخص البحث

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الاشكال

فهرس الصور

مقدمة.....03

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1- الإشكالية 06

2- الفرضيات 15

3- أسباب اختيار الموضوع 15

4- هدف البحث 16

5- أهمية البحث.....16

6- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة إجرائيا.....16

الجانب النظري

الفصل الأول: نوعية الحياة

تمهيد

1-مفهوم نوعية الحياة 20

2-نشأة مصطلح نوعية الحياة 22

3-النماذج النظرية لنوعية الحياة 25

3-1- النموذج بوبولز و معاونيه Bubolz& all 1980.....25
3-2-نموذج بيقلواو معاونيهBigelow.....26
3-3- نموذج رايشو زوترا Reich et Zautra.....26
3-4- نموذج أبي و اندروس Abbey et Andrews.....27
4- العوامل المرتبطة بنوعية الحياة 28
4-1- المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية 28
4-2- المتغيرات المتعلقة بظروف المعيشة 29
5- أبعاد نوعية الحياة 30
6- نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.....31
7- علم نفس الصحة ونوعية الحياة 33
8- نوعية الحياة والتصلب اللويحي 34
خلاصة الفصل

الفصل الثاني: التصلب اللويحي

تمهيد
1- لمحة شاملة عن الجهاز العصبي 38
1-1- الجهاز العصبي المركزي 38
1-2- الجهاز العصبي المحيطي 39
1-3- النسيج العصبي 40
2- تعريف التصلب اللويحي 42
3- البدايات الأولى لتشخيص التصلب اللويحي 43
4- عوامل الإصابة بالتصلب اللويحي.....44
5- انتشار مرض التصلب اللويحي في شمال افريقيا والجزائر.....46
6- تشخيص التصلب اللويحي 46
7- الانتكاس والتقدم في التصلب اللويحي 48
8- أنواع التصلب اللويحي 49
8-1- تصلب لويحي انتكاسي خمودي (SEP RR) Forme rémittente récurrente 50

8-2- تصلب لويحي مترقي ثانوي (SEP SP) Forme secondairement progressive 50
8-3- تصلب لويحي مترقي اولي (SEP PP) Forme primaire progressive 51
8-4- تصلب لويحي انتكاسي مترقيForme progressive avec poussées..... 52
9- دور جهاز المناعة..... 52
10- اعراض التصلب اللويحي 54
11- التصلب اللويحي ونوعية الحياة 57
12- علاج التصلب اللويحي 58
12-1- العلاجات الكيميائية 58
12-2- البرامج العلاجية والعلاجات النفسية 61

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الوسائط العلاجية

تمهيد

1- نبذة تاريخية عن العلاج النفسي..... 67
2- العلاج النفسي المعاصر 68
3- خصائص العلاج النفسي 69
4- تعريف العلاج بالوسائط العلاجية 70
5- تاريخ العلاج بالفن والوسائط العلاجية..... 71
6- علاقة التحليل النفسي بالوساطة العلاجية..... 72
7- من الفن الى الوساطة العلاجية..... 74
8- الاسس النظرية والتطبيقية للوساطة العلاجية..... 75
9- اللّصق le collage..... 78
10- الوسائط العلاجية وتطبيقاته..... 79
11- اللّصق وتطبيقاته..... 82
12- النماذج الأساسية للعلاج بالوسائط العلاجية..... 82

خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد
1-الدراسة الاستطلاعية 89
2- منهج الدراسة 92
3- عينة الدراسة 93
4- مكان اجراء البحث 94
5- أدوات الدراسة.....95
5-1- المقابلة العيادية النصف موجهة.....95
5-2- تقنية اللصق..... 97
5- 3-استبيان نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي SEP-59.....100
5-3-1-ترجمة الاستبيان.....104
5-3-2-خصائص الافراد المشاركين في الترجمة 105
5-3-3- بناء برنامج لتمرير الاختبار 107
5-3-4-الخصائص السيكو مترية لاستبيان نوعية الحياة SEP-59.....108
6-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....118
7-كيفية إجراء الدراسة 119
خلاصة الفصل

- الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل النتائج 125
1-1- حساب الدلالة الإحصائية 126
1-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.....126
1-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.....130
1-1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة 133
1-2-حساب الدلالة العملية «حجم الأثر".....138
2- عرض الحالات..... 141
2-1- تقديم الحالة الأولى والجلسات العلاجية.....141
2-2- مناقشة الحالة الأولى 150

2-3- خلاصة الحالة الأولى.....152
2-2- تقديم الحالة الثانية والجلسات العلاجية.....153
2-2-1-مناقشة الحالة الثانية 160
2-2-2- خلاصة الحالة الثانية.....162
3- مناقشة عامة للنتائج.....162
استنتاج عام 168
قائمة المراجع.....170
الملاحق

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	العناصر التنبؤية لتدني نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي حسب الأهمية	57
02	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية	88
03	نتائج عينة الدراسة الاستطلاعية في استبيان SEP-59	89
04	خصائص عينة الدراسة الأساسية	92
05	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة البدنية) والدرجة الكلية للبعد في كلتا النسختين	109
06	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العراقيل الناتجة عن الحالة البدنية) والدرجة الكلية للبعد	109
07	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العراقيل الناتجة عن الحالة النفسية) والدرجة الكلية للبعد.	110
08	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الرفاهية الاجتماعية) والدرجة الكلية للبعد.	110
09	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الالام) والدرجة الكلية للبعد.	111
10	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة النفسية) والدرجة الكلية للبعد.	112
11	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الطاقة) والدرجة الكلية للبعد.	112
12	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة المدركة) والدرجة الكلية للبعد.	113
13	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الحسرة) والدرجة الكلية للبعد.	113
14	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (النوم) والدرجة الكلية للبعد.	114
15	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العمليات المعرفية) والدرجة الكلية للبعد.	115
16	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الوظيفة الجنسية) والدرجة الكلية للبعد.	115

فهرس الجداول

17	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (السند الاجتماعي) والدرجة الكلية للبعد.	116
18	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (نوعية الحياة العامة) والدرجة الكلية للبعد.	116
19	صدق المقارنة الطرفية لمقياس الدراسة	117
20	معامل الارتباط بين التطبيقين لمقياس الدراسة	118
21	كيفية تقسيم ورشات العلاج بالفن	120
22	اختبار معلمية توزيع البيانات	125
23	يبين نتائج الفرضية الاولى	127
24	يبين نتائج الفرضية الثانية	130
25	يبين نتائج الفرضية الثالثة	134
26	درجة تأثير تقنية اللصق في جميع أبعاد نوعية الحياة	139
27	يبين نتائج الحالة الأولى في القياس القبلي لاستبيان نوعية الحياة SEP-59	142
28	يبين نتائج الحالة الثانية في القياس القبلي لاستبيان نوعية الحياة SEP-59	154

فهرس الاشكال

رقم الشكل	عنوان	الصفحة
01	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الفئات العمرية للنسخة العربية	105
02	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الفئات العمرية للنسخة القبائلية	106
03	نتائج الفرضية الثانية	133
04	حجم الأثر لوسيط اللصق في نوعية الحياة	140
05	يبين نتائج القياس القبلي و البعدي في استبيان نوعية الحياة لوردية	151
06	يبين نتائج القياس القبلي و البعدي في استبيان نوعية الحياة لويزة	161

فهرس الصور

رقم الصورة	عنوان الصورة	الصفحة
01	مكونات الجهاز العصبي	39
02	مكونات الجهاز العصبي المحيطي	41
03	غمد الميلين	42
04	مكونات العصبون	42
05	الانتشار العالمي لمرض التصلب اللويحي المتعدد في عام 2013	45
06	ظاهرتي الانتكاسpoussée والتطورprogression في التصلب اللويحي	49
07	تصلب لويحي انتكاسي خمودي(SEP-RR)	50
08	تصلب لويحي مترقي ثانوي (SEP-SP)	51
09	تصلب لويحي مترقي أولي (SEP-PP)	51
10	تصلب لويحي انتكاسي مترقي(SEP-PP)	52
11	مراحل إزالة غمد الميالين	53
12	صورة تمثل واجهة الاستبيان في برنامج التمرير	107
13	صورة تمثلجزء من الأسئلة في النسخة العربية	107
14	صورة تمثل كيفية ظهور نتائج الاستبانة	107
15	الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الثانية	143
16	الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الثالثة	145
17	الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الرابعة	146
18	الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الخامسة	147
19	الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية السادسة	148
20	الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية السابعة	149
21	الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الثامنة	150
22	الإنتاج الفني لويزة في الجلسة العلاجية الثانية	155
23	الإنتاج الفني لويزة في الجلسة العلاجية الثالثة	156
24	الإنتاج الفني لويزة في الجلسة العلاجية الرابعة	156
25	الإنتاج الفني لويزة في الجلسة العلاجية الخامسة	157

26	الإنتاج الفني لويزة في الجلسة العلاجية السادسة	158
27	الإنتاج الفني لويزة في الجلسة العلاجية السابعة	159
28	الإنتاج الفني لويزة في الجلسة العلاجية الثامنة	160

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	ترخيص للقيام بدراسة ميدانية في المستشفى الجامعي ندير محمد–تيزي وزو –مصلحة الاعصاب بالوا.
02	ترخيص كتابي لترجمة استبيانSEP-59الى العربية والقبائلية
03	النسخة الاصلية لاستبيان نوعية حياة SEP-59باللغة الفرنسية
04	النسخة النهائية لاستبيان نوعية الحياة SEP–59 باللغة القبائلية
05	النسخة النهائية لاستبيان نوعية الحياةSEP-59باللغة العربية
06	الخصائص السيكو مترية لأداة الدراسة النسخة العربية
07	الخصائص السيكو مترية لأداة الدراسة النسخة القبائلية
08	استمارة الموافقة في المشاركة في الدراسة
09	نتائج الدراسة الأساسية في SPSS-26
10	قائمة الأساتذة المحكمين باللغة العربية
11	قائمة الأساتذة المحكمين باللغة القبائلية

مقدمة:

تعتبر العلاجات النفسية المبينة على الوساطة العلاجية بمثابة قفزة نوعية في مجال علم النفس، و تفتح إيجابي على مختلف التخصصات كالفن خاصة إذا علمنا أن أغلبية العلاجات التي تعتمد على وسيط علاجي تتجه الى أحد الفنون، كالرسم، النحت، الرقص، الموسيقى، الغناء، الدراما و غيرها، و يمكن تسمية هذه التقنية حسب الوسيط المستعمل و لذلك نجد خلط في استعمال مفهومين و هما الوساطة العلاجية و العلاج بالفن، اللّذان يدلان في نفس الوقت على معنى واحد و الاختلاف يكمن في التخصص الذي ينتمي اليه المستعمل، و بما أن هذه الدراسة في مجال علم النفس و أن الباحث يهدف إلى تطبيق وسيط اللّصق لتحسين نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي فانه يجدر استعمال الوساطة العلاجية أكثر من استعمل العلاج بالفن.

اللّجوء إلى تطبيق وسيط علاجي عادة ما يكون لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، ونذكر على سبيل المثال التصلب اللويحي(sclérose en plaque)وهو مرض مناعي ذاتي(auto-immune)يؤثر على الجهاز العصبي المركزي(système nerveux central) ،فيعتبر من الأمراض الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على العمليات الحسية والادراكية،الأمر الذي يؤثر على الحالة النفسية وإمكانية ظهور اضطرابات كالقلق والاكتئاب بسبب عدم اليقين والقلق، كل هذه الآثار تؤثر على نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي.

ويعتبر مصطلح نوعية الحياة من بين المُصطلحات التي لها صلة بالصحة النفسية، رغم أن الاستعمال الأول كان مرتبطا بمستوى المعيشة، والرفاهية الاقتصادية، هذا ما يبين لنا أهمية دراسة نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بهدف التدخل العلاجي والتكفل النفسي خاصة لدى هذه الفئة أين يكون التعبير الشفوي غير مجدي وذلك بسبب نقص أو انعدام إمكانية الترميز والتعبير عن

حالتهم النفسة، فترى آن برونAnne Brun 2017أن العلاجات التحليلية الكلاسيكية غير مجّدية في علاج الاضطرابات الثقيلة كالأمراض المزمنة، وتقول إن استعمال وسيط في العلاقة العلاجية كالرسم، النحت، العجينة و غيرها من الوسائط من بين الطرق التي تعطي نتائج جد إيجابية، و في هذه الدراسة تم اللجوء الى استعمال وسيط اللّصق.

فقد تم تطبيق تقنية اللصق مع خمس حالات تعاني من مرض التصلب اللويحي، واستفادت من ثمانية حصص علاجية فردية، وذلك بتطبيق استبيان نوعية الحياة sep-59 الذي تم من خلال هذه الدراسة ترجمة الاستبيان الى العربية والقبائلية، وبعدها حساب الخصائص السيكومترية، وبعد ذلك نقوم بتطبيق الاستبيان قبل تطبيق تقنية اللّصق وإعادة قياس نوعية الحياة بعد إتمام الحصص العلاجية الفردية التي تم فيها استعمال تقنية اللّصق.

في هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الشبه التجريبي للعينة الواحدة لأن الغرض من الدراسة هو التأثير في إدراك نوعية الحياة لدى هذه العينة، تحتوي الدراسة على خمسة فصول مقسمة الى جزئين نظري وتطبيقي، إضافة الى الإطار العام للدراسة الذي يتضمن الإشكالية وعرض تساؤلات الدراسة وفرضياتها.

بينما يتكون الجانب النظري من ثلاثة فصول حيث خصص الفصل الأول لمتغير نوعية الحياة، وخصص الفصل الثاني لمرض التصلب اللويحي، وخصص الفصل الثالث لمتغير الدراسة الثاني وهو الوسائط العلاجية بالتطرق الى عرض عام عن البدايات الأولى للعلاج النفسي والعلاج النفسي المعاصر والوسائط العلاجية، كما تم التطرق بأكثر تفصيل عن وسيط اللّصق le collage بما انه الوسيط المستعمل في الدراسة الحالية.

بينما يتكون الجانب التطبيقي من فصلين، فصل الإجراءات المنهجية للدراسة ويتضمن الدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع للدراسة، أدوات الدراسة، عينة الدراسة، إجراءات الدراسة، وفصل عرض ومناقشة النتائج، حيث تم فيه الإجابة على تساؤلات الدراسة وعرض حالتين نموذجيتين للدراسة، ومنها مناقشة عامة لنتائج الدراسة، وتقديم بعض الاقتراحات كحويصله لهذه التجربة الرائعة مع وسيط اللصق.

الإطار العام
لإشكالية الدراسة

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1- الإشكالية

2- فرضيات الدراسة

3- أسباب اختيار الموضوع

4- أهداف البحث

5- أهمية البحث

6- تحديد المفاهيم الأساسية اجرائيا

1- الإشكالية

تناولت العديد من الدراسات الصحة والمرض من عدة وجهات نظر، كل حسب التخصص و الهدف المنشود، فيرى Gustave-Nicolas Fischer 2020أن المرض من بين المواضيع الأساسية المدروسة في مجال علم النفس الصحة، فيعتبر مفهوم المرض كمصطلح عام يشمل العديد من الاضطرابات العضوية و الوظيفية، كما يضيف بأن الحالة المرضية لا تتعلق فقط بالجانب العضوي و خلايا الجسم المريضة بل تتعدى ذلك فتعتبر كحدث تحدده العوامل النفسية و الاجتماعية التي تلعب دور جد مهم في حدوث المرض، فالكثير من المجتمعات و الثقافات تربط فكرة المرض ببعض المفاهيم و الخصوصيات الثقافية كالدين، القيم و العادات الاجتماعية السائدة في هذه المجتمعات.

فالبدايات الأولى لتفسير المرض والصحة كانت مرتكزة على الجانب الجسدي، فكانت الدراسات الطبية و البيولوجية في صدارة تفسير المرض و الصحة و علاج الأمراض، فالنموذج الطبي ركز على الجانب الجسدي و الفيزيولوجي و يرى أن سبب المرض يرجع الى معطيات خارجية كالفيروسات و الجراثيم و غيرها من الأسباب الخارجية، بينما نظرية الضغط و على رأسها كانون Cannon1912 وسيلي Selye 1956 قد ركزوا في تفسيرهم للمرض على الأسباب الخارجية كالضغط، بينما ركز النموذج السيكوسوماتي على الأسباب الدّاخلية من الصراعات القديمة و الإحباطات الغير مُعبر عنها، و التي تظهر على شكل أمراض و اضطرابات جسدية و أسبابها نفسية، بينما التفسيرات الاجتماعية فقد ركزت على الجانب العلائقي الاجتماعي و مدى تكوين الفرد للعلاقات الاجتماعية و بينت دراسات بريرا Barrera1986أن الناس الأكثر عزلة هم الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض (Bruchon-Schweitzer.2008)

فحاليا تعتبر نظرة علم النفس الصّحة للمرض و الصّحة نظرة شاملة و مُلمة، تأخذ بعين الاعتبار جميع النواحي النفسية و الاجتماعية و الطبية، و لعل أهم الأسباب التي بينت أهمية النظرة الشاملة هي الأمراض المزمنة، و ذلك لأن المرض المزمن يستدعي متابعة طويلة الأمّد مما يؤدي الى المساس بنوعية حياة الفرد، فالمرض يعتبر كدخيل جديد غير مرغوب به ليعرقل مسار حياة الفرد بأكمله، فإنه يفرض تحولا في وتيرة الحياة، فعن Dominique Lhuilierعام 2016 و حسب Canguilhem 2008المرض أو الحالة المرضية ليست خسارة مستوى بل هي خسارة وتيرة حياة تنظمها معايير حيوية في حالة وظيفية غير صحية و هي مستهلكة للطاقة النفسية، لأنها تمنع الكائن الحي من المشاركة النشطة والسهلة في الحياة اليومية، مما يولد فقدان الثقة والاطمئنان.

ويتميز المرض المزمن عن غيره بمجموعة من الخصائص، كالأسباب المؤدية للمرض حيث توجد علاقة قوية بين المرض المزمن ونمط الحياة وسلوكيات المريض المتعلقة بالصحة أو المرض، وخاصية عدم إمكانية التنبؤ بمآل أو مسار المرض من حيث التحسن والشفاء أو الانتكاس، والخاصية الأكثر صعوبة تتمثل في أن هذا النوع من الأمراض أغلبها لا تشفى، ولذلك فعلاجها جد مكلف وطويل الأمّد خاصة إذا ظهرت المضاعفات الخطيرة، كما أنها تؤدي إلى إعاقات وظيفية وجسدية مما يزيد من معاناة المريض ويؤثر على نوعية حياته (زعطوط، 2005)

ومن بين الأمراض المزمنة نجد أمراض القلب، تلك التي تمس الجهاز التنفسي، مرض السكري، والأمراض التي تمس الجهاز العصبي كالتصلب اللّويحي الذي هو عبارة عن مرض عصبي التهابي مزمن، عادة ما يتطورعلى شكل نكسات Poussées يصعب التحكم أو التنبؤ بها، وأثناء هذه النكسات يتم نزع مادة الميلين مما يؤثر على عمل السيالة العصبية(Leprieur,2019) .

فالتصّلب اللّويحي مرض عصبي متقدمmaladie neurodégénérative chronique كما أنه مرض التهابي يصيب الجهاز العصبي المركزي بنزع مادة الميلين وذلك لوجود خلل على مستوي جهاز المناعة، ومنه فمرض التصلب اللويحي مناعي ذاتيauto-immune، يصيب الشاب الراشد ابتداء من 20 الى 40 سنة، ويعتبر السبب الأول المؤدي الى الإعاقة الغير صدمية لدى الشاب الراشد(Leprieur,2019)

بينت الدراسات أن مرض التصلب اللويحي مرض مزمن خطير مع التقدم التدريجي في كثير من الأحيان ولا يمكن التبوء به، وحسب منظمة الصحة العالمية فإن الأمراض المزمنة هي مشاكل صحية تستلزم تكفل علاجي متواصل لعدة سنوات (OMS, 2003)، كما أن أغلبيتها تنتهي أو تؤدي الى أمراض أو إعاقة مؤقتة أو دائمة.

حيث توصلت الباحثة مريم بن بوزيد 2020 في دراستها تحت عنوان تقييم القدرات المعرفية عند المصاب بالتصلب اللويحي المتعدد الى أن نسبة 100٪ من عينة الدراسة يعانون من ضعف معرفي خفيف، كما أن هذه الملاحظة قد تزيد في الحدة والخطورة خاصة بعد الدفعة الأولى، هذا ما يبين تفاقم وتقدم المرض مع الوقت.

وكما بينت دراسة الباحثة غزالي عام 2014 في دراستها تحت عنوان "تقييم نفس–عصبي للمهارات المعرفية لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد" أن المصابين بالتصلب اللويحي يعانون حتما من اضطرابات معرفية وذلك مهما كان النمط التطوري للمرض وأنها تكون متغيرة في الشدة من مُصاب إلى آخر وذلك حسب مدة الإصابة وحسب النمط التطوري للمرض.

كما أن الآثار السلبية للمرض لا تمس فقط الجانب الجسدي بل تمس كذلك الجانب النفسي، فقد تظهر العديد من الاضطرابات النفسية عند التشخيص(Leprieur,2019)، كما يمكن أن تكون الاضطرابات النفسية السبب المفجر للمرض، فهنالك علاقة تأثير و تأثر ما بين المرض و الاضطرابات النفسية، فمن بين الأسباب المفجرة للمرض هي الضغط، حيث بينت دراسة قام بها فريق لي Liعام 2005 أن الأحداث الضاغطة يمكن أن تكون السبب في ظهور مرض التصلب اللويحي، بينما دراسة كنز Knez2013 بينت أن الفقدان و الضغط يمكن أن يكون السبب المفجر للمرض، كما توصلت نفس الدراسة الى أن الاضطراب قد يكون راجع لضغط عاشه الفرد عام قبل ظهور الأعراض الأولى للمرض(Leprieur,2019).

فالاضطرابات النفسية يمكن أن تكون السبب المفجر للمرض كما يمكن أن تكون نتيجة للمرض، ومن الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض التصلب اللويحي يمكن تشخيص الاكتئاب في كل مراحل المرض، واحتمال الاصابة بالاكتئاب لدى المصابين بالتصلب اللويحي يقدر بنسبة 50%، ويقدر معدل حدوثه السنوي بنسبة 20%، وغالبا ما تكون بدايته مبكرة فيظهر لدى 30% من مرضى التصلب اللويحي سنتان فقط بعد التشخيص(Leprieur,2019).

كما تجدر الإشارة إلى أن الاكتئاب قد يكون نتيجة للالتهاب أو كتداعيات و آثار المرض، و كذلك يرافق التصلب اللويحي القلق بصفة دائمة كما قد يكون كعرض للاكتئاب، فتقدر نسبة القلق لدى هذه الشريحة من المرضى ب 25% الى 40% مقارنة بالمجتمع العام، و هي تظهر خاصة في فترة الإعلان عن التشخيص، كما نجد لدى هؤلاء المرضى فرط في التعبير العاطفي بنسبة 30%، يتميز بفقدان التحكم العاطفي و هو مزج ما بين السهولة و السيولة في التعبير العاطفي من جهة كما يمكن أن تكون عبارة عن كبح العاطفة و عدم القدرة عن التعبير، فالظهور المفاجئ و الغير المنضبط لشعور غير مناسب في مدته و شدته قد يشكل مشكلا حتى لدى المفحوص (Higue-van.2016).

هذا ما دفع المنصة الأوروبية لمرض التصلب اللويحي في قانونها للممارسات الجيدة فيفري (2014) للتصلب اللويحي وفي خضم وثائق الاجتماع للإشارة إلى أن نوعية الحياة للأفراد الذين يعيشون بالتصلب اللويحي قد تتأثر بمسار المرض مما يؤدي أحيانا إلى تدهور جسدي، معرفي، نفسي وعاطفي فهذه الحالة المزمنة للشخص قد تؤدي إلى تغيير مشروع الحياة للفرد خاصة وأن المرض يصيب عادة الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما ب ين20 و40 سنة، بمعنى في التطور الكامل لحياتهم المهنية، الاجتماعية والعائلية(Higue-van.2016)

هذا ما أكّدته الدراسة التي قامت بها شهراويChahraou& All عام 2010 بعنوان "نوعية الحياة الذاتية عند الأشخاص المصابين بمرض التصلب اللويحي" (Subjective quality of life profile in patients with multiple sclerosis)، توصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى الرضا العام عن نوعية الحياة جد

منخفضة لدى هذه الفئة من المرضى، كما أن التعب والآلام من بين الأعراض الأساسية لعدم الرضا، وعدم الرضا يمكن أن يظهر خاصة في شكل اكتئاب وقلق، وأنه كلما ارتفعت نسبة القلق والاكتئاب كلما انخفض إدراك نوعية الحياة.

ودراسة دليلة زناد (2015) بعنوان "نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي"، التي هدفت إلى التعرف على نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي ومجالاتها، والتعرف على المعاش السيكولوجي لهذه الفئة من المرضى، والتي توصلت إلى أن نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي جد متدهورة في معظم أبعاد نوعية الحياة.

يشير الباحثون إلى تعدد مجالات استعمال مصطلح نوعية الحياة، كما تعددت المفاهيم فيما يخص هذا المصطلح، فكانت الاستعمالات الأولى للمصطلح تعني الجانب المادي، و هي نسبية في التعبير عن نوعية الحياة، من جانب يتمثل في إشباع الحاجات بمعنى تقاس بقدرة الفرد في إشباع حاجاتهم، أمّا الجانب الآخر يتمثل في القوة و استعمال القدرات العقلية من أجل تنمية علاقات اجتماعية هادفة، كما نجد الجانب الصحي و البنية الجسمية، بمعنى السلامة الصحية (معمرية،2020)، و من هنا بدأت النظرة الصحية لنوعية الحياة من الجانب الكلي للفرد.

و بدأت النظرة الشمولية لنوعية الحياة من تعريف منظمة الصحة العالمية لهذا المفهوم ب "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والأنساق القيم التي يعيش فيها و مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه، و اهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، و علاقته بالبيئة بصفة عامة"، و بالتالي فإن نوعية الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته" (WHOQOL Group, 1995)، فتعتبر نوعية الحياة كمتغير يتأثر بمجموعة من الظروف الداخلية و الخارجية، الموضوعية و الذاتية، غير أنها ذاتية أكثر مما هي موضوعية، فإدراك نوعية الحياة الذي يقدمه كل شخص يختلف حسب نظرته، و الرضا عن الحياة.

ولهذا يقولكوريجانوآخرون2001Corrigane&Allأن الرضا عن الحياة هو حكم ذاتي، ذو طبيعة معرفية، يصدره شخص بشأن وضعه في الحياة الحالية، فيما يتعلق بتوقعاتهم الخاصة، فهو حكم ذاتي وشعور داخلي ناتج من إدراك معرفي لنوعية الحياة أو ما قد يكون رفاهية حياة لشخص مصاب بمرض معين.

هذا ما أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة كل من تايلور وبوجدان عام1992 Taylor Bogdan، وكذلك فريكي وآخرون1994 Vreeke& all، ودراسة دينرو ليتمان 1999Dienerو Leitmanعلى ضرورة دراسة نوعية الحياة كمتغير إيجابي في الشخصية بدلا من الاهتمام بدراسة الشخصية (حمدى، 2 010).

ولذلك فدراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تأخذ عدة جوانب فقد تكون من ناحية كاستقصاء عن الشعور الذاتي للمفحوص، كما قد تكون كإجابة لمعرفة تأثير العلاج على نوعية الحياة لدى المفحوصين في مجال معين مثل العمل، كالدراسة التي قام بها أحمد ميلي وزملاؤه تحت عنوان " تأثير التصلب اللويحي على جودة الحياة والإنتاجية في العمل"، وتوصلت الدراسة إلى أن نوعية الحياة متغير يجب تقييمه وقياسه بصفة دورية لدى المصابين بالتصلب اللويحي لما له من أثر كبير في نسبة الإنتاجية لدى هذه الفئة من المرضى.

فقياس نوعية الحياة لدى هذه الفئة من المرضى ذو أهمية قصوى لما له من تأثير على الحالة النفسية، كما أنه لا يقتصر فقط على القياس من أجل الوصف بل يتعدى ذلك حيث يهدف قياس نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي إلى تغيير العلاج حسب الحالة النفسية للمريض، و وضع خطط علاجية هادفة لمرافقة و مساعدة المريض لإدراك نوعية حياة جيدة، أو القياس من أجل التدخل العلاجي ببناء برامج علاجية مخصصة كالدراسة التي قامت بها كريمة لوقاتKarima Leguet 2018التي توصلت إلى أن التربية العلاجية تلعب دور في تحسين نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي.

من خلال دراسةLeguet 2018 ويتبين لنا أهمية دراسة نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي، كما يظهر لنا أهمية التكفل النفسي في علاج الأمراض المزمنة، خاصة إذا علمنا أن نوعية الحياة تتكون من مجموعة من المؤشرات و منها ظهور بعض الاضطرابات النفسية أو عدم ظهورها كالاكتئاب و القلق، حيث أن بعض الأمراض تكون مصاحبة لها كالتصلب اللويحي، و لذلك وجب التدخل النفسي لمحاولة مساعدة هؤلاء المرضى والخفض من هذه الأعراض، ففي التصلب اللويحي يكون الاكتئاب جد وارد و لذلك استوجب التدخل العلاجي، و من بين الدراسات التي بينت أهمية التكفل النفسي في علاج التصلب اللويحي نجد دراسة كل من صليحة بلكويرات شريفي هناء و برزوان حسيبة 2018 بعنوان "فعالية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيض من استجابة القلق و الاكتئاب لدى المصابين بالتصلب اللويحي"، و التي توصلت إلى أن هنالك فروق في القياس القبلي و البعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى كلا من الحالتين حيث تعلمت الحالتين تقنية الاسترخاء و تأكيد الذات و ضبط الذات و تقنية النمذجة التي ساعدت الحالتين في ضبط انفعالاتها و تغيير الأفكار السلبية الى أفكار إيجابية بالإضافة الى تعلم مكيانيزمات تسهل لهما التكيف (بلكويرات،2018).

من هنا نلاحظ أهمية قياس نوعية الحياة من أجل التدخل العلاجي الطبي و النفسي و تغيير الهدف العلاجي حسب الحاجة، و يبقي المجال واسع لتطبيق طرق علاجية جديدة للتعرف عن فعاليتها فيما يخص مرض التصلب اللويحي و نوعية الحياة، مما يدل على أن الحاجة للكفالة النفسية و المساندة لمختلف الاضطرابات العضوية المزمنة أضحت ضرورة ملحة و مهمة، كما أن الكفالة النفسية مع هذه الفئة تتطلب نوع من اللّيونة و الإبداع من أجل الوصول إلى نتائج إيجابية، فترى Anne Brun 2017أن العلاجات التحليلية الكلاسيكية غير مجدية في علاج الاضطرابات الثقيلة كالذهّان، التوحد و الأمراض المزمنة، و تقول أن استعمال وسيط في العلاقة العلاجية من بين الطرق التي تعطي نتائج جد إيجابية.

ونعني بالوساطة العلاجيةحسبAnne Brunو SilkeSchauder (2021)على أنها مجموعة من الممارسات العلاجية التي تعتمد على وسيط مرن، غالبا ما يكون هذا الوسيط من بين الفنون، كالرسم، والنمذجة، الكتابة، الموسيقى المسرح، الرقص، رواية القصص، الدمى والتصوير الفوتوغرافي، والمسرح والفيديو واللّصق و غيرها من الفنون.

وبالرغم من التناقض الموجود ما بين العلاج النفسي الذي يتطلب ترتيبات وطريقة واضحة وإطار وعقد علاجي، مقارنة بالفن الذي هو غير واضح الملامح إلا أنه يعتبر حاليا من بين الطرق العلاجية التي أتت بنتائجها في مختلف التخصصات، حتى وأن الفن كان علاجًا قبل بداية العلاج النفسي، فنجد الفّن منذ نشأة الإنسانية وفي كل الحضارات القديمة والحديثة، فيعتبر الفن جزء من حياة الإنسانية، فنجده في كل الحياة اليومية من خلال الرسومات والطقوس، فهو راسخ في الوقت والزمان، بمعنى أن النتاج الفني يبقي حاضرا وحيًا.

يتيح الفن إمكانية الترميز و الربط ما بين الحسي و التعبير اللّفظي فيقول توماس ريبيرون2019 Thomas Rabeyron أن استخدام الوسائط العلاجية يتيح للمفحوص إمكانية الوصول إلى مرحلة الترميز خاصة لدى المفحوصين الذين لم تجدي معهم العلاجات النفسية الكلاسيكية المعتمدة على المقابلة العيادية، و التداعي الحر، بسبب أنها غير مناسبة أو غير كافية خاصة لدى المصابين بالتوحد، الذهان، و الاضطرابات السيكوسوماتية و كل الاضطرابات و الأمراض التي لها علاقة بالجسد، و التي تتسم خاصة بعدم القدرة عن التعبير الذاتي بالألفاظ، فالتوظيف النفسي لهؤلاء الأشخاص يتطلب اللّجوء إلى تطبيق طرق علاجية تعبيرية غير تلك المعروفة.

ويضيف كل من روسيليون Roussillon(1991) وميلنرMilner (1955) بأن الوسيط العلاجي يسمح للمفحوص باستعمال سيرورة ترميزية تتمثل في الربط الحسي الحركي عند استخدام الوسيط الحسي كالنقش، الرسم، العجينة، التربة واللّصق، فتكون التجربة على شكل ربط غير لفظي ما بين الإحساس والوسيط، وهو على شكل ربط بالإيماءة (Brune, 2015).

ولذلك تلعب الوسائط العلاجية دورا مهما في العلاجات النفسية لذلك يرى مون (1994) Moon أن الوسائط العلاجية تتيح لمجال العلاجات النفسية إمكانية التدخل العلاجي دون اللّجوء إلى الكلمات، وهذا عند فحص أعمال المفحوصين/الفنانين، حيث علينا فحص النتاج الفني والبحث عن المشاعر، الأفكار، الجهد البدني وروح النتاج الفني، فوجب على المعالج النفسي التركيز على كل هذه الجوانب والنظر إلى النتاج الفني كأنه رمز مقدس ورمز لقصة حياة مقدسة فهي أكثر تعبيرا من الكلمات.

وحسب بوتاش (2014) Potash يساعد الفن في التنفيس والتعبير عن الغضب كما يساعد في التقليل من الشعور بالمشاعر السلبية كما يساهم في تنمية القدرة على فهم الذات بافتراض أن الرسم يمكن من خلاله إقامة جسور للتواصل بين المريض والمعالج لتبادل الأفكار والمعاني(Potash. 2014)،و هذا ما توصلت اليه جوليا كولين قيوم(2012) Julie Collins Guillaumeفي دراستها بعنوان "خبرة بالعلاج بالفن مهيمنة بفنون بلاستيكية لدى المصابين بأمراض الدم الخبيثة" «une expérience d’art-thérapie à dominante arts plastique auprès de personnes atteintes d’hémopathies malignes » بتطبيق برنامج متمركز على الرسم، النحت، اللّصق، خلال جلسات علاجية فردية على عينة من المرضى المتواجدين في المستشفى من أجل العلاج، توصلت الدراسة إلى أن للوساطة العلاجية مكانتها في مصلحة الأمراض السرطانية لما لها من تأثير إيجابي على نوعية الحياة و تقدير الذات و كذلك في مساهمتها في الاحساس بالقيمة و القدرة التعبيرية لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

نلاحظ أن دراسة جوليان كولين قيوم 2012 Julie Collin Guillaumeتتمحور في سجل قد يكون مخالفا لسجل التصلب اللويحي، حيث أن أمراض الدم و التصلب اللويحي كمرض عصبي يختلفان في العضو المصاب رغم أنهما في نفس الصنف من الأمراض، منه نلاحظ أن الوساطة العلاجية من بين العلاجات الحديثة التي أعطت نتائج جيدة في تطبيقها في مصلحة الأمراض السرطانية، حيث توصل كذلك حمايدية في دراسته بعنوان "التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية و العلاج بالفن"، إلى أن استعمال الفن و الوسائط العلاجية ذو أهمية بالغة في التكفل النفسي للمصابين بداء السرطان و السيدا

في علاج بعض الاضطرابات و المشاكل التي يعاني منها هؤلاء المرضي كمرافقتهم لتجاوز صدمة التشخيص و استكمال مراحل الحداد مع المشكلات النفسية الطارئة (حمايدية، 2016).

و هذا ما أشار اليه Bernard Chouvier 2008في التكفل النفسي بالأمراض المزمنة، حيث اعتبر العلاجات المبنية على الوسائط العلاجية ضرورية في المجال الصحي و المجال التربوي، و ذلك من أجل استدراك نقص النضج النفسي و الاستقلالية لدى المفحوصين، فما بين حاجة المرضى لإيجاد وسيلة تعبيرية عن ذواتهم و كذلك تقبل القيود الاجتماعية التي قد تعرقل المسار التعبيري لظرف أو لأخر وجب على مجال علم النفس مسايرة التقدم العلمي و معاصرة التقدم التكنولوجي و خاصة البحث عن علاجات تعطي نتائج في أقرب وقت ممكن، و لهذا وجب تطبيق علاجات باستخدام مواضيع وسيطيه في الجلسات العلاجية، و نظرا لمختلف الدراسات التي بينت أهمية الوساطة العلاجية في التكفل بالاضطرابات النفسية فقد اقرت منظمة الصحة العالمية في تقريرها 11 نوفمبر 2019 الزامية استعمال الوسائط العلاجية في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية.

ولعل من بين الدراسات التي اهتمت بالوساطة العلاجية لدى المصابين بالتصلب اللويحي نجد دراسةJacques Charlesعام 2014 والتي تعتبر بمثابة دراسة أساسية فيما يخص العلاج بالفن والتصلب اللويحي، قام الباحث باقتراح لمجموعة من المرضى المشاركة في جلسات علاجية باستعمال مختلف الوسائط كالرسم، الألوان المائية و الخط و كان الهدف من خلالها هو محاولة خفض الأثار الجانبية الحسية للمرض كطريقة لاسترجاع بعض المهارات الحركية، فكانت الاستفادة بنسبة 78 بالمئة من المشاركين حيث مكنت الدراسة بعض المشاركين في استرجاع بعض القدرات الحركية، غير أن الاستفادة الأكثر أو ما يمكن أن نسميه الاستفادة الثانوية تكمن في أن الجو الذي كانت تقام فيه الورشات سمحت للمشاركين بتبادل المواضيع و المشاكل التي يعانونها مما كان كسند علاجي غير وراد في الدراسة حيث أشار أغلبية المشاركين الى أن الاستفادة الكبيرة كانت من الجانب النفسي أكثر منه من الجانب الجسدي.

يسمح وسيط اللّصق للمريض بالتعبير عن ذاته دون الشعور بفوبيا الورقة البيضاء المعروفة لدى الفنانين، فيعتمد وسيط اللّصق على وجود المادة الأولية من أوراق، صور، مجلات و غيرها من المصادر التي يمكن تغيرها و تحويلها، حيث يعتمد وسيط اللصق على إعادة إعطاء معنى لمختلف المصادر و إعادة بنائها للتعبير عن ذاتية الفرد، و ذلك بجمع و ربط كل هذه الأجزاء المتبعثرة و المقطوعة كل على حدة فالفرد يتلاعب بالأشياء لإخراجها من سياقها، فكل هذه التمزقات و التقطيع هي التي تعطي للعمل معناه

بالرغم من التناقض المتواجد فيه من قطع و قص إلى ربط و بناء معنى جديد، تأخذ التجربة معنى في الفجوة الواضحة قبل وبعد، في تحويل الشيء، في التحول، يشير الجزء إلى إمكانية وجود صورة مبنية على دفعات(possibilité d'une image qui se construit à-coups)، خارج الخط المرسوم للمشروع، باتباع المسار الصعب لتاريخ الفن المفتوح لأي استئناف أو تاريخ شخص(Boyer-Labrouche, 2017)

اهتمت Magalie Sabot 2016 بوسيط اللّصق وذلك بتطبيق جلسات علاجية جماعية مع أفراد يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة والذين كانوا ضحايا عنف جنسي، حيث بينت الباحثة خاصية تقنية اللّصق والتي تتمثل بإعادة البناء للحدث الصدمي، ففي حالة عجز الكلمات للتعبير عن المعاش النفسي تفتح الصورة إمكانية السرد والتعبير بربط حسي حركي للتجربة النفسية الصعبة، منه يكون المريض ركيزة لمساعدة نفسه وتجاوز الفترات الصعبة.

ويتبين من خلال استعراض الأدبيات انعدام دراسة سواء في المجتمع الجزائري أو الدولي قد اهتمت بتطبيق تقنية اللّصق كوسيط علاجي لدى المصابين بالتصلب اللويحي بهدف التأثير في إدراك نوعية الحياة لديهم، و من هذا المنطلق أتت فكرة تطبيق تقنية اللصق لدى المصابين بالتصلب اللويحي للإجابة على التساؤلات التالية:

2- التساؤلات:

التساؤل الأول

- ما مستوى نوعية الحياة بأبعادها قبل تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي؟
- **التساؤل الثاني**
- ما مستوى نوعية الحياة بأبعادها بعد تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي؟

التساؤل الثالث

- هل هنالك فروق في درجة المتوسطات لنوعية الحياة بأبعادها في القياس القبلي والقياس البعدي لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي؟

2- فرضيات الدراسة

الفرضية الأولى

- مستوى نوعية الحياة بأبعادها قبل تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي منخفض.

الفرضية الثانية

- مستوى نوعية الحياة بأبعادها بعد تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي مرتفع.

الفرضية الثالثة

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابين بالتصلب اللويحي في القياس القبلي والقياس البعدي في أبعاد نوعية الحياة.

3- أسباب اختيار الموضوع

من بين الأسباب الأساسية التي دفعتنا لإجراء هذه الدراسة هي إعطاء صورة شاملة عن مرض التصلب اللويحي في المجتمع الجزائري، من حيث واقع المصابين بالتصلب اللويحي في المجتمع الجزائري، والتطرق الى مختلف العلاجات المطبقة للتكفل النفسي بهذه الشريحة، ومنها التعرف عن إمكانية تطبيق الوسائط العلاجية مع مرضى التصلب اللويحي، كما أن ميول الباحث الى الوسائط العلاجية منه الرغبة في التعرف أكثر على التطورات الحاصلة في مجال الكفالة النفسية باستعمال الوسائط العلاجية لدى مرضى التصلب اللويحي، ولهذا تعتبر الدراسة الحالية أول دراسة – في حدود علم الطالب – محلية استخدمت اللّصق كوسيط لتحسين نوعية حياة لدى مرضى التصلب اللويحي.

4- أهداف البحث

من بين الأهداف الأساسية للدراسة الحالية هي أولا التدخل العلاجي وتقييم مدى فعالية تقنية اللّصق في تحسين نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي، و التعرف على تقنية علاجية تتمثل في الوسائط العلاجية و محاولة الإحاطة بمفهوم الوسائط العلاجية والتدريب على تقنية اللصق، البحث عن الفروق بين نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي والوسائط العلاجية. وثانيا تقييم نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي.

5- أهمية البحث

تكمن الأهمية الرئيسية لذا البحث في المجال التطبيقي وذلك بعرض تقنية اللّصق وتطبيقها على مرضى التصلب اللويحي، ومنها التقرب الى مرضى التصلب اللويحي والكشف عن خصوصيات هذا المرض والمعاناة النفسية لدى هذه الشريحة، وذلك بقياس نوعية الحياة لديهم ومنه إعطاء الفرصة لمرضى التصلب اللويحي من الاستفادة من العلاج النفسي بتقنية علاجية تتسم بالمرونة في التطبيق كما تكمن أهمية الدراسة الحالية في وضع بين أيدي الممارسين العيادين، ممارسي الصحة وكذلك الطالب الجامعي نسخة من استبيان SEP-59المتخصص فقط في نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي.

6- تحديد المفاهيم الأساسية اجرائيا

6-1- نوعية الحياة: هي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوص من إجاباته على بنود استبيان نوعية الحياة SEP-59 المترجم في البحث الحالي.

6-2- التصلب اللويحي: هو مرض عصبي مناعي يصيب الجهاز العصبي المركزي والنخاع الشوكي ذلك بنزع مادة الميلين التي تغلف الاسلاك العصبية مما يعيق عملية التوصيل ما بين الدماغ والنخاع الشوكي وكل أجزاء الجسم، مما يولد فوضي على مستوى نقل السيالة، فهو مرض يصيبالمناعة الذاتية للجهاز العصبي المركزي فتهاجم مناعة الجسم الغشاء الميلين وهو غشاء عازل للخلايا العصبية في الدماغ والنخاع الشوكي.

6-3-الوسائط العلاجية: قمنا بالاعتماد في هذه الدراسة على وسيط اللّصق، ونعني باللّصق قطع وقص صور أو صفحات أو كتب، جرائد مجلات كتب أو أغلفة وإعادة لصقها على ورقة بطريقة مترابطة ومتداخلة للتعبير عن موضوع معين، فهي طريقة قطع وقص وإعادة التجميع كوحدة مترابطة ذو معنى ورموز.

الفصل الأول

نوعية الحياة

الفصل الأول: نوعية الحياة

- تمهيد
- 1- مفهوم نوعية الحياة
- 2- نشأة مصطلح نوعية الحياة
- 3- النماذج النظرية لنوعية الحياة
- 3-1- النموذج بوبولز و معاونيه Bubolz & all 1980
- 3-2- نموذج بيقلواو معاونيهBigelow
- 3-3- نموذج رايشو زوتراReich et Zautra
- 3-4- نموذج أبي و اندروسAbbey et Andrews
- 4- العوامل المرتبطة بنوعية الحياة
- 4-1- المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية
- 4-2- المتغيرات المتعلقة بظروف المعيشة
- 5- أبعاد نوعية الحياة
- 5-1- البعد الذاتي نوعية الحياة
- 5-2- البعد الموضوعي نوعية الحياة
- 6- نوعية الحياة المتعلقة بالصحة
- 7- علم نفس الصحة ونوعية الحياة
- 8- نوعية الحياة والتصلب اللويحي
- خلاصة الفصل

مقدمة الفصل

يُعد مفهوم نوعية الحياة من بين المفاهيم المعقدة و الأكثر تداولا في الآونة الأخيرة في مجال علم النفس و الحياة العامة، و لذا يعتبر من بين المفاهيم المعقدة و الصعبة للتعريف لما له من جوانب متداخلة و مترابطة يصعب التفريق فيما بينها، و هذا لاختلاف مجال استعمال هذا المفهوم و كذلك الأطر النظرية المتداخلة فيما بينها، و لذلك سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى تعريف مصطلح نوعية الحياة و كذلك مختلف النماذج النظرية التي تطرقت إلى هذا المفهوم و مختلف العوامل المرتبطة به، و هذا بهدف إعطاء نظرة مُلمة و عامة للمفهوم، و بعدها التطرق الى أبعاد نوعية الحياة و نوعية الحياة المتعلقة بالصحة للوصول إلى التعرف على علم النفس الصحة و نوعية الحياة، و من ثمة أهمية نوعية الحياة في مجال الأمراض المزمنة و التصلب اللويحي.

1- مفهوم نوعية الحياة

يبدوا للوهلة الأولى أنه من السهل تحديد مفهوم نوعية الحياة، بسبب التوظيف اليومي تقريبا، ومع ذلك يعد وضع تعريف لنوعية الحياة من بين المهام الصعبة، نظرا لما يحمله من جوانب متفاعلة وأبعاد متعددة، وحتى أنه هنالك تعدد في التسمية، هنالك من يقول جودة الحياة وهنالك من يسميه نوعية الحياة، هذا من جهة ومن جهة أخرى تعود صعوبة التعريف إلى أنّ مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا على تعريف موحد لهذا المصطلح.

يرجع مصطلح نوعية «qualité» إلى الكلمة اللاتينية «Qualtitas» والتي تعني طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة الصلابة، وكانت تعني قديما درجة الدقة والإتقان (الدرادكة،2002)، ومع التقدم الصناعي فقد أخذ هذا المصطلح معنى تجاري، من حيث المنتوج وجودته ونوعيته بمعنى "الإتقان"، ومنه انتشر ليمُس جميع المجالات.

حسب دافيد قرابين متخصص في مجال مراقبة النوعية، ويساند إمكانية استخدام النوعية بشكل استراتيجي للمنافسة بفعالية وأن استراتيجية النوعية المناسبة ستأخذ في الاعتبار الأبعاد الهامة المختلفة للنوعية وهي ثمانية أبعاد ونذكر منها:

1- **الأداء performance:** يتعلق بخصائص التشغيل المختلفة للمنتج، مثلا في التلفزيون ستكون هذه الخصائص نوعية الصورة والصوت وطول عمر أنبوب الصورة.
2- **المميزات:** وهي تشمل المميزات التي تكمل ميزات التشغيل.

3- **المصداقية:** موثوقية المنتج في العمل على مدى فترة زمنية طويلة.

4- **التطابق:** تعني درجة توافق المنتج مع المواصفات المحددة مسبقا.

5- **المتانة:** وتعني طول الوقت الذي يعمل فيه المنتج قبل أن يصبح الاستبدال ضروريا.

6- **سهولة الصيانة:** وهي تشير إلى سهولة الوصول إلى المحرك وسرعة خدمة الصيانة عند إرسالها للصيانة.

7- **المظهر الجمالي للمنتوج:** وهو ذاتي نسبيا بطبيعته ويشير إلى تأثيره على حواس الإنسان مثل مظهره وأصواته.

8- **النوعية المدركة:** من أبعاد النوعية هي إدراك المنتج بمعني إدراك المنتوج في ذهن المستهلك (البقلي، 2014).

هذا التحديد يعطي أهمية لتعريف النوعية من الناحية الاقتصادية، نظرا لأن مفهوم النوعية أكثر تداول من المفهوم الاقتصادي بدلا من المفهوم الصحي، حيث أن البدايات الأولى للنوعية كانت في المجال الصناعي.

وتشير بعض الأدبيات النفسية إلى أن صعوبة صياغة تعريف محدد لنوعية الحياة على الرغم من شيوعه راجع إلى عدة نقاط، وحسب ما تطرق اليه البقلي نجد مثلا حداثة استعمال المفهوم من الجانب العلمي، وكذلك الاستخدام في العديد من العلوم فيمكن أن يدل على الرفاهية والرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما أن عدم ارتباط المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة حيث يعتبر مفهوم مشترك وموزع بين الباحثين بمختلف التخصصات (البقلي، 2014).

نلاحظ أن نوعية الحياة يمكن أخذها من عدة جوانب، وقياسها يتطلب الأخذ بعين الاعتبار المجال الذي نود قياسه وهذا لوضع مؤشرات خاصة بالمجال الذي نريد قياسه، فمثلا المجال الاقتصادي أو المجال الصحي وبعدها نبحث عن الهدف من القياس، هل للوصف أو للتدخل وغيرها، ويبقى قياس نوعية الحياة في المجال الصحي دائما نسبيا لآن نوعية الحياة ذاتية.

عرف مفهوم نوعية الحياة المرتبط بالصحة تطورا تدريجيا ليرتبط بالحركة والنشاط اليومي، إذا ربط المختصون بين الإعاقة الحركية ونوعية الحياة، ومن ثمة بدأ الاهتمام بالبُعد العقلي وكان هذا في الثمانينات، وذلك بالاهتمام بالقدرات العقلية والأثار والتعقيدات المترتبة عليها، كفقدان الاستقلالية والأعراض النفسية، وبعدها الاهتمام بنوعية الحياة المرتبطة بالسرطان وجراحة القلب وأثر المرض على المحيط الأسري (بعيبع، 2010)

عرف كوود Goode عام 1994 نوعية الحياة على أنها الدرجة التي يستمتع بها الفرد بالإمكانات ذات الأهمية المتاحة له في حياته وذلك في ثلاثة مجالات حياتية وهي الأسرة، العمل، والصحة، فتعرفها على أنها السعادة والرضا عن الذات والحياة الجيدة (Andelmn, 1999)

بينما تعرف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة ب "إدراك الفرد لوضعه في الحياة، في سياق الثقافة، وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة"(WHOQOL, 1995)، وبالتالي فإن نوعية الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته.

غير أن العديد من العلماء قد تناولوا مفهوم نوعية الحياة من وجهة نظر عامة مثل لوبلاج (1999) Leplége الذي يرى أن نوعية الحياة متعددة الجوانب وقد قام بتنظيمه على أربعة أبعاد رئيسية:

1- الحالة البدنية للشخص من خلال الاستقلالية والقدرات الجسدية.
2- الأحاسيس الجسدية من خلال الأعراض والآلام نتيجة الصدمة والإجراءات العلاجية.
3- الحالة النفسية للفرد من انفعال وقلق واكتئاب.
4- الوضع الاجتماعي من العلاقات الاجتماعية والبيئية، العائلية، المهنية والودية.

و نتيجة لصعوبة إعطاء تعريف لنوعية الحياة ترى آن فاقوا لارجوا (2002) Anne Fagot-Largeaut فيما يخص نوعية الحياة انه كلنا لدينا تعريف و مفهوم حدسي بديهي عن ما هي نوعية الحياة، فهي ما يجعل من الحياة جيدة، ممتعة و مريحة ، فترى الباحثة أن تعريف نوعية الحياة ذو علاقة وثيقة بالذاتية، فنوعية الحياة مفهوم جد واسع فهنالك من يتحدث عن الرفاهية و تطور الحياة و ما إلى غير ذلك من التسميات و كلها تحمل في طياتها نوعية الحياة و لذلك يري لونوا (1996)Launois أن نوعية الحياة عبارة عن مفهوم جد واسع يحوي كل ما يمكن ذكره من عوامل بيئية، مستوى الدخل، العادات، نمط العيش و غيرها من العوامل المتفاعلة فيما بينها و المؤثرة في حياة الافراد و تطورهم (Sultan,2012).

2- نشأة مصطلح نوعية الحياة

يعود الاهتمام بنوعية الحياة إلى القرن الثامن عشر، أين أصبح الاهتمام بالحياة وتحقيق الرفاهية من بين القيم الأساسية، ومن ثمة تم ترسيخ هذا المفهوم في القرن التاسع عشر من خلال فكرة أن أفضل مجتمع هو من يوفر سعادة أكثر لعدد كبير من أفراده (البقلي،2014).

بدأ الاهتمام بكل من مصطلحات الصحة santé، الرفاهية bien être، السعادة bonheur، الرضا ونوعية الحياة satisfaction et qualité de vie بدءا من الستينات والسبعينات، بينما مفهوم نوعية الحياة حسب Bruchon- Schweitzer قد بدأ استعماله في سنوات 1950 وقد ظهر لأول مرة في نصوص قليلة في نهاية الخمسينيات ورسميا كان ذلك في عام 1966 في حوليات الطب الداخلي (Bruchon-Schweitzer,2014)

بينما بداية استعمال كلمة "نوعية الحياة" تعود إلي الستينات من هذا القرن، ويعتبر أول استعمال لهذا المفهوم بطريقة رسمية إلى الرئيس الأمريكي ليدون جونسون Lyndon B. Johnson عام 1964 خلال خطاب للأمة بعنوان "The Great Society" أو "المجتمع العظيم (Corten,1998)، قال " لا يمكن تقييم أهداف سياستنا فقط على أساس ميزان المدفوعات، لا يمكن قياسها إلاّ من خلال نوعية الحياة التي يعيشها مواطنونا" (Sultan, 2012, p20)، كما يعتبر هذا الشعار في صميم دستور الرئيس جيفرسون أين يجعل من السعادة حقا غير قابل للتصرف، و كان من المفترض أن تكون المصلحة السياسية للمصطلح غامضة بما يكفي لتشمل عناصر نوعية الحياة الموضوعية و الذاتية، و الهدف الأساسي كان قبل كل شيء إعطاء هدفا و بُعدا أخلاقيا لما سمي ب "طريقة الحياة الأمريكية" "l'American Way of life"، و فيما يخص مضمون المفهوم فقد ترك للمواطن الأمريكي حرية التصرف و فهم ما يريد فهمه (Corten,1998)، و بعد ذلك تم تناول نوعية الحياة من طرف المجتمع العلمي، و ارتبطت في البداية بتقييم نوعية البيئة المادية و المجتمع، ومنها ظهر تيار يعتمد على ما سمي بالمؤشرات الاجتماعية، حيث اعتمد هذا التيار على مجموعة من المؤشرات الموضوعية، و أغلبها إحصائية مثلا أعتمد على الدخل المتوسط، نسبة المساحة الخضراء، درجة التلوث و غيرها، كانت عبارة عن أدلة لرصد قائمة تصنيف للدول و المدن في الولايات المتحدة فيما يتعلق نوعية الحياة المقدمة لمواطنيها، فأجريت العديد من البحوث و الدراسات في أمريكا من طرف مثلا اندروا ويتني Andrews et Witheyعام 1976 و كامبل Campbellعام 1981، و دراسات في استراليا مثل هايديHeady، هولمسترون و ورينغ1985Holmstrom et Wearing، وأبحاث كَندية مثل اتكينسون1979Atkinson، كل هذه الدراسات سلطت الضوء على أهمية الجانب الذاتي الشخصي لتقييم نوعية الحياة،(Bonneville-Hébert , 2014)

منه فمصطلح نوعية الحياة يستخدم للتأكيد على أن مجرد الثراء المادي لا يكفي للعيش بشكل جيد، ومنذ ذلك الحين أصبحت نوعية الحياة مَعلمة مُهمة في مجال الرعاية الصحية، والسياسات الاجتماعية (Ferrans, 2007).

و في عام 1978 اتسع مفهوم نوعية الحياة ليصل إلى مجال الصحة و على وجه التحديد من خلال تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة بأنها "حالة من الرفاهية الجسدية و العاطفية و الاجتماعية" فكانت الدراسات في تلك الحقبة موجهة إلى الأضرار الناتجة من خروج المرضى العقليين من المستشفيات العقلية منها دراسة كل من لامب 1984 Lamb و تالبولتTalbott1979 بعنوان une tragédie sociale majeure و رايشReich عام 1973 بعنوان«une honte nationale» و كذلك دراسة باشراش و لامب عام 1982 حول مفاهيم إعادة التأهيل و الشفاء و الذي مكنهم من إضفاء الطابع الإنساني لهؤلاء المرضى العقليين (Mercier, 1987)

بينما بدأ استخدام هذا المصطلح بطريقة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينات عندما استخدم من طرف الأطباء لدى مرضى السرطان وعن مدى تكلفة العلاج لهذا النوع من الأمراض وعن أهمية نوعية الحياة في متابعة هؤلاء المرضى، ومدى فعالية الأبحاث المتعلقة بهذا الشأن بهدف زيادة الاستجابة للدواء (فواطمية،2018)

ومنه بدأ استخدام مصطلح نوعية الحياة الصحية بطريقة متداولة في مجال الصحة ولم يقتصر فقط على الجانب الاقتصادي والسياسي لأن بداية استعمال المصطلح كان في مجال السياسة ومن ثمة الجانب الاقتصادي والمادي ليتوصل إلى الاستخدام الذاتي وبعدها النظرة الفردية ليدخل حيز الصحة كمصطلح مهم في العلاج والاستجابة لمختلف العلاجات.

لكن خلال التسعينات وجه الاهتمام للتركيز على الجوانب الذاتية للصحة بإدماج بُعد طبي أساسي يتعلق بالمعاناة المرتبطة بالألم والضيق والجانب النفسي وأحداث الحياة الضاغطة، وهذا ما أدّى للنظر إلى نوعية الحياة من ثلاثة جوانب أساسية وهي الجانب الطبي، النفسي والاجتماعي (بعيبع،2008).

و في هذه الآونة أضحى استخدام هذا المصطلح جد متداول و بطريقة جد مروعة، هذا ما بينته دراسة لكل من Chapin, Miller& Bishop عام 2008 و ذلك بإتباع المنهج التاريخي حيث اعتمدوا فيها على الاطلاع على الأبحاث المنشورة في موضوع نوعية الحياة من خلال 25 سنة، أين توصلوا إلى أن هنالك ما يقدر ب 20 بحث في الفترة الممتدة من 1980–1990، و ما يعادل 158 بحث ما بين الفترة

1990–1995، و 360 بحث في الفترة ما بين 1995–200 و هي الفترة التي تضاعفت فيها البحوث في هذا المجال، و ما يعادل 627 بحث في الفترة الممتدة من 2000 الى 2005 (بوعمامة، 2019،ص 344)

3- النماذج النظرية لنوعية الحياة

ليس من السهل تحديد مفهوم نوعية الحياة يحظى بموافقة جميع العلماء في مختلف التخصصات، ولهذا يقول فيليب كورتن Phillipe Corten، في مقال له صدر عام 1998 بعنوان la qualité de vie» est-elle un concept ?» أن مصطلح نوعية الحياة يمكن أن يكون عبارة عن غلاف هدية لإخفاء الأوهام حول القدرة في تحقيق الأهداف التي حددتها لنا الما آتا Alma Ata عام 1975 تحت شعار "الصحة للكل في عام 2000" "La Santé pour tous en l'an 2000"، أو أنه عبارة عن تمويه وموضة للحديث عما كان يسمى سلفا بالاكتئاب والقلق(Corten,1998)

ومع ذلك حاول بعض الباحثين صياغة نظريات حول ما يجعل الحياة جيدة وتحديد العوامل المسؤولة عنها، ومن بين الأُطر المقترحة نجد النموذج البيئي ل بيبلوز وأعضائه (Bubolz et al,1980) الذي يرى أن نوعية الحياة مرتبطة بالتكيف بين احتياجات وموارد الفرد من جهة، ويبين أداءه في تحقيق الأدوار والتوقعات من جهة أخرى، فهو نموذج يربط ما بين مفهوم التحكم ومفهوم نوعية الحياة.

3-1- النموذج بوبولز و معاونيه Bubolz& all 1980

و من بين المؤيدين لهذا النموذج نجد بوبولز و معاونيه Bubolz & all 1980 استوحى هذا النموذج من المبادئ الأساسية للأكولوجيا الحضرية، فنوعية الحياة حسب هذا النموذج لديها معنى عام و واسع لوصف الرفاهية أو التعاسة لدى المجتمع بالموازاة بالبيئة التي يعيشون فيها، و من الناحية الفردية فهي تعني درجة الإنجاز أو الإشباع المادي، البيولوجي، النفسي، الاقتصادي و الاجتماعي للفرد، إذن إمكانية البيئة التي يعيش فيها الفرد من إشباع هذه الحاجات، و يتم تقييم مستوى نوعية الحياة معياريا، استنادا إلى معايير اجتماعية أو في حالة عدم وجود معيار يتم تقييم نوعية الحياة استنادا الى مطلب ما مُكتسب أو غير مُكتسب، فالمكونات الأساسية للنظام البيئي البشري تساعد في توضيح الحاجات الأساسية التي يجب أن تتوفر و التي يمكن استخدامها كمؤشرات لنوعية الحياة.

3-2- نموذج بيقلوا و معاونيه Bigelow

يرتكز هذا النموذج على نظريتين أساسيتين، نظرية نوعية الحياة ل بيقلوا Bigelow1982و نظرية الأدوار لساربين Sarbin 1986، فحسب هذين النموذجين فإن نوعية حياة الفرد ترتكز على عنصرين هما: الشعور العام بالرفاهية (و ذلك باستكفاء الحاجات) و الأداء (تحيين المكتسبات)، و فيما يخص الحاجات يكون الارتكاز على نظرية ماسلو : الاحتياجات الاساسية(الفيزيولوجية و السلامة)، احتياجات عضوية احترام الذات و الاستقلالية و تحقيق الذات، توفر البيئة للفرد إمكانية إرضاء الحاجات من إمكانيات مادية للغذاء و السكن و كذلك احتياجات اجتماعية مثل الزواج و العائلة و الأصدقاء، و مع الفرص التي توفرها البيئة نجد بعض التوقعات و المتطلبات التي يجب أن تتوفر لدى الفرد و هي الأداء بهدف الاستجابة لمطالب المجتمع على أساس مهاراته المعرفية العاطفية و السلوكية الادراكية، و في حالة ما اذا توصل الفرد لإشباع جميع حاجاته و تمكن من أداء أدوار معينة مخوّلة و تكيّف مع بيئته و محيطه فهو يتمتع بنوعية حياة جيدة، يرتكز هذا النموذج على العلاقة الموجودة ما بين الحاجات الأساسية و دور الفرد في المجتمع، بمعني إمكانية الفرد في الربط بين ما تُوفره البيئة و استعمالها لإشباع الحاجات الأولية بالاعتماد على قدرة الأداء و الربط بين ما هو موجود متوفر من طرف المحيط و ما يمتلكه من قدرة الإنجاز.

3-3- نموذج رايش و زوترا Reich et Zautra

التفكير النظري لرايش و زوترا Reich et Zautra يرتكز على إيمانه بأن نوعية الحياة للفرد ترتبط كل الارتباط بنوع الأحداث التي يتعرض لها، و يعطي هذا النموذج الأهمية القصوى بالتأثير العاطفي و المعرفي للحدث على نوعية الحياة للفرد، إتباعا لهذا التفكير يمكن توزيع تجربة الأحداث إلى مجالين مختلفين اعتمادا على ما إذا كنا المتسببين في الحدث أو أن الحدث مستقل عن إرادتنا، فهذا المبدأ يدعم فكرة السيطرة و عدم السيطرة المعرفية للأحداث، إذا كانت جوهرية داخلية المنشأ أم خارجية المنشأ و التحفيز في الفعل، فالأشخاص ينجزون الأشياء لأنهم يريدون فعل ذلك و حرية الاختيار هذه لها تأثير كبير في تفسير مسارهم للحياة.

يميل التأثير الإيجابي إلى الارتباط بالأحداث التي يمارس عليها الفرد بعض السيطرة، ضف الى ذلك فإن الجهود التي يبذلها الفرد للتعامل مع متطلبات الحياة ومحاولة إدماج احتياجاته ورغباته في الحياة اليومية

لها تأثير كبير على نوعية الحياة، فالمهم هنا هو التعرف على الأشخاص الذين تتوفر لديم علاقة سببية في حياتهم اليومية متبعا نموذج حدث ثم أداء وبعدها نتيجة.

و من الناحية الإجرائية دور الأحداث في نوعية الحياة يمكن تصورها على نحو ثلاثة مكونات أساسية، المكون الأول يتمثل في نوعين من الأحداث، الضغوطات الغير مختارة، و هي مفروضة من طرف البيئة و المحيط عبارة عن متطلبات (exigences) و الضغوط المختارة من طرف الفرد وهي الرغبات، و المكون الثاني يتمثل في الاستجابة المقدمة أو الاستجابات المقدمة لهذه الأحداث إن كان هنالك استجابة، و في الأخير نجد الرضا أو عدم الرضا الذي يعبر عنه الفرد للنتيجة الأخيرة للحدث و الاستجابات المقدمة و هي عبارة عن سيرورة تطورية، منه فنوعية الحياة حسب هذا النموذج يرتكز على تقبل الفرد للنتيجة الأخيرة للحدث المفروض من المحيط أو الفرد بنفسه انطلاقا من الاستجابة المقدمة و قدرة الانجاز.

3-4- نموذج أبي و اندروسAbbey et Andrews

يرتكز هذا النموذج على العلاقة الموجودة ما بين الرفاهية المدركة من طرف الفرد، و المؤشرات الاجتماعية و كذلك المفاهيم المدروسة في علم النفس، فأعمال كوستا و ماك كريا Costa et McCrea 1980 حول تأثير الانبساط و العصابية على الرفاهية الذاتية فيما يخص الأشخاص السعداء و غير السعداء، كما تأثر بأعمال دوبي (1977) Dupuy حول مؤشر الصحة النفسية و إصدار استبيان يتكون من عشرة عناصر لقياس الرفاهية النفسية العامة (Anthony.1977)، و أعمال كامان1979Kamman حول الرفاهية، كانت كل هذه الدراسات عبارة عن نقطة انطلاق للنموذج النظري ل ابي و اندروسAbbey et Andrews ، فهما يفترضان أن التفاعلات ما بين الأفراد و عالمهم الاجتماعي يؤثرون في مجموعة من العوامل النفسية الاجتماعية و التي بدورها ستؤثر على الحالات الداخلية للاكتئاب و القلق و التي ستؤثر في بالإحساس بالرفاهية.

عناصر هذا النموذج تتمثل في خمسة مفاهيم نفسية اجتماعية وهي الضغط، التحكم في حياته، التحكم المفروض من طرف الاخرين، المساندة الاجتماعية والأداء، ومفهومين في علم النفس هما القلق والاكتئاب، وخمسة تقييمات لنوعية الحياة.

واستنادا لهذه المفاهيم فكل من إدراك التحكم، المساندة الاجتماعية والأداء كلها عوامل تؤثر في القلق والاكتئاب لدى الفرد وهذه الحالتين الانفعاليتين بدورهما تؤثران على نوعية الحياة، علما أن القلق والاكتئاب عبارة عن مشاعر سلبية فهما يؤثران على الإدراك السلبي لنوعية الحياة.

ركز كل من بوبولز و معاونيه Bubolz & all على الجانب البيئي بمعنى علاقة البيئة التي يعيش فيها الإنسان و إمكانية توفير حاجات الفرد، فقد اهتم هذا النموذج بمدى رفاهية الفرد في البيئة التي يعيش فيها، بينما اهتم نموذج بيقلوا و معاونيه Bigelow بإعطاء الأهمية الى العوامل البيئية و العوامل الشخصية لنوعية الحياة و ذلك بالاستناد الى نظرية الاحتياجات لماسلوا و نوعية الحياة الجيدة تعني مدى استطاعة الفرد في تحقيق احتياجاته، و نموذج رايش و زوترا Reich et Zautra يعطي أهمية الى الجانب المعرفي و طريقة معالجة الأحداث التي يعيشها الفرد، فهي التي تحدد نوعية الحياة للفرد و مدى احساسه برفاهية جيدة، اما النموذج أبي و أندروس Abbey et Andrews فقد كان نموذج جامع لكل من النماذج السابقة، فقد جمع ما بين العوامل الخارجية البيئية و العوامل النفسية الذاتية و العوامل الاقتصادية.

4- العوامل المرتبطة بنوعية الحياة

انطلاقا إلى ما تم التطرق اليه حول النماذج النظرية التي حاولت اعطاء تفسير حول مفهوم نوعية الحياة وما يجعل الفرد يدرك نوعية الحياة جيدة، حسنة أو سيئة نجد أن هنالك عوامل موضوعية وعوامل ذاتية، كل نموذج نظري يعطي أهمية الى أحد العوامل كمؤثر أساسي في وجهة نظر أو احساس أي فرد ولذلك سنحاول في هذا العنصر التطرق إلى العوامل الموضوعية التي قد تؤثر على العوامل الذاتية في إدراك الفرد إلى نوعية الحياة.

4-1- المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية

لا يمكن إنكار أن المتغيرات الديمغرافية و الاجتماعية تلعب دورا هاما في تقييم نوعية الحياة، فلقد استنتج كانتريل Cantril 1965 في دراسته أن الدول الأغنى هي أيضا الأسعد و الأكثر تمتعا بنوعية حياة جيدة، غير أن الاختلافات بين الدول الأكثر حظّا و الدول الأكثر حرمانا في دراسته كانت غير منتظمة الى حد ما و العلاقة ما بين الرخاء و السعادة لم تكن قوية جدا، بينما جالوب Gallup 1976 يرى أن أثر الحرمان الاقتصادي يؤثر على العقل و الجسم بنفس الشدة، و بصفة عامة فإن البلدان التي فيها الدخل الفردي مرتفع تجد نفسها في أولى البلدان فيما يخص الرفاهية الجيدة و نوعية حياة جيدة، فنتائج

هذا البحث يدعم الفرضية القائلة بأن الشعور بالرفاه الوطني يتوقف على مستوى التنمية الاقتصادية للوطن و نسبة الدخل الخام للمواطن، و هي نتيجة جد معقولة نظر إلى أن الأفراد الأكثر ازدهارا يميلون إلى تقييم حياتهم بشكل أكثر إيجابية من الناس الفقراء، فيبدوا أن الشعور بالرفاهية لدى الفرد يتأثر أكثر بحقيقة وضعه الاقتصادي، و النتائج التي توصل اليها كامبلCampbell1981 تقول أن الناس يصفون حياتهم بعبارات إيجابية نسبيا، و يرجع هذا الاختلاف الى موقع الافراد على النطاق الاجتماعي، الدخل الفردي، التربية و المهنة فكلها موصفات قوية لظروف المعيشية الموضوعية.

كما حدد دينرDiener1984 بعض المؤشرات التي تؤثر بالشعور بالرفاهية، فمستوى الرفاهية يزيد بشكل عام مع تقدم العمر، كما أن وصف الحياة بالإيجابية والسلبية هو أكثر شيوعا لدى الشباب أكثر من أية فئة أخرى، كما أن الحالة العائلية متزوج أو أعزب تؤثر على الشعور بنوعية الحياة فأغلبية المتزوجين يعبرون عن حياة جد مرضية وإيجابية، كما توصل برادبورن Bradburn 1969 إلى أن الناس الأكثر سعادة هم الذين لديهم دخل أعلى ووظيفة وكانوا شبان متزوجين، بينما المشاعر السلبية فنجدها ترتبط بسوء الصحة الجسدية والعقلية.

4-2- المتغيرات المتعلقة بظروف المعيشة

لقد حاول فلاناقان عام Flanagan1978 تحديد العناصر الأساسية اليومية التي تساهم في نوعية الحياة و ذلك بطريقة أمبريقية مقننة، فقد قام بإحصاء ما يعادل 6500 وضعية حرجة تم جمعها من طرف 3000 شخص، و بعدها تم تجميع هذه الوضعيات أو المواقف في 15 فئة، بما ذلك أنواع السلوكيات و الخبرات المماثلة، و بعدها تم تشكيل خمسة مجموعات متميزة وهي: أولا الرفاه المادي و الجسدي الذي يحتوى على الأمن المالي و الصحة و السلامة الشخصية، و المجموعة الثانية تتمثل في العلاقات مع الاخرين و هي تخص الزوج، الأطفال و الأسرة و الأصدقاء، و الثالثة هي الأنشطة الاجتماعية و المدنية المجتمعية، الرابعة تتمثل في التنمية الشخصية و الإنجاز كالتنمية الفكرية، الفهم الشخصي، و التوظيف و الإبداع الشخصي و التعبير، و المجموعة الخامسة هي وجود وقت للراحة و الحرية لهدف التنشئة الاجتماعية و الأنشطة الترفيهية النشطة و الغير نشطة(Mercier,1987).

وفي إطار بحث آخر طلب الباحث لمجموعة من الأشخاص عن مدى أهمية هذه الفئات بالنسبة لهم فكانت أغلبية الإجابات منصبة على الجانب الصحي بنسبة 95% من المستجوبين، وتليها تربية الأولاد والفهم الشخصي بنسبة 85 %، بينما الرفاه المادي والعلاقات الحميمية مع الزوج والعمل فقد قدرت نسبة

أهميتها بدرجة 80%، فالمجالات ذات المعاملات الأكبر المرتبطة بنوعية الحياة بشكل عام هي الراحة المادية، الصحة، العمل، الترفيه، التعليم، التعبير والابداع ((Mercier,1987

وفي دراسة مشابهة ل بهرادواج ويكنينج عام 1977 Bharadwaj & wilkening حددت الصحة، العائلة و المجتمع باعتبارهم المصادر الرئيسية للرضا عند الرجال، بينما تهيمن الحياة الأسرية لدى النساء، و لدى كبار السن الانشغال و القضاء على وقت الفراغ و العائلة هي الأكثر أهمية (Mercier,1987)

5- أبعاد نوعية الحياة

خلال ما تطرقنا اليه في عنصر الأطر النظرية لنوعية الحياة والتي حاولت إعطاء تفسير عن السبب أو الأسباب التي قد تجعل الفرد يدرك نوعية حياة جيدة أو سيئة نجد أن هنالك عدة مؤشرات تلعب دورا مهما في مدى تأثيرها في نوعية حياة لهؤلاء الأفراد، وإذا ما حاولنا تقسيم هذه العوامل نجد أنها تعتمد على عوامل فردية ذاتية وعوامل اجتماعية موضوعية.

5-1-البعد الذاتي لنوعية الحياة

تعتبر أول البحوث الميدانية حول نوعية الحياة التي قام بها "قسم التربية الصحية في والفارWelfare في أمريكا" عام 1969 "l'U.S. Department of Health Education au Welfare " من بين البحوث الأولى التي تحدثت عن البعد الذاتي لنوعية الحياة، و تتمثل هذه الدراسة في تحديد نوعية الحياة لدى الأمريكيين بالتركيز على عدة مؤشرات مثل البيئة الفيزيقية، الحي، المجتمع مستوى المعيشة و غيرها، و في نهاية الدراسة يتم تصنيف المدن و الولايات وفقا لنوعية الحياة النسبية التي يقدمها السكان، توصلت هذه الدراسة إلى نتيجتين مهمتين فيما يخص الجانب الذاتي لنوعية الحياة، أولتها أن كل من المؤشرات الذاتية و الموضوعية لا ترتبط بعضها ببعض، و النتيجة الثانية تتمثل في عدم وجود إتفاق ما بين رأي المراقب و رأي الشخص الذي تتم مقابلته و يمكن تلخيصها بالقول المشهور لكل من اروين و كامانd'Irwin et Kamman و الذي يعني" اذا كنت تريد أن تعرف مدى سعادتي عليك أن تسالني" (Irwin R. & al. 1979)

فعن اريفالوا Arévalo وحسب شالوك 1993 Schalock فإن إدراك نوعية الحياة مفهوم ذاتي ولا يمكن تقديرها او الاستدلال عليها بشروط موضوعية، فيمكن ان نعيشها ونختبرها بدءا من فرضية أن الناس

يمكن أن يدركوا ويختبروا نفس الظروف الموضوعية للحياة بشكل مختلف، فنوعية الحياة لا تعني شيء بصرف النظر عن التجربة الذاتية للشخص، وهو الحكم الوحيد والذاتي على نوعية حياة الفرد (Arévalo.2007).

فالجانب الذاتي لنوعية الحياة يتمثل في كل ما يشعر به الفرد وكل ما يمكن أن يلعب دورا في حياته اليومية، من رفاهية وعوامل شخصية، فيختلف من شخص لأخر، فيمكن التركيز على الجانب المادي كما هنالك من يركز على الجانب الصحي.

5-2- البعد الموضوعي لنوعية الحياة

النهج الموضوعي يأخذ في الاعتبار الشروط المادية المقدمة للأفراد، يتم التعامل مع نوعية الحياة هنا من خلال الصفات الموضوعية للظروف المعيشية، يتضمن دراسة إمكانات البيئات المعيشية، والخصائص البيئية أو بشكل عام الصفات الملموسة لوجود السكان، يعتمد البعد الموضوعي لنوعية الحياة على المحددات والمؤشرات الموضوعية للمجتمع أو الجماعة وكذلك المؤشرات الخارجية والتي يمكن أن تكون الدخل الفردي، السكن، العمر وغيرها من المؤشرات.

فيبقى البعد الموضوعي عبارة عن المؤشرات الخارجية للفرد ابتعادا عن كل ما هو ذاتي، بالرغم من أن التفاعل ما بين الجانب الذاتي والجانب الموضوعي صعب التفريق بينهما ولذلك نجد أن هنالك بعض النظريات التي حاولت الجمع والشمل ما بين مختلف الابعاد لجودة الحياة.

6- نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

ترى برونو –شويتزر Bruchon-Schweitzer أنه غالبا ما يكون خلط ما بين نوعية الحياة (quality of life) و نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (health-ralated quality of life) فالتحليل الكامل لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة تتطلب فهمها في حالة وجود المرض و عند انعدام المرض (Bruchon-Schweitzer,2002)، من خلال نظرة برونو شويتزر Bruchon-Schweitzer نلاحظ أن الشيء المهم في البحث عن نوعية الحياة هو تحديد الحالة الصحية للفرد، أولا مريض ذو إعاقة نوع الإعاقة، و من ثمة نبحث عن درجة تأثير الإعاقة أو المرض الوظيفي في حياته اليومية، كما تبين لنا أهمية النظرة الذاتية في البحث عن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، و هذا ما تطرق اليه نوردنفلNordenfelt1994 في تعريفه لنوعية الحياة بدرجة الرضا و/أو السعادة التي يشعر بها الفرد في حياته (Lourel,2007)، و الشيء المهم في هذا التعريف و الذي يمكن اعتباره كأدنى تعريف يمكن تقديمه لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة يهتم بالجانب الذاتي بغض النظر عن الموضوعية أو التقييم الخارجي لنوعية الحياة.

تعتبر الصحة من بين المحددات الأساسية لنوعية الحياة، مما يعطي لها صبغة ذاتية فلا يمكن لفرد مريض أن يتحدث عن نوعية الحياة دون الأخذ بعين الاعتبار الجانب الصحي، حيث كانت الدراسات الأولى لنوعية الحياة ترتكز على الجانب الصحي و بالضبط في الصحة العقلية، و هي الدراسة التي قام بها قارين عام Gurin 1960 حيث كانت تهتم بشكل أكبر على الجوانب النفسية و التوتر العاطفي، فكانت دراسة قارين تحوي على سؤال واحد عن السعادة المعبر عنها و يتوصل إلى أن هناك علاقة سلبية قوية بين السعادة المعبر عنها و بين القلق و الاكتئاب و بدرجة أقل مع الاكتئاب، و بالإضافة الى ذلك كانت هذه الدراسة تستخدم مصطلح إقرار السعادة و الرضا بالتبادل(Mercier,1987) .

بينما باتريك واركسونPatrick & Erikson يعرفان نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بأنها القيمة المقدمة لمدة الحياة بالأخذ بعين الاعتبار كل من الإعاقة، المستوى الوظيفي، التصورات والفرص الاجتماعية المتاحة والمعدلة بوجود المرض، الإصابات والعلاجات وكذلك السياسة الصحية المتبعة (Lourel,2007)، كلها عناصر تتدخل بطريقة أو بأخرى في تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.
بينما ترى مارسال لوران Marcel Lourel أن مفهوم نوعية الحياة يحتوي على فسيفساء من المفاهيم قد تم دراستها بطريقة فردية، ومن بينها المتعلقة بالسعادة، الرفاهية الذاتية والمادية أو درجة الرضا عن الحياة، فهي تحتوي على عناصر موضوعية كالبيئة المعيشية، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، كما يتكون من عناصر ذاتية مثل السعادة، والشعور بالرفاهية، ويتكون كذلك من عناصر بدنية كالحالة الصحية الحقيقية ووجود أو انعدام المرض الوظيفي، وعناصر من الجوانب المعرفية والاجتماعية .(Lourel,2007)

و حسب ما أشار اليه سولتانSultan 2012 نقلا عن قروني Grenier 1995 لم يكن هنالك تفريق ما بين محددات نوعية الحياة المتصلة بالصحة و المحددات الأخرى كالدخل و الاستقرار المهني و غيرها حتى بدايات السبعينات، و من جهة أخرى كان الاستعمال جد متداول في الجانب الطبي و لم يكن منحصرا على جانب واحد بل كان يستعمل للتعبير عن تأثير العلاج و الدواء على المريض من الناحية الشخصية و الاجتماعية، هذا ما يبين مدى تأثير تعريف الصحة المقدم من طرف منظمة الصحة العالمية على مفهوم نوعية الحياة في الميدان الطبي البيولوجي بصفة أن الصحة هي عبارة عن الرفاهية الجسدية، العقلية الاجتماعية، و لا تعني فقط غياب المرض أو الإعاقة، و حاليا كل من يحاول قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة يأخذ بعين الاعتبار ثلاثة أبعاد أساسية و هي البعد الجسدي، البعد النفسي

و البعد الاجتماعي(Sultan,2012)، فلقد أثرت منظمة الصحة العالمية في تعريفها للصحة مما أدّى إلى إعطاء تعاريف لنوعية الحياة متبعا تعريف الصحة المقدم من منظمة الصحة العالمية.

يعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة غير بعيد عن التعريف الذي قدمته عام 1947 نفس المنظمة لمفهوم الصحة، و بهذا المعنى فإنه يأخذ طابعا شاملا لأنه يتضمن تمثيل الفرد لمكانته في المجتمع، فهو كاستخلاص علاقة ضمنية بين الصحة الجسدية، العاطفية، و الاحتياجات و القيم و الشبكة الاجتماعية و الاستقلالية كلها بعلاقتها بعوامل بيئية معينة، بينما في مجال الصحة فوجهة نظر المريض، المتخصصين، المؤسسات العامة و المعايير الاجتماعية السائدة تقدم وجهة نظر مختلفة او مخالفة و حتي متضاربة حول قيم و معايير نوعية الحياة، مما يفسر عدم التوافق ما بين الاحتياجات المنتظرة من طرف الأفراد و السكان و كذلك مقدمي الرعاية الصحية و ما تقدمه السياسات التي تقف وراء الاستراتيجيات الاقتصادية و الاجتماعية (Leplège, 1999)

7- علم نفس الصحة ونوعية الحياة

لقد كانت بدايات علم النفس الصحة في الثمانينات في الولايات المتخذة الامريكية، وكان السبب الرئيسي لظهور هذا التخصص راجع الى المحاولات العديدة لتفسير الأسباب الرئيسية المسببة للمرض و ذلك بعد فشل العديد من المحاولات من طرف مختلف التخصصات التي حاولت إعطاء تفسير من وجهة نظرها، و من بينها مثلا نظرية الضغط لكانون الذي ألهم بالنموذج الطبي الحيوي للمرض الذي ينسب المسببات إلى محددات خارجية مثل الصدمة، الفيروسات، ظروف الحياة الغير الصحية و غيرها، أو إلى محددات داخلية كالاختلالات البيوكيميائية، و هذا على النحو مثير–استجابة، بينما النموذج السيكوسوماتي فقد حاول الربط ما بين الأمراض المستعصية و صراعات أولية لم يعبر عنها أو غير محلولة، بينما البحوث الوبائية و من أهمها التجريبية و النظرية فقد حاولت متابعة أفواج من الأشخاص الأصحاء و من ثمة المقارنة بين أولئك الذين طوروا المرض و أولئك الذين بقوا بصحة جيدة، فكل وجهات النظر و التفسيرات قد سمحت باكتشاف العوامل المختلفة المسؤولة عن تطور بعض الأمراض، غير أنه اتضح مع الوقت أن تأثير الأحداث الحياتية لوحدها أو الشخصية لوحدها لا يمكن أن تكون السبب الوحيد في ظهور المرض كما كان يعتقد كل اتجاه لوحده (Bruchon-Schweitzer,2008)

و في الثمينات ظهرت فكرة الدمج ما بين مختلف وجهات النظر، من علم النفس، علم الأوبئة، البيولوجيا و غيرها، و هكذا كانت هنالك بعض الدراسات التي دمجت مجموعة من العوامل بالرغم من اختلاف طبيعتها، بهدف تقييم نتائج التفاعلات الناتجة من مختلف العوامل، مما أدى الى ولادة نظرة جديدة تتمثل

في البحث عن أسباب الصحة باستهداف العوامل المحددة للرفاهية، و نوعية الحياة و الصحة، بدلا من البحث عن أسباب المرض pathogenèse، و في عام 2001 كانت المبادرة ل برونو –شوتزر في إنشاء "الجمعية الفرنسية لعلم النفس الصحة" « l'association Française de psychologie de la santé » (AFPSA) و ذلك بمناسبة المؤتمر الفرنسي لعلم النفس الصحة في بوردو(Bruchon- Bordeaux Schweitzer,2008)

كان الاهتمام في بدايات علم النفس الصحة متمركزا على دراسة الأشخاص المرضى، و الأفراد الأكثر هشاشة للمرض، كما ساهمت في بناء وسائل تساعد في تقييم جودة العلاجات المطبقة مع المرضى و الامتثال العلاجي l'observance thérapeutique ، كما تقوم على دراسة العوامل المعززة للعلاج و الشفاء أو الانتكاس من سوابق مُهيئة و خصائص بيئية و سيرورة تفاعلية مع المريض، و منذ سنوات التسعينات بدأ الباحثون في علم النفس الصحة بتطوير عدة تقنيات للعلاج، و العديد من السلالم لقياس الضغط و استراتيجيات التعامل، و كذلك تقييم الصحة الوظيفية كالرفاهية، السعادة و نوعية الحياة و الصحة الغير الوظيفية كالقلق، الضيق، الإرهاق و غيرها(Bruchon-Schweitzer,2008).

نلاحظ أن علم النفس الصحة يهتم بنوعية الحياة من وجهة نظر بيو–نفس اجتماعية، وبما أن نوعية الحياة تتداخل فيه مختلف العوامل الاجتماعية والبيئية والاجتماعية، نستخلص أن نوعية الحياة كُلُ معقد للغاية يضم العديد من المجالات النفسية، الجسدية، البيولوجية والاجتماعية فهو يعتمد على النموذج البيولوجي نفس اجتماعي bio-psycho-social.

8- نوعية الحياة والتصلب اللويحي

يعتبر التصلب اللويحي من بين الاضطرابات التي تؤدي الى الإعاقة لدى الشاب الراشد، حيث تعتبر من بين الأسباب المؤدية الى عدم الرضا المهني، كما أن تأثيره على الحياة المهنية و الإنتاجية لها دور مهم، و هي الدراسة التي قام بها احمد ميلي و زملاؤه تحت عنوان "تأثير التصلب اللويحي على جودة الحياة و الإنتاجية في العمل" " l'impacte de la sclérose en plaque sur la qualité de vie et la productivité au travail » في مستشفى "سحلول" على مستوى مصلحة الاعصاب في "سوس" تونس، و كان هدف الدراسة تقييم نوعية الحياة و الإنتاجية في العمل للمرضى المصابين بالتصلب اللويحي، و توصلت الدراسة الى أن نوعية الحياة مُتغير يجب تقييمه و قياسه بصفة دورية لدى المصابين بالتصلب اللويحي لما له من أثر كبير في نسبة الإنتاجية لدى هذه الفئة من المرضى(Mili,2018)

كما بينت الدراسات أن شدة وحدَةُ الإصابات المعرفية الناتجة من مرض التصلب اللويحي تلعب دور مهم فيما يخص نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي حيث أنه كلما اشتدت التعقيدات المعرفية والادراكية للفرد كلما كانت نوعية الحياة لديه جد سيئة وهذا ما تطرقت اليه ميلاني دمرس Mélanie Demers في بحثها حول السيرورات المعرفية ونوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي .(Demers,2016)

خلاصة الفصل

من خلال ما تم التطرق اليه في هذا الفصل نلاحظ أن هنالك اختلاف في تعريف نوعية الحياة باختلاف مجال الدراسة و الأُطُر النظرية لهذا المفهوم، و بغير ذلك يبقي مفهوم نوعية الحياة جد متشابك و مترابط و صعب التفريق ما بين مفهوم نوعية الحياة الذاتية و الموضوعية لما لهما من نقاط مشتركة خاصة فيما يخص نوعية الحياة في مجال الصحة، ذلك أن الصحة النفسية خاصة لدى المصابين بالتصلب اللويحي، تجمع ما بين البعدين الذاتي و الموضوعي و هذا ما سيتم التطرق اليه في فصل التصلب اللويحي و عن أهمية النظرة الشمولية و العامة للصحة خاصة في مجال علم النفس، حيث تعتبر الصحة جسد و روح.

الفصل الثاني

التصلب اللويحي

الفصل الثاني: التصلب اللويحي

تمهيد

1- لمحة شاملة عن الجهاز العصبي

1-1- الجهاز العصبي المركزي

1-2- الجهاز العصبي المحيطي

1-3- النسيج العصبي

2- تعريف التصلب اللويحي

3- البدايات الأولى لتشخيص التصلب اللويحي

4- عوامل الإصابة بالتصلب اللويحي

5- انتشار مرض التصلب اللويحي في شمال افريقيا والجزائر

6- تشخيص التصلب اللويحي

7- الانتكاس والتقدم في التصلب اللويحي

8- أنواع التصلب اللويحي

8-1- تصلب لويحي انتكاسي خمودي Forme rémittente récurrente (SEP RR)

8-2- تصلب لويحي مترقي ثانوي Forme secondairement progressive (SEP SP)

8-3- تصلب لويحي مترقي اولي Forme primaire progressive (SEP PP)

8-4- تصلب لويحي انتكاسي مترقيForme progressive avec poussées.

9-دور جهاز المناعة

10- أعراض التصلب اللويحي

11- التصلب اللويحي ونوعية الحياة

12- علاج التصلب اللويحي

12-1- العلاجات الكيميائية

12-2- البرامج العلاجية والعلاجات النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر الجهاز العصبي من أعقد الأجهزة للكائن البشري، كما أنه من أكثر الأجهزة تطورا و تعجيزا الى يومنا هذا، و أية اصابة تلحق به تسبب عرقلة كبيرةللفرد المصاب قد تصل إلى حد الإعاقة، كما هو الحال في التصلب اللويحي الذي يعتبر مرض عصبي مزمن يصيب غشاء الميلين في الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي الى ظهور عدة أعراض و من بينها نجد الإرهاق اضطرابات الرؤية فقدان الاحساس اضطرابات حركية عدم التحكم في جهاز الإخراج كلها أعراض و إعاقات تصيب مختلف أجهزة الجسم و ذلك بسبب وجود ميكانيزم ذاتي للهدم(auto-immune) يسبب في تلف و تآكل مادة الميلين العازلة، و لذلك قبل التطرقإلى التصلب اللويحي نقوم بتذكير عن أهم مكونات الجهاز العصبي، و من ثمة نتطرق إلى تعريف التصلب اللويحي و مختلف أنواعه و أعراض المرض وطرق العلاج بالأدوية و أهمية العلاج النفسي لمرافقة مرضي التصلب اللويحي.

1-لمحة شاملة عن الجهاز العصبي

يتكون الجهاز العصبي للإنسان من الجهاز العصبي المركزي وهوالدماغوكذلك من الجهاز العصبي الطرفي وهو النخاعالشوكي(صورة رقم 01)

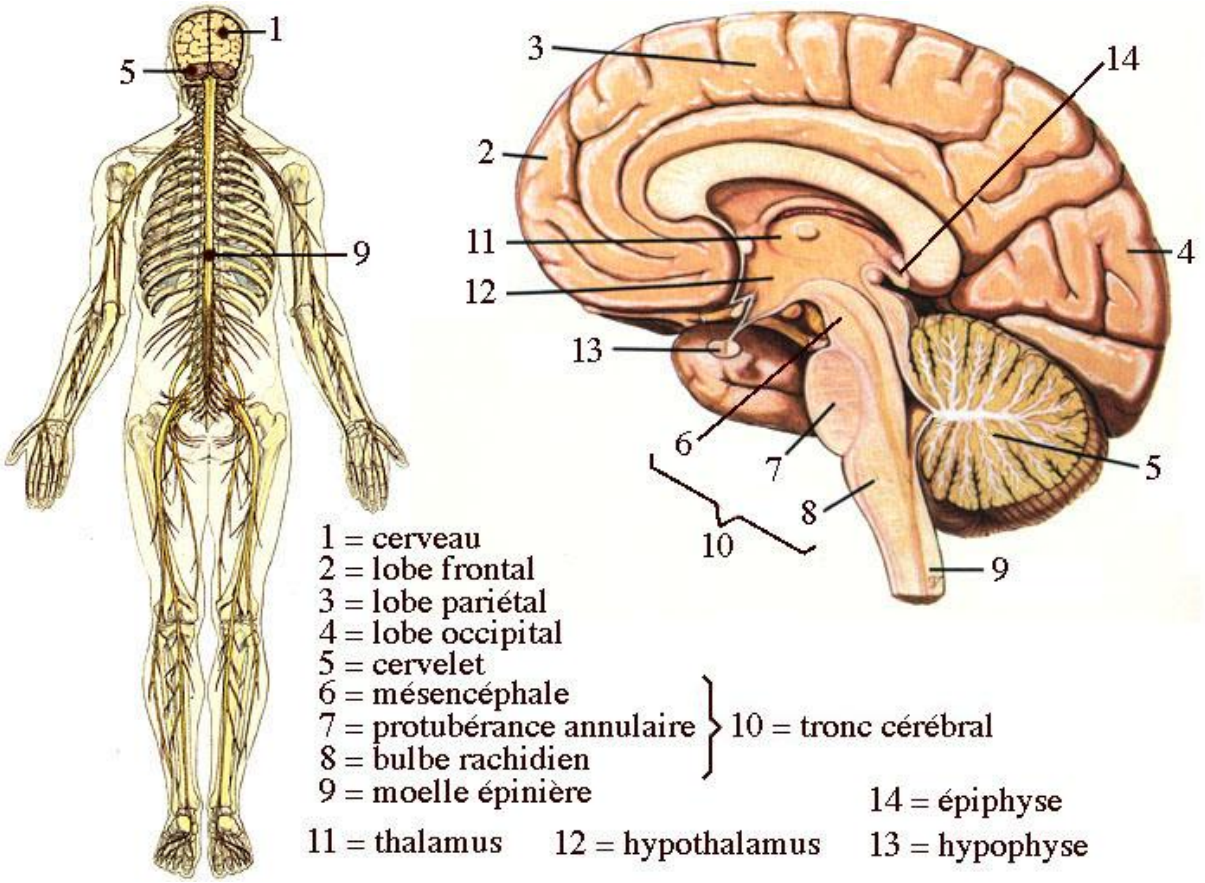
1-1-الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) (le système nerveux central):يتكون من ثلاثة أعضاء موجودة في تجويف الجمجمة وهي المخ، المخيخ وجذع الدماغ.

1-1-1- الدماغ(le cerveau): يقع الدماغ بالكامل في الفضاء الفوقي، ويتكون من نصفي الكرة المخيّة الأيمن والأيسر، وغير منفصلين بشكل كامل عن بعضهما البعض عن طريق الشق الكروي الذي يميزه منجل الدماغ(Wainsten.2012)

1-1-2- جذع الدماغ(le tronc cérébral) :الذي ينبثق من الجانب السفلي للدماغ ، ويتكون من ثلاثة أجزاء من أعلى إلى أسفل: ساقي المخ الأيمن والأيسر، والنشوء الحلقي، والنخاع المستطيل.

تنبثق جميع الأعصاب القحفية من جذع الدماغ باستثناء العصب البصري والعصب الشمي الموجود بالكامل فوق خيمة المخيخ.

1-1-3- المخيخ (le cervelet): يقع المخيخ مثل جذع الدماغ في الحفرة الخلفية وبالتالي يفصله عن الدماغ خيمة المخيخ. يتكون من نصفي الكرة الأرضية الأيمن والأيسر، متحدان بواسطة الدودة. وهي متصلة بجذع الدماغ على اليمين وكذلك على اليسار بواسطة ساقي المخيخ العلوي والوسطى والسفلي(Wainsten.2012)



صورة رقم (01): مكونات الجهاز العصبي

المصدر (Wainsten. 2012.p863)

1-2-الجهاز العصبي المحيطي: الجهازالعصبي المحيطي أو الطرفي يتمثلفي الحبل الشوكيالموجود في القناة الشوكية التي تنتج عن تداخل فقرات العمود الفقري، يمتد الحبل الشوكي من جذع الدماغ والنخاع المستطيل، في كل فراغ ما بين فقرات النخاع الشوكي (espaceintervertébral) تخرجالأعصابالشوكية المكونة من جذر حركي (motrice)أمامي وجذر خلفي حساس (sensitive)ويقدر عددها ب 31زوج، بينماتسمى الأعصاب التي تتصل بجذع الدماغ في الدماغ بالأعصاب القحفية (nerfs crânien) وعددها 12 زوجوهذا ما تبينه الصورة رقم (02).(Wainsten.2012)

1-2-1- الأعصاب القحفية(nerfs crânien): يوجد12 زوج من الأعصاب القحفية التي تخرج من الدماغ من خلال ثقوب في الجمجمة ، تتوزع جميعها في الرأس و العنق ما عدا العاشر (المبهم) الذي يعصب أيضا الصدر و البطنكما تبين الصورة رقم 01، كل عصب يعصب عضو من المنطقة السفلية للجسم.

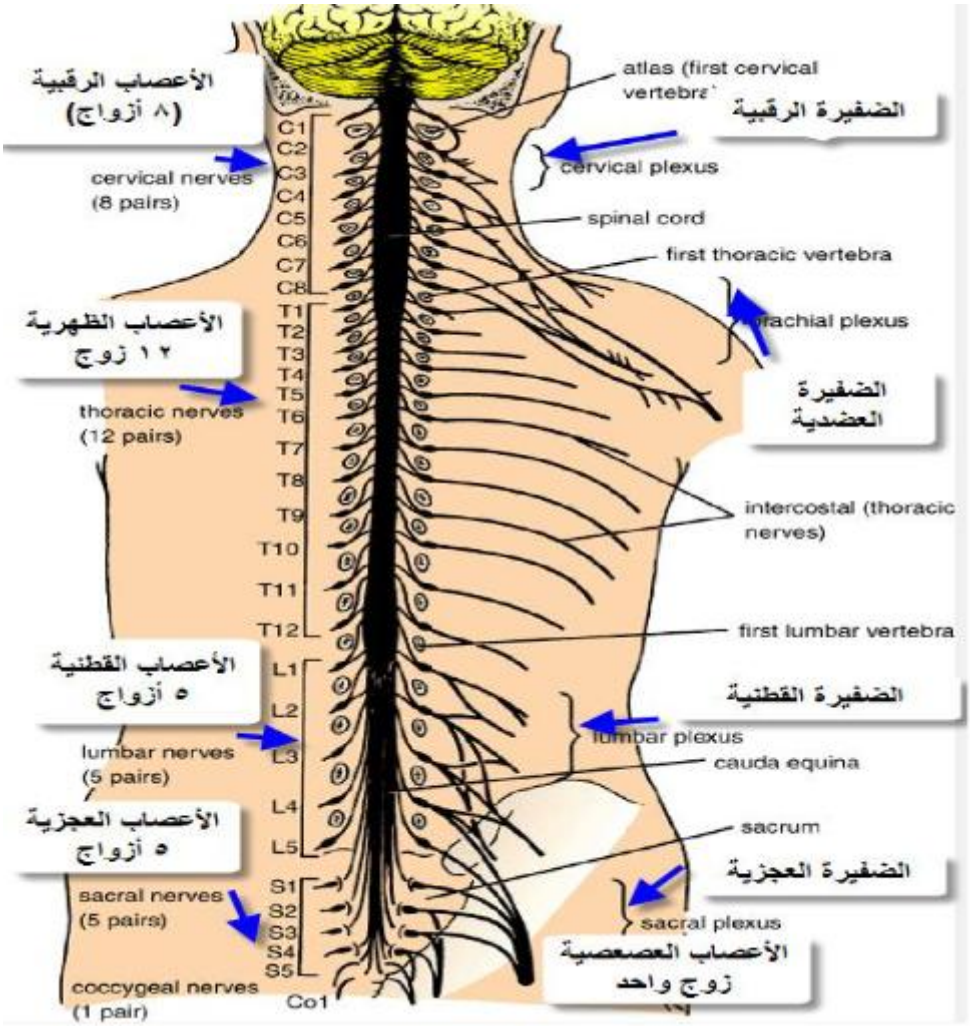
1-2-2-الاعصاب الشوكية nerfs spinaux:يوجد 31 زوج من الاعصاب التي تخرج من الحبل الشوكي من خلال ثقوب بين الفقرات في العمود الفقري، وتسمي حسب مناطق العمود الفقري:ثمانية رقبية، و12 صدرية، 5 قطنية، 5 عجزية، واحد عصعصية. (Wainsten.2012)

هذه الأعضاء في الجهاز العصبي المركزي هي مراكز تكامل تقوم بتحليل وتفسير المعلومات الحسية من أجل إعطاء أوامر حركية بناءً على تجربة الفرد وردود الفعل وكذلك على الظروف السائدة في البيئة الخارجية.

يتكون الجهاز العصبي المحيطي من أعضاء الجهاز العصبي الموجودة خارج تجويف الجمجمة والقناة الشوكية، وبالتالي خارج الجهاز العصبي المركزي، تتوافق هذه الأعضاء مع الأعصاب المختلفة المرتبطة بالدماغ أو الحبل الشوكي. تسمى الأعصاب التي تتصل بجذع الدماغ في الدماغ بالأعصاب القحفية الأعصاب التي تتصل بالحبل الشوكي هي أعصاب شوكية لأنها تخرج من القناة الشوكية.

1-3- النسيج العصبي (Le tissu nerveux):يتخصص النسيج العصبي لاستقبال المؤثرات و توصيلها، فهو أداة الحساسية بين جسم الإنسان و الوسط الذي يعيش فيه كما ينقل النسيج العصبي المؤثرات من مكان لآخر داخل الجسم و بذلك يعمل على ربط أجزاء الجسم المختلفة ربطا حسيا و عصبيا مما يساعد على التنسيق بين وظائفها المختلفة.

ويعتبر النسيج العصبي المكون الأساسي للأعصاب ويوجد في النخاع الشوكي والدماغ، ويقوم بنقل الرسائل العصبية من وإلىأنحاء الجسم إما كإشارة للإحساس من الجسم الى الدماغ أو كإشارة للفعل من الدماغ الى الجسمأو للتفكير ما بين خلايا الدماغ، ويتكون النسيج العصبيLe tissu nerveux عن طريق تجميع الخلايا العصبية التي توجد بينها خلايا مغذيةcellules nourricièresوهي الخلايا الدبقية cellules gliales، والتي تشكل معًا العصبون.



صورة رقم 02: مكونات الجهاز العصبي المحيطي

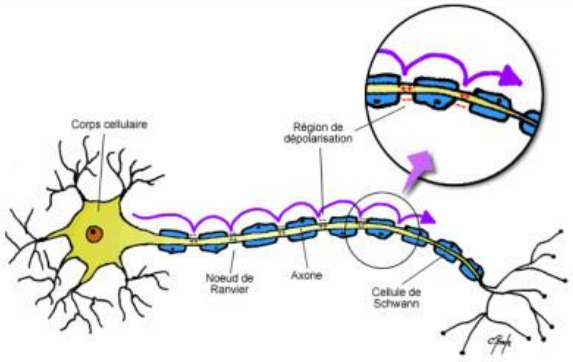
المصدر (Wainsten. 2012.p873)

العصبون (neurone):هو الوحدة التركيبة الأولى للجهاز العصبي يتألف من جسم الخلية العصبية، الغصينات، المحور الأسطواني، يحيط بهذه الخلية غشاء رقيق ولها نواة مركزية دائرية الشكل، محاطة بغشاء سميك ولها نواة واضحة والسيتوبلازم فيها يحوي على معظم مكونات الخلية العادية وفي الغالب يحيط جهاز غولجي بالنواة بينما تكون الماتيوكوندريا متناثرة في جسم الخلية والغصينات ويمتلك العصبون ثلاثة أجزاءو هي جسم الخلية و زوائد شجيرية صورة رقم (04)

جسمالخلية(corps cellulaire):يحتوي على الايتوبلازم و النواة و أجسام كولجي و الميتروكوندريا و حبيبات صبغية و شبكة من الالياف العصبية ، كما تحتوي على الالياف العصبيةأخرى على شكل

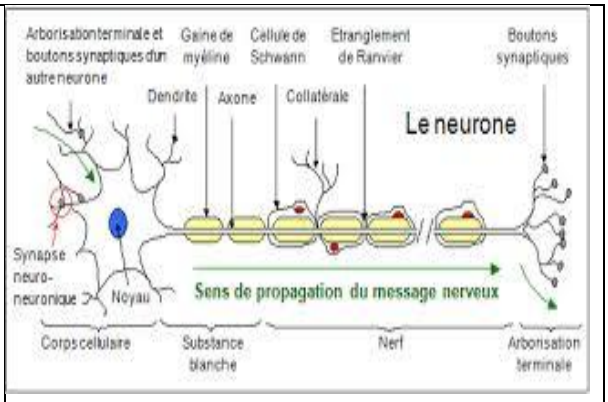
حبيبات بأجسام أو حبيبات نسل عبارة عن خيوط رفيعة متداخلة تمتد إلى جسم الخلية لها علاقة بالنشاطات العصبية

زوائد او شجيرات عصبية(dendrites): تبرز من جسم الحلية العصبية زوائد يختلف عددها من خلية لأخري فقد تكون ذات فرع واحد تسمي خلية عصبية وحيدة القطب و يخرج منها فرعان فتسمى خلية ثنائية القطب و تكون عديدة التفرعات فتسمى عديدة الاقطاب و هو النوع الشائع بين خلايا النسيج العصبي.



صورة رقم (03)غمد الميلين

http://www.colvir.net/prof/chantal.proulx



صورة رقم (04)مكونات العصبون

https://www.futura-sciences.com

المحور العصبي(axone):زائدة عصبية طويلة قد يمتد طولها ما بين عدة مليمترات الى بضعة امتار و يتكون نتيجة لاستطالة أحد الزوائد العصبية الذي بدوره ينتهي بتفرع عصبي شجيري نهائي و غالبا ما يحاط المحور أو يغلف بغمد نخاعي أو بأغشية خلوية مكونة من دهن و بروتين تسمى الميلين Myélineتكونها خلايا خاصة تعرف بخلايا شوان المحيطة بالغمد النخاعي الذي يتقطع على أبعاد متتابعة بعدد من الاختناقات تعرف باسم عقد رانفير nœud de Ranvierكما يحيط بالغمد النخاعي طبقة تغلفه من الخارج تعرف بالغشاء العصبي نيروليس و يحمي الليف العصبي من القطع إذا ما تعرض لشدة خارجية، والإصابة على مستوى العصب قد تحدث اختلال وأضرار جد سلبية قد تصل إلى حد الإعاقةومن بين هذه الاضطرابات نجد اضطراب التصلب اللويحي.

2- تعريف التصلب اللويحي sclérose en plaque (sep)

يعتبر التصلب اللويحي من بين الأسباب المؤدية الى الوفاة لدى الفرد الشاب بعد حوادث المرور، و بالرغم من أن نسبة الحياة مرتفعة مقارنة بعدد المصابين غير أن العراقيل و الاعاقة الناجمة من المرض

تبقي جد مرتفعة و مختلفة، كالاضطرابات الحركية، الحسية، اضطرابات الإخراج و الهضم، و الاضطرابات المعرفية، مختلف هذه الأعراض الأساسية منها أو المصاحبة تؤثر على الحالة النفسية و المزاجية للمصابين بمرض التصلب اللويحي، كما أنها تؤثر كذلك على نوعية الحياة لديهم، على الرغم من التقدم العلاجي الذي لا جدال فيه غير أن تطور المرض يمكن أن ينجر عنه إعاقةلها عواقب جد سلبية في حياةهؤلاء المرضى، و لهذا يبقي إعادة التأهيل الوظيفي جد مهم في هذا المرض و الحفاظ على الاستقلالية و تحسين نوعية الحياة لديهم ذلك بالرفع من قدرتهم الوظيفية، كل هذا عبارة عن سيرورة عملية ترتكز خاصة على المرضي و الطاقم الطبي، و نجاح برنامج علاجي يحتاج الى تدخل مختلف المختصين في مختلف المجالات لوضع برنامج جماعي أو فردي موجه. (Donzé ,2007)

التصلب اللويحي هو مرض مناعي يصيب الدماغ والنخاع الشوكي نتيجة تدمير الغشاء الميلينmyélineالذي يحمي العصب بسبب الالتهاب حيث يهاجم جهاز المناعة للمريض جهازه العصبي مما يعيق عملية التوصيل بين الدماغ والنخاعألشوكيوأجزاء الجسم الأخرى، فهو مرض يصيب المناعة الذاتية للجهاز العصبي المركزي فتهاجم مناعة الجسم الغشاء الميلينmyélineو هو غشاء عازل للخلايا العصبية في الدماغ و النخاع الشوكي كما تمثله الصورة رقم 03

مادة الميالين مادة تتكون أساسًا من الدهون التي تتناوب طبقاتها مع طبقات البروتين،ويعمل الميالين على عزل الألياف العصبية وحمايتها، كما يفعل البلاستيك حول الأسلاكالكهربائيةويؤدي هذا الضرر بالإعاقة وعدم قدرة الجهاز العصبي التواصل مع الأجزاء الجسم.

3- البدايات الأولى لتشخيص التصلب اللويحي

في عهد الاغريق القديمة و الرومان و المصريين القدامى لم يكن هنالك وصف لمرض التصلب اللويحي، فلم يتم العثور على هذا المرض، على الرغم من أن غالين Galienو هو طبيب يوناني من العصور القديمة مارس عمله في بيرغمون و روما حيث عالج العديد من الحكام، تحدث عن رعشة ألشلل و رعشة في حالة الراحة، و أقدم وصف قد تحدث عن التصلب اللويحي كان في الدول الاسكندنافية عند امرأة من الشعب الفيكنغ(1323-1293)، كانت تعاني من اضطرابات في الكلام و المشي و كان لها بعض الفترات من التعافي(Kerschen,2010)

أقدم الوثائق المتعلقة بالاضطرابات السريرية والتي قد تتوافق مع تاريخ مرض التصلب اللويحي راجعة الى عام 1421 و تتعلق بحياة القديسة ليدوينا شيدامSainte Lidwina de Schiedamحيث تعرضت لحادث

سقوط في عمرها 16 سنة، حين كانت تمارس التزلج و تكسر ضلعها، و لأسباب التهابية كان شفائها بطيئا و طويلا، و بعدها مباشرة أصيبت لدوينا Lidwina بصعوبة في المشي و ألآم حادة في الوجه، و شيئا فشيئا تطور الأمر إلى أن تشل يدها اليمنى، فقدان البصر من جهة واحدة، شلل في الساقين، تقرحات في المقعد، صعوبات في البلع، و هكذا تموت لدوينا عن عمر يناهز سن 53 سنة، ربما بسبب التهاب الحوصلة والكليةpyélonéphrite والتقرحات، و بعد خمسة قرون قام الأطباء بإجراء تشريح للهيكل العظمي ل لدوينا و توصلوا الى أن أسباب الوفاة راجعة الى ندبات الشلل النصفي المطول (paraplégie prolongée).

4- عوامل الإصابة بالتصلب اللويحي

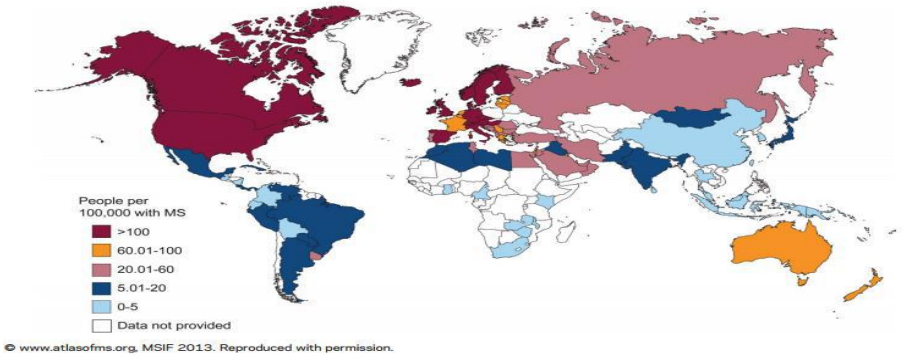
لقد ساعدت الدراسات الوبائية épidémiologiquesفيتحديد العوامل التي يمكن أن تكون ذات صلةمباشرة لخطر الإصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد، وبما فيها العوامل الجغرافية،الجينية والمعديةواعتمادا على نتائج الدراسات السابقة فقد استخلصت مجموعة من الملاحظات ومنبينها:

سن بداية المرض:نجد 70 بالمئة من المصابين بمرض التصلب اللويحي تظهر لديهم الاعراض الاولى ما بين 20 و40 سنة، بالرغم من أن تشخيص المرضيمكن أن يكون لدىالأطفالوالراشدين الصغار.

العوامل الجغرافية: صنفKurtzke عام 1980مناطق العالم وفقًا لانتشار مرض التصلب اللويحي واعتبر الانتشار المنخفض أقل من 5 حالات لكل مئة الف شخص5/100000، وكان الانتشار المتوسط من 5 إلى 30 /100000 شخص، وكان الانتشار المرتفع أكبر من 30 / 100000شخص،فيزيد انتشار مرض التصلب اللويحي كلما ابتعدنا عن خط الاستواء باتجاه القطبين صورة رقم(05) ، ذلك فإن مرض التصلب العصبي المتعدد أكثر شيوعًا عند خطوط العرض العليا (أعلاه درجة خط العرض 40 درجة)،ومع ذلك،يمكن ان تكون هنالك اختلافات كبيرة في معدلات الانتشار في نفس المنطقة الجغرافية، هذامايدل على أن العوامل الجغرافية ليست العوامل الوحيدة المعنية صورة رقم (05).(Atlas of MS, 2013)

الأصول العرقية: من بين الملاحظات التي توصلت إليها دراسات كل منDyment وWillerعام 2004 حول التصلب اللويحي نجدإمكانية ظهور نوع من التصلب اللويحي لدى المهاجرين يكون ما بين نوع التصلب اللويحي للمنطقةالأصلية و المكان الذي يهاجر له، ومع ذلك، يبدو أن هذا التغيير في امكانية ظهور هذا النوع من التصلب اللويحي يعتمد على عمر الشخص المهاجر، فالأفراد الذين يهاجرون قبل

سن 15 سنه يكون لديهم ميل واضح لتغيير مخاطر تطوير مرض التصلب اللويحي وهذا كله إذا كانت الهجرة في وقت مبكر، بينما كانت الهجرة في وقت لاحق أكثر من سن 15 سنة فإمكانية الإصابة يمكن أن تظهر في الأجيال القادمة(Willer,2004)



صورة رقم (05): الانتشار العالمي لمرض التصلب اللويحي المتعدد في عام 2013

المصدر(ATLAS OF MS, 2013)

العوامل الوراثية: بالرغم منأن مرض التصلب اللويحي ليس مرض وراثي إلاأن الوراثة يمكن أن تؤثر في درجة الإصابة حيث بينت دراسة Rische1992ان احتمال ظهور المرض لدى التوأم الحقيقين هي بنسبة 15 الى 25 بالمئة، بينما في التوأم الغير حقيقين تقدر ب 3 الى 5 بالمئة، كما أن في حالة ما اذا كان لأحد الابوين مرض التصلب اللويحي فنسبة الإصابة لدى الأبناء تقدر ب 20 الى 40 مرة مقارنة بالمجتمع العام، (Drai,2018)

الإصابة ببعض الفيروسات:الإصابة ببعض الفيروسات يسهل إمكانية الإصابة بمرض التصلب اللويحي، مثل فيروس إبشتاين بار Epstien-Barr فقد بينت دراسة Kvistad2014 ان الإصابة السابقة بهذا الفيروس تؤدي بظهور مرض التصلب اللويحي بنسبة 100/100، بينما بينت دراسة Ascherio انالإصابة بفيروسالحصبة rougeole و النكاف des oreillons و الحصبة الألمانيةla rubéole و كذلك فيروس الهربس Herpes كلها فيروسات لا يمكنها ان تؤدي بالاصابة بمرض التصلب اللويحي(Drai,2018)

اللقاحات المختلفة:بما أن مرض التصلب اللويحي مرض مناعي بحد ذاته فمن المنطق الشك في دور اللقاحات في تنشيط المرض، غير أنه ما يقدر ب 13 دراسة أجريت حول موضوع اللقاحات وظهور مرض التصلب اللويحي لم يثبت صحة هذه الفرضية، خاصة التطعيم ضد التهاب الكبد "ب" vaccination contre l'hépatite B، و من بين الدراسات نجد دراسة .Moreau عام 2015 بعنوان Vaccination et maladie

inflammatoires du système nerveux centralأين توصل فيه الى نفي كل الفرضيات القائلة بوجود علاقة بين التطعيم ضد التهاب الكبد والتصلب اللويحي(Moreau.2015)

الجنس:وحسب ما توصل إليه كل من2009 Confavreux&Hutchinson فإن نسبة الانتشار من حيث الجنس فإن الإصابة تكون مرتين إلى ثلاث مرات أكبر عند النساء أكثر من الرجال، هذا ما يشير إلى أن الكروموزومات الجنسية يمكن أن يكون لها دور في تحديد القابلية للمرض.(Dyment,2004)

5- انتشار مرض التصلب اللويحي في شمال افريقيا والجزائر

بالرغم من نقص الدراسات في القارة الافريقية حول مرض التصلب اللويحي إلا أن هنالك بعض الدراسات مثل دراسة بن حميدة 1977 Benhamida في تونس أين توصل إلى أن نسبة انتشار المرض في تونس تقدر ب 12 شخص لكل 100000 ، بينما دراسة قويدر Gouiderعام 2011 توصلت الىأن نسبة الانتشار تقدر ب 20.1 شخص مقابل 100000 نسمة، و بينما في الجزائر فأول دراسة حول مرض التصلب اللويحي هي دراسة في الجزائر نجد دراسة Boukhlif-Chaouchعام 1984 بعنوان profil épidémiologique et évolutif de la sclérose en plaques dans la wilaya d'Algerدراسة لنيل شهادة دكتوراه، توصلت الدراسة الى أن نسبة انتشار مرض التصلب اللويحي في ولاية الجزائر يقدر ب 10 شخص لكل 100000 نسمة، و دراسة دراي و كساسي Drai&Kessaciفي ولاية البليدة توصلت الى أن نسبة انتشار المرض على مستوى هذه الولاية يقدر ب 12.5 لكل 100000 نسمة ليرتفع هذا الرقم الى نسبة 23.7 شخص لكل 100000 عام 2009، و دراسة أخرى قد أجريت في ولاية تلمسان حيث توصلت الى ان نسبة الانتشار قدرت ب 26.3 شخص لكل 100000 نسمة.

بينما لم نجد دراسات وبائية épidémiologiquesحول مرض التصلب اللويحي في المغرب، بينما نسبة انتشار مرض التصلب اللويحي في ليبيا فقد قدر ب 4 شخص لكل 100000 نسمة (Drai.2018)

6- تشخيص التصلب اللويحي

يتم تشخيص التصلب اللويحي باعتماد على مجموعة من الاعراض وفي حالة غياب الاعراض وعدم وجود علامة تشخيصية محددة يتم الاعتماد على مجموعة من الاعراض السريرية والتطورية مما يجعل

الوصول الى التشخيص يكون بطريقة متدرجة، وعادة ما يكون التشخيص الاكلينيكي من طرف مختص في الأمراض العصبية بصفته أكثر دراية بالأعراض.

ومن بين المختصين الأوائل الذين قدموا اعراض تشخيصية هو شوماخير واخرون عام 1965 Schumacher et alحيث يعتمد تشخيص التصلب اللويحي على تشخيص عن طريق الاستبعاد diagnostic par exclusionحيث يتم أولا استبعاد كل الامراض العصبية الشبيهة بمرض التصلب اللويحي بالاعتماد على التشخيص الاكلينيكي(Blanchot,2013)،وبعدها يتم تشخيص التصلب اللويحي بالاعتماد على مجموعة من الاعراض و من بينها:

- **العمر:** ظهور المرض يبدأ لدى الأشخاص الذين يتراوح عمرهم ما بين 20 و40 سنة بمتوسط عمر 30 سنة، وهذا في ما يقارب 70 بالمئة من الحالات.

- **الجنس:** التصلب اللويحي يصيب النساء أكثر من الرجال بنسبة 2 على ثلاثة من المرضى هن من جنس النسوي

- **السوابق العائلية:** اذا كان أحد أفراد العائلة مريض قيمكن أن يتنقل المرض وراثيا بنسبة 10 الى 20 بالمئة و قد تصل هذه النسبة الى 30 او 40 بالمئة في حالة القرابة بالدرجة الأولى.

- **سوابق شخصية:** البحث في تاريخ الحالة إن كانت هنالك بعض نوبات العصبية السابقة التي قد نسيها المريض

– **الاعراض الاكلينيكية:** الإصابات تكون في الغالب على مستوى العصب البصري، الاعصاب الحسية الهرمية، وعلى مستوى المخيخ، فالأعراض الاكلينيكية تعكس شدة المرض ومكان الإصابة.

6-1- التشخيص المرتكز على اعراض ماك دونالد Les critères de McDonald

تعتمد هذه الطريقة على مجموعة من الأعراض وهي عامل التعميم الزماني المكاني والالتهاب مع دمج هذه الاعراض بصورة الرنين المغناطيسي

التعميم المكاني La dissémination spatialeونعني بالتعميم المكاني توفر مجموعة من العوامل التي تبين لنا انتشار أعراض المرض على مستوى الجهاز العصبي المركزي خلال استجواب المريض، و منأجل التأكد من وجود التعميم المكاني يجب أن تتوفر على الأقل إصابتين مختلفتين على مستوى الجهاز العصبي المركزي، و في حالة عدم توفر هذه الاعراض يجب أن نقابل الاصابات بما يعادلها مثلا خلل وظيفي في الوظيفة البصرية، كما يمكن للتصوير بالرنين المغناطيسي التأكيد من الانتشار المكاني.

التعميمالزماني La dissémination temporelleونعني به انتشار أو تعميم الإصابات على مستوى مناطق اخري للجهاز العصبي المركزي، و من اجل ذلكيتطلب توفر نوبتين متفرقتين بثلاثين يوما على الاقل، و يمكن التأكد من الانتشار الزماني بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي حيث يتم تعزيز الافة بواسطة الجادوليومle gadolinium

الالتهاب l'inflammationمعيار الالتهاب يتم التأكد منه من خلال تحليل السائل النخاعي الشوكي (Higue-Van, 2016)

6-2- التشخيص الشبه اكلينيكي paracliniques

6-2-1- التصوير بالرنين المغناطيسي(Imagerie par Résonance Magnétique IRM): التصوير بالرنين المغناطيسي، عبارة عن فحص تكميلي أساسي لتشخيص مرض التصلب اللويحي و كذلك متابعة تطور المرض فيسمح التصوير بالرنين المغناطيسي إستبعاد إصابة الجهاز العصبي المركزي التي يمكن ان يشتبه بها مثل الورم، تشوه الاوعية الدموية و بالتالي تحديد التشخيص الفارقي(Blanchot,2013) فيعتبر التصوير بالرنين المغناطيسي الفحص التكميلي الأكثر حساسية بغض النظر عن نوع التصلب اللويحي، يتم تنفيذه وفقا لبروتوكول محدد و تفسيره يكون وفق معايير ماك دونالد McDonald ،فالتصوير الذي يتم اجراؤه يكون دماغي و نخاعي

6-2-2-التحاليل البيولوجية Examens biologiques:

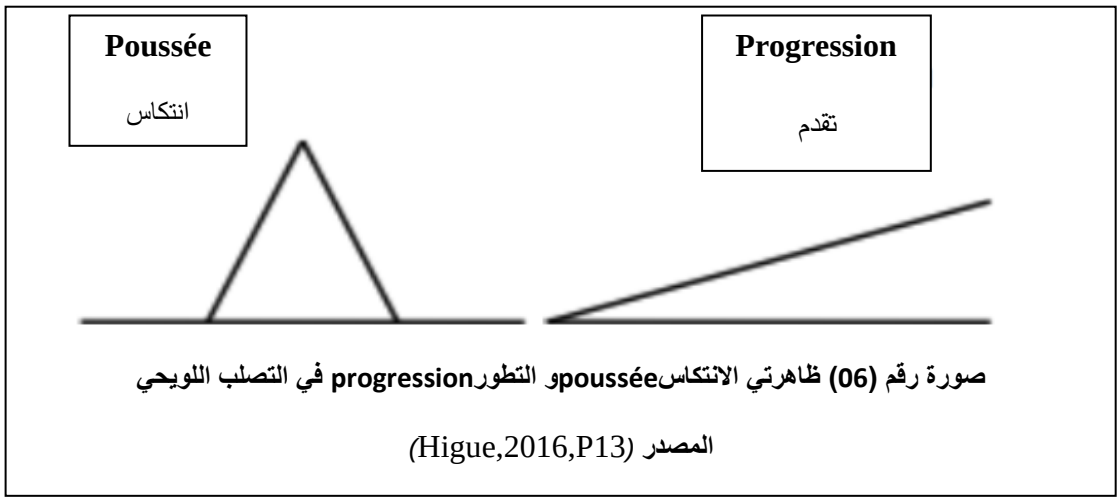
و من بين العناصر الاكلينيكية البيولوجية نجد تحليل السائل النخاعي الدماغي liquide céphalo) (rachidien LCR و كذلك على دراسة النواقل العصبية neurotransmission، فتشخيص التصلب اللويحي يتطلب مجموعة من التحاليل و استجواب دقيق للحالة و يتطرق الى التشخيص بالاعتماد على مجموعة من اعراض التصلب اللويحي بالرغم من ان الاعراض تختلف من فرد الى آخر.

- 7- الانتكاس والتقدم في التصلب اللويحي

قبل التطرق الى مختلف انواع التصلب اللويحي يجب اولا ان نتطرق الى ظاهرتينأساسيتين في التصلب اللويحي حيث انهما اساس تشخيص التصلب اللويحي للتفريق ما بين مختلف انواع التصلب اللويحي وهما الانتكاسPoussée والتقدمprogression.

7-1- نوبةالانتكاس: يتم تعريف الانتكاس بواحدة أو أكثر من العلامات العصبية التي تظهر أو تعاود الظهور أو تفاقم أعراض موجودة من قبل لأكثر من 24ساعة، تظهر هذه الاعراض بطريقة حادة و مفاجئة، تظهر علامات النوبات في غضون ساعات او أيام و تستمر لبضعة أيام إلىأسبوعين أو ثلاثة

أسابيع، و قد يكون تراجع العلامات السريرية كليا (انتكاس دون مضاعفات) أو مصحوبا بمضاعفات دون العودة الى الحالة العصبية الطبيعية (انتكاس بمضاعفات)(Pasquet,2018)



صورة رقم (06) ظاهرتي الانتكاسpoussée و التطورprogression في التصلب اللويحي

المصدر (Higue,2016,P13)

كما نلاحظ حسب الصورة رقم 06 فان في حالة النكسة نجد ان ظهور اعرض متفاوتة حسب شخص و اخر مما يبين ان المرض في حالة نشطة و تليها مرحلة ركود بينما في التقدم نلاحظ تقدم مآل المرض من مرحلة الى اخري.

7-2-التقدم progression: و نعني بالتقدم في التصلب اللويحي بتفاقم المتواصل للأعراض على مدى عدة اشهر وعادة ما يتم قياسه بمجموعة من المقاييس مثل مقياس الإعاقة الموسع لدى المصابين بالتصلب اللويحي(EDSS)، حيث ان هذه الاعراض ان بدأت لا تختفي و عادة ما تؤدي الى اعاقة لدى المصابين بالتصلب اللويحي (Pasquet,2018)

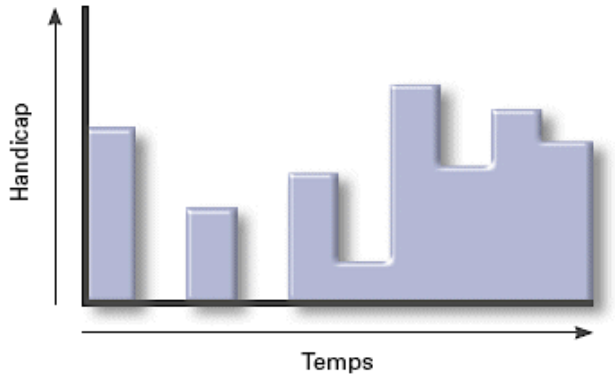
فالفرق الموجود ما بين الانتكاس والتقدم هي المدة وامكانية الشفاء أو بقاء الاعاقة. ففي الانتكاس تكون اعراض النوبة من بضع ساعات الى ثلاثة اسابيع بينما في التقدم فهي تقاس على مدى سنة على الاقل، كما ان الاعراض تختفي في الانتكاس ويكون للمريض القدرة الى العودة الىحالة الشفاءبينما في التقدم نتحدث عن تقدم المرض بمعني تطور الاعراضوبقاء الاعاقة كما تمثله الصورة رقم (06)

8-أنواع التصلب اللويحي:

هناك أربعة أنواع من التصلب اللويحي وهي تؤثر على الاشخاص المختلفين بطرق مختلفة:

8-1-تصلب لويحي انتكاسي خمودي Forme rémittente récurrente (SEP RR)

يتم في المراحل الاولية تشخيص حوالي85 % من الاشخاص المصابين بالتصلب اللويحي ب بهذا النوع، و متوسط العمر الذي يبدأ فيه تشخيص هذا النوع هو سن الثلاثين، و يتعرض الاشخاص ذوي التصلب اللويحي الانتكاسي الخمودي لفترات مؤقتة من الانتكاس و الخمود المتكرر و يمكن أن تختفي الاعراض بالكامل بين النوبات كما يمكن أن تخفف حدتها، يمكن أن تحدث الانتكاسات Des poussées بتواتر متفاوت، اعتمادًا على كل مريض، بدءًا منعدة انتكاسات كل عام الى انتكاس واحد بعد عدة سنوات، الانتكاسات قد يكون لها مضاعفات وقد لا تكون لها مضاعفات ، لكن المرضى ليس لديهمتطور الإعاقةprogressionبين الانتكاسات.(Blanchot,2013)



صورة رقم (07) تصلب لويحي انتكاسي خمودي(SEP RR)

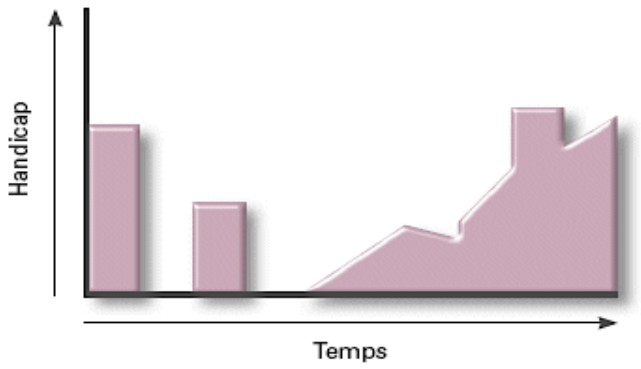
(Pasquet,2018,p 39)

فمن خلال الصورة رقم 07 نلاحظ ان هنالك نوبات من الانتكاس التي تظهر من فترة الى أخرى دون أن تؤدي الى بقاء أعراض أو تقدم في الإعاقة.

8-2-تصلب لويحي مترقي ثانوي Forme secondairement progressive (SEP SP)

في هذا النوع من التصلب اللويحي تتفاقم الاعراض بسرعة أكبر مع مرور الوقت، بظهور أو عدمظهور انتكاسات أو خمود، و عادة ما يتطور نوع التصلب اللويحي الانتكاسي الخمودي الى تصلب لويحي

مترقي ثانوي في مدة زمنية تقدر من 15 سنة الى 20 سنة،و يتميز هذا النوع بتطور الاعراض و ظهورالاعاقة دوناستباق للانتكاسات، أو بوجود أعراض انتكاسية بحد أدني من الاستقرار. (Blanchot,2013)و هذا ما تبينه صورة رقم 08، حيث نجد ان الفرد يمكن ان يبقى مدة طويلة دون أية اختلالات لكن في مرحلة و اخري يمكن ان تتغير حالته.

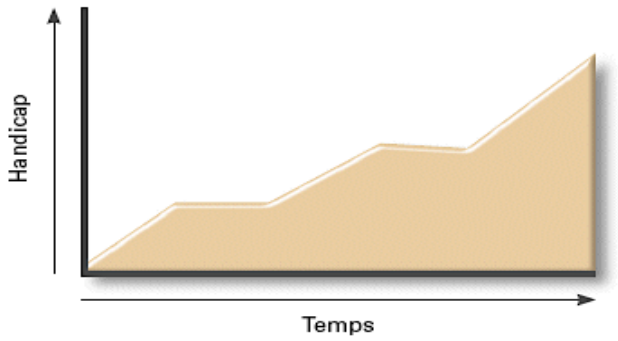


صورة رقم (08) تصلب لويحي مترقي ثانوي (SEPSP)

المصدر(Pasquet,2018, p 40)

8-3-تصلب لويحي مترقي اولي (SEP PP)Forme primaire progressive

هذا النوع من التصلب اللويحي ليس شائعا ويصيب حوالي 10 بالمئةمن الأشخاص ذوي التصلب اللويحي، يتميز ببطء تفاقم الاعراض من البدايةبدون حدوث نوبات انتكاسية تظهر عادة بفارق عشرة سنوات مقارنة بالتصلب اللويحي المترقي الثانوي بمتوسط عمر الأربعين سنة، صورة رقم (09). (Blanchot,2013)

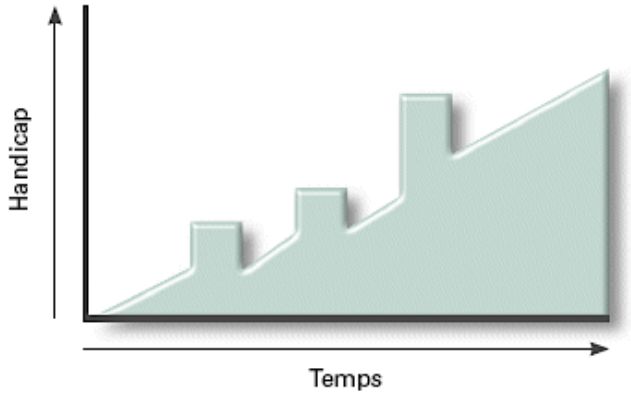


صورة رقم (09) تصلب لويحي مترقي أولي (SEP PP)

المصدر(Pasquet,2018, p41)

8-4- تصلب لويحي انتكاسي مترقيForme progressive avec poussées

هذا النوع من التصلب اللويحي نادر يصيب حوالي 10% من المصابين بالتصلب اللويحي المترقي الاولي(SEP PP) (صندوق تنمية الموارد البشرية، 2017)، يتقاطع هذا النوع بين نوعين من التصلب اللويحي، فيتميز ب تطور واستمرارأعراض المرض منذ ظهوره مثل التصلب اللويحي المترقي الاولي، كما يتميز بميزة ظهور بعض الانتكاسات من حين لآخر طوال التطور التدريجي للمرض مثل تصلب لويحي انتكاسي كما تبينه الصورة رقم (10)(Pasquet,2018)



صورة رقم (10) تصلب لويحي انتكاسي مترقي(SEP PP)

9- دور جهاز المناعة

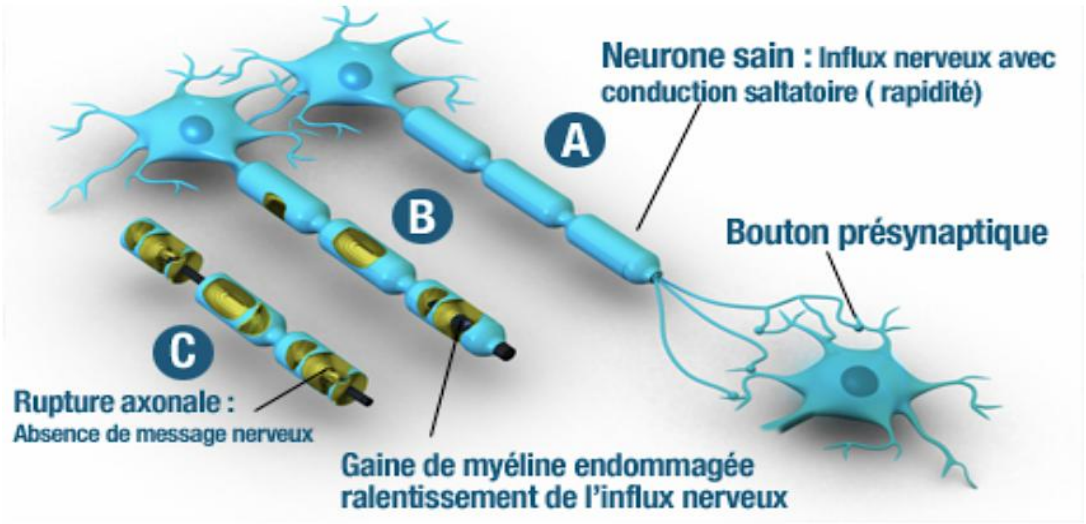
يلعب جهازالمناعة دور اساسي في الاصابة بمرض التصلب اللويحي، حيث أنه و لأسباب لا تزال غير واضحة، ينحرف جهاز المناعة ويطور استجابة موجه ضد الميالين، و هي مادة يمكن اعتبارها غمد بروتيوليبيد لحماية الألياف العصبية للجهاز العصبي المركزي، ومن المحتمل أن يكون أحد أهداف الهجوم المناعي هو أحد مكونات الميلين في الجهاز العصبي المركزي، فتظهر الخلايا اللمفاوية T4نوع من الحساسية تجاه مادة الميلين فتقوم باجتياز الحاجز الدموي الدماغي (hématoencéphalique) الذي يفصل ما بين أوعية حمة الدماغ les vaisseaux du parenchyme cérébral و النخاع الشوكي و يدخل الى الجهاز العصبي المركزي، و عند دخول هذه الخلايا اللمفاوية T4الى الجهاز العصبي المركزي تساهم في تطوير ردة فعل التهابية بمساهمة آليات داخل الجهاز العصبي المركزي مثل الضامة les

macrophagesالخلايا الدبقية الصغيرة (أي ما يعادل الضامة في الجهاز العصبي المركزي) les cellules micro gliales والخلايا الليمفاوية B، يمكن لبعض هذه الخلايا أن تتلف المايلين ويسبب الضيق واحيانا تدمير العصبونات، بشكل مباشر أو من خلال المواد الكيميائية (السيتوكينات ، الجذور الحرة) التي يطلقونها(Lucchinetti ,2000) .

للخلايا اللمفاويةالتائيةT القدرة على التعرف على مستضدات antigènesمعينةوهذا بفضل البروتينات الموجودة على السطح من الخلية (المستقبلات)

سيرورة إزالة مادة الميالين عن الجهاز العصبي المركزي في مرض التصلب اللويحي راجعةالى عملية المناعة الذاتية الغير الطبيعية، حيث تنشط بطريقة انتقائية الخلايا اللمفاوية التائية و البائية cellules T et B و كذلك خلايا البلاعم و تحدث نزع لمادة الميالين.

الاليات المسؤولة عن ظاهرة الالتهاب وإزالة مادة الميالين وعلاقته بالوقت والعوامل المختلفة لا يزال من الصعب تحديدها، لكن احتمالية حدوث تلف للعصبونات بسبب الاصابات المتكررة و ازالة مادة الميالين عبارة عن شيء بديهي و الشيء الاكثر صعوبة هو ان هذه الاصابات المتكررة يمكن ان تؤدي الى اعاقة تدريجية تنموا مع الوقت كنتيجة تدريجية لتفاقم الاصابات المتكررة و هذا ما يمكن ملاحظته من خلال التصوير بالرنين المغناطيسي(Lucchinetti ,2000) .



صورة رقم (11) مراحل إزالة غمد الميالين

المصدر *http://www.cofemer.fr*

10- اعراض التصلب اللويحي

10-1-الالام الحادة:بالرغم من ان الالم من بين الاعراض الاساسية التي يعاني منها الشخص المصاب بالتصلب اللويحي غير انه يبقى من بين الاعراض الاخيرة التي يرتكز عليها لتشخيص المرض، حيث أن حالتين من ثلاثة من المصابين التصلباللويحي يعانون من آلام في الرأس كالصداع و 50 بالمائة من المصابين يعانون من آلام اعتلال الأعصاب(neuropathique)بنسبة 30 بالمئة من المرضي، و هي آلام متقطعة أو متواصلة، كما يجب ألا نتجاهل الآلام أيضًاكألم عضلي هيكلي musculosquelettiques أو علاجي المنشأ (iatrogènes)،(Moisset,2015)

10-2- الاضطرابات الحركية : تظهر هذه الاضطرابات مبدئيا في 40% من الحالات، و تظهر عادة في نوع تصلب لويحي مترقي اولي (SEP PP)Forme primaireprogressive و من بين الاصابات نجد الشلل السفلي التشنجي، بينما يعاني حوالئ 80 % من المرضى بتشنجات عضلية، يصاب اغلبيهم باضطرابات و عجزفي المشي فيقل لديهم محيط المشي و سرعة المشي، كما يمكن ان تظهر لديهم اضطراب من ناحية نوعية المشي فيظهر لديهم القص Le fauchage و تتمثل طريقة المشي هذه ب تصلب الطرف السفلي عند المشي تقوم احد الرجلين برسم نصف دائرة على الأرض مع كر الأرض و تقليد حركة المنجل، و اضطرابات التوازن و هي مسؤولة عن 54 % من الإصابات و السقوط و عادة ما تكون سبب لتشخيص المرض(Steindorsson, 2019)

10-3- الاضطرابات الحسية:و تعتبر من بين العلامات الأولى للمرض لما يقارب 20 من الحالات، و العلامات تبدأ بنوع من التنمل paresthésiesعلى شكل وخز picotements ou fourmillements ، الاحساس بتخدير anesthésie، آلام الاعتلال العصبي Des douleurs neuropathiques شبيهة بشحنات كهربائية، كما يمكن ان تظهر كحساسية للحرارة (Steindorsson, 2019)

10-4- اضطرابات الرؤية:و تتمثل في التهاب العصب البصري و الذي يمثل سبب لتشخيص المرض لدى ربع المشخصين بهذا المرض خاصة عند الشباب، و يظهر في انخفاض حدة البصر لبضع ساعات او أيام مرتبط آلام عند تحريك العين بنسبة 80 بالمئة من الحالات، استعادة الوظيفة البصرية بنسبة 80 بالمئة من المرضي تكون خلال ستة اشهر و لكن يمكن ان تنتكس في حالة التعرض لحرارة مرتفعة(Steindorsson, 2019)

10-5- الاضطرابات المعرفية:اكثر من نصف مرضي التصلب اللويحي يعانون من مشاكل في الانتباه و الذاكرة، لديهم صعوبات في تذكر احداث قديمة و سرعة التنفيذ الفكري، و كذلك التفكير المجرد، كما ان هذه المظاهر المرضية تتفاقم بسبب التعب(Steindorsson, 2019)

10-6- الاضطرابات الجنسية و الإخراج Troubles vésico-sphinctériens et sexuels: غير شائعة في بداية المرض توجد في ما يقارب 6% فقط من المرضي، و هي بنسبة 78% من المرضى خلال تطور المرض، تعتبر من بين العوائق الاساسية لدى المصابين بالتصلب اللويحي و من بين هذه العلامات نجد التبول العاجل في حوالي 85% من الحالات و هي مسؤولة عن عدم التحكم في البول incontinence في وقت او في آخر/ كما نجد عسر البول la dysurie بنسبة 49% و التبول اللاإرادي بنسبة 14%بينما اضطرابات الجنسية مثل ضعف الانتصاب و انخفاض الرغبة الجنسية، قلة التزليق المهبلي، الحساسية الموضعية وقلة النشوة الجنسية فهي اضطرابات موجودة لدى هذه الشريحة من المرضى بنسبة 82% من الرجال و بنسبة 52% من النساء، و هي عادة اضطرابات لا يتم التحدث عنها خلال الفحوصات لذا لا يتم علاجها(Higue-van, 2016)

10-7- الاضطرابات النفسية:

الاضطرابات النفسية جد منتشرة لدى المصابين بالتصلب اللويحي، هذه الاضطرابات غالبا ما يتم تجاهلها وعدم معالجتها فهي عادة مرتبطة بشكل عام بانخفاض الالتزام بالعلاج، والحالة الوظيفية للمريض و جودة الحياة للمريض و من بين هذه الاضطرابات كما ان ظهور اضطراب نفسي في مرحلة مبكرة جدا يمكن ان يؤدي الى تأخير في تشخيص التصلب اللويحي بعامين او ثلاثة، و من ين هذه الاضطرابات نجد:

- **10-7-1- محاولات الانتحار:** خطر المرور الى المحاولات الانتحارية جد وارد لدى المصابين بالتصلب اللويحي بسبب الشعور بالعزلة الاجتماعية، السوابق العقلية، الضغط العائلي، سوابق الاصابة بالاكتئاب، القلق والادمان على الكحول.

- **10-7-2- القلق** : حسب الدليل التشخيصي الرابع يمكن ان تظهر أعراض القلق العام، نوبات الهلع، كما ان لقلق جد منتشر لدى المصابين بالتصلب اللويحي بنسبة 54% من المصابين، فهي تظهر في بداية المرض و تستمر في السنوات الأولى و تتلاشي شيئا فشيئا، كما ان هنالك علاقة ما

بين القلق و الاكتئاب و التعب لدى المصابين بالتصلب اللويحي و هذا ما بينته العديد من البحوث، كما بينت كذلك ان استراتيجيات التعامل قد تساعد في تحطي المرض او الزيادة من حدة القلق النفسي لدى هذه الفئة، فالأفراد الذين لديهم استراتيجيات التعامل الموجهة للانفعال هم اكثر قلقا و اكتئابا من الافراد الذين لديهم استراتيجيات العامل الموجهة لحل المشكل او الموجهة نحو التسلية، كما ان درجة القلق يمكن ان تزيد حسب نسبة الاعاقة المنجرة من المرض، فحسب دراسة KerinaJonesو آخرون عام 2014 فقد زادتنسبة المصابين بالقلق و الاكتئاب من ذوي الإعاقة الجسدية بنسبة 38% من المستجيبين ذوي الاعاقة المنخفضة و 66% من ذوي الاعاقة العالية بقلق خفيف على الاقل ، و نسبة 71% من الاشخاص ذوي الاعاقة العالية يعانون من اكتئاب(Jones, 2014)

في دراسة حول اضطرابات القلق كل من Korostil et Feinstein2007 وباستخدام معايير الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM5 لدى 140 مصاب بالتصلب اللويحي أكدوا على وجود اضطرابات القلق لدى ما يعادل 35.7% من عينة البحث (Jones,2014)

- **10-7-3-الاكتئاب:** اغلبية المصابين بالتصلب اللويحي يعانون من الاكتئاب، كما أن تشخيص التصلب اللويحي و الاكتئاب جد صعب التشخيص بسبب تداخل أعراض لكل من التصلب اللويحي و الاكتئاب فكلاهما تظهر اعراض التعب، الارق، و صعوبة التفكير او التركيز، فحسب دراسة 41% من مرضى الصلب اللويحي يعانون من اكتئاب خلال الاشهر الستة التابعة للعلاج بالانترفيرون بيتا مما يبعثهم الى التخلي عن العلاج ، و نسبة 86% من المبحوثين قد استفادوا من متابعة نفسية و ادوية مضادة للاكتئاب من اجل مواصلة العلاج بالانترفيرون بيتاinterféron beta(Mohr,1997).

- **10-7-4-اضطرابات نفسية أخرى العديد** من الاضطرابات النفسية التي يمكن ان تتداخل مع التصلب اللويحي ومن بينها نجد:

10-7-4-1-النشوة L'euphorie: حيث تقدر نسبتها ب 15% في مرض التصلب اللويحي، كما ان شدتها مرتبط بنسبة الإصابات التي تظهر على T2 وضمور المادة الرمادية والبيضاء.

10-7-4-2-الاضطرابات الذهانية: مثل الهلاوس، خيبة الامل أو أي أعراض إيجابية لمرض الفصام.

10-7-4-3-اضطرابات الشخصية: اضطرابات الشخصية والسلوكية قد تكون ناتجة عن ردة فعل نفسي تجاه مرض مزمن، لكن الارتباط مع العجز النفسي العصبي يشير الى انه قد يكون ثانويا لتلف الدماغ (Heinzlef,2015)

11- التصلب اللويحي ونوعية الحياة:

تعتبر الإصابة بالتصلب اللويحي و ما ينجر عنها من مختلف النواحي النفسية و الاجتماعية و الفيزيولوجية كمرض يعيق حياة الفرد، فمن الناحية الاجتماعية يمكن اعتبار هذا المرض كمسبب لفقدان العمل و المكانة الاجتماعية للمريض، كما انه يؤدي الى الاكتئاب و نقص في تقدير الذات حتى أنه يمكن أن يؤدى المحاولات الانتحارية، و تطور المرض الذي ينجر عنه الإعاقة الدائمة مما يحد من حرية المريض في حياته العامة كل هذه العراقيل تجعل المريض يشعر بنوعية حياة رديئة و غير إيجابية (Defer,2010)، فمرض التصلب اللويحي يؤثر بطريقة كبيرة على استقلالية المريض، و قدراتهم المهنية، و مكانتهم في البيءة الاسرية و الاجتماعية لاسيما علاقاتهم مع الأقارب خاصة الزوج، حيث بينت الدراسة التي قتم بها ديلوارDeloireعام 2005 عن تدني مستوى نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي مباشرة بعد تشخيص المرض، حيث يمثل نسبة 100/70 في الستة اشهر الموالية بعد تقديم التشخيص في مقياس SEP-59، و يصل الى درجة 100/60 لدى المرضي ما بين ستة اشهر الى 18 شهر من تقديم التشخيص (Deloire,2005)و هذا راجع خاصة الى ان المرضى يقارنون انفسهم ما بين حالته الصحية قبل المرض و بعد المرض، هذا ما يبين تدني مستوى نوعية الحياة لديهم(Clavelou,2009).

جدول رقم (01) يبين العناصر التنبؤية لتدني نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي حسب الأهمية(Clavelou,2009.p 126)

عناصر تنبؤية قوية	عناصر تنبؤية متوسطة	عناصر تنبؤية ضعيفة
- الاكتئاب	- العياء	- مرض طويل الأمد
- فقدان الامل	- القلق	- الاعراض العصبية
- إصابات معرفية	- صعوبات التواصل	- شكل المرض
- فقدان الاستقلالية	- تفاقم سريع للمرض	- البطالة
- فقدان المساندة	- قلة الثقة بالنفس	- ظهور إصابات بالتصوير بالزنين المغناطيسي
- الألم		

يظهر من خلال الجدول رقم (01)أانه وبصفة عامة فان تدني مستوى نوعية الحياة يرجع خاصة الى العجز الجسديوالاضطرابات الحركية، وكذلك الى الاكتئاب، وخاصة نوعية المرض الذي يتميز بالتقدم والتفاقم.

12- علاج التصلب اللويحي

تعددت العلاجات المقترحة لعلاج التصلب اللويحي، ومنها من يرتكز على العلاجات الكيميائية كمحاولة للحد من النكسة والتخفيف من أعراض الألم التي يعاني منها المريض، كما أن هنالك بعض العلاجات التي تهدف الى الاخذ بعين الاعتبار الجانب النفسي للفرد المريض محاولة إعطاء الفرصة للتعبير الانفعالي لهذه الفئة و من بين العلاجات النفسية ستتطرق او العلاجات الكيميائية و من فمة العلاجات النفسية و البرامج العلاجية الهافة الى التخفيف من الاثار الجانبية للأدوية و التعبير عن الجانب الانفعالي للمريض.

12-1- العلاجات الكيميائية

12-1-1-العلاجات الكيميائية للنكسة Les traitements pharmacologiques de la poussée

ترتكز العلاجات الكيميائية لعلاج التصلب اللويحي علىالكورتيكوستيرويداتcorticoïdes، و هذا ما نشرته الهيئة الوطنية الفرنسية للصحة عام 2001، و هذا ما اعتبرته كالممارسة الجيدة للصحة لمرضى التصلب اللويحي وفقا لمجموعة التفكير في التصلب المتعدد، و ذلك بوصف هذ النوع من الادوية بجرعات مرتفعة، و يعتبر la méthylprednisoloneمن بين الادوية للمستوى الأول للأدوية، و يتم أخذه عن طريق الوريد، و من خصوصيات هذ الدواء هي التسريع في الانتعاش أو الاسترجاع دون القضاء على العجز(Galetta.2019).

12-1-2-العلاجات الدوائية الأساسيةLes traitements pharmacologiques de fond

وهي مجموعة من الادوية تستهدف الاستجابة المناعية للجسم، اما بتعديل الاستجابة المناعية او بهدف حذف الاستجابة المناعية، وحاليا يوجد عدد أكثر من عشرة أدوية تم المصادقة عليها واستعمالها لعلاج التصلب اللويحي، تهدف إلى الوقاية من الإعاقات التي يسببها هذا المرضويوجد نوعين من العلاج الدوائية الأساسية و هي علاجات تعديل المناعة.

12-1-3-علاجات تعديل المناعةLes traitements immunomodulateurs

الهدف الأساسي من علاجات تعديل المناعة هو الحد من اضطراب الجهاز المناعي وبالتالي قمعالنوبات التي تدمر المايلين في الجهاز العصبي المركزي. من خلال منع النوبات والتهيجات واللويحات الصامتة، يكون الهدف هو منع أو على الأقل تأخير تراكم الإعاقة وظهور مرض التصلب العصبي المتعدد المترقيالثانوي، ومن بين الادوية الأكثر وصفا نجد:

- **الانترفيرونبيتاβ−Interféron**اكتشاف هذا الدواء يشكل ثورة علاجية في مرض التصلب اللويحي، ظهرت دراسة أن هذا العلاج يقلل بنسبة 30٪ من خطر انتكاس مرض التصلب العصبي المتعدد ويبطئ تقدم الإعاقة في 2 أو 4 سنوات في التجارب السريري(Uccelli.2011)

- الاسيتات**l'acétate de glatiramère(Copaxone)**يتميز هذا الدواء بان له نفس التأثير ب الانترفيرون دون الاعراض الجانبية،فعلى عكس الإنترفيرون ، فإن حقن l'acétatede glatiramère الا يسبب مرضًا شبيهًا بالإنفلونزا. قد يظل موقع الحقن مؤلمًا وأحمر اللون ومتورمًا لبضعة أيام ، لكن هذه الآثار الجانبية تختلف أيضًا بشكل كبير من مريض لآخر. في حالات نادرة، قد يشعر المريض بعدم الراحة بعد فترة وجيزة من الحقن يتكون من ضيق في الصدر يكون أحيانًا مؤلمًا. هذا الانزعاج خفيف ويفتح الطريق في غضون بضع دقائق عند الراحة (Lublin.2013).

- **نتاليزوماب(Tysabri)natalizumab**هذا الدواء هو الخيار الأول لعلاج المرضى الذين لا يتحكم علاج تعديل المناعة في المستوى الأول من الادوية لخفض أو القضاء على المرض بشكل نهائي، فحسب التجارب السريرية قبل تسويق الدواء فقد يمكنه القضاء على معدل الانتكاسات بنسبة 66 إلى 75 في المائة وتطور الإعاقة بنسبة 42 في المائة على مدى عامين. يتم إعطاؤه كل 4 أسابيع عن طريق التسريب في الوريد، في قسم خاص في مستشفى نهاري(Uccelli.2011)

يعد Natalizumabمناسبًا للمرضى الذين لا يستجيبون للعلاج الشامل والكافي باستخدام مضاد للفيروساتالانترفيرونبيتاβ-Interféron، أو للأشخاص الذين يعانون من مرض التصلب العصبي المتعدد الحاد والسريع الانتكاس.

- **ديميتيلفومارات(Tecfidera) Le diméthylfumarate**يتوفر هذا الدواء منذ عام 2014، وهو دواء يؤخذ عن طريق الفم. وقد أظهر هذا الأخير الحماية بمرور الوقت من ظهور علامات التصوير لمرض التصلب العصبي المتعدد. غير أن آلية عملها ليست مفهومة بالكامل. يمكن أن يكون على شكل علاج وهمي فلم يلاحظ أي اختلاف في خطر تفاقم الإعاقة بين ثنائي ديميثيلفومارات والعلاجات الأخرى (HAS.2014)

- **تيريفلونوميد(Aubagio)Le tériflunomide**هو أيضًا علاج جديد لجهاز المناعة لمرضالتصلب اللويحي، بعد أن حصل على تصريح التسويق في عام 2014 ، يتوافق تأثيره العلاجي مع انخفاض تنشيط وتكاثر الخلايا الليمفاوية التي يسببها، بينما الية عمل هذا الدواء غير مفهوم، و له نفس الاهداف العلاجية لديميتيلفومارات Le diméthyl fumarateولكنه مسؤول عن بعض الاصابات الكبدية واضطرابات الجهاز الهضمي، يوصف كبديل علاجي عن طريق الفم لالانترفيرون بيتا Interféron−β و l'acétate de glatir amère(Brochet, 2017)

12−1−4− العلاجات المثبطة للمناعةLes traitements immunosuppresseurs

هي علاجات منالمستوىالثاني الموصوفة في مواجهة نقص فعالية العلاجات المعدلة للمناعة أو في الأشكال الحادة من المرض، وهو علاج يتطلب ضرورة المراقبة المستمرة والصارمة للدم والقلب والكلى عند تقديم هذا النوع من العلاج.

- **ميتوكسونترونLemitoxantrone**هذا الدواء هو الجيل الأول من مثبطات المناعة، له تأثير سام للخلايا عن طريق التسبب في موت الخلايا المناعية، و كذلك الحد من تكاثر الخلايا وإنتاج الأجسام المضادة، يتم إعطاؤه بالتسريب الشهريperfusion mensuelle في حالة وجود شكل عدواني من مرض التصلب العصبي المتعدد، هذا الدواء له جد ساملقلب، مما يحد من استخدامه بمرور الوقت فهو يشكل خطر الإصابة بسرطان الدم النخاعي الحاد في حوالي 1٪ من المرضى(Brochet, 2017)

- **نتاليزوماب Le natalizumab**هذا الدواء هو جسم مضاد أحادي النسيلة anticorpsmonoclonalوهو جزء من الجيل الثاني من مثبطات المناعة، يسمح بتخفيض وتيرة الانتكاسات أكبر مما تسمح به أجهزة المناعة. لديها كفاءة أفضل في تقليل تطور الإعاقة أيضًا، لتأثير الجانبي الرئيسي هو تطور اعتلال بيضاء الدماغ متعدد البؤر التقدميleuco encéphalopathie multifocale progressive. (Brochet, 2017)

- **ينقوليمودLefingolimod** كان أول علاج فموي لمرض التصلب العصبي المتعدد، يسمح بتقليل تكرار الانتكاسات بنسبة 50٪ بعد عامين وتقليل تطور الإعاقة، وهو مخصص حصريًا لعلاج الأشكال النشطة، نظرًا لخطر الإصابة باضطرابات التوصيل القلبي (عدم انتظام ضربات القلب) في بداية العلاج كالاضطرابات البصرية (Brochet, 2017)

12−1−5 − علاجات الأعراضLes traitements symptomatiques

وهي علاجات تخص اعراض من مريض لآخر مراعيا في ذلك العرض الذي يظهر حسب كل حالة، مثل الاعراض الاضطرابات الحركية، العياء ومختلف الالم المصاحبة للمرض.

12-1-6- العلاج بالتبريدla Cryothérapie

أو ما يسمي العلاج البارد بشكل عام باستخدام البرودة على منطقة مريضة من الجسم، و لكن تجدر الاشارة الى ان هنالك العديد من علاجات التبريد المختلفة، كما ان استعمالاتها جد مختلفة خاصة في ميدان الرياضة، فيما يخص علم الاعصاب فهي جد حساسة و يجب ان تتوفر على مجموعة من الشروط، فالعديد من الدراسات بينت اهمية هذه التقنية في مساعدة مرضي التصلب اللويحي بالاحساس و الشعور بنوع من التحسن الموضوعي في سرعة التفكير و العمليات المعرفية، و كذلك بينت طريقة سترة العلاج بالتبريد تحسن المشي لدى المصابين، بينما من الجانب الاجتماعي يتطلب العلاج عدة حصص منزلية لملاحظة التغيير و التحسن بهذه التقنية، و يبقي عرض التعب من بين الاعراض الأكثر صعوبة للتقييم نظرا لأنه عرض صعب القياس بما له من نسبة كبيرة من الذاتية لذلك يبقى تقييم تاثير العلاج بالتبريد على عرض التعب لدى المصابين بالتصلب اللويحي من بين العراقيل الأساسية، نظرا لكون هذا المعيار جد معقد و متعدد الابعاد، لكن بعض الدراسات بينت أهمية العلاج بالتبريد و من بين هذه الدراسات دراسة بنوا قونزالاسBenoit Gonzales بعنوان آثار برنامج تدريبي يتضمن تبريد الجسم على القدرات البدنية و المعرفية و نوعية الحياة لمرضي التصلب اللويحي و هي دراسة تجريبية، حيث اسفرت نتائج الدراسة لدى مجموعة التبريد تحسنا ملحوظا في الأداء و تحسن الحالة العاطفية و الوظائف المعرفية التي تمت دراستها ب Sep-59 و تحسن في الشعور بالتعب العام (Gonzales, 2017)

12-2-البرامج العلاجية والعلاجات النفسية

12-2-1- العلاج النفسيللتصلب اللويحي

العلاج النفسي او المرافقة النفسية أو المتابعة النفسية لمرضي التصلب اللويحي جد مهمة، فقد يكون تشخيص المرض سببا مفجرا لمرا نفسية كامنة او قد يؤدي الاعلام بالتشخيص و مآل المرض الى ظهور مجموعة من الاعراض المرضية النفسية التي يمكن ان تكون مرتبطة مسار مرض التصلب اللويحي كالأثار الجانبية للأدوية مثل فقدان الثقة بالنفس، و لذلك تعتبر الكفالة النفسية لهذه الفئة جد مهمة، فتعددت العلاجات المقترحة و من بينها نذكرالعلاج السلوكي و العلاج المعرفي و العلاج السلوكي المعرفي و غيرها من العلاجات و عادة ما يتم استعمال علاج نفسي معين من اجل عرض نفسي معين.

12-2-2-1-العلاج النفسي العصبي: حسب كل منSeronوVan der Lindenاستشهد بها Deffer فقد ميزا ما بين مختلف اشكال الرعاية حسب الاهمية ومسار الاضطرابات وكذا الاهداف المحددة ومن بينها نجد:

12-2-2-1-1-اعادة الوظيفة:ونعني تمرين المريض من أجل استعادة مستوى التشغيل المعرفي كماكان في وقت سابق، مثلا اعادة توطين عمليات الانتباه من خلال تدريب المريض على ردة الفعل بالاختيار في وقت محدد، لذلك تعتمد تقنية الاستعادة الوظيفة على افتراض أن الادراك عبارة عن عضلة و ما علنا إلا تدريبها من أجل تعلم الانتباه، و هذه التقنية تستهدف جميع المرضي فترتكز على اعادة نفس التمرين لعدة مرات و كانه ركض عقلي jogging mental، و لكن الشيء الملاحظ هو نقص في النتائج بالرغم من 625 ساعة من التمرين (Deffer,2010)

12-2-2-1-2-إعادة التنظيم الوظيفي و استثمار الوظائف السليمة: تعتمد الطريقة الاولى على تعليم المريض باستعمال وظائف معرفية لم يعتد على استعمالها مثلا تعليم الحساب للمصاب الذي لديه عسر الحساب طريقة جديدة للحساب، فهي ترتكز على استخدام وظائف سليمة اقرب الى اعادة التنظيم تهدف تعليم المريض استخدام استراتيجيات التسيير المتبقية و التي لا تزال سليمة،(Deffer,2010) هذه التقنية هي تقنية منفردة بمعنى موجهة الى المرضى بطريقة فردية بأخذ بعين الاعتبار المشاكل المعرفية التي يعاني منها و من ثمة وضع برنامج و منهج علاجي يتلاءم مع مشاكل المريض.

12-2-2-1-3- اعادة تهيئة شروط التمرين: غالبا ما يلجأ المعالج النفس-عصبي الى استعمال هذه التقنية لدى المرضى المصابين بأمراض مستعصية و اصابات تنكسيهlesmaladies dégénératives الهدف منها ليس تحسين الوظيفة المعرفية لكن اعادة تعديل و تهيئة المحيط و الحياة اليومية للمريض بهدف تقليل العراقيل التي يمكن ان تشكل عقبات للفرد في حياته اليومية و ذلك باستعمال وسائل التي تسمي ب "بدلات عقلية" أو « prothèses mentales »مثل مساعدات الذاكرةaide-mémoireو جدول اعمال (agenda)(Deffer,2010)، و الهدف من كل هذه التقنيات يبقي محاولة الحفاظ على الاستقلالية الذاتية للمريض بالتصلب اللويحي أكبر قدر ممكن.

فالأهداف الاساسية للعلاج النفس-عصبي هي اعادة تعليم الفرد المريض مجموعة من المهرات مثلا اعادة تعلم بعض القدرات والمعارف، و كذلك اكسابالمريض طرق و تقنيات تمكنه من استعمالها في عدة مجالات مثلا تعلم كيفية استعمال التصور الذهني من اجل ذاكرة جيدة(Deffer,2010) ،و تبقي كل هذه الطرق مبنية على هدف اساسي و هي التغذية الرجعية لذلك يجب ان تكون التمارين المقترحة في تناول المريض من اجل تفادى الشعور بالفشل مما يولد لديهم الاحساس بالدونية و الاكتئاب.

12-2-2-3-برامج اعادة التأهيل الادراكي: تستهدف هذه الطريقة كل من الذاكرة و الانتباه و كذا المرونة العقلية، تمتاز هذه الطريقة بعدة ايجابيات و من بينها الجانب المرح للتعلم و العلاج و كذلك امكانية اختيار برنامج متناسب مع درجة التعقيد للمريض و لكن تبقي جد غالية غير متاحة لكل المرضي كما ان فعاليتها غير مبرهنة بطريقة علمية(Deffer,2010)، و نذكر من بين هذه البرامج نجدCRTCognitive Remediation Therapy و هو برنامج متوفر في الدول الانجلوسكسونية مترجم الى اللغة الفرنسية يعتمد على طريقة ورق و قلم بمساعدة المعالج و ذلك بما يقدر ب 40 ساعة بمعدل ساعتين الى ثلاثة ساعات في الاسبوع، و هو برنامج يساعد في تنمية قدرات الذاكرة و الانتباه و كذا العمليات التنفيذية، ، و برنامج Recosيهدف الى تحسين ستة عمليات معرفية و من بينها الذاكرة اللفظية و هي الاحتفاظ بالمحادثة للمشاركة فيها، الذاكرة العامة و هي الاحتفاظ بتعليمات المشكلة بهدف حلها، الذاكرة و الانتباه البصري و المكاني، الانتباه الانتقائي ، الوظائف التنفيذية، و سرعة المعالجة (Franck, 2010).

12-2-2-4- العلاج النفسي المعرفي: يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على تغيير السلوك الغير متكيف في الحياة اليومية للشخص كما يعمل على الأفكار و المعارف المرتبطة بالسلوك الغير مناسب بهدف تطوير قدرات ومعارف جديدة تتناسب مع الوضعية(Palazzolo, 2010)،فيهتم العلاج المعرفي السلوكي بميكانيزمات معالجة المعلومة و التي لها صلة بسياق التفكير، و في التصلب اللويحي يمكن استعمال العلاج السلوكي المعرفي من اجل تدريب المفحوصين على بعض تقنيات و تمارين الاسترخاء و التدريب على ضبط الذات، تأكيد الذات و تقنية النمذجة و بعها يتم استعمال هذه التقنيات كمهارات يستعملها المريض بالتصلب اللويحي في حياته اليومية مما يساعده في الاستقلالية (بولكويرات، 2018)و عادة ما يتم علاج الاكتئاب الناتج عن التصلب اللويحي بطريقة العلاج السلوكي المعرفي.

12-2-2-5- التربية العلاجية : تعتبرالتربية العلاجية محور اساسي في علاج المريش المصاب بالتصلب اللويحي، فالتربية العلاجية و تثقيف المريض جزء من العلاج كما انه جزء من تعزيز الصحة، فالغرض من التربية العلاجية هو تدريب المريض حتى يتمكن من اكتساب المعرفة الكافيةمن اجل تحقيق التوازن بين حياته و السيطرة المثلى على مرضه، و يشمل التربية العلاجية التوعية و اعطاء المعلومات و التعلم و الدعم النفسي و الاجتماعي و كل ما له علاقة بالمرض و العلاج مما يسمح للمريض و عائلته بالتعامل و التعاون بشكل افضل مع مقدمي الرعاية الصحية من اطباء، ممرضين و غيرهم(Peter,2015)، فاقتراح الطبيب العصبي لمتابعة او المشاركة في برنامج للتربية العلاجية تسمح للمريض بالتصلب اللويحي بان يكون عضوا فعال في العلاج و المساعدة في اخذ الدواء و فهم مرضه،

فالحاجة الى اشراك المريض في في علاجه تساعده في فهم مرضه و إدارة علاجه، و عادة ما يتم اللجوء و اقتراح التربية العلاجية الى مرضي التصلب اللويحي منذ بداية التشخيص.

12-2-2-6- العلاج بالفن و الوسائط العلاجية: على عكس العلاجات التقليدية التي تتمسك بها النظريات النفسية و التي تندرج ضمن تخصص ما، فان العلاج بالفن الحديث يعتبر كفرع تكميلي في فريق الرعاية الصحية و هو يعتمد على الفن بكل اشكاله(Blanchard,2015)، فيما يخص المعالج بالفن فبالرغم من أنه لا يشفي المرضي لكنه يخلق اطارا يمكن المريض من التحول كي يصبح عضوا فعالا معتمدا على قواه الحيوية و الحميمية بمساعدة مقدم الرعاية الذي يؤمن بقدراته على التغيير (Jenny,2014)، بل يمكن استعمال العلاج بالفن بدون ان يكون هنالك معالج و ذلك بعد ان يتمكن المريض من فهم الهدف من العلاج بالفن، فيمكنه مثلا الرسم او الابداع بأية طريقة تسمح له بالراحة النفسية و الابتعاد عن المشاكل الصحية أو الضغوط التي يعاني منها(Hamel,2010).

فيبقي العلاج بالفن في ظل التصلب اللويحي هو السماح للمريض بالتعبير عن انفعالاتهم وكذلك تعليمهم طرق تسمح لهم بالوعي الشخصي والاجتماعي و تطوير و دمج المهارات التي من شأنها تسهيل تقبلالمرض(Prentte,2019).

خلاصة الفصل

من خلال ما تطرقنا اليه نستخلص ان التصلب اللويحي مرض متعدد الأسباب والعوامل التي قد تكون مباشرة أو غير مباشرة، بينما المتسبب الرئيسي لهذا المرض غير معروف الى حد الساعة، و يبقي هذا المرض السبب الرئيسي للإعاقة لدى الشاب الراشد، و يؤدي الى اضطرابات نفسية كالاكتئاب، القلق و قد تصل الى حد المحاولات الانتحارية التي قد ترجع الى الشعور بالدونية و فقدان الثقة بالنفس، و كذلك للصعوبات و العراقيل التي قد يوجهها المريض من اعراض المرض كالآلام و فقدان الاستقلالية، ومن بين العلاجات المطبقة بالإضافة الى العلاج الكيميائي من ادوية مثلا لتفادى النكسة و الألم، يبقي العلاج النفسي في بداياته الأولى متمركزا على العلاج السلوكي المعرفي لتفادي الأفكار الانتحارية، كذلك البرامج العلاجية النفس عصبية لتقوية و تفادى تدهور العمليات المعرفية كالإدراك و الذاكرة و غيرها، بينما تعتبر تقنية العلاج بالفن من بين الطرق العلاجية الحديثة الناشئة لهذه الفئة و التي يمكن ان تكون كسند رئيسي منبع للحياة لمرضي التصلب اللويحي.

الفصل الثالث

الوسائط العلاجية

الفصل الثالث: الوسائط العلاجية

تمهيد

- **نبذة تاريخية عن العلاج النفسي**
- **العلاج النفسي المعاصر**
- **خصائص العلاج النفسي**
- **تعريف العلاج بالفن والوسائط العلاجية**
- **تاريخ العلاج بالفن والوسائط العلاجية**
- **علاقة التحليل النفسي بالوساطة العلاجية**
- **من الفن الى الوساطة العلاجية**
- **الاسس النظرية والتطبيقية للوساطة العلاجية**
- **اللّصق le collage**
- **الوسائط العلاجية وتطبيقاته**
- **النماذجالأساسية للعلاج بالوسائط العلاجية**

تمهيد

تعتبر الممارسة النفسية بصفة عامة وعلم النفس الاكلينيكي جد جديدة في الجزائر، وهذه الملاحظة تنطبق كذلك على كل الخدمات التي يقدمها المختص النفسي الجزائري، مثل دراسة الحالة، وكذلك العلاج النفسي(Bouabdallah.2016).

فقد ساهمت التغيرات الثقافية في المجتمع الجزائري بالتعرف أكثر على مدى أهمية علم النفس،وهذاخلال العشرية السوداء أين ظهرت أهميته وفعاليته في مساندة الضحايا وعلاج العديد من الاضطرابات النفسية في تلك الفترة، مما ساهم في غرس ثقافة العلاج النفسي في المجتمع خاصة لدى فئة المثقفين، مما دعا ذوي التخصص في البحث عن كيفية تطبيق مختلف الطرق العلاجية مع مايتماشوالثقافةالجزائرية.

وكانت بدايات العلاج النفسي تتمحور خاصة في تطبيق العلاج التحليلي، وبعدها العلاج السلوكي والسلوكي المعرفي، ومن ثمة ظهرت بدايات العلاج العائلي وغيرها من الطرق العلاجية، فأصبح الهدف الرئيسي الحالي هو البحث عن طرق علاجية جديدة تعطي الأهمية لكل الجوانب الحياتية للفرد، منها الجانب العائلي، المحيطي، الطبي وغيرها من الجوانب التي تشكل الفرد دون الاقتصار على دراسة الحالة من جانب واحد(Bouabdallah.2016).

غير أن العلاج بالوساطة العلاجية كان غير وارد أو منعدم، بالرغم من أهمية هذه الطريقة في علاج العديد من الأمراض خاصة الأمراض المستعصية في مساندة مرضى السرطان ومرضى السيدا وغيرها.

1- نبذة تاريخية عنالعلاج النفسي

لقد كان الاعتقاد الشائع في العصور القديمة أن المرض النفسي أو السلوك المضطرب أو الشاذ ناتج عن عوامل غامضة قادرة على التأثير في الإنسان، و قد تفاوتت هذه العوامل من فترة الى أخرى تتبعا للتطور الانساني و غيرها من الظروف، فقد كان المرضىالعقليين يكبلون بالسلاسل و الأغلال، و اعتقد العامة أن بهم روح شريرة لا يمكن التخلص منها لذا تم اللجوءإلى حرق المرضى و استعمال جُل وسائل التعذيب من أجل إخراج الروح الشريرة التي تسكن الفرد المريض، و كان من بين هؤلاء المرضى العباقرة و الفنانون الذين كانوا خاصة ضد النظرة السياسية آنذاك(عكاشة.2001)

غير أن الشيء المتفق عليه يكمن في وجود أرواح شريرة أو شياطين تقدر السيطرة على تصرفاتهم، ولكن سرعان ما انتهت هذه المرحلة والتخلي عن الطرق الاستعبادية كالحرق أو القتل لمعالجة المرضى النفسيين والدخول في فترة أخري ترتكز على العلاج النفسي.

ظهرت المفاهيم الحديثة للعلاج النفسي في أوروبا خلال القرن التاسع عشر،بأنها تقنية لعلاج الأمراض المرتبطة بفعل الروح المعنوية والخيال، وتعريفها الحالي كطريقة علاجية مختصة للأفراد الذين يعانون من مشاكل انفعالية وجدانية و استبطانيه راجعة الى اليونان القديم، و هذا من خلال الممارسات العلاجية للذات و التي استعمل فيها كلمة«therapeueinheauton»وفعل«therapeuein»عادة ما يترجم ب العلاج أو الشفاء بالرغم من أن استخدامه آنذاك لا يعني العلاج الذي نتحدث عنه حاليا(Vinot.2014) .

كان استخدام كلمة العلاج في البدايات الاولى لهذه المصطلح يعني الشفاء أو خروج الأرواح الشريرة التي تسكن الفرد المريض، فاتصلت كلمة علاج بأمور أكثر ما هي وراء الطبيعة وخرافاتإن صح التعبير بدلا من طرق علاجية مدروسة ومبنية على أسس نظرية.

2. العلاج النفسي المعاصر

يعود العلاج النفسي المعاصر إلى التنويم المغناطيسي من طرف انطوان فرنز مسمر عام (1778)ومنه بدأ التحليل النفسي، وكان مسمر آنذاك يعتقد أن الافلاك و الكواكب تؤثر بموجات مغناطيسية على سلوك الإنسان و مزاجه (نحوى.2010).

و يعود الفضل لاستعمال مصطلح العلاج النفسي كما هو حاليا الى طبيبين انجليزيين، الأول هو Walter Cooper Dendyلنشره لكتاب بعنوان »« psychotherapy: the antidote of thoughtو باللغة العربية " العلاج النفسي: ترياق الفكر" عام (1853)ليتطرق إلى أهمية الخيال في ظهور و تطور بعض الأعراض أو الجروح، و الثاني هوDakiel Hack Tukeالمعروف بكتابه« A manual of psychologymedicine »و الذي يعني دليل الطب النفسي الذي نشره عام 1858، و في كتاب آخر لعام 1872بعنوان designed » « to elucidate the action of imaginationحيث تطرق إلى التطبيقات الروحية التي لها تأثيرفي الجسم في الممارسات الطبية، و نتيجة لنقص المنشورات المتتالية لقاموس الفرنسي إميل ميتري فكلمة العلاج النفسي تعود للظهور و الاستخدام في عنوانكتابين ذو أهداف متباينة أولهما Études » « psychothérapie nouvelles : hypnotisme, suggestionو هو يصف النتائج التي توصل اليها الطبيب هيبوليتبرنهايمHippolyte Bernheimبروفيسور في كلية الطب ل نانسيNancyفيما يخص الإمكانيات

العلاجية للإيحاء، و هو كتاب مشهور لنقده لنظرية شاركوا، و هذا بعد زيارة فرويدFreudلفرنسا عام 1889 و محاولته لترجمة كتابمن الإيحاء و تطبيقاته العلاجية (Vinot.2014).

كانت هذه البدايات الأولى لظهور العلاج النفسي وانفصال علم النفس وقيامه كعلم قائم بحد ذاته له نظريته وتطبيقاتهوموضوع الدراسة، فبدأ المختصون في هذا العلم الناشئ بالكتابة والتنظير لتخصص فرض نفسه لحاجة الانسان لخدماته،وبدأت النظريات تصاغ لدراسة وفهم السلوك الانساني والمرض النفسي وكيفية العلاج، ومن بين الاوائل الذين كتبوا نجد نظرية التحليل النفسي على يدفرويد.Freud.

كما ظهرت عدة مدارس للتحليل النفسي كأدلرAdlerويونغJungوغيرها، ومن بين الأسباب الرئيسية لتقدم حركة العلاج النفسي هيمواكبته لمختلف التطورات وتبنيه للقياس ومنه ظهور كل من القياس النفسي والاختبارات النفسية التي أعطت صبغة علمية و أمبريقية لهذا العلم، مما سمح بالخروج من التنظير الغير ملموس إلى التنظير التطبيقي و منه ظهور علم النفس التجريبي و المدرسة السلوكية.

وتُستخدم العلاجات النفسية على نطاق واسع في علاج الاضطرابات النفسية لدى البالغين والمراهقين والأطفال سواء كانت هذه العلاجات مرفقة بالأدوية لبعض الاضطرابات الشديدة كالفصام، الاضطراب الثنائي القطبأو يتم استخدامها كبديل للعلاج الدوائي لاضطرابات أخرى أقل حدة أو التي لا تندرج تحت العلاج الكيميائي.

3. خصائص العلاج النفسي

من بين الخصائص الأساسية للعلاج النفسي نجد أنه حاجة اجتماعية تلقائية، كما أنه يتيح فرصة حرية التعبير ،يعتمد العلاج النفسي على الفرضية التالية: الفرد ككل، وبالتالي فإن الأمر يتعلق بخلط العلاجات التي سيتصرف بها الجسم وأولئك الذين يتصرفون بالعقل، يوجد حاليًا حوالي 400 شكل مختلف من العلاجات النفسية في جميع أنحاء العالم وتعود وفرة التقنيات إلى وظيفة التمثيلات في مجتمع معين في علاقة بين البشر، فيمكن لعلاج ما أن يعطي نتائجه في مجتمع دون آخر(Chouvier.2008)، أو تطبيق بعض العلاجات في مجتمع يكون جد صعب لأسباب قد تكون اجتماعية كالعادات و التقاليد أو ربما قد تكون عقائدية روحية كالدين الذي يمكن أن يتناقض مع الممارسات العلاجية لذلك توفرت العلاجات و اختلفت وجهات النظر و التنظير في مجال العلاجات عامة خاصة العلاجات النفسية التي تبقي مجرد أفكار و مسلمات و نظريات تهدف كلها إلى مساعدة المفحوص من الناحية النفسية بطريقة علمية، بما أن علم النفس يسعى جاهدا لمسايرة الزمن و الاعتماد أكثر على المنهج التجريبي.

وفقًا للعمل العلمي يكون تطبيق العلاج بالوسائط العلاجية من طرف مختصين في علم النفس، في المملكة المتحدة والولايات المتحدة، من قبل ممرضات متخصصات، أو الأخصائيين الاجتماعيين، أو المستشارين المتخصصين، وكذلك من قبل الطلاب في مشاريع أبحاث العلاج النفسي تحت إشراف دقيق،

ومثلاالعلاجات الأخرى، فقد كانت الأساليب المختلفة للعلاج المعتمد على الوسائط العلاجية موضوعًا لكثير من العمل العلمي وتقييم مدى فعالية الممارسات في ظل ظروف مختلفة.(INSERM .2004)
غير أن كثرة العلاجات النفسية وتطور العلوم وعلم النفس ظهرت العديد من العلاجاتبعدما كان التحليل النفسي يحتل المرتبةالأولى، فالعديد من النقد الموجه لهذه النظرية، كالوقت المستغرق أدى الى ظهور بعض العلاجات مثل العلاجات المعرفية أو السلوكية، كما ظهرت بعض العلاجات التي اخذت من التحليل النفسي المبادئ الأساسيةوظهرت العديد من المدارس التحليلية الحديثة، باستخدام طرق علاجية حديثة، وكما ظهرت علاجات أخرى كالعلاج بالفن والوسائط العلاجية.

4. تعريف العلاج بالوسائط العلاجية

يعتبر مصطلح العلاج بالفن و الوسائط العلاجية من بين المصطلحات المعقدة، فهو يعني مجموعة من المفاهيم، والكل يتمحور حول هاتين الكلمتين "العلاج" و " الفن" و منه الوساطة و العلاج، هل سنستعمل كلمة العلاج بالفن أو نفضل استعمال الفاظ أخرى مشابهة مثل العلاج النفسي بالفن، العلاج النفسي الوسيطيpsychothérapie médiatiséeالعلاج النفسي التعبيري الموجه psychothérapie expressive orienté،كلها تسميات وكلمات تدل على معنى و مفهوم واحد كما أنها قد تدل على عدة مفاهيم(Boyer.2012).

يمكن تسميةالوساطة العلاجية كل طريقة علاجية تستعمل في علاجها وسائط علاجيةتعبيرية فنية كالرسم، الرقص، الموسيقى، غناء، ابداع في الأقنعة والدمالمتحركة، قصصوغيرها من الوسائط ذو الطابع الفني فهو مجال جد شاسع وثريوالذي يمس عدة جوانب، فيمكن أن يكون مثلا عبارة عن نشاط عملي قريب من العلاج المهني الذي يهدف إلى شد المفحوص إلى شيءملموس(Gayraud.2000) .

كما يمكن استعمال العلاج بالوسائط العلاجية من وجهة نظر علم النفس التحليلي فالأشكال الفنية تمثل النزوات، فهي أشكال تعبر عن اللاشعور والرمزية، فالوسيط الفني يستعمل بنفس طريقة التعبير اللفظي من زلات لسان وتداعي الأفكار وكذلك تحليل العلاقة العلاجية من تحويل وتحويلمضاد(Gayraud.2000)
كما يلجأ البعض إلى استغلال ورشة العلاج بالوسائط العلاجية كمكان للتعبير والتفريغ الانفعالي للضغوط والأزمات الحياتية.

فالوسائط العلاجية في حقيقة الأمر هو علاج يرتكز أولا على وسيط و عادة مرن و عادة ما يكون شكل من اشكال الفن،حيث يقوم المعالج المتخصص في الوساطة العلاجية بمرافقة كل إبداع في مشواره الرمزي بهدف تطوير الذات للفرد و الاحساس بالراحة النفسية، و هذا ربما من بين الأسباب الأساسية التي ساعدت في دخول الوساطة العلاجية كشكل من اشكال لعلاج النفسي للمصحات و المستشفيات، و منه اقتران ثلاثة ظواهر أساسية و أولها كان القضاء على وقت الفراغ و تسلية المرضى الماكثين لمدة طويلة في المستشفى و عدم إحساسهم بثقل الوقت في المستشفى، أما السبب الثالث فيرجع إلى القرن التاسع

عشر و تطوير طرق علاجية ترتكز خاصة على وسائط فنية كالرسم، الموسيقي و غيرها التي يمكن أن تأخذ مكان التعبير اللفظي في المستشفيات للمرضى العقليين، أما الدافع الثالث فهو سياسي يتمثل في رغبة المسئولين عن الثقافة و الصحة في إدراج الفن بكل أشكاله في المستشفيات بهدف التسليةو التفتح على الاخر (Céléstin.2006)

الوساطة العلاجية تتميزخاصة بانها ثابتة المعالم فالنتاج الفني اثناء الجلسات العلاجية باقوأنه ملموس، فحينما تكون الكلمات قليلة أو منعدمة فاللوحة المرسومة لا تزول و لا تختفي في الهواء مثل الكلمات، والشعوروالاتجاهيتضحانعلى

الأوراقويكونانملموسينومعترفابهما،وهذالايكونفيالكلمات،واللوحةالمرسومةيمكنأنتعادلآلافالكلماتوالأكثرأهميةأنالر سميمكنأن يعبرعماتعجزعنوصفهالكلماتلدىالفرد، يمكن القول أنالوسائط العلاجية هي وضع الفن في خدمة الصحة(Boyer 2017)

5. تاريخ العلاج بالوسائط العلاجية

يعود الأثر العلاجي للوسائط العلاجية إلى فجر الإنسانية، و هذا ما يشهد عنه في روايات الإنجيل عن تخفيفالالم و الخوف من خلال قصة تهدئة رعب الملك شاول بواسطة آلة القانون ل "دافيد" David، و ابتداء من عصر النهضة كل ما له علاقة بالجمال يعني دائما القدرة على الشفاء و بالأخص الرسم، كما أن الممارسات الطبية في القرن الثامن عشر استعمل فيها الأطباء الوسائط الفنية كالموسيقى أو الانتاج المسرحي للهذيان،والآثار الإيجابية للموسيقى التي يختبرونها على المرضى في ذلك الوقت لم تكن ذو هدف وسيط أو تقنية علاجية من المنظور النفسي بل كان الاطباء يعملون بفكرة أن الموسيقى تشفي و تعالج و ذلك بالتأثير الكلي على الإنسان باختراق الجسد مباشرة و الوصول الى الروح و التأثير فيها بكل فعالية، فالطرق العلاجية للجسد و الروح متداخلة فيما بينهما، بالرغم من استعمال الفن و الموسيقي بالأخص كطريقة من الطرق العلاجية لدى الاطباء القدامى لعلاج المرضى الذهانين، غير أنه طريقة علاجية سلبية مبنية على التفكير السائد في ذلك الوقت و هي أن الموسيقي تعيد التناسق لدى الفرد المريض.

و بداية من القرن التاسع عشر بدأ بعض المختصين في الأمراض العقلية أمثال M.Simon 1876و1880 Tardieu. Aتسليط الضوء على الاتجاهات الفنية للمجانين و بداية دراسة رسوماتهم البيانية(production graphique)و يصنفونها حسب خصوصيات المرض الذي يعاني منه فمثلا لمبروزو1976 Lombrosoقد ساهم في التعرف على البعد الجمالي للفنون التشكيلية لدى المرضى العقليين، و ذلك بوصف المؤشرات الاجرامية انطلاقا من أدبيات و فن المجرمين بالوراثة و الارواح

المجنونةles fous moraux، كما أشار كلاين(1997) J-P.kleinإلى أن وريث الترميز للأعمال الفنية باستعمال شبكة سيكاترية هو شاركواCharcotالذي ألف مع ريشرRicherكتاب" les démoniaques dans l'art"عام 1887و كذلك كتاب" les difformes et les malades dans l'art"عام 1889، و هو كتاب يصف فيه أن الهستيريا موجودة منذ القرن الخامس، في هذه الحقبة لم يظهر بعد مصطلح الوساطة العلاجية، فكان الاهتمام القائم للفن أو الموسيقى و غيرها من التعبيرات الفنية ذو هدف علاجي بقدر ما كان عملية وصفية تشخيصية(Brun.2014).

في البدايات الأولى اهتم الدارسون والمختصون في مجال علم النفس أو الصحة عامة بوصف الحالات النفسية للمرضى الذين لديهم قدرات إبداعية، فكان الاهتمام مرتكز خاصة على الجانب الجمالللإنتاج الابداعي للفرد المريض، كما كان الاهتمام يرتكز فقط على الموهوبين والمبدعين دون غيرهم من المرضى،و تعتبر الموسيقى من بين الوسائط العلاجية الاكثر استعمالا، حيث كانت بدايات الوساطة العلاجية باستخدام الموسيقى لكونها كذلك أكثر تنظيما(Chouvier.2008).

في عام 1922 نشرهانس برينزورنHans Prinzhornكتاب في المانيا بعنوان « l'expression de la folie»و كان له صدى كبير في عالم الموسيقى و المرض، و ابتداء من عام 1944 ظهر العلاج الارغنومي و دمجه ضمن الفنون المرئية و سنة 1946 تم تأسيس العلاج بالفن من طرف كل من مارقريتنوبرغMargaret Naumburgو ماري بيتريMarie Pétrieو اديت كرامرÉdith Kramerو في عام 1950 كان أول مؤتمر عالمي للطب العقلي، مع أول معرض دولي للفن لذوي الأمراض العقلية، و في نفس السنة في الولايات المتحدة الامريكية بدأت أول البرامج و التكوينات في هذا المجال، و في عام 1969 أسست الجمعية الامريكية للعلاج بالفن(AATA) l'American art Therapy Association، و من ثمة بدأت أول الدورات التكوينية في انجلترا عام 1970 و بدأ دونالد ونيكوتD.W. Winnicott بنشر كتاباته حول الموضوع (Forestier.2007).

نظرا للأهمية المعطاة للعلاج بالفن والوسائط العلاجية، والتي تطبق بطرق مختلفة ومتنوعة، فإنه من المهم التطرق والسؤال عن النظريات الأولى التي أعطت أهمية لظهور هذه الطريقة ألعلاجية واستخراجالإطار النظري و بدايات هذا العلاج منه استخراج بعض الضوابط و الأسس لتطبيق هذا العلاج.

6. علاقة التحليل النفسي بالوساطة العلاجية

لقد بينت العديد من الابحاث والدراسات أن ظهور الوساطة العلاجية راجع الى علم النفس التحليلي، فالوساطة العلاجية تشبه الممارسات السابقة لظهور التحليل النفسي، من الضروري هنا أن نتعامل بطريقة

مميزة مع الوساطة العلاجية التي كانت الأكثر استخدامًا وتصورًا في تاريخ التحليل النفسيوهي الوساطة الفنية وخاصة الفنون التشكيلية(Brun.2014).

تعتبر هذه المقدمة كتناقض مع النظرية التحليلية الفرويدية التي تولي أهمية قصوى للعلاج اللفظي، و هو بالضبط السبب الرئيسي الذي دفع المعالجون التحليلين إلى استعمال طرق غير لفظية بعد استحالة العلاج باستعمال الإيحاء أو التداعي الحر، و هذا كان مع الأطفال و الذهانين و هو ما قام به دونالد ونيكوتD.W. Winnicott في نظريته الانتقالية أو (l'objet transitionnelle)و بذلك كان رائد العلاجات باستخدام الوساطة العلاجية، و كان من بين الأوائل الذين اهتموا بين التفاعل القائم بين التحليل النفسي، الفن و الإبداع(Brun .2014).

هذا التناقض الموجود بين نظرية التحليل النفسي التي تدعوا الى نوع من البرود و التصلب و التقيد بمختلف القواعد الأساسية للتحليل النفسي و الوساطة العلاجية التي تدعوا الى نوع من الحرية التعبيرية و التلاشي في طريقة العلاج، غير أن هذه الفكرة التي كانت الانتقاد الكبير الموجه لهذه الطريقة العلاجية هي في نفس الوقت النقطة الأساسية التي ترتكز عليها الوساطة العلاجية، ففي حال انعدام التعبير اللفظي يمكن الاستعانة بمختلف الوسائط العلاجية من أجل الوصول إلى التعبير و التفريغ الانفعالي، و كذلك هذه الطريقة لا تتناقض مع التحليل النفسي حيث طبقت من طرف فرويد في السنوات الاخيرة من حياته، كما كان فرويد جد مهتم بالفن منذ بداياته.

فتطرقPaul-Laurent Assoun2014فيكتابه « Freud et la médiation :logique et pratique du maillon manquant »إلى كيفية قيام فرويد في المقابلة العيادية الأولى لحالةHilda Doolitleأين قدم لها أحد الأصنام التي يمتلكها بوضع تمثال هندي ذو محتوي قضيبي في يد المفحوصة و يقول لها أنها من بين التحف الأثرية العزيزة لديه،فبهذه الطريقة بدأ فرويد في السنوات الأخيرة من حياته بالاهتمام بالعلاج بالفن أو الوسائط العلاجية رغم أن هذه التسمية لم تعطى لهذه الطريقةآنذاك.

وبالرغم من قدم تقنية الوساطة العلاجية، مثل التجسيم(modelage)والرسموالموسيقى في تاريخ العلاجالنفسي، خاصة في العلاج التحليلي لدى الاطفال والذهانين، إلا أن التنظير والتطبيق لهذه الطريقة العلاجية أصبح قليل الاستخدام خاصة من طرف التحليليين، مما يستلزم إعادة النظر وإعادة التشكيل لهذه الطرق العلاجية بهدف الكشف عن السيرورات المستخدمة في مثل هذه الطرق العلاجية(Brun. 2012) ،

فالعلاج النفسي ليس علاج للروح بينما هو أكثر من ذلك فهو فن العلاج بالروح، فهو استعمال كل القدرات النفسية للفرد بهدف العلاج و بما في ذلك القدرة الإبداعية(Chouvier.2008)

7. من الفن إلى الوساطة العلاجية

الوساطة العلاجية قد تتموضع مع مختلف العلاجات الأخربالتيأخذت من تعريف المنظمة العالمية للصحة تعريف الصحة من الجانب الإنساني و المتمثل في أن الصحة هي أفضل حالة للرفاهية الجسدية والعقلية و الاجتماعية، و هو التعريف الذي تبنته جميع دول العالم، غير أن الولايات المتحدة الأمريكية سرعان ما تخلت عنه عام 1995، أصدر الإتحاد الأوروبيتوجيهات صارمة فيما يخص العلاجات في جميع مجالات الصحة العامة، تنظم هذه التوجيهات و الممارسات المعترف بها رسميًا في أوروبا، ولكن من دون إدانة كل أولئك الذين ليسوا ضمن القائمة المعترف بها من قبل التشريعات الوطنية أو الدولية، مثل العلاج بالمثليةl'homéopathie، فغياب الاعتراف بهذه الطرق العلاجية راجع إلى بُعدها كل البعد عن السيرورات العلمية المعترف بها، لذلك هناك تطور في درجة الاعتراف القانوني ببعض الممارسات العلاجية، لذلك فالعلاج بالوسائط العلاجية قد بين نجاحاته و أهميته من خلال النتائج المتوصل إليها، فقد سعت إلى التوافق بشكل أساسي إلى التفسيرات العلمية المسببات المرضية والتشخيص وعلاج الأمراض مثل ما هو شبيه بمجال الطب، كما طورت أيضًا صفات وقائية.

غير أن التغيرات الطارئة عن تعريف الصحة و كذلك النظرة الشمولية للصحة من كل الجوانب و التي تخرج من الخلو من الأمراض العضوية و النفسية أو الاضطراب لتمد حتى الى الجوانب المحيطية و العلائقية لتصل إلى الرفاهية مما أدّي إلى تغير النظرة لكل علاج من دور شفائي إلى أكثر من ذلك و هو الدور الوقائي، فوجهة النظر للعلاج على أنه وقائي فإن القاسم المشترك هو هذه الحالة الموضوعية جزئيًا للرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية للفرد فكل نتيجة أو تحسن للحالة النفسية للفرد المستفيد من الوساطة العلاجية يعتبر قفزة نوعية لهذا العلم(Forestier.2007).

تكمن أصالة هذه الطريقة في استخدام وسائط بهدفعلاجي، هي انها تلعب دور الوسيطوفي آن واحد محرك الحوار ما بين المعالج والمريض، وعن طريق هذا الحوار القائم حول الابداع الفني، تتولد هنالك علاقة علاجية،الكلمة الأساسية هي العلاج، وهو علاج نفسي إذن النقطة الاساسية التي تسمح لنا اللجوء الى مختلف الوسائط بهدف علاجي هي في حد ذاتها العلاقة العلاجية(Boyer.2017)

ويذهب ريفيرا2008Riveraالى أن الوساطة العلاجية هو المزج بين علم النفس واستعمالالفن كوسائط تعبيرية،والمشارك في الوساطة العلاجية يدخل في حوار مع المعالج وذلكباستخدام التعبير الفني.

نلاحظ أن القيمة الاساسية فيالوساطة العلاجية تكمن في المعالج وخاصة العلاقة العلاجية القائمة بين المعالج والمفحوصويبقىالوسيط المستخدم كوسيلة وسيطية غير لفظية تسمح للمفحوص بالتفريغ الانفعالي وبناء علاقة علاجية قائمة على وسيط حسي لا لفظي،فالوسيط العلاجي يقومعلى أساسأنالفرديقومبالتنفيسالانفعاليللأفكاروالمشاعر الداخليةعنطريقميكانيزمالإسقاطفيعمليةالتعبيرالفني.

و ربما قلة استعمال هذه الطرق العلاجية راجع إلى التناقض المتواجد ما بين الوسائط العلاجية التيتهتم خاصة بالفن، و العلاج الذي يعتبر طريقة مسطرة لديها مبادئها و كيفية التطبيق، فعلى قول ميشال تيفوزMichel Thévozأن الفن نابع من عدم التكيف و الرغبة الاستكشافية بينما العلاج يهدف إلى إعادة التكيف، فكيف يمكن أن ننصح بالفن كتمرين للنظافة، فهماغير متطابقان و غير متوافقان،فيعتبر ميشال تيفوزMichel Thévozمصطلح العلاج بالفن كمصطلح متناقض كل كلمة تمشي عكس الاخرى حيث أن الفن يدعوا الى التلقائية و الابداع بينما العلاج يدعوا الى نوع من القواعد و الانثناء أمام أخلاقيات المهنة، و المشكل الأساسي هو أن هذا التناقض يدفع العديد من العاملين في قيادة الجماعات أو تطبيق العلاج الجماعي إلى تطبيقالوساطة العلاجية دون النظر إلى إمكانية تطبيقه، و دواعي استعمال هذه الطريق العلاجية، و عدم البحث أو التكوين في هذا المجال يؤدي إلى أضرار جد سلبية، حتى أن هنالك بعض الحالات التي وصلت الى الانتحار، و من هنا يجب التأكيد عن أهمية التخصص و التخصيص(Florence.2014).

كما يرى اسواAsawaأن الكلمات قد لا تكون قريبة للتعبير عن العالم الداخلي للفرد، كما يشير شيليShelleyإلى أن استخدام الفن كوسائط علاجيةهي طريقةتسمح للمفحوصأن يصيح ويصرخ بما هو في داخل الاعماق واستخداماالفنفيالعلاجالنفسيلايركزولايؤكدعلىالمظهرالإبداعيللفن،لكنالأكثر أهميةهو الاستبصارالعلاجيالذييحصلعليهالفردمنالعلاج(Rivera.2008).

لقد دعى ميشال تيفوزMichel Thévozكل العاملين في الصحةوالمهتمينبالوساطة العلاجية بالتقييد بمجال تخصصهم ووضع الحدود في مجال تخصصهم دون محاولة تخصيص مجال الفن ضمن تخصصهم دون الاستفادة من دورات تكوينية وغيرها من الشروط لتفادي الخلط الموجود بين الفن والعلاج بالفن والوسائط العلاجية.

8. الأسس النظرية والتطبيقية للوساطة العلاجية

الهدف من أي علاج هو تقديم الدعم و المساعدة لكل من يطلب العلاج، أو كذلك النظرة الذاتية تجاه الذات، كشخص متفرد مما يسمح له بتحديد الصعوبات التي يوجهها، وتحديد نوع المشكل الذي يعاني منه و من ثمة تقديم الدعم الأكثر ملائمة له، و كل هذا باعتباراللاّشعور كحليف لا يستهان به، و هذا من خلال الأحلام زلة اللسان وغيرها من الإبداعات العفوية التي هي ثروة من المعلومات عن الحياة النفسية والحالة العاطفية للفرد،فالعلاج عن طريق الاستماع والتوعية بالسلوك والعواطف، وتأثيرها على الحياة والصحة، تهدف إلى تحقيق المزيد من المسؤولية، وبالتالي أكثر استقلالية، مما يساعد على التخلص من المعتقدات السامة تعلم مهارات و قدرات جديدة.

كما يهدف العلاج النفسي النفهم الذات والتخلصمن مدى تأثيرالآخرينوالاستماعالى الأحكام المسبقة الصادرة منهم مما يساعد في صياغة مفهوم آخر للحياة خاصة بالفرد نفسه، فالعلاج النفسي يساعد من الخروج من لعب دور الضحية واخذ دور البطل، كما يساعد العلاج على تقبل ما هو موجود وما لا يمكن تغييره.

فالوساطة العلاجية سيرورة أكثر مما هي طريقة، فإذا كانت المنهجية تسمح لنا باقتراح خطوات و من ثمة نتوقع النتائج فإن استعمال وسيط فنيمثله مثل التحليل النفسي الذي يدعوا الى تلاشي الدفاعات من خلال العمل على المجهول، أي اللاوعي، فيتميز العلاج بالوسائطبتحريك العملية التعبيرية عن طريق الإبداع(Evers.2015).

تستند الوساطة العلاجية على العلاقة العلاجية و منها على كل ما يدفع الفرد الى التعبير، ويري Jean Florenceأن العملية التعبيرية سواء كانت لفظية ام غير لفظية تسمح بالإبداع و التعبير عن الذات، فهي تدفع للتعبير عن الذات العميقة، تحرر الامكانيات الغير متوقعة للفرد و كذلك القدرات الداخلية الغير مستثمره فيكشف عن الخيال الابداعي المثبط بسب أفكار اجتماعية و دينية أو عقائدية أو بسبب أفكار مسبقة و متعلمة فالوسائط العلاجية تبعث الى الوصول الى نوع من التلقائية، و تحرر الخيال الابداعي الذي غالبا ما يكون مثبط بسبب الامتثال لضوابط اجتماعية تدعوا الى التحكم في النفس و الانصياع وراء التفكير الاجتماعي(Florence.2014).

كما يريJean Florence1997أن التحفة الفنية تفتح المجال للمعنى الغير موجود، لتمكن المفحوص من التعبير عن ذاته واعماقه بالرغم من انعدام الكلمات، فيكونالوسيط الفني بمثابة بديل عن الكلمات التي قد تكون غير معبرة عن ألمفحوصأو حتى انها منعدمة لفقر القدرة التعبيرية اللفظية للمفحوص.

تسمح الوسائط العلاجية في الالتقاء ما بين السيرورة الإبداعية و السيرورة النفسية، و كذلك إحياء أو إعادة إحياء الصراع الداخلي مما يؤدي إلى عيش العلاقة الثلاثية ما بين المعالج النفسي و موضوع الابداع مثل اللّوحة و كذلك الربط ما بين المفحوص سواء كانت اللوحة المرسومة من النتاج الفنيللمفحوص أو مقترحة من طرف الفاحص فالكل يتمحور حول موضوع الوسيط ألمختاركما أن إقتراح نموذج أو وسيط يكون

بمثابة حدود بالنسبة للمفحوص فتكون الكلمة التعبيرية مشروطة بموضوع الوسيط، منه يمكن التحدث عن ما يسمى في العلاج النفسي الكلاسيكي ب العقد العلاجي، كما أن الاشياء الوسطية(Les objets médiateurs)من النحت الى الطين أو العجينة(la pâte à modeler)،من الرسم إلى التصوير الفوتوغرافي، من الكتابة إلى لعبة الدمي(marionnettes)،من المسرح إلى الرقص من القماش إلى اللعب، من الموسيقى الى البهلواني كل هذه الوسائط عبارة عن رفقاء أو مساعدين(auxiliaires)للعملية العلاجية(Paul-Laurent.2014) .

نلاحظ أن العملية الابداعية تؤدي إلى علاقة تبادلية ما بين التقدير الذاتي للمفحوصو التي ترتكز على الشعور الداخلي مثلا أنا لست على ما يرام اليوم، و من جهة أخرى تقييم الفاحص للمريض و هذا استنادا على المعارف العلمية في مجال تخصصه(Forstier.2014)، هذا التبادل يؤدي إلى التعرف على الصحة الجيدة أو الغير الجيدة، منه فالوساطة العلاجيةترتكز على هذا الجانب من التقييم المتخصص، كما أن هذا التبادل يؤدي الى وجود علاقة علاجية و هو ما نسميه بالتحويل و التحويل المضاد.

كما تعني كلمة الوسيط التوسط ما بين اثنين، فهي الكينونة و التوسط ما بين شيئين أو أكثر، فكلمة وسيط هي فعل و في نفس الوقت نتيجة، فهي فعل التوسط ما بين الكلمة أو كائن حي كنقطة انطلاقة، و هو في نفس الوقت الكلمة أو الكائن الحي الذي تتوصل اليه العلاقة العلاجية،-Paul) (Laurent.2014بمعنى أن الفن كوسيط عبارة عن الوسيلة التي تسمح للفرد للتعبير عن مشاعره فهو فعل التوسط الوسيلي، ومن جهة أخرى هي الكلمة المعبرة عن اللاّشعور، و هي الكلمة أو التعبير الغائب عند الفرد بمعنى الهدف العلاجي يصبوا الى وضع كلمات للمشاعر و هو الهدف الاساسي لكل علاج نفسي، التفريغ الانفعالي.

نذكر عرضا أن فرويد قد حدد العلاج كهدف للتحليل النفسي و ذلك بإلغاء المقاومة و القمع المسؤول عن الأعراض لاقتصاد الطاقة المستهلكة للمريض من اجل الحفاظ على صراعاته الداخلية، و كذلكالسهر على مساعدته لتحقيق ما يصبوا اليه بالاعتماد على طاقاته و استعداداته، فيعتبر فرويد تلاشي الاعراض أو غيابها ليس هدفا في حد ذاته للتحليل النفسي بل عبارة عن نتيجة ثانوية للعمليةالتحليلية(Florence.2014)،و هو نفس الشيء فيما يخص الوساطة العلاجية، حيث أن غياب الاعراض أو عدم غيابها لا يعتبر كمؤشر للشفاء بل الغرض الاساسي من الوسيط هو التعبير عن الانفعالات و الحث عن التفريغ الانفعالي و بناء علاقات مع الاخرين.

لقد تطرق بلوخBlochإلى الأشياء الأساسية في كل علاج مهما كان نوعه ومن بينها نجد المعالج وهوالمختص الذي لديه القدرة والمعرفة الكافية في مجال تخصصه لتقديم المساعدة والعلاج(Chouvier.2008)،و في الجزائر حاليا هو الفردالحائز على ليسانس في علم النفس أو مختص في

الأمراضالعقلية بينما لا يتوفر على مستوي الجامعة الجزائرية تكوين في مجال العلاج بالفن أو الوساطة العلاجية.

و من بين العوامل التي يجب ان تتوفر عليها العلاج هو المفحوص أو العميل، و هو الشخص الذي لديه صعوبات شخصية أو علائقية و يبحث عن المساعدة لدى الفاحص، و من أجل تقديم المساعدة يجب أن يتوفر هنالك مكان اللقاء أو الاطار المكاني للعلاج سواء كان في مؤسسة عمومية أو جلسة في مكتب خاص و مستشفى، و ضمن الاطار نجد العلاقة التي تربط الفاحص بالمفحوص و هي علاقة مبنية على مفحوص يطلب المساعدة وفاحص جد متفهم للطلب و هي علاقة تبني من خلال اللقاءات المتكررة في الوقت، والعامل الرابع يتمثل في الأجرأجر المعالج هو جانب أساسي من هذا النمط من العلاقة المساعدة التي تميز احترافه، فيبقي المعالج و المفحوص من الروابط المنحرفة عن المجال المهني، من ناحية المريض، لا تتعلق التكلفة المالية للجلسة بالأهمية الممنوحة لهذا الاجتماع وديناميكيات العمل المنجز، معرفة معينة، و من ثمة في الجلسات العلاجية يجب تبني طريقة علاجية أكثر أو أقل تحديدًا. وحاليا طرق العلاج النفسي متعددة ومتنوعة للغاية، والعامل الأخير يتمثل في الخلفية النظريةوكما نعلم فأن التجربة غالبًا ما تلعب دورًا مهمًا، كما أن كل عملية علاجية تحوي على مفهوم الصحة، العادي والمرضي، عدم التوافق، فبعض العلاجات النفسية إن لم نقل معظمها تشير بدقة الى نظرية معينة وعلى سبيل المثال التحليل النفسي أو العلاج النسقي.

مما سبق نلاحظ ان الوساطة العلاجيةتتوفر على جميع العوامل الاساسية لقيامه كعلاج منفرد عن العلاجات الاخربوالعامل المختلف يتمثل في طريقة العلاج التي ترتكز على وسائط علاجية و هي الفن او التعبير الفني، و فيما يخص الخلفية النظرية فهي ترتكز على التحليل النفسي بالمرتبة الاولى و هذا فيم يخص هذا البحث، و من جهة أخري فالوساطة العلاجية كما تطرقنا سابقا تهدف الى الحث الى التعبير و شعور الفرد بالتحسن و الرفاهية النفسية.

9. اللّصق le collage

يعتبر كل من اللّصق و الربط من بين الفنون الخارجة عن الفن العادي أو التقليدي، فيعتبر كل من جورج براك George Braque و بابلوا بيكاسوا Pablo Picassoمن الأوائل الذين قاموا بتحفهم الاوليباللّصق عام 1912-1913 ، و في خضون عام 2010 كل الفنون ارتبطت باللّصق كالموسيقي و الآداب، كما أن الأدوات المستعملة جد متعددة و مختفلة تماما عن الفن التقليدي الذي يعتمد فقط على الألوان و الورق، فاللّصق يعتمد على مختلف الأدوات كالمقص، الألوان، الورق، الغراء، في اللّصق كل شيء مختلط و له معنى من القديم الى الجديد، من التافه الى الرائع.

يتكون العلاج باللّصق من مرحلتين أساسيتين و هما الهدم و البناء، بمعنى أن الفرد في المرحلة الأولى يقوم بالهدم و ذلك عند جمع الأدوات التي يحتاجها، مثلا قطع رسومات من الجرائد، أو حذف رجل من

صورة كلية و غيرها و في المرحلة الثانية يقوم الفرد أو المفحوص بجمع و ربط كل هذه الأجزاء المتبعثرة و المقطوعة كل على حدة فالفرد يتلاعب بالأشياء لإخراجها من سياقها، فكل هذه التمزقات و التقطيع هي التي تعطي للعمل معناه بالرغم من التناقض المتواجد فيه من قطع و قص الى ربط و بناء معنى جديد، تأخذ التجربة معنى في الفجوة الواضحة قبل وبعد، في تحويل الشيء، يشير الجزء إلى إمكانية وجود صورة مبنية على دفعات(possibilité d'une image qui se construit à-coups)، خارج الخط المرسوم للمشروع، باتباع المسار الوعر لتاريخ الفن المفتوح لأي استئناف أو تاريخ شخص.

عندما يلتقط أو يقطع، ثم يلصق، يتناسب الموضوع مع قصته ويعيد تنظيمها بجعلها خاصة به، إعادة بناء الشظايا يظهر التقطعات ويبين الامكانيات الكامنة أو القدرة على التحرر وإعادة بناء خط جديد(Annie, 2017)

في المرحلة الأولى يقوم المفحوص باختيار في الواقع مجموعة من الأجزاء الغير متجانسة hétéroclitesمن اجل القيام بما يشبه عملية جراحية: من اخذ، قطع أو قطع جزء صغير و أحيانا و بالصدفة يجد معني لما يقوم به و في المرحلة الثانية يقوم بجمع دون ان يعطي الأهمية للمعني السابق للجزء المقطوع و يقوم بوجمع كل الأجزاء و ووضعها في علاقة بلصقها، او وضعها جنبا لجنبjuxtapose، او وضعها واحدة تلوى الأخرى او خلطها و غيرها من الإمكانيات و لكن يبقى أنها خارجة عن معناها الأصلي و لكن دون أن تفقدها معناها او كينونتها فقد أعطت معنى جديد في محيط ملئ بالحركة و الحيوية(Sabot.2016)

10. الوسائط العلاجية وتطبيقاته

يمكن اللجوء الى الوسائط العلاجية في العديد من الاضطرابات النفسية أو حتىالأفراد الذين لا يعانون من مرض نفسي بغرض الحث عن التعبير و التفريغ الانفعالي، و نذكر منها الاضطرابات العصابية، أما فيما يخص الاضطرابات الذهانية فيمكن تطبيقها في حال ما اذا كان تطبيق علاجي آخر لم يأتى بنتيجة، كماأن استعمال هذه الطريقة العلاجية فيما يخص المرضى الذين يعانون من اضطرابات معرفية تكون مكيفة بحسب نوع الاضطراب فيكون التركيز خاصة على الجانب العلائقي و الانفعالي، متعة الابداع تكون في مقدمة العمل العلاجي، كما ينصح في هذا النوع من الاضطراب بالعلاج الجماعي على شكل ورشات علاجية (Boyer .2017)، و هذا حسب العديد من الدراسات التي تطرقت الى استخدامات العلاج بالفن و الوسائط العلاجية في مختلف الاضطرابات النفسية.

و من بينها الدراسة التى قام بهاRoxanNobalat 2018على مجموعة من الراشدين المصابينبالاكتئاب ثنائي القطب تحت عنوان أثر العلاج بالفن على الثقة بالنفس لدى الراشدين الذين يعانون من اكتئاب: أثر العمل الفني على المرض،تمحورت الفرضية الرئيسية للبحث في أن العلاج باستعمال وسيط في حصص فردية يمكن أن يسمح للمرضى برفع مستوى الثقة بالنفس لديهم، و قد اعتمد الباحث على

استبيان Toulousaine de l'Estime de Soi (ETES)لقياس درجة الثقة بالنفس، كما تمحورت الفرضية الجزئية على أن العلاجالوسيطي يسمح للمرضى بالتركيز على الوقت الحاضر و المشاعر الايجابية، توصلت الدراسة إلى تحسن تقدير الذات لدى الذين استفادوا من حصص علاجية و هذا ما يبينه استبيان.Toulousaine de l'Estime de Soi (ETES)،مما يظهر أهمية العلاج بالفن لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب.

و هو ما اشارت اليه ميليسا سوكولوف 2021 Mélissa Sokoloffفي مداخلتها في القمة الفرنكفونية للعلاج بالفن بعنوان "Ce que l'artiste Inuit Michael Abraham m'a apporté comme art-thérapeute" أين كشفت عن طريق رسومات الفنان Michael Abraham أن الوسائط العلاجية لها دور في الشعور بالراحة النفسية، و أن الشيء المهم في الوساطة العلاجية سواء الجماعي او الفردي هو العلاقة العلاجية، و هي نفس النتيجة التي بينت ذلك خلال اطروحتها دكتوراه عام 2018 بعنوان « l'art de la rencontre inuite/et non-inuite dans le milieu de la santé a Montréal »، و كذلك عن أهمية الاطار في الوساطة العلاجية، وكما اشارت راشالشايني2021Rachel Chaineyفي مداخلتها في نفس القمة بعنوان "Ruches d'art, pratique publique d'art-thérapie" عن أهمية التبادل في العملية العلاجية ، و الاحساس بإنسانية، و الشيء المهم هي أن العلاج بالفن يطبق في جميع المراكز الصحية العقلية و الطبية و النفسية، و يمكن تطبيقه مع مختلف المصابين بالمرض النفسي أو العقلي أو العضوي، حيث ان الهدف كما اشارت اليه مليسا سوكولوف2018Mélissa Sokoloffفي أطروحتها ,هيأن النظرة الانسانية للشخص المريض و امكانية الخروج من التهميش بالمرض و المشاركة في عملية ابداعية تمكن المريض من التعبير عن نفسه و فك قيود التهميش.

كما يمكن تطبيق الوساطة العلاجيةلدى الافراد الذين يعانون من مشاكل صحية ذو طابع عصبي مثل المشلولين و هذا ما قامت بهMarie Christine Visentinفي عام 2011 حيث قامت بمحاولة اجراء متابعة نفسية والاستفادة من علاج بالوساطة العلاجية على مجموعة من المرضى المصابين على مستوي الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز العصبي الثانوي، حيث توصلت إلى نتائج جد مرضية فمن الناحية المهنية تقول انها استفادت من الاثار الايجابية للوساطة العلاجية كمشاركةالمرضى في عملية علائقية دون الشعور بإلزامية النجاح حيث الهدف الرئيسي كان بغرض التعبير و تخطي المرض خاصة في مصلحة الامراض العصبية أين يكون المرض غير ملموس مقارنة بمرض جسمي كالإعاقة الجسدية حيث يمكن للطبيب تفهم الإعاقة مثل لعب دور المريض دون رجل أو يد، لكن فيما يخص الاعاقة العصبية

فهي غير مرئية، فالوقت المخصص لتطبيق مختلف الوسائط العلاجية يعتبر كاعتراف من طرف المعالجين للمشاكل التي تصادف المريض في حياته اليومية،كما تسمح هذه التجربة برؤية المريض كشخص كلي دون التهميش.

كما سمحت للمرضى بالاندماج في الجماعة والإحساس بالقيمة كما أن شعوره بالاعتراف المجتمع بمشاكله ويكون جد واضح، كما أدت هذه التجربة الى اكتشاف المريض ان المعالج شخص مثله يحس بمشاكله مما يدفعه إلى أن يكون أكثر استقلالية Visentin.2011)(

كما توصلت الباحثة سامية محمد صابر عبد النبي في دراسة لها حول فاعليةاستخدامالعلاجبالفن فيالتخفيفمنالشعوربالوحدةالنفسيةلدىعينةمنطلابالجامعة الى ان هنالك فروق ذاتدلالةإحصائيةبينرتبدرجاتأفرادعينةالدراسةعلىمقياس" الشعوربالوحدةالنفسية " قبلاستخدمالوسيط العلاجي وبينرتبدرجاتهمبعدتطبيقالوسيط العلاجي وذلكلصالحالطلابوالطالباتفيالقياسالبعدي للمستفيدين من العلاج بالفن (صابر .2008).

فنلاحظ ان الوساطة العلاجية لا تقتصر فقط على المرضى النفسيين كالعصاب و الذهان بل يمكن استعماله حتى لدى الطلاب للتخفيف من حدة التوتر والقلقأو حتى الاحساس بالدونية والوحدة النفسية.

كما يمكن استعمال الوساطة العلاجية لدى المصابين بالسرطانحيث تقول الاخصائية استير دريفوسEsther Dreifussأن أهمية الوساطة العلاجية لدى المصابين بالسرطان تكمن في إمكانيةتعزيز سيرورة الفقدان و تحقيقالتوازنللاناالمهدد بفضل التعبير الإبداعي بتشكيل لوحة للمريض تجعله يتعايش مع الوضع و يخفف عنه قلق الفقدانبمعنى فقدان الصحة، فالموسيقى أو الرسم يمكن استعمالهما بمختلف الطرق (Boyer.2017).

و من بين الاستعمالات الاكثر فائدة و ملائمةللوساطة العلاجية نجد تطبيقها في المصحات مثل العلاج التلطيفي(soins palliatifs)فهو يرتكز على اعادة احياء الشعور بالوجود، في الوقت الذي تكون نزوة الحياة جد متدنية من نزوة الموت يخاطب بالوساطة العلاجية في هذه المصلحة الجزء البارز للحياة للشخص ألمحتضر جزء لا يبدوا أنه مشوه لا بالمرض العضوي و لا على مستوى العمليات ألمعرفية كما أنه في مصلحة العلاج التلطيفي يعمل عن طريق إحياء شعور الوجود في الوقت الذي تنسحب الحياة بشكل جذري، غالبًا ما تكون استراتيجية المعالج بتحفيز مشاعر قديمة تهرب من آليات تمثيل جد متطور فالتجربة التي خاضهاClaire Oppertكمعالج فني بالموسيقي في مصلحة العلاج التلطيفي تبين لنا دور الموسيقي في اعادة احياء رغبة العيش لدى المرضىالمحتضرين و يقول أن المعالج في فريق الرعاية الصحية يعمل دور حامل المعنى فهو في صميم الروحانية و الاحاسيس(Foristier.2012).

و غيرها من الاستعمالات التي يمكن فيها تطبيق الوساطة العلاجية مثل الاطفال ذوي الصعوبات كالتعلم أو فرط الحركة و كذلك مع المسنين في مختلف دور العجزة أو المصحات العقلية، فالوساطة العلاجية

من بين العلاجات التي تعطي الاهمية و الفرصة للممارس العيادي المتمكن من احد الوسائط العلاجية بتطبيقها في شتي المجالات مع جميع الفئات العمرية و العديد من المشاكل النفسية أو الاضطرابات النفسية، سواء يكون تطبيقها بصفة جلسات فردية أو على شكل ورشات جماعية لأفراد يعانون نفس المشكل، فهي تقنية متعددة الاستعمال و موجهة لمختلف الشرائح.

11- اللّصق وتطبيقاته

تعتبر تقنية اللصق من التقنيات التي يمكن استعمالها مع العديد من المرضى، و نذكر إمكانية تطبيقها مع الأطفال سواء كعلاج أو طريقة لتنشيط الذكاء، كما يمكن استعمالها مع الأطفال ذوى فرط الحركة، كما يمكن تطبيقها مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عقلية، كالورشات التي قامت بها2016 Annette Desclauxأين طبقت تقنية اللّصق مع الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين 07 الى 10 سنوات، متواجدين في مستشفى من أجل متابعة طبية–نفسية و هم يعانون خاصة من مشاكل علائقية مع الاخرين و عدم القدرة عن التعبير و نقص الترميز، كما أن قدرة الكتابة لديهم يمكن القول أنها منعدمة، منه فوسيط اللّصق يعتبر الوسيلة الأكثر ملائمة للتعبير عن حالتهم و مساعدة التواصل معهم، طبقت مجموعة من الورشات و بعد عدة لقاءات مع الأطفال لاحظ أن إمكانية التعبير و الترميز تتطور شيئا فشيئا، كما ان العمل الجماعي يعتبر كمولد للطاقة ويساهم في احتواء الطفل، و في نفس السياق نجد 2004 -Marie France Vasselقد قامت بنفس العمل مع جميع المرضي و في جميع مصالح الاستشفاء الداخلي أو الخارجي، مع مختلف الشرائح العمرية، اين توصلت الى نتائج إيجابية مع المرضى، كما يمكن تطبيقها في دور العجزة و هذا ما قام بهMoniqueDonaz 2011 بتطبيق مختلف الوسائط العلاجية في المستشفى المخصص للعجزة من رسم، نحت و لصق و غيرها بهدف اخراج المرضى من عزلتهم و تهميشهم، و كانت النتائج جد مروعة، و من بين الدراسات القليلة التي طبقت الوساطة العلاجية مع مرضى التصلب اللويحي نجد دراسة Jenny Joseph2010التي هدفت الى مساعدة المرضى لتقبل تشخيص المرض و التقليل من الاثار الجسدية الجانبية للمرض، غير أنها لم تستعمل وسيط الصق بقدر ما لجأت الى استعمال وسيط الكتابة او حتى أن الأهم هي العلاقة العلاجية.

12. النماذجالأساسية للعلاج بالوسائط العلاجية

فيما يخصالوساطة العلاجية هنالك أربعةنماذج أساسية في الوساطة العلاجية و ذلكحسب فريش 2002 Frisch وهي:

- **النموذج الشافي le modèle cathartique** في هذا النموذج يتم تشجيع المريض على التعبير عن نفسه من خلال تقنية الرسم أو الرسم او اللّصق بهدف تحرير نفسه من معاناته.
- **النموذج التصالحي le modèle réparateur** المعالج يرغب في مساعدة المريض من خلال تقديم دعمه وفهمه لإزالة الضرر أو لسد النقص الداخلي، كما يساهم في العلاقة معالج–مريض Soignant-soignéمن خلال خلق إطار عمل ومناخ من الثقة والمساعدة.
- **النموذج التربوي le modèle éducatif** المعالج في وضع الارشاد يشير للمريض الى الاجراءات التي يتعين القيام بها، والمسارات التي يجب أن يسلكها والاتجاه الذي يجب اتباعه، فهو يوفر وظيفة استشارية لمساعدة المريض على اتحاذ خيارات جيدة، لديه دور مشابه لدور المربي، يهدف الى مساعدة المريض لتكيف أفضل كما يقترح نماذج معرفية أو سلوكية لتطبيقها،
- **النموذج التحليلي le modèle analytique** في هذا النموذج يفترض ان يكون المعالج في مكان المحلل وهذا من خلال تكوينه ويرتكز خاصة في حصة الوساطة العلاجية على العملية العلاجية و ليس النتيجة، ففي الواقع وجهة نظر التحليلية تتساءل عن أسلوب العلاج النفسي التحليلي المتبع ، و من اهم هذه القواعد نجد:
- l’indication de thérapie individuelle ou groupale الاشارة الى العلاج الفردي أو الجماعي
- les règles qui structurent la séance القواعد التي تنظم الجلسة
- la question de l’interprétation مسألة التفسير
- le rôle de médiation dans le cadre de la relation transférentielle et contre–transférentielle دور الوسيط في سياق العلاقة التحويلية والتحويل المضاد
- la dynamique et le processus thérapeutique ديناميكية العملية العلاجية فيما يتعلق بمفهوم الاستعلاء والابداع والأهمية المعطاة للعملة التعبيرية في السيرورة العلاجية

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل نلاحظ أن الهدف الرئيسي لكل علاج هو تلبية حاجة المجتمع في السعي وراء الصحة النفسية ذلك بتقديم يد المساعدة و العلاج بمختلف الخدمات النفسية التي يمكن للنفساني العيادي الممارس تقديمها، سواء باستخدام الوساطة العلاجية أو باستخدام طريقة علاجية أخرى، حيث أن بداية الوساطة العلاجيةراجع الى التحليل النفسي، منه نلاحظ أن مختلف العلاجات متداخلة و كلها تخدم هدف واحدا هو العلاج، غير ان العلاج النفسي يستلزم نوع من الفن العلاجي بمعنى على المختص النفسي

الممارس استخدام بعض المرونة و الفن في طريقة عمله و تعامله مع المفحوص، لذلك نضيف للعلاج النفسي صياغة أخرى و هي فن العلاج النفسي، فإضافة الى التكوين الذي يتحصل عليه الممارس يتوجب عليه بعض القدرات و المجهودات في عمله المهني، و من بين الطرق التي تمكن النفساني للوصول الى هذه الدرجة نجد تبني الوساطة العلاجية، فهي طريقة يمكن تطبيقها مع مختلف الفئات و مع العديد من الاضطرابات النفسية، كما ان من بين إيجابيها هي الحث على التعبير الغير اللفظي في حالة استحالة التعبير أو الكف.

الفصل الرابع
الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج الدراسة.

3- عينة الدراسة.

4- مكان إجراء البحث.

5- أدوات الدراسة.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

7- كيفية إجراء الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تكتسي الإجراءات المنهجية دورا مهما في مسار البحث العلمي، فهي التي ترسم معالم وآفاق البحث وتنير طريق الباحث لتحقيق الأهداف المتوقعة بطريقة منهجية ومنظمة، فيعتبر الجانب التطبيقي كموازنةللجانب النظري، حيث يطلعنا على الإجراءات المنهجية التي تعد من أهم المراحل التي تخضع لها الدراسات العلمية.

فبعد عرض المفاهيم النظرية لموضوع الدراسة، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض الإجراءات المنهجية المعتمد عليها لإجراء الدراسة، بدءا بخطوات الدراسة الاستطلاعية التي مكنتنا بتحديد شروط عينة الدراسة، وأدوات جمع المعلومات من مقابلة عياديه نصف موجهة، استبيان نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي59-sep، ومن ثمة عرض تقنية العلاج بالوساطة وبالتحديد تقنية اللصق.

-الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية كنافذة للباحث ليرى ميدان الدراسة قبل الدراسة الأساسية، فيري بول ندا 2015 Paul N'Daأن البحث في الدراسة الاستطلاعية يكون استكشافيا وصفيا، يتضمن اكتشاف العوامل ووصفوتسمية الظاهرة أو موقف أو حدث بحيث يبدوا مألوفا.

فتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى احتكاك الباحث بالميدان الذي سيجري فيه البحث، وهذا من أجل التأكد من توفر عينة البحث، وكذا التعرف عماإذاكانت أدوات البحث تخدم موضوع الدراسة، وهل هي كافية أو تستلزم بعض التعديل أو الإضافة.

كما يضيف بول ندا 2015 PaulN'Daأنالباحث في الدراسة الاستطلاعية يقوم بجمع البيانات بناء على الملاحظات أو المقابلات أو الاستبيانات، بإجراء العديد من المقابلات المفتوحة والطويلة مع أولئك الذين يفترضون أن لديهم معلومات أساسية و هامة تخدم موضوع البحث، فتجمع المقابلات المكتوبة ذات صلة بموضوع البحث.

هدفت الدراسة الاستطلاعية الحالية الى الكشف والتعرف عن مجموعة من النقاط قبل بداية الدراسة الأساسية ونذكر منها:

- الاحتكاك بميدان الدراسة والتأكد من توفر عينة البحث والتحقق من إمكانية أو عدم إمكانية تطبيق العلاج بالوسائط العلاجيةعلى فئة المصابين بالتصلب اللويحي.
- حساب الخصائص السيكو مترية لاستبيان نوعية الحياة SEP-59و التعرف على صلاحية الاداة في البيئة المحلية
- التحقق من إمكانية تطبيق العلاج النفسي المرتكز على الوسائط العلاجية مع المصابين بالتصلب اللويحي، والبحث عن نوع الوسيط الملائم لهذه الفئة.
- التحري عن الشروط التي يجب أن تتوفر لدى المصابين من أجل المشاركة في البحث.

كيفية إجراء الدراسة الاستطلاعية:

أجرينا العديد من الزيارات الميدانية لمصلحة طب الأعصاب بالمستشفى الجامعي ندير محمد-بالوا تيزي-وزو، وذلك بعد الحصول على الترخيص من طرف السلطات المعنية بتاريخ 13أكتوبر 2019 ملحق رقم

(01)، وخلال هذه الزيارات قمنا بمقابلات عيادية مع مرضى التصلب اللويحي كما قمنا بمقابلات مع العاملين في مصلحة الأعصاب.

تكونت الدراسة الاستطلاعية من ثماني حالات مصابة بالتصلب اللويحي، تم من خلالها تطبيق استبيان نوعية الحياة SEP-59ودليل المقابلة العيادية النصف الموجهة، وكان الهدف من ذلك هو اختبار مدى فعالية وملائمة محاور وأسئلة دليل المقابلة النصف الموجهة لحصر أكبر قدر ممكن من المعلومات المهمة عن حياة المفحوصين، والجدول رقم (02) يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.

جدول رقم (02) خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

الاسم	السن	الحالة المدنية	المستوي الدراسي	الحالة المهنية	الولاية	اللغة المتكلمة والمفهومة
محمد	39 سنة	متزوج	متوسط	عامل	بليدة	اللغة العربية
ضياء	38 سنة	متزوجة	ثانوي	ماكثة في البيت	الجزائر	اللغة العربيةوالفرنسية
فريد	48 سنة	متزوج	ثانوي	عامل	بويرة	اللغة القبائلية والفرنسية
سارة	30 سنة	عازبة	ابتدائي	ماكثة في البيت	بومرداس	اللغة العربية
فاطمة	51 سنة	متزوج	ابتدائي	ماكثة في البيت	تيزي وزو	اللغة القبائلية
لوناس	26 سنة	عازب	جامعي	عامل	تيزي وزو	اللغة القبائليةوالفرنسية
فطة	30 سنة	متزوجة	ثانوي	ماكثة في البيت	بويرة	اللغة العربية والفرنسية
أمقران	43 سنة	متزوج	متوسط	عامل	تيزي وزو	اللغة القبائلية

من الجدول رقم (02) نلاحظ أن عينة الدراسة الاستطلاعية تتكون من ثماني حالات، حالتين تتقنان اللغة العربية و الفرنسية، و حالتين تتكلمان فقط العربية مما أدى بنا الى ترجمة الاستبيان الى العربية بطريقة شفهية، و حالتين تتقنان اللغة القبائلية و الفرنسية، و حالتان تتكلمان فقط اللغة القبائلية و منه فقد قمنا بترجمة الاستبيان شفهيا الى القبائلية، و فيما يخص متغير الجنس فقد تم اختيار أربعة رجال و أربعة نساء، المستوى الدراسي لحالات الدراسة الاستطلاعية تتراوح من المستوي الابتدائي إلى الجامعي، أما

الحالة المدنية فمعظم الحالات متزوجة، بينما متغير الحالة المهنية فمن بين الحالات من يمارس مهنة و منها من هو بطال.

جدول رقم (03) نتائج عينة الدراسة الاستطلاعية في استبيان SEP-59

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط المحسوب	المتوسط الفرضي	المستوى
نوعية الحياة العامة	7.00	0.00	3.50	5.5	منخفض

من خلال الجدول رقم (03) الذي يبين نتائج عينة الدراسة الاستطلاعية نلاحظ أن نوعية الحياة العامة لدى عينة الدراسة الاستطلاعية منخفضة، حيث قُدر المتوسط الحسابي ب 7 وانحراف معياري قُدر بـ 0.00، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 3.50 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 5.5، وعليه يوجد مستوى منخفض لإدراك نوعية حياة العامة في جميع أبعاد الاستبيان.

المقابلات العيادية مع المختصين العاملين في المصلحة

و خلال الدراسة الاستطلاعية الأولية كانت لنا عدة لقاءات مع مختلف الممارسين على مستوى المصلحة، و من بينهم رئيس المصلحة البروفيسور "داودي"، كما كان لنا لقاء مع الأطباء العاملين في المصلحة الذين قدموا لنا بعض التوضيحات و الصعوبات التي تواجه مرضى التصلب اللويحي، و قمنا بعدة لقاءات مع الممرضين العاملين في المصلحة و الذين بدورهم ساعدونا بتوجيهاتهم أثناء تطبيق استبيان SEP-59 لمعرفتهم الملمة بالمرضى و خصوصياتهم، كما قدمت لنا النفسانية العيادية العاملة في المصلحة بعض التوضيحات فيما يخص الحالة النفسية لمرضى التصلب اللويحي، و عن طرق التكفل معهم.

نتائج الدراسة الاستطلاعية:

توصلنا إلى مجموعة من الملاحظات أثناء إجراء الدراسة ومن بينها:

– أهمية الآخذ بعين الاعتبار الحالة العامة للمريض وإدراج مقياس حالة الإعاقة الموسع EDSSكشرط (Expanded Disability Statut Scale) للمشاركة في الدراسة الذي يحدد نسبة العجز لدى المصاب بالتصلب اللويحي للتأكد من إمكانية المريض في المشاركة في الورشات العلاجية، و الذي تم الحصول عليه من طرف الطبيب الذي يعالج المريض الذي سيشارك في العينة الأساسية ملحق رقم (12).

– ترجمة الاستبيان إلى اللغة القبائلية من أجل تمكين المرضى من الإجابة على الاستبيان بلغة مفهومة.

– إعادة صياغة بعض أسئلة دليل المقابلة وادراج أسئلة أخرى للتأكد عن رغبة المفحوص بالمشاركة في الدراسة.

– تشخيص التصلب اللويحي لا يرتكز على الاختبارات والتحاليل البيولوجية والتصوير بالرنين المغناطيسي (IRM)وغيرها من التقنيات بل يكون بطريقة الإقصاء(diagnostique par élimination) .

– حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان نوعية الحياة بعد الترجمة لكلتا النسختين العربية والقبائلية

2– منهج الدراسة

بما أن المشكلة المطروحة هي مشكلة تبحث عن أهمية تقنية اللّصق كوسيط علاجي لدى المصابين بالتّصلب اللّويحي فقد تم الاعتماد على المنهج الشبه التجريبي، لعدة أسباب ومن بينها نذكر:

- طبيعة الدراسة الذي يتمثل في البحث عن فعالية تقنية اللّصق في الرفع من إدراك نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي.
- صعوبة تطبيق المنهج التجريبي لما يستلزم من شروط حيث يقول موريس انجرس1997أن المنهج التجريبي يهدف الى إقامة علاقة السبب والنتيجة وذلك بإجراء تجربة، والتي من خلالها نقوم بالتحكم في المتغير المستقل ونلاحظتأثيره في المتغير التابع، فهو منهجيستلزم الدقة والتحكم في جميع المتغيرات للوصول الى نفس النتيجة، غير أن في العلوم الإنسانية ونظرا لتعقد الطبيعة البشرية فالتحكم في جميع المتغيرات أمر جد صعب، ولذلك فالطريقة الشبه التجريبية هي الأمثل.

تعريف المنهج الشبه التجريبي

هو المنهج الذي يقوم بدراسة العلاقة بين متغيرين على ما هما عليه في الواقع دون التحكم في المتغيرات حيث يقوم الباحث باختيار عينة قصدية من المجتمع بالإضافة إلى عدم ضبط بعض المتغيرات الخارجية.

وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة التصميم الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي، وذلك لكون هذا التصميم أنسب تصاميم المنهج الشبة التجريبي لأن هدف الباحث هو العمل على إحداث تغير في نمط السلوك أو في بعض العمليات العقلية، وكذلك أنسب من حيث الإمكانات البشرية، والمادية المتاحة (الكاظمي،2012).

وفى هذا التصميم التجريبي يقوم الباحث باختيار عينة بحثه بطريقة قصدية من مجتمع البحث ويقوم بقياس المتغيرات التابعة بتطبيق أدوات البحث عليها قبل إجراء التجربة أو قبل التعرض لـ (المتغير المستقل)، ثم يقيسها مرة أخرى بعد التجربة، ثم يجري الاختبار لتعرف الفرق بين متوسطي كل متغير قبل إجراء التجربة وبعد اجراء التجربة او البرنامج العلاجي.

3- عينة الدراسة

تتكون عينة الدراسة من خمسة أفراد n=05 مصابين بمرض التصلب اللويحي، بينما تم انتقاء عينة الدراسة بطريقة قصدية، أو ما يعرف بالعينة العمدّية، ويمكن تعريفها بأنها العينة التي يختارها الباحث عندما يعتمد في إجراء الدراسة على فئة معينة وقد يكون هذا التعمد لاعتبارات علمية (زروقي، 2008).

جدول رقم (04) يمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية

	السن	الحالة المدنية	الحالة المهنية	درجة EDSS	تاريخ التشخيص	نوع التصلب اللويحي	المستوى التعليمي
وردية	35	متزوجة	عاملة	1	سنة	انتكاسي خمودي Récurrente-rémittente (SEP-RR)	جامعية
زهرة	25	متزوجة	طالبة	1.5	سنتين	انتكاسي خمودي Récurrente-rémittente (SEP-RR)	جامعية
لويزة	28	متزوجة	عاملة	1	سنتين	انتكاسي خمودي Récurrente-rémittente (SEP-RR)	جامعية
فطة	28	متزوجة	عاملة	1.5	ثلاثة سنوات	انتكاسي خمودي Récurrente-rémittente (SEP-RR)	جامعية
كريمة	34	متزوجة	عاملة	2	سنة ونصف	انتكاسي خمودي Récurrente-rémittente (SEP-RR)	بكالوريا

يكون اختيار الأفراد في هذا النوع من العينات على أساس حر من طرف الباحث، وهذا حسب طبيعة بحثه مما يساعده في تحقيق هدف أو أهداف الدراسة، ومن خصوصيات العينة القصدية يقول بول ندا Paul N'DA (2015) أن العينة القصدية تسمح للباحث أن يختار أفراد ممثلين للمجتمع الأصلي وهنا

نعني ب "ممثلة "أنها عينة نموذجية للمجتمع الأصلي، والجدول رقم (04) يبن خصائص عينة الدراسة الأساسية.

تكونت عينة الدراسة الأساسية من خمس حالات تعاني من مرض التصلب اللويحي، كل أفراد العينة نساء، أربعة من الحالات تعاني من تصلب لويحي انتكاسي خمودي وحالة تعاني من تصلب لويحي مترقي ثانوي، يتراوح عمر أفراد العينة ما بين 25 سنة و35 سنة، أفراد العينة كلهن نساء عاملات، إلا حالة واحدة لتزال طالبة جامعية، وفيما يخص المستوى التعليمي لعينة الدراسة أربع حالات لديها مستوى جامعي وحالة لديها مستوى بكالوريا، بينما تاريخ التشخيص يتراوح ما بين سنة وثلاثة سنوات، بينما درجة الإعاقة الموسع تتراوح ما بين 1.5 الى 02، و هذا يعني إمكانية المشاركة في الدراسة دون عراقيل جانبية للمرض.

وقد تم عرض حالتين في فصل تحليل و مناقشة النتائج كحالات نموذجية للدراسة الحالية، و قد تم اختيار الحالتين لعدة خصوصيات ومنها الاهتمام الكبير للمشاركة في ورشات اللصق، و كذلك التقدم الملحوظ و التحسن النفسي الكلي خلال الحصص العلاجية.

-معايير اختيار عينة الدراسة الأساسية

أن تكون عينة البحث مصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد مهما كان النوع.

- أن يكون أفراد العينة متزوجين نظرا لوجود بنود حول الحياة الجنسية في استبيان(SEP-59) لنوعية الحياة.
- أن يكون للمريض مستوى السنة الثالثة متوسط على الأقل، وذلك لقراءة وفهم بنود استبيان نوعية الحياة.
- السن: أن يتراوح (ما بين25و35 سنة)
- الجنس: لم يؤخذ بعين الاعتبار.
- ألا يتحصل المريض في مقياس حالة الإعاقة الموسع (EDSS) (Expanded Disability Status Scale) على درجة أكثر من المستوي الثالث.
- الموافقة في المشاركة في الدراسة وإمضاء عقد المشاركة.

4-مكان اجراء البحث

يعتبر الإطار الذي ستجري فيه الجلسات العلاجية من بين الشروط الأساسية لنجاح العمل النفسي، ويمكن تعريف مكان إجراء البحث على أنه عملية جمع المعلومات عن طريق الاتصال بالعناصر المعنية

بالبحث، ويمكن أن يأخذ هذا الاتصال أشكال مختلفة، عن طريق الهاتف والمراسلة كما يتم مباشرة مثل إجراء لقاءات مع هؤلاء العناصر أو القيام باستجوابهم أو بملاحظتهم في حياتهم اليومية (خليل، 1998)

وقد تم إجراء الدراسة الحالية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي نذير محمد في مصلحة طب الأعصاب، وبالتدقيق في مكتب الاخصائية النفسية العاملة في المصلحة، وذلك بإجراء مقابلات عياديه مع المفحوصين المشاركين في الورشات العلاجية الفردية.

لقد تم إجراء هذه اللقاءات بداية من شهر ديسمبر 2021 تمت زيارة تفقدية لمصلحة الأعصاب بتيزي-وزو، واستقبلتنا النفسانية العيادية العاملة في المصلحة بهدف التعرف عن إمكانية البدء في تطبيق البرنامج العلاجي وكذلك عن توفر مكتب للتطبيق، وفي شهر فيفري 2022 كانت بداية البحث عن الحالات التي تستوفي شروط الدراسة، شهر مارس بدأنا مع أول حالة في تطبيق الورشات العلاجية الفردية الى غاية شهر جانفي 2023.

-5-أدوات الدراسة

لقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات الاكلينيكية القاعدية وهي المقابلة العيادية النصف موجهة، وتقنية اللّصق كوسيط علاجي، كما اعتمد على استبياننوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي59 -SEP.

-5-1-المقابلة العيادية النصف موجهة

المقابلة هي لقاء مباشر بين فردين وجها لوجه، وهي في الدراسات الميدانية تتحقق عن طريق أسئلة يلقيها السائل لمعرفة رأي المجيب في موضوع محدد بالذات (أبو شنب،2007)، ورأتشيلاند1983 Chilandبأن المقابلة العيادية هي علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص والمفحوص ويمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته ووحدته.

كما جاء في تعريف محمد عبيدات1999 للمقابلة العيادية بأنها عبارة عن محادثة موجهة بين الباحث وشخص أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين يسعى الباحث لمعرفته من أجل تحقيق أهداف الدراسة، فهي تختلف عن الحديث العادي الذي يهدف إلى تحديد غرض معين باعتبارها أكثر الوسائل استخداما في جمع البيانات في كثير من العلوم الإنسانية كما أنها احتكاك مباشر مع المبحوثين.

ويتحدد نوع المقابلة العيادية بالهدف الذي يسعي إليه الباحث، ولما كان هدفنا في البحث الحالي التعرف على مدى فاعلية تقنية اللّصق كوساطة علاجية لدى مرضى التصلب اللويحي، ارتأينا إلى استخدامأحد أنواع المقابلة الذي يتمثل في المقابلة العيادية النصف الموجهة.

و قد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المقابلة العيادية النصف الموجهة و هي تقنية لجمع البيانات تستعمل خاصة في العلوم الإنسانية و الاجتماعية، وفي جميع الأحوال تسعي المقابلة العيادية النصف الموجهة في البحث عن خصوصيات الافراد أو المجتمع الذي يدرسونه، فهي محادثة جادة موجهة نحو هدف محدد من أجل جمع البيانات، وهي من أنجع طرق جمع البيانات فعالية، حيث تساعد في الحصول على معلومات قد لا تكون مسجلة في الكتب والمستندات، وهي عبارة عن لقاء مباشر بين الباحث ومصدر المعلومات (فرد أو أكثر)، بهدف الحصول على معلومات حول موضوع البحث، وتتطلب المقابلة توفر الخبرة ومهارة طرح السؤال وإدارة الحوار من طرف الباحث،كما يمكن للباحث في المقابلة العيادية النصف الموجهة الاعتماد على دليل المقابلة حسب ما يراه مناسبا بطرح أسئلة موضوعية حسب ما يراه من الشخص المستجوب،كما تعتمد نوعية المقابلة النصف موجهة على خبرة الباحث و مرونته فيمكن أن يستجب المفحوص دون متابعة ترتيب الأسئلة وإلقائها بحيث تكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن أي تكليف بالاعتماد فقط على مجرى المقابلة (Pin.2023).

المقابلة العيادية النصف موجهة ليست بمقابلة عيادية حرة ولا مقيدة، بل تقع بين الإثنين حيث يكون فيها دور الباحث هو الاستماع إلى ما يقوله المبحوث، والتدخل لغرض توجيهه فيما يخدم موضوع البحث، وهذا النوع من المقابلات يسمح للمبحوث بالتعبير بكل ارتياحوطلاقةوتشجيعه على الكلام، ومن أجل السير الجيد للمقابلة تم الاعتماد على دليل مقابلة تتكون من سبعة محاور وهي مرتبة كالتالي:

- **محور البيانات الشخصية:**

محور البيانات الشخصية يهدف إلى معرفة بعض المعلومات العامة عن المبحوثكالاسم، السن، الحالة المدنية، المستوى الدراسي، والمستوى الاقتصادي.

- **محور السوابق المرضية:**

يهدف بالإلمام الكلى بالحالة الصحية للحالة من ناحية السوابق المرضية العضوية والنفسية للحالة وكذلك السوابق المرضية للعائلة، وعمّاإذااستفاد المريض من متابعة نفسية قبل المرض.

- **محور الحالة المرضية**

يهدف هذا المحور إلى جمع قدر ممكن من المعلومات حول تاريخ المرضوعن الأعراض الأولى التي دفعت المريض للفحص الطبي، كيفية تلقي خبر المرض وردود فعله إزاء ذلك.

- **محور نوعية الحياة:**

يهدف أولا إلى التعرف علىنوعية الحياة الذاتية للمريض، وكذلكنوعية الحياة الصحية للمريض، ونظرته للحياة والمستقبل، التعرف كذلك على مصادر الدعم النفسي والاجتماعي، ونوعية السند الذي يتلقاه المريضوكيف يرى هذا السند والرعاية الصحية المقدمة له، الإلمام بالعلاقات الاجتماعيةللمريض.

- **محور العجز والاستقلالية:**

يهدف هذا المحور للتعرف عن درجة عجز المريض الناجمة من مرض التصلب اللويحي، وعن إمكانية التنقل للمشاركة في العمل العلاجي، وكذلك التعرف عن الرؤية الذاتية للعجز الذي قد يكون عجزا نفسيا قبل أن يكون عجزا عضويا.

- **محور العلاج بالوسائط العلاجية:**يهدف هذا المحور لمعرفة مدى إمكانية المريضللمشاركة في الدراسة بمعنى في الجلسات العلاجية بتقنية اللصقوكذلك تهيئته لهذه الورشات العلاجية.

5-2-تقنية اللّصق (Collage)

تتعدد الوسائط الفنية التي يمكن للمعالج النفساني اللّجوء إليها كوسائط علاجية، ولعل من أهمها نجد الرسم، التشكيل بالعجين، التعبير بالصور، الرقص، الأقنعة وغيرها، وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على تقنية اللّصق.

يعتبر اللّصق من بين الفنون البصرية وهي ما يمكن التعبير عنها بمصطلح الفنون المرئية، وهي تلك الفنون التي تعتمد بشكل رئيسي على الرؤية والمشاهدة، وهي تنقسم الى ثلاثة اقسام، الفنون التعبيرية، الفنون التطبيقية والفنون التشكيلية، وفن اللّصق أو الكولاجcollageمن بين الفنون التشكيلية الذي يرتكز خاصة على حاسيه البصر والجمال الشكلي.

يعرف (1976) Hugnet اللّصق بأنه عملية إبداعية تتمثل في قطع مجموعة من الصور أو أجزاء من صور وذلك باستخدام مقص من أجل تجميعها ولصقها باستخدام الغراء، وذلك حسب التأمل الاختياري، دون قاعدة ما إلاّ متعة الخيال التي تعتبر القانون الوحيد للتغيير، دون حكم مسبق عن دور الصدفة الذي قد تحتويه هذه العملية، بهدف التوصل إلى الحقيقة والولوج بذلك إلى عالم اللاّشعور وتغيير معاني الصور لمجراها الأصلي البديهي(Hugnet, 1976, p. 57) .

فنّ اللّصق الذي هو قبل كل شيء فنّ رؤية أية صورة أو عدة صور خارج نطاقها المعتاد، ويمكن استعمالها بكل الطرق دون المساس بالمعنى الأصلي للصورة، وهذه العملية ليس لديها طريقة أو أسلوب آخر غير تلك الخاصة بالفرد الذي يكرس نفسه لهذا الفنّ، كما تسمح هذه العملية للذي لا يعرف الرسم التعبير بطريقة مرئية.

كما يمكن الاعتماد على مجموعة من المصادر الورقية التي لا تُحصى مثل الجرائد، المجلات، الورقات الإشهارية، كما أن الأدوات المستعلة متعددة منها الغراء، المقص، القاطعcutteur،الأوراق الملونة و غيرها من الأدوات، و السبب الذي دفعنا إلى اختيار هذا الوسيط هو المغزى الخفي لعملية اللّصق التي تتطلب قطع أجزاء من صور أو كتب أو حروف من مجلات مرمية لا معنى لها، و من ثمة لصّقها والربط فيما بيها، وإعطائها معنى جديد معبر عن الذات كما تقول Boyer-Labrouche 2017 فعملية اللّصق ترتكز على متتابعتين وهما الهدم والبناء، في المرحلة الأولى الشخص يقوم بقطع أجزاء من كل مكتمل مثلا قطع جزء من صورة و في وقت آخر يقوم المبحوث بجمع ما تم قطعه من كل أجزاء لبناء مفهوم آخر و معنى جديد لمختلف الأجزاء و ذلك بالربط بينها، فهي عملية شبيهة بالشخص المريض الذي يربط ما بين الماضي الصحي الجيد إلى حالة صحية مريضة، بمعنى إمكانية الربط ما بين الماضي والحاضر، من حالة مرضية إلى حالة جيدة.

فاللّصق هي تلك العملية التي تعتمد على القطع باستعمال المقص أو القاطع أو اليد أو أية أداة أخرى لقطع جزء أو أجزاء من مصادر ورقية مختلفة بهدف لصّقها باستعمال الغراء أو أية مادة لاصقة على ورق ملون أو أية ورقة لإعطائها معنى، كما أنه من الممكن إضافة الرسم أو تلوين اللّوحة وإنشاء لوحة متراكمة بمعنى الجمع ما بين اللّصق والرسم.

5-2-1- التعليمة

أما فيما يخص التعليمة فكما أشارت Édith Lecourt2017تتعلق التعليمة في العلاج بالفن بتوفير الوساطة العلاجية في إطار علاجي باستقطاب الإمكانات الإبداعية والفنية للفرد في موقف صعب أو يبحث عن حل لمشكل له، أو صراع نفسي، وهذا يفترض تحديد مبدئي لطبيعة المشكلة، وبما أن مجال التكفل جد شاسع فقد يشمل الإعاقة، اضطرابات نفسية، حالات الهشاشة والضعف، والاعتماد في أعمار مختلفة من الحياة (أطفال، مراهقون، راشدين وكبار السن)

استنادا إلى مختلف الملتقيات التي شاركنا فيها عن بُعد نظرا لجائحة كورونا واستحالة حضور مؤتمرات، توصلنا إلى أن الطريقة الملائمة هي طريقة اللّصق collage، وذلك بتقديم مجموعة من الوسائل من

جرائد، صور، كتب وكل ما يمكن أن يكون كوسيلة للوصول للتعبير عن الذات كلوحة باستعمال القطع واللّصق.

و لهذا فقد تم التفكير بوضع تعليمة لكل ورشة عمل باتباع استبيان نوعية الحياة والتعبير بطريقة اللّصق عن موضوع الورشة، فكانت التعليمة للدراسة الحالية موجهة حسب موضوع البعد الذي نود التطرق اليه فمثلا في البعد الأول و هو بعد الصحة البدنية تكون التعليمة كالتالي " عبر عن كيفية ادراكك لحالتك الجسدية من خلال الأدوات الموجودة في الطاولة "، و في الورشة الثانية نقوم بتغيير موضوع الورشة بوضع الصحة النفسية بدلا من الصحة الجسدية و الى ذلك من الابعاد التي يتكون منها استبيان الدراسة SEP-59، كما هو مبين في الجدول رقم (21).

2 الإجراءات التطبيقية للحصص العلاجية باللّصق:

كانت البدايات الأولي لظهور العلاجات الوسيطية راجعة إلى أعمال ونيكوت1971 Winnicott حيث قام بنوع من التفتح للعلاقة العلاجية المبنية على التعبير، كما يقول أن الشيء الأساسي في العلاج باستعمال الوسائط العلاجية هو إمكانية خلق مكان للتبادل داخل العلاقة العلاجية، مكان يسمح بالتحويل، فدور الوسيط هو الدخول في العلاقة العلاجية، و لهذا فقد كانت الورشات العلاجية ورشات فردية(Bailly.2001)، حيث تقول آن برون2013 Anne Brunأن الشيء الأساسي عند استعمال الوسائط العلاجية هو الإطار، بمعنى يجب توفر إطار للعمل سواء في الحصص العلاجية الوسيطية الفردية أو الحصص العلاجية الوسيطية الجماعية، و كذلك ترى أن الوسيط المستعمل في العلاج يجب أن يكون مادة للترميز matière à symbolisation بمعنى أن يكون الوسيط ذو مغزى، مثلما قام الباحث باختيار وسيط اللّصق الذي يرمز الى لصق و ربط حياة ماضية بحياة جديدة.
وأشارت أنىلابروش2017 Annie Boyer-Labrouche إلى أهمية الإطار في العلاج بالوسائط العلاجية أو العلاج بالفن، فتقول أن هذه الطريقة العلاجية مثلها مثل العلاج النفسي تتطلب اطار و الذي يعنى توفر مكان للعمل، وقت و مدة زمنية محددة.

كما ترى إديت لكورت 2017 Édith Lecourtأن العلاج باللّصق سواء بطريقة جماعية أو ثنائية (فاحص ومفحوص) وباتباع أي خلفية نظرية تهدف في أول الأمر الى مساعدة المريض، ومساندته لتخطي الصعوبات التي تعرقله، فالطريقة سواء كانت جماعية أو فردية يبقى الهدف الأساسي هو المساعدة.

-5-3-استبيان نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي SEP-59

غالبا ما يتم الاعتماد على الاستبيانات لقياس نوعية الحياة، و هنالك من يقيسنوعية الحياة باستبيانات عامة، كما تم بناء استبيانات متخصصة في قياس نوعية الحياة الخاصة بالصحة، و في هذا المجال نجد كذلك بعض الاستبيانات التي تقيس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بصفة عامة، كما تتوفر هنالك بعض الاستبيانات الخاصة لبعض الأمراض، و فيما يخص نوعية الحياة للمصابين بالتصلب اللويحي فأغلب الدراسات اعتمدت على استبيان Short From Health Survey(SF-36) و مع ذلك فان هذا الاستبيان كما هو الحال للاستبيانات العامة تهمل بعض الخصائص و الميزات للمصابين بالتصلب اللويحي و لذلك فقد تم اختيار استبيان SEP-59 و هو استبيان نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي.

-وصف الاستبيان

هو استبيان ذاتي لقياس نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي، قد تم ترجمته من اللغة الانجليزية إلى الفرنسية من طرف كل من DrLaurentGerbaud, Dr DidierVernay, S. Biolay يحتوى هذا المقياس على 59 بندا، لقد اعتمد الباحثين في ترجتهم و بناءهم لهذا الاستبيان على مجموعة من الاستبيانات بما في ذلك عناصر SF-36معتمدين في ذلك على نسخة لبلاج واخرونLeplège& al التي خضعت للترجمة و التحقق السيكومتري على السكان الأصحاء، و هي النسخة المستعملة في مشروع تقييم نوعية الحياة الدولي (International Quality Of Life Assessement projet)IQOLA الأرنسون و آخرون Aaronson*et al* في عام 1992 و كذلك MSQOL-54لفيكري و اخرون Vickrey*et* all و هذا للسماح بمقارنة دولية للبيانات(Vernay.2000).

-أبعاد الاستبيان

قام فرناي وزملاؤه2000 .D. Vernay et allبإضافةسبعةأبعاد خاصة بالتصلب اللويحي، كل بُعد يحتوي على مجموعة من الأسئلة التي لها علاقة بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة، يتكون الاستبيان في صيغته النهائية على 16 بُعد وهي كالتالي:

1- **الصحة البدنيةactivité physique: يحتوي** هذا البُعد على عشرة بنود، تدور أسئلة هذا البعد باقتراح مجموعة من النشاطات البدنية الروتينية ويتم الإجابة عنها في حالة إمكانية القيام بها أو عن محدودية القيام بها نتيجة للحالة الصحية الحالية، ومن بينها نذكر بذل جهد بدني مهم، أو متوسط كصعود عدة طوابق من السلالم، الإنحناء إلى الإمام، المشي لعدة كيلومترات أو لبعض

الأمتار، وتكون فيها الإجابة باختيار اقتراح من أربع اقتراحات نعم جد محدودة، نعم محدودة نوعا ما، لا غير محدود على الاطلاق.

2- **العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية limitation dues à l'état physique:** ويتكون هذا البُعد من أربعة بنود، يهتم هذا البعد عن كيف تؤثر الحالة الصحية للمريض في أداء نشاطاته اليومية و كيف أن قدرة التحمل لدى الفرد تكون جد منخفضة بسبب الاثار الجانبية الناتجة من المرض، تكون الإجابة في بنود هذا البعد بنعم أو لا.

3- **العراقيل الناتجة عن الصحةالنفسيةlimitations dues à la santé psychique**يتكون هذا البُعد من ثلاثة بنود، تكون فيها الإجابة بنعم أو لا، نحاول من خلال هذه البنود الكشف عن تأثير مرض التصلب اللويحي على الحالة الانفعالية للمريض.

4- **الرفاهية الاجتماعية Bien-être social:** يتكون هذا البُعد من بندين،يتساءل عن الازعاج الناتج من الصحة البدنية في الحياة الاجتماعية والعلاقات مع الاخرين سواء العائلة الأصدقاء وغيرها من المعارف، تكون فيها الإجابة باختيار إجابة من مجموع خمس اقتراحات في كل الأوقات، جزء كبير من الوقت، من وقت لآخر، نادرا، أبدا.

5- **الألم Douleur:** يتكون هذا البُعد على خمسة بنود تتمحور حول شدة الآلام البدنية التي يعاني منها المريض خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة باقتراح ستة أجوبة تتراوح من "لا شيء" إلى " كبيرة جدا"، وبندآخر يتمحور حول فترات الإزعاج الناتجة عن الحالة البدنية أو الصحية للمريض تكون الإجابة على شكل خمس اقتراحات من" في كل الوقت" كأقصى حد إلى " أبدا" كأدنى حد، والبند الثالث يبحث عن العراقيل الناتجة من الآلام للتمتع بالحياة.

6- **الصحة النفسية Santé psychique:** يتكون من خمسة بنود، تبحث عن الحالة الانفعالية للمريض خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، مثلا نسبة الشعور بالقلق، النشاط، الوهن، الشعور بالراحة والاسترخاء، الحزن والاكتئاب، الإرهاق، تكون الإجابة باقتراح خمسة أجوبة تتراوح من بشكل دائم إلىأبدا.

7- **الطاقة Energie:** يحتوي هذا البُعد على أربعة بنود، يحاول فيها المريض الإجابة عن الشعور بالإرهاقأو النشاط، الشعور بالطاقة والحيوية، الشعور بالسعادة أو الشعور بالتعب، تكون الإجابة على هذه البنود باقتراح خمسة أجوبة تتراوح من بشكل دائم إلىأبدا.

8- **الصحة المدركة Santé perçue:** يحتوي هذا البُعد على خمسة بنود، تدور حول إدراك المريض لحالته الصحية بصفة عامة، وعن الشعور الداخلي لصحته مقارنة بالأشخاص الآخرين فيما

يخص وتيرة الإصابة بالمرض، التمتع بالصحة الجيدة مقارنة بالأشخاصالآخرينو غيرها، تكون الإجابة على هذه البنود باقتراح خمسة أجوبة تتراوح من " صحيح تماما" إلى " خطأ تماما".

9- **الحسرة détresse:**يتكون هذا البُعد من أربعة بنود تقيس مشاعر الإحباط، فقدان الامل، القلق الناتج من المشاكل الصحية، تكون الإجابة على هذه البنود باقتراح ستة أجوبة تتراوح من " بشكل دائم" الى " أبدا".

10- **النوم le sommeil:** من بين الاضطرابات الملازمة لمرض التصلب اللويحي نجد اضطرابات النوم، فيري تاشيبانا Tachibana 1997أن أغلبية المرضى الذين لديهم مرض عضوي يمس جذع الدماغ يصاحبه اضطراب في النوم، يتكون هذا العنصر من بندين، يحاول الإجابة باختيار إجابة من أصلستة اقتراحات على الانزعاج الناتج من التشنجاتو التقلصات التي قد تجعل نوعية النوم جد سيئة.

11- **العمليات المعرفيةfonctions cognitives:** تعتبر العمليات المعرفية من بين الاضطرابات التي تمس المصابين بالتصلب اللويحي خاصة نوع تصلب لويحي مترقي ثانوي progressive secondaire من المصابين ب التصلب اللويحي المترقي الاولي Forme primaire progressiveو هذا ما توصل إليها دناي و رفقاءه(Denny.D et all,2005)في تجربتهم لفهم الوظيفة التنفيذية و سرعة معالجة المعلومة(la fonction exécutive et le traitement de l'information)، يتكون هذا البعد من أربعة بنود تبحث عن ما إذا كان هنالك صعوبات في التركيز أو التفكير، صعوبات في الانتباه أو اضطرابات في الذاكرة، تكون فيها الإجابة باختيار إجابة واحدة من أصل ستة اقتراحات تتراوح ما بين بشكل دائم إلى أبدا.

12- **الوظيفة الجنسية fonction sexuelle:** من بين المشاكل التي تعرقل حياة المصابين بالتصلب اللويحي نجد المشاكل الجنسية، حيث و حسب ما تطرق إليه دناي 2005 D.R. Denney فقد بين شابيرو1994Shapiroوستيناجير1992Stenager أنه ما يقدر بنسبة 75% إلى غاية 90% من الرجال و 50% إلى 70% من النساء لديهم مشكل في العلاقات الجنسية، باختلاف نوع المشكل من صعوبة الوصولإلى النشوة الجنسية، أو نقص في الرغبة الجنسية، صعوبات الانتصاب و غيرها(Petropoulou.2006)، و لقياس هذا البعد فقد تم وضع أربعة بنود، تحاول البحث عن نقص في الاهتمام الجنسي، صعوبة الشعور بالنشوة، القدرة على إرضاء الشريك، تكون الإجابة على هذه البنود باختيار إجابة واحدة من أصل أربعة اقتراحات تتراوح ما بين "بشكل دائم" إلى "أبدا".

13- **الاشباع الجنسيsatisfaction sexuelle:** يتكون هذا البعد من بُند واحد يحاول البحث عن مدى الرضا الجنسي بصفة عامة خلال الأسابيع الأربعة الماضية، تكون فيه الإجابة باختيار إجابة واحدة من أصلخمس اقتراحات تتراوح من "راضي جدا"إلى"غير راضي جدا".

14- **المساندة الاجتماعيةsupport social :** يتكون هذا البُعد من أربعة بنود تقيس هذه المساعدة المتوفرة فيما يخص النشاطات اليومية، والراحةوحل المشاكل، تكون فيها الإجابة باختيار اقتراح من أصلستة اقتراحات تتراوح من "بشكل دائم" إلى " أبدا".

15- **الاضطرابات الهضميةtroubles digestives:** يتكون هذا البعد من بند واحد يقيس المشاكل البولية والمعوية التي قد بعاني منها المريض نتيجة للآثار الجانبية للمرض التصلب اللويحي تكون فيها الإجابة باختيار إجابة واحدو منأصلخمس اقتراحات تتراوح ما بين " أبدا " إلى " بشكل كبير".

16- **نوعية الحياة العامة qualité de vie général:** يتكون هذا البعد من بندين أساسيان، تكون فيها الإجابة في البند الأول باختيار إجابة حول تقييم نوعية الحياة بصفة عامة من 1 إلى 10، والسؤال الثاني هو اختيار عبارة من أصل سبعة ككلمة معبرة عن كيفية تصور المريض لحياته.

-التعليمة

تحتوي الاستبانة من تعليمة توضح كيفية الإجابة، وهي كالتالي في كلتا النسختين العربية والقبائلية.

التعليمة للنسخة باللغة العربية

"الأسئلة الموالية تتمحور حول حالتك الصحيةكما تشعر بها، هذه المعلوماتستمكننا من التعرف أكثر عن كيفية شعورك في حياتك اليومية".

يرجي منكم الإجابة على جميع الأسئلة بوضع دائرة للرقم الذي يمثل الإجابة المختارة، وكما هو مبين إن لم تستطع الإجابة فأختر الإجابة التي تقترب أكثرلحالتك".

التعليمة للنسخة باللغة القبائلية

AMEK ARA D-TERREḌ ɣEF USTEQSIMAN

Isteqsiyeni d-iteddun, wwin-d ɣef tezmert-nwen, akkeni as-tettḥassam.

S yisallen-agi ara nessiweḍ ad nefhem ugar ɣef wamek tettḥussum deg tudert-nwen n yal ass.

Rret-d ɣef yisteqsiyen s uskan (tuzya fell-as s tira) n uzwil iwulmen itririt textarem, ameki d-yettwaɛeggen.
Ma ur teẓrim ara amekara d-terrem, fernet tiririt iqerben mliḥ ɣer liḥala-nwen.

-تفسير نتائج الاستبيان

يمكن تقديم الإجابات على هذا الاستبيان في شكل بروفيل أو مدرج تكراري يسهل تحديد الأبعاد بصريا، حيث كلما كانت قريبة من مئة كلما تحصل المفحوص على نقطة مرتفعة بمعنى جيدة والعكس صحيح، أي كلما ابتعدت عن مئة فهي سيئة، و يتم حساب كل بعد على حدة مما يسمح بفهم نقاط الضعف و الهشاشة لدى المريض، كما أن عدم الإجابة على بعد لا يعنى عدم صحة الاستبيان، إلا في حالة عدم الإجابة على ثلاثة بنود في بعد ما يتم إلغاء ذلك البعد.

5-3-1-ترجمة الاستبيان

قبل البداية في ترجمة الاستبيان تم مراسلة أحد مؤلفي الاستبيان لوران جيربواLaurent Gerbaudللحصول على ترخيص لترجمة الاستبيان إلى العربية و القبائلية، و كان ذلك بتاريخ 26-06-2019 و الذي بدوره قام بمراسلة كل من كاندي أوكليرCandy AUCLAIRو هي متخصصة في الإحصاء Ingénieur Hospitalier – Statisticienneمستشفى كليرمان فيرون CHU Clermont-Ferrand، و كذلك ديدي فرناي Didier Vernnay طبيب أعصاب في مستشفى كليرمان فيرون CHUClermont-Ferrand، و كذلكجيجواوكلير كاندي Guiguet Auclair Candy مختصة في الصحة العامة بمستشفى كليرمان فيرون CHU Clermont-Ferrand، كانت الإجابة من خلال الفرقة جد إيجابية، بل قد قدموا للباحث بعض التوجيهات فيما يخص الناحية المنهجية عن كيفية ترجمة الاستبيان كما قاموا بإرسال بعض الملفات كمراجع أساسية في الترجمة، وبتاريخ 15 فيفري 2022 تلقينا رسالة الكترونية وترخيص خطي ليسمح لنا بترجمة الاستبيان ممضي من طرف البروفيسور لوران جيربو Pr Laurent Gerbaud، ملحق رقم (02)

-خطوات الترجمة:

تعتبر ترجمة استبيان من لغة إلى أخرى مسؤولية كبيرة على عاتق الباحث، كما أنه عمل يتطلب الدقة واتباع المنهجية اللازمة لهذا الغرض، وتبعا لما وصلني من طرف الفرقة المؤلفة للاستبيان فقد اعتمدنا في هذه الترجمة على عدة مراحل كما وصفها بيتون وآخرون(Beaton et al,2000)

والخطوة الأولى تتمثل الترجمة الأولية و تتمحور هذه المرحلة في ترجمة الاستبيان من اللغة الأصلية الى اللغة المراد ترجمته، ويكون هذا من طرف مختصين، بهذه الطريقة يمكن مقارنة الترجمتين والتناقضات التي يمكن ان نلاحظها في المصطلحات، فقمنا في المرحلة الاولى بترجمة أولية للاستبيان وعرضه على مختصين مختلفين للنقاش.

وتليها خطوة ملخص الترجمة وفي هذه المرحلة يقوم كلا من المترجمين الأول والثانيبالبحث عن نقاط الاتفاق والاختلاف بينهما ومحاولة وضع نسخة شاملة لهما.

وبعدها تأتي مرحلة الترجمة العكسية حيث يقوم الباحث بعرض الترجمة النهائية على مختص لإعادة ترجمتها للغة الأصل دون أن يكون على دراية بالترجمة الأصلية للتأكد من صحة المصطلحات وأن النسخة المترجمة تعكس نفس المحتوى، ويقول Vallerand أن تقنية الترجمة العكسية يمكن أن تكون بمختلف الطرق، والمهم هو ألا يكون المترجم نفسه بالنسخة الاصلية للتأكد من صحة الترجمة والمصطلحات (Vallerand,1989)

وبعد مرحلة الترجمة العكسية قمنا بعرض نسخة الاستبيان على المحكمين، والهدف من عرض الاستبيان على المحكمين هو تحقيق التكافؤ بين الثقافات، كما أن دور المحكمين هو توحيد جميع نسخ الاستبيان وتطوير ما يمكن أن يكون استعراض النسخة ما قبل النهائية من الاستبيان.

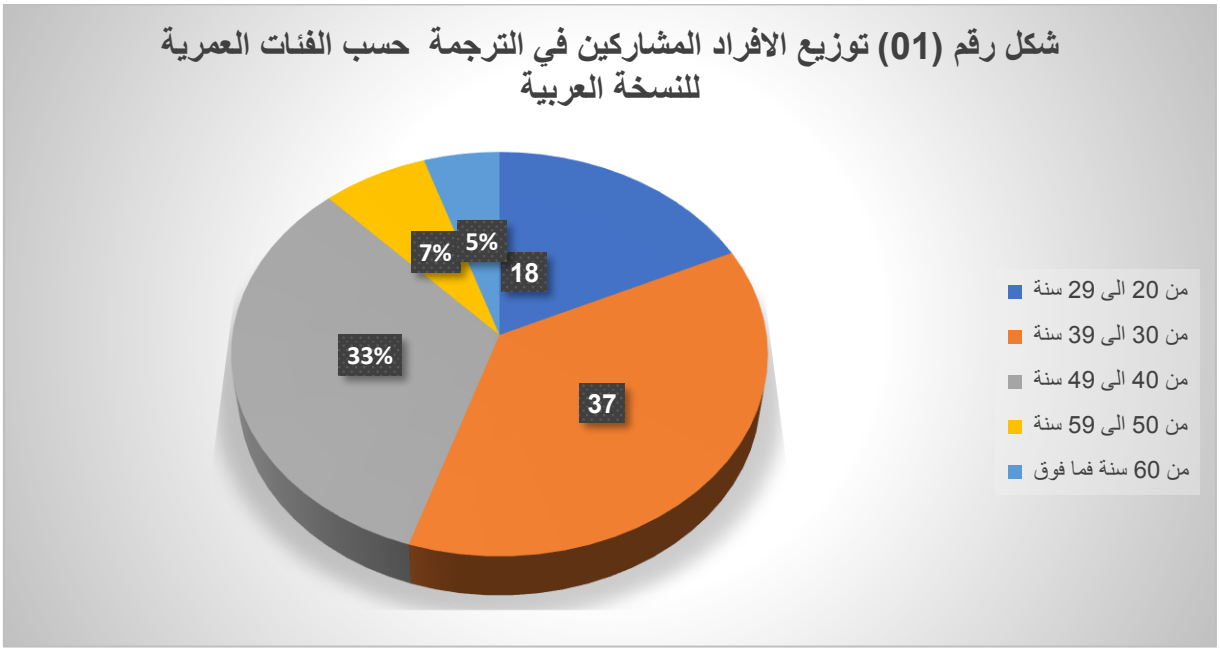
ومن بعدها مرحلة اختبار النسخة ما قبل النهائية كخطوة الأخيرة في عملية التكيف هي الاختبار القبلي، وهو تطبيق الاستبيان في الواقع واستحضار العراقيل والصعوبات مع المستجوبين، وتهدف هذه الخطوة لضمان أن الاستبيان لم يفقد معناه والهدف الذي بني من أجله، وكانت هذه الخطوة ضمن العمل الذي قمنا به خلال الزيارات المتكررة لمصلحة الاعصاب ببالوا.

ومن ثمة وبعد اجراء التعديلات توصلنا إلى النسخة النهائية والتي بها قمنا بالدراسة وطبقت على عينة الدراسة، وبعد مرحلة الترجمة تليها مرحلة الخصائص السيكومترية للاستبيان، وهي مرحلة جد مهمة في كل أداة بحث للخروج من الذاتية والتأكد من موضوعية البحث.

5-3-2- خصائص الأفراد المشاركين في الترجمة

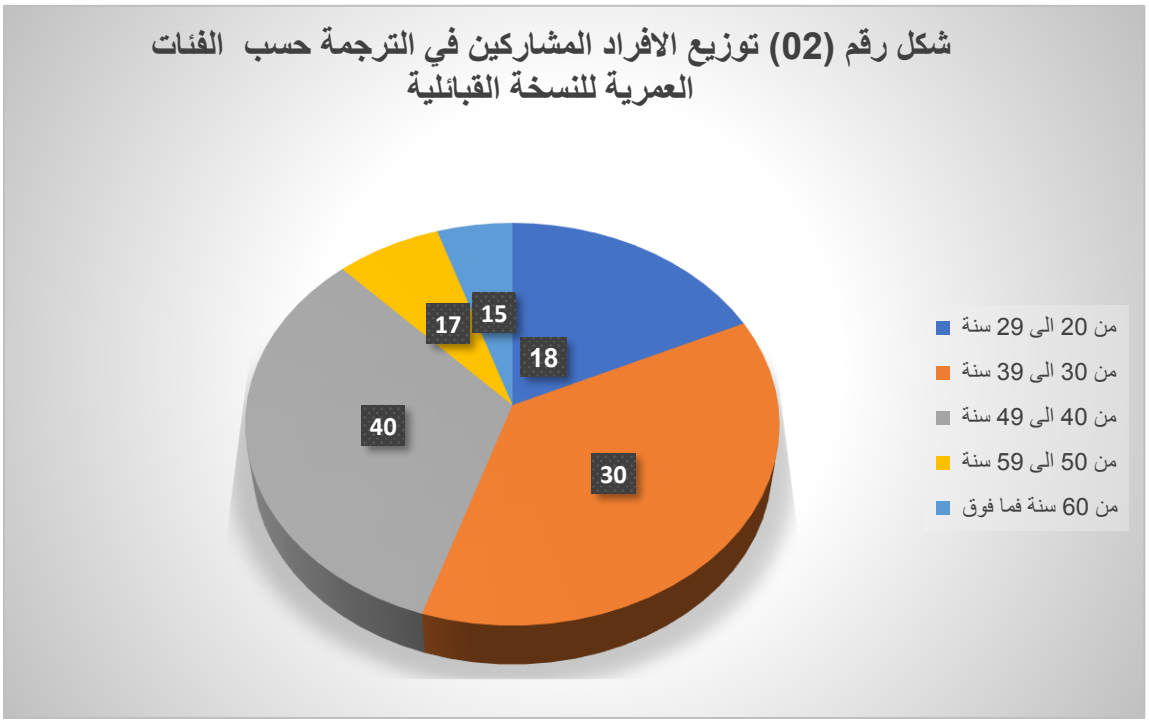
لقد تم تمرير الاستبيان على 200فرد مصاب بالتصلب اللويحي، 100 فرد للنسخة العربية يتكلمون ويفهمون اللغة العربية، 32%رجال، و68% نساء، و100 فرد مصاب بالتصلب اللويحي يتكلمون ويفهمون اللغة القبائلية 30% رجال و70% نساء وفيما يخص الفئات العمرية فالشكل رقم (01) و (02) يبينان ذلك.

شكل رقم (01) توزيع الافراد المشاركين في الترجمة حسب الفئات العمرية للنسخة العربية



تتكون عينة الدراسة في النسخة العربية من 100فرد، نسبة 18% من المشاركين يتراوح عمرهم من 20الى 29 سنة، ونسبة37%مابين30 و39سنةوهي النسبة الأكثر في عينة الدراسة، وفيما يخص الحالة العائلية فما يقارب 75%من أفراد العينة متزوجون.

شكل رقم (02) توزيع الافراد المشاركين في الترجمة حسب الفئات العمرية للنسخة القبائلية



تتكون عينة الدراسة في النسخة القبائلية ب100 مفحوص، نسبة 18% من المشاركين يتراوح عمرهم من 20الى 29 سنة، ونسبة30%ما بين سنة 30 و39سنةوهي النسبة الأكثر في عينة الدراسة، ونسبة

20%ما بين 40 الى 49 سنة، نسبة 17% من المشاركين يتراوح عمرهم ما بين 50الى 59 سنة، كما يبينه شكل رقم (02)

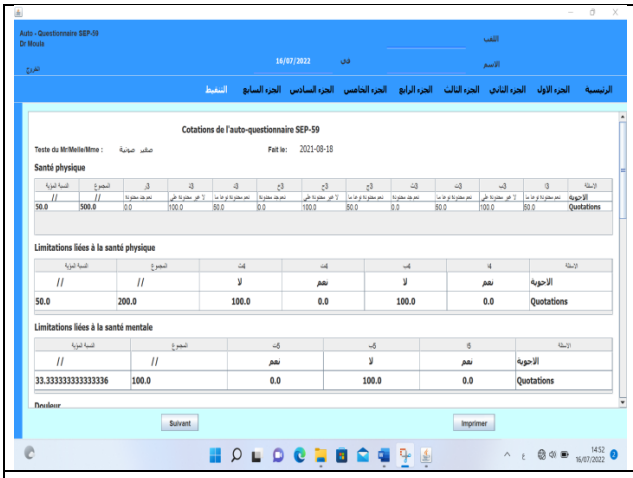
5-3-3-بناء برنامج لتمرير الاختبار

من أجل تسهيل عملية تفريغ البيانات لقياس الصدق و الثبات فقد قمنا أولا ببناء برنامج يسمح لنا بتطبيق الاستبيان بطريقة الكترونية و الإجابة على الاستبيان باستعمال الحاسوب و تسهيل استخراج النتيجة

صورة رقم (12) تمثل واجهة الاستبيان في برنامج التمرير

النهائية لكل بعد دون البحث عن تنقيط كل بعد بما أن أبعاد الاستبيان مستقلة عن بعضها البعض و كل بعد يتم تنقيطه بطريقة أحادية، و لهذا الغرض تم بناء برنامج خاص للاستبيان لتسهيل كيفية تطبيق الاستبيان بطريقة الكترونية و ربح الوقت و كذلك تسهيل التطبيق سواء باللغة العربية أو القبائلية، حيث طلبنا من المطور بناء برنامج يسمح لنا باختيار اللغة قبل بداية التطبيق.

صورة رقم (13)تمثل جزء من الأسئلة في النسخة العربية



صورة رقم (14) تمثل كيفية ظهور نتائج الاستبانة

كانت المرحلة الاولي لتطوير البرنامج عبارة عن نموذج أولي ومن ثمة قمنا بعدة تعديلات تبعا لما توصلنا اليه من طرف المحكمين وكذلك إضافة بعض الخصائص مثل إمكانية تطبيق الاختبار لنفس الشخص وإعادة تطبيقه مما يسهل علينا طبع التطبيق الأول والثاني ومقارنة النتيجة النهائية دون البحث اليدوي مما يأخذ وقت وجهد كبير، وكذلك إمكانية الاتصال بكل من يرغب في المشاركة في الدراسة النهائية وذلك بتسجيل رقم الهاتف في التطبيقية.

5-3-4-الخصائص السيكومترية لاستبيان نوعية الحياة SEP-59 لكلتا النسختين

5-3-4-1- قياس صدق استبيان نوعية الحياة SEP-59:

نعني بالمقياس أو الاختبار الصادق هو الذي يقيس ما أعد من أجل قياسه فعلا، ويقيس الوظيفة التي أعد لقياسها، ولا يقيس شيء آخر مختلف عنه، فالمقياس أو الاختبار الذي أعد لقياس التحصيل في مادة معينة لا يجب أن يكون بين أسئلته أسئلة متعلقة بقياس الذكاء، فيتحول المقياس أو الاختبار من قياس التحصيل إلى قياس الذكاء، أو أي شيء آخر لا يهدف الاختبار إلى قياسها (سليمان، 2010).

-صدق المحكمين

يقصد بصدق المحكمين بعرض المقياس على عدد من المختصين والخبراء في المجال الذي يقيسه المقياس، فإذا قال الخبراء أن هذه الأداة تقيس ما وضعت من أجله، فإن الباحث يستطيع الاعتماد على حكم الخبراء وأن أداته صادقة (سليمان، 2010).

بعد ترجمة الاستبانة SEP-59في صورتها الأولية وقبل بداية التطبيق قمنا بعرضها على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص في مجال علم النفس، هذا ما يبينه الملحق رقم (13) بالنسبة للنسخة العربية الملحق رقم (14) بالنسبة للنسخة القبائلية، وكانأغلبية المحكمين أساتذة في علم النفس، ويجيدون اللغة العربية والفرنسيةالقبائلية،لإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مجموعة من النقاط:

- سلامة الترجمة اللغوية للفقرات الاستبيان.
- سهولة فهم بنود الاستبيان المترجمة

ومن ثمة قمنا بحساب الصدق لكلتا النسختين من خلال طريقتين (طريقة الاتساق الداخلي، وطريقة المقارنة الطرفية)

-صدق الاتساق الداخلي

للتحقق من مدى صدق الاتساق الداخلي لعبارات الاستبانة، تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، ما عدا بعدين وهما بعد الاشباع الجنسي والاضطرابات الهضمية لآنهما يحتويان فقط على بند لكل منهما، وفيما يلي عرض لنتائج معاملات الارتباط لعبارات الاستبيان حسب كل بعد.

البعد الأول: الصحة البدنية

من خلال نتائج الجدول رقم (05)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة البدنية) والدرجة الكلية للبعد نفسه،نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة في كلتا النسختين العربية والقبائلية، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (05) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة البدنية) والدرجة الكليةللبعد في كلتا النسختين

رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.580**	0.677**	0.000	06	0.638**	0.821**	0.000
02	.0575**	0.753**	0.000	07	0.560**	0.539*	0.000
03	.0575**	0.715**	0.000	08	0.671**	0.832**	0.000
04	.0689**	0.783**	0.000	09	0.641**	0.771**	0.000
05	0.650**	0.821**	0.000	10	0.823**	0.772**	0.000

البعد الثاني: العراقيل الناتجة عن الحالة البدنية

من خلال نتائج الجدول رقم (06)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العراقيل الناتجة عن الحالة البدنية) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا

البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (06) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الحد الناتج عن الحالة البدنية) والدرجة الكلية للبعد

رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.737**	0.891**	000.0	03	0.492**	0.738**	000.0
02	0.675**	0.758**	0.000	04	0.719**	0.708**	0.000

البعد الثالث: العراقيل الناتجة عن الحالة النفسة

الجدول رقم (07) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الحد الناتج عن الحالة النفسية) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند في لكتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) في كلتا النسختين	رقم	معامل الارتباط		قيمة (Sig) في كلتا النسختين
	العربية	القبائلية			العربية	القبائلية	
01	.0843**	0.866**	0.000	03	.0760**	0.834**	0.000
02	.0760**	0.743**	0.000	04	-	-	-

من خلال نتائج الجدول رقم (07)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العراقيل الناتجة عن الحالة النفسية) والدرجة الكلية للبعد نفسه نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

البعد الرابع:الرفاهية الاجتماعية

الجدول رقم (08) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الرفاهية الاجتماعية) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند في لكتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) في كلتا النسختين	رقم البند في لكتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) في كلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.436**	0.622**	0.000	02	0.340**	0.303**	0.001

من خلال نتائج الجدول رقم (08)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الرفاهية الاجتماعية) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 و0.05، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

البعد الخامس: الالام

من خلال نتائج الجدول رقم (09)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الالام) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 في كلتا النسختين العربية والقبائلية، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (09) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الالام) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) في كلتا النسختين	رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) في كلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.758**	0.768**	0.000	03	0.518**	0.606**	0.000
02	.0789**	0.780**	0.000	04	–		–

البعد السادس: الصحة النفسية

من خلال نتائج الجدول رقم (08)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة النفسية) والدرجة الكلية للبعد نفسه،نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01و0.05، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (10) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة النفسية) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (SIG) في كلتا النسختين	رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (SIG) في كلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	.0670**	0.629**	0.000	04	0.672**	0.439**	0.000
02	.0763**	0.653**	0.000	05	0.234*	0.578**	0.019
03	.0325**	0.786**	0.001	-	-		-

البعد السابع: الطاقة

من خلال نتائج الجدول رقم (11)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الطاقة) والدرجة الكلية للبعد نفسه،نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (11) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الطاقة) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (SIG) في كلتا النسختين	رقم البند في كلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (SIG) في كلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.465**	0.953**	0.000	03	0.649**	0.532**	0.000
02	0.722**	0.695**	0.000	04	0.505*	0.588**	0.000

البعد الثامن: الصحة المدركة

من خلال نتائج الجدول رقم (12)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة المدركة) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 في النسخة العربية وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 في النسخة القبائلية، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (12) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الصحة المدركة) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.385**	0.415**	0.000	04	0.423**	0.243*	0.000
02	0.406**	0.015	0.000	05	0.840**	0.508**	0.000
03	.0377**	.0803**	0.000	–	–	–	–

البعد التاسع: الحسرة

الجدول رقم (13) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الحسرة) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	الرقم	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	العربية	القبائلية			النسحة العربية	النسخة القبائلية	
01	.0892**	0.831**	0.000	03	0.879**	0.844**	0.000
02	.0846**	0.747**	0.000	04	0.794**	0.902**	0.000

من خلال نتائج الجدول رقم (13)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الحسرة) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

البعد العاشر: النوم

من خلال نتائج الجدول رقم (14)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (النوم) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (14) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (النوم) والدرجة الكليةللبعد.

الرقم	معامل الارتباط		القيمة (Sig)	الرقم	معامل الارتباط		القيمة (Sig)
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.671**	0.680**	0.000	02	0.571**	0.538**	0.000

البعد الحادي عشر: العمليات المعرفية

من خلال نتائج الجدول رقم (15)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العمليات المعرفية) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (15) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العمليات المعرفية) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	الرقم	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	العربية	القبائلية			النسحة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.908**	0.892**	0.000	03	0.880**	0.709**	0.000
02	0.906**	0.751**	0.000	04	0.921**	0.765**	0.000

البعد الثاني عشر: الوظيفة الجنسية

من خلال نتائج الجدول رقم (16)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (العمليات الجنسية) والدرجة الكلية للبعد نفسه نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (16) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (الوظيفة الجنسية) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة القبائلية	النسخة العربية	
01	0.962**	0.853**	0.000	03	0.957**	0.856**	0.000
02	0.955**	0.806**	0.000	04	0.958**	0.619**	0.000

البعد الرابع عشر: السند الاجتماعية

من خلال نتائج الجدول رقم (17)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (المساندة الاجتماعية) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها

مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

الجدول رقم (17) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (السند الاجتماعي) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.838**	0.662**	0.000	03	0.773**	0.874**	0.000
02	0.730**	0.836**	0.000	04	0.763**	0.791**	0.000

البعد السادس عشر: نوعية الحياة العامة

الجدول رقم (18) يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (نوعية الحياة العامة) والدرجة الكلية للبعد.

رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين	رقم البند لكلتا النسختين	معامل الارتباط		قيمة (Sig) لكلتا النسختين
	النسخة العربية	النسخة القبائلية			النسخة العربية	النسخة القبائلية	
01	0.963**	0.827**	0.000	02	0.905**	0.600**	0.000

من خلال نتائج الجدول رقم (18)، والذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد (نوعية الحياة العامة) والدرجة الكلية للبعد نفسه، نلاحظ أن معاملات ارتباط عبارات هذا البعد كلها مرتفعة، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وبالتالي فهي تتمتع بدرجة عالية جدا من الصدق.

-صدق المقارنة الطرفية: من أجل التحقق من مدى صدق مقياس الدراسة اعتمدنا على اختبار (صدق المقارنة الطرفية) من أجل التأكد من مدى صدق المقياس، والجدول رقم (17) يوضح ذلك.

من خلال نتائج الجدول رقم (17) يتضح ان قيمة sig تساوى 0.000 وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة 0.01 في كلا النسختين العربية والقبائلية، وهذا يدل على أن استبيان (النسخة العربية والنسخة القبائلية) قادر على التمييز بين الإجابات المرتفعة والإجابات المنخفضة وبالتالي فهو يتمتع بدرجة عالية من صدق المقارنة الطرفية.

الجدول رقم (19): يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الدراسة

المجموعات	العينة	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة اختبار T-test		قيمة (Sig)
		النسخة العربية	النسخة القبائلية	النسخة العربية	النسخة القبائلية	النسخة العربية	النسخة القبائلية	
المجموعة العليا	27	195.77	**197.88**	2.48	**16.27**	22.293	12.601	0.000
المجموعة الدنيا	27	151.03	**155.96**	10.12	**5.84**			

5-3-4-2-ثبات الاستبيان:

يقصد بالثبات دقة الاستبيان أو اتساقه، فإذا حصل نفس الفرد على نفس الدرجة (أو درجة قريبة منها) في نفس الاختبار (أو مجموعة من الأسئلة المتكافئة أو المتماثلة)، عند تطبيقه أكثر من مرة فإننا نصف الاختبار أو المقياس في هذه الحالة بأنه على درجة عالية من الثبات (أبو علام، 2007).

يقصد بثبات الاستبانةأنه يعطي نفس النتيجة لو تم إعادة توزيعه أكثر من مرة، تحت نفس الظروف والشروط وخلال فترات زمنية معينة، وهناك عدة طرق لحساب ثبات الاختبار منها: الصور المتكافئة، التجزئة النصفية، إعادة الاختبار (دودين ،2010)

ولحساب ثبات استبيان الدراسة بعد الترجمة اعتمدنا على طريقة إعادة الاختبار، من خلال تطبيق مقياس الدراسة على عينة تقدر بـ 100 مفردة، وبعد مرور 15 يوم قمنا بإعادة تطبيق الاختبار على

نفس الأفراد وتحت نفس الظروف، ويحدد مقدار الثبات من خلال حساب معامل الارتباط اذا كان قويا و موجبا، فهذا يعني أن الأفراد الذين حصلوا على درجات عالية في المرة الأولى حصلوا على درجات عالية في المرة الثانية، وبنفس الطريقة إذا كانت الدرجات متدينة مما يعني أن هناك ثباتا في قياس درجات الأفراد، وبعد ذلك قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين كما يلي:

الجدول رقم (20): يوضح معامل الارتباط بين التطبيقين لاستبيان الدراسة

البيان	الارتباط بيرسون بين التطبيقين		قيمة (Sig)
	النسخة العربية	النسخة القبائلية	
استبيان الدراسة	0.911**	0.942**	0.000

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ أن استبيان الدراسة يتمتع بثبات قوي جدا حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين في النسخة العربية قيمة 0.911**، كما أنه لا يوجد فرق شاسع بين النسختين حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين في النسخة القبائلية قيمة 0.942**وعليه فالمقياس يتمتع بثبات قوي وهو جاهز للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

لتحليل بيانات البحث التي تحصلنا عليها اعتمدنا على برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS V.26)، وذلك من خلال الاستعانة بالأساليب الإحصائية الأتية:

- **التكرارات والنسب المئوية.**
- **المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري:** لتحديد استجابات أفراد العينة.
- **اختبار كولموغروف-سيميرنوف(Kolmogorove-Smirnov):**تم استخدام هذا الاختبار من اجل التأكد اذا ما كانت بيانات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي ام لا و هما اختباران ضروريان في حالة اختبار الفرضيات، لأن معظم الاختبارات المعلمية تشترط ان يكون توزيع البيانات طبيعي

- **اختبار (Paired Samples T-test):** وذلك لاختبار وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في حالة وجود عينتين مترابطتين (قياس قبلي وقياس بعدي).

كما تم الاعتماد يدويا على معادلة (معادلة ماك غيقانMc Guigan)منأجل حساب حجم الأثر في هذه الدراسة فقد تم الاعتماد على نسب الكسب لماك غيقان(Mc Guigan,1967)والتي يرمز لها ب حرف «G»، و التي تقاس بالمعادلة التالية و التي يتم شرحها في الفصلالخامسلعرض و مناقشة النتائج.

$$G = \frac{M2-M2}{p-M1}$$(سيد. 2017.ص 155)

7-كيفية إجراء الدراسة

تم اجراء الدراسة على مستوى مكتب الاخصائي النفساني للمؤسسة الاستشفائية الجامعية ندير محمد تيزي وز بمصلحة الاعصاب ببالوا في مكتب الفحص اليومي، وفيما يخص عدد الحصص العلاجية فقد تم وضع موضوع لكل ورشة علاجية وذلكبالاستناد على المحاور الأساسية لاستبياننوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحيSEP-59وذلك بتخصيص حصة علاجية باستعمال وسيط اللّصق تبعا لما يحتويه الاستبيان من محاور أساسية ما يعطي لنا ما يقارب ثمانية حصص علاجية مقسمة حسب ما هو مبين في الجدول رقم (21).

وفيما يخص المراحل المتبعة من طرف الباحثلإجراء ورشات علاجية فهي مبنية على وسيط اللّصق،فحسب ما تطرقت اليه Edith Lecourt2017نجد أولا إعلام المفحوص أو المفحوصين عن إمكانية المشاركة في ورشات أو حصص علاجية مبنية على الوسائط العلاجية، وضع برنامج مع تحديد الأهداف أو الهدف من المشاركة، أما في حالة العلاج الجماعي وضع هدف فردي لكل مفحوص حسب الحاجة، و من ناحية الإطار يجب تحديد وقت محدد للورشات العلاجية، تحديد مدة الورشات و عددها و كذلك المكان لإجراء تلك الورشات و يجب المحافظة على نفس الشروط، و تقسيم مدة الورشة، و في الدراسة الحالية فقد تم اجراء الحصص العلاجية بطرقة فردية.

واستنادا الى ما تم التطرق اليه فقد حدد الباحث مدة الورشات العلاجية وعددالحصص،والتيستكون بمعدل حصة لكل أسبوع خلال شهرين لمدة ساعتين من الزمن، وكل ورشة يتم فيها وضع موضوع الورشة الذي يكون ذو علاقة مع التصلب اللويحي.

كل ورشة مقسمة كالتالي:

- 20 دقيقة لاستقبال المفحوص النقاش عن كيفية قضاء الأسبوع الماضي.
- تقديم موضوع الورشة واعطاء الوسائل اللازمة.
- ساعة لتجسيد عمل باستعمال تقنية اللّصق.
- 40 دقيقة لتلخيص الورشة.

بعدما قام الباحث في الورشة الأولى و التي تعتبر كفحص نفسي أولي بهدف التعرف على المفحوص وعن إمكانية المشاركة في الدراسة يتم إمضاء ورقة القبول في المشاركة و في نفس الوقت يقوم الباحث بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص و تطبيق القياس القبلي و الإجابة على استبيان نوعية الحياة، و من ثمة في الجلسة الموالية يقوم الباحث بوضع أدوات الورشات على الطاولة بعدما شرح الباحث للمفحوص موضوع الجلسة، و كذلك كيفية تقسيم الوقت يبدأ المفحوص في النتاج الفني و في نفس الوقت يقوم الباحث بالمشاركة معه، و يجباحترام شرط الصمت التام اثناء النتاج الفني إلى غاية انقضاء ساعة كاملة، و بعد انقضاء وقت النتاج الفني الذي قدر ب ساعة كاملة يقوم المفحوص بتفسير ما تم انتاجه و من ثمة نقوم بتلخيص الجلسة و إعطاء موعد للجلسة المقبلة، و في الجلسة الموالية يتم في البداية إعطاء الفرصة للمفحوص عن التحدث حول كيفية قضاء الأسبوع و عن العراقيل التي واجهها، و نتبع نفس الطريقة الى غاية الجلسة الأخيرة يتم فيها عرض كامل لما تم التطرق اليه، و تطبيق استبيان نوعية الحياة البعدي.

جدول رقم (21) يبين كيفية تقسيم ورشات العلاج بالفن

رقم الورشة	موضوع الورشة	أهداف الورشة	التعليمة
الورشة الأولى	**حصة تعارف**	تعتبر هذه الجلسة كمقابلة أولية فردية ما بين الباحث والمفحوص بهدف التعارف والتأكد من إذا كان المفحوص يستوفي الشروط للدخول في عينة البحث، وكذلك بهدف تطبيق استبيان جودة الحياة قبل بداية جلسات العلاج بالفن والموافقة المسبقة للمشاركة في الدراسة، بإمضاء ورقة القبول للمشاركة consentement	جلسة أولية
الورشة الثانية	**إدراك الصحة**	يتم التعبير في هذه الورشة عن تصور المفحوص لصحته الجسدية والنفسية وما هي المعوقات الأساسية التي يتلقاها المفحوص في حياته اليومية والناتجة عن الصحة البدنية والنفسية.	عبر عن كيفية ادراكك لحالتك الجسدية و النفسية باستعمال الأدوات الموجودة في الطاولة.
الورشة	**الرفاهية**	يتم التعبير في هذه الورشة عن المعوقات الناتجة	عبر عن المعوقات

الثالثة	**النفسية**	من المرض من الناحية النفسية والمشاكل التي لها علاقة بالنوم، والشعور بالحسرة، مشاعر الإحباط، فقدان الامل، القلق الناتج من المشاكل الصحية.	الناتجة عن المرض باستعمال الأدوات الموجودة في الطاولة.
الورشة الرابعة	**الألم**	خصصت هذه الورشة للتعبير عن الانزعاج الناتج من الألم بصفة عامة والتي يعاني منها المريض نتيجة التصلب وعن العراقيل الناتجة من الالام للتمتع بالحياة	عبر عن الازعاج الناتج عن الالم باستعمال الأدوات الموجودة في الطاولة.
الورشة الخامسة	**الطاقة**	يحاول فيها المريض الاجابة عن الشعور بالإرهاق او النشاط، الشعور بالطاقة والحيوية، الشعور بالسعادة أو بالتعب الناتج من المرض.	عبر عن مشاعر الإرهاق الطاقة او الحيوية كما تعيشها مع المرض باستعمال الأدوات الموجودة في الطاولة.
الورشة السادسة	**المساندة الاجتماعية**	يتم التعبير في هذه الورشة عن نظرة المفحوص لنوعية المساندة الاجتماعية التي يتلقاها من طرف أعضاء العائلة، المساعدة المتوفرة فيما يخص النشاطات اليومية، والراحة، التعبير عن المشاكل الناتجة من المرض في الحياة الزوجية (العلاقات الحميمية).	عبر عن نظرتك لنوعية المساندة الاجتماعية بصفة عامة باستعمال الأدوات الموجوة في الطاولة.
الورشة السابعة	**العمليات المعرفية**	يتم التعبير في هذه الورشة عن صعوبات التركيز أو التفكير، وصعوبات الانتباه أو اضطرابات الذاكرة الناتجة عن المرض وعن كيفية تأثيرها عن نوعية الحياة العامة للمريض	عبر عن صعوبات التركيز والانتباه الناتجة عن المرض باستعمال الأدوات الموجودة فوق الطاولة.
الورشة الثامنة	**نوعية الحياة العامة**	يتم فيها التعبير عن نظرته حول نوعية الحياة بعد الاستفادة من ورشات العلاج بالفن،والتطرق الى المعاش النفسي خلال ورشات العلاج بالفن وعمااستفاد منه كل عضو بطريقته الخاصة، وفي الأخير تمرير استبيان نوعية الحياة كاختبار بعدي.	عبر عن تجربتك الحالية و كيفية إدراكك لنوعية الحياة مع مرض التصلب اللويحي.

استعملنا في هذه الورشات مختلف أنواع الورق: عادية، أوراق الطباعة، أوراق ملونة

- أقلام ملونة
- أقلام تلوين 25 لون، وأقلام التلوين المائية، أقلام لباد ملونة خشنة ورقيقة
- فرشات الرسم
- مبراة
- ممحاة
- ورق كرتوني من نوع بريستول
- جرائد
- مجلات
- كتب وصحف
- مختلف أدوات اللصق (شريط لاصق، غراء لاصقوغيرها)

الفصل الخامس
عرض وتحليل و مناقشة النتائج

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد الفصل

1- عرض وتحليل النتائج

1-1- حساب الدلالة الإحصائية

1-1-1- عرضوتحليل نتائج الفرضية الأولى

1-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

1-1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة

1-2- حساب الدلالة العملية «حجم الأثر"

2- عرض الحالات

2-1- تقديم الحالة الأولى والجلسات العلاجية

2-2- مناقشة الحالة الأولى

2-3- خلاصة الحالة الأولى

2-2-تقديم الحالة الثانية والجلسات العلاجية

2-2-1-مناقشة الحالة الثانية

2-2-2-خلاصة الحالة الثانية

3-مناقشة عامة لنتائج الدراسة

4- خاتمة

تمهيد:

بعد التطرق في الفصل السابق إلى تقديم الدراسة الاستطلاعيةوخصائص عينة الدراسة الاستطلاعية، وكذلك تعريف بالمنهج الشبه التجريبي الأنسب للدراسة والأدوات والأساليب الإحصائية التي يجب العمل بها،سيتم في هذا الفصل عرض النتائج المتحصل عليها وتحليلهاومناقشتها قصد التوصل إلى مدى تحقق فرضيات الدراسة.

1. عرض وتحليل النتائج

لاختيار الأسلوب الإحصائي المناسب للتحقق من صدق الفرضيات، وبما أن عينة الدراسة الأساسية تقدر بخمسة حالات، أي أن حجم العينة أقل من 30 فرد، وعليه وقبل اختيار نوع الاختبار الذي سوف نعتمد عليه قمنا أولا بحساب اعتدالية توزيع البيانات باستخدام اختبار كولموغروف–سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov)، وكانت النتائج حسب الجدول الموالي:

الجدول رقم (22) يبين اختبار معلمية توزيع البيانات

البعد	الاختبار	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-wilk	
		الإحصاء	قيمة (Sig)	الإحصاء	قيمة (Sig)
الصحة البدنية	الاختبار القبلي	0.231	0.200*	0.881	0.314
	الاختبار البعدي	0.287	0.200*	0.914	0.490
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	الاختبار القبلي	0.237	0.200*	0.961	0.814
	الاختبار البعدي	0.231	0.200*	0.881	0.314
عراقيل الصحة النفسية	الاختبار القبلي	0.241	0.200*	0.821	0.119
	الاختبار البعدي	0.237	0.200*	0.961	0.814
الألم	الاختبار القبلي	0.237	0.200*	0.961	0.814
	الاختبار البعدي	0.136	0.200*	0.987	0.967
الصحة النفسية	الاختبار القبلي	0.335	0.069	0.860	0.228
	الاختبار البعدي	0.300	0.161	0.883	0.325

الطاقة	الاختبار القبلي	0.254	0.200*	0.914	0.492
	الاختبار البعدي	0.273	0.200*	0.852	0.201
الصحة المدركة	الاختبار القبلي	0.287	0.200*	0.914	0.490
	الاختبار البعدي	0.231	0.200*	0.881	0.314
الرفاهية الاجتماعية	الاختبار القبلي	0.221	0.200*	0.902	0.421
	الاختبار البعدي	0.253	0.200*	0.854	0.207
العمليات المعرفية	الاختبار القبلي	0.237	0.200*	0.961	0.814
	الاختبار البعدي	0.221	0.200*	0.902	0.421
الحسرة	الاختبار القبلي	0.287	0.200*	0.914	0.490
	الاختبار البعدي	0.201	0.200*	0.881	0.314
النوم	الاختبار القبلي	0.231	0.200*	0.881	0.314
	الاختبار البعدي	0.237	0.200*	0.961	0.814
الوظيفة الجنسية	الاختبار القبلي	0.136	0.200*	0.987	0.967
	الاختبار البعدي	0.221	0.200*	0.953	0.758
الاشباع الجنسي	الاختبار القبلي	0.231	0.200*	0.881	0.314
	الاختبار البعدي	0.300	0.161	0.833	0.146
المساندة الاجتماعية	الاختبار القبلي	0.237	0.200*	0.961	0.814
	الاختبار البعدي	0.275	0.200*	0.879	0.305
الاضطرابات الهضمية	الاختبار القبلي	0.300	0.161	0.833	0.146
	الاختبار البعدي	0.221	0.200*	0.902	0.421
نوعية الحياة العامة	الاختبار القبلي	0.237	0.200*	0.961	0.814
	الاختبار البعدي	0.261	0.200*	0.859	0.223

يتضح من خلال الجدول رقم (22) أن قيم إختبار(Kolmogorov-Sminrov)، واختبار(Shapiro-Wilk) غير دالة إحصائيا، مما يعني أن كل المتوسطات في الاختبارات البعدية والقبلية تتبع التوزيع الطبيعي، وبهذا يكون قد تحقق شرط الاعتدالية، وبالتالي يمكن إجراء اختبار الفروق للتميز بين المتوسطات.

1-1- حساب الدلالة الإحصائية

1-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

نصت الفرضية الأولى على أن "مستوى نوعية الحياة بأبعادها قبل تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي منخفض"، ومن أجل اختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لكل بعد وحده، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (23): يبين نتائج الفرضية الأولى(قياس قبلي)

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط المحسوب	المتوسط الفرضي	المستوى
الصحة البدنية	13.20	0.83	1.32	2	منخفض
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	4.40	1.14	1.10	1.5	منخفض
عراقيل الصحة النفسية	4.00	1.00	1.33	1.5	منخفض
الألم	5.40	1.14	1.80	3	منخفض
الصحة النفسية	8.80	2.28	1.76	3.5	منخفض
الطاقة	5.60	1.51	1.40	3.5	منخفض
الصحة المدركة	8.80	1.64	1.46	3	منخفض
الرفاهية الاجتماعية	6.20	1.30	2.06	3	منخفض
العمليات المعرفية	5.20	1.14	1.30	3.5	منخفض
الحسرة	5.20	1.64	1.30	3.5	منخفض
النوم	5.20	0.83	2.60	3.5	منخفض
الوظيفة الجنسية	6.00	1.58	1.50	2.5	منخفض
الاشباع الجنسي	1.80	0.83	1.80	3.5	منخفض
المساندة الاجتماعية	6.40	1.14	1.60	3.5	منخفض
الاضطرابات الهضمية	1.40	0.54	1.40	5	منخفض
نوعية الحياة العامة	5.40	1.14	2.70	5.5	منخفض

انطلاقا من الجدول رقم (23) والذي يبين نتائج اختبار الفرضية الأولىنلاحظ أن جميع المتوسطات الحسابية العامة لكل أبعاد المقياس جاءت منخفضة وهذا كالتالي:

بُعد الصحة البدنية:قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعدب 13.20 وانحراف معياري 0.83، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.32 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي الذي هو 02 وعليه يوجد مستوى منخفض في إدراك الصحة البدنية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية:قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 4.40 وانحراف معياري قُدر بـ 1.14، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر ب 1.10 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 1.5، وعليه فإن العراقيل الناتجة من الصحة البدنية جد كثيرة ومتنوعة وتؤثر بطريقة سلبية على نوعية الحياة

مما يعطي لنا مستوى منخفض في بعد العراقيل الناتجة من الصحة البدنية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد عراقيل الصحة النفسية: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعدبـ 4.00 وانحراف معياري قُدر بـ 1.00 في حين أن المتوسط المحسوب يقدر بـ 1.33 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 1.5، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور بالصحة البدنية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد الألم: الذي قُدر بـ 5.40 وانحراف معياري قُدر بـ 1.14، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.80 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد مستوى منخفض في بُعد الألآم البدنية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد الصحة النفسية: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 8.80وانحراف معياري قُدر بـ 2.28، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.76 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي (3.5)، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور بالصحة النفسية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد الطاقة: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 5.60 وانحراف معياري قُدر بـ 1.51، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.40 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور بالطاقة البدنية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد الصحة المدركة: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 8.80 وانحراف معياري قُدر بـ 1.64، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.46 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور بالصحة المدركة لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد الرفاهية الاجتماعية:قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد6.20 وانحراف معياري قُدر بـ 1.30، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 2.06 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور الرفاهية الاجتماعية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد العمليات المعرفية: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 5.20 وانحراف معياري قُدر بـ 1.14، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.30 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد انخفاض في الأداء على مستوى العمليات المعرفية مما يدل على الشعور بمعوقات في العمليات المعرفية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي، حيث يرى تينيدرورسن Steindorsson, 2019 أن اغلبية مرضى التصلب اللويحي يعانون من مشاكل الانتباه، الذاكرة وسرعة التنفيذ الفكري.

بُعد الحسرة: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 5.20 وانحراف معياري قُدر بـ 1.64، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.30 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور الحسرة لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي، تعتبر اضطرابات القلق من بين الاضطرابات التابعة لمرض التصلب اللويحي.

بُعد النوم: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 5.20 وانحراف معياري قُدر بـ 0.83، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 2.60 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور نوعية النوم لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

بُعد الوظيفة الجنسية والاشباع الجنسي: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 6.00 و1.80 وانحراف معياري قُدر بـ 1.58 و0.83، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.50 و1.80 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 2.5 و3.5 على التوالي لكل من البعدين، وعليه يوجد مستوى منخفض في أداء الوظيفة الجنسية والشعور بالإشباع الجنسي لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي، فيعتبر جانب الحياة الجنسية لدى مرضى التصلب اللويحي من بين العراقيل التي تدفع بهم الى الاكتئاب، و من بينها حسب Higue-van, 2016نجد انعدام الرغبة الجنسية لدى النساء و مشاكل الانتصاب لدى الرجال، و كذلك مشاكل من حيث الاشباع الجنسي .

بُعد المساندة الاجتماعية: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 6.40 وانحراف معياري قُدر بـ 1.14، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.60 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور بالمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا راجع الى شعور مرضي التصلب اللويحي بالوحدة ونقص أو حتى انعدام المساعدة والمساندة من طرف أقرب الافراد إليهم وحتى أن هنالك من تلقي طلب للطلاق بعد التشخيص مباشرة مما أثر بطريقة سلبية على حالتهم الصحية والنفسية.

بُعد الاضطرابات الهضمية: قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 1.40 وانحراف معياري قُدر بـ 0.54، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.40وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 5، وعليه يوجد مستوى منخفض في الشعور بالمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالتصلب اللويحي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

من خلال الجدول رقم (22) نلاحظ أن جميع أبعاد استبيان نوعية الحياة SEP-59 كانت منخفضة وذلك في التطبيق القبلي للاستبيان وهذا ما بينته العديد من الدراسات، ومن بينها دراسة مهاوش 2015 التي بينت أن مرضى التصلب اللويحي يعانون من جملة من الاضطرابات والمشكلات ومن أبرزها عدم قدرة

المريض على التأقلم والتكيف بحياته اليومية، مما يؤدي الى نوعية حياة منخفضة، منه نقول أن الفرضية الأولى للدراسة قد تحققت.

1-1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية

نصت الفرضية الثانية على أن"مستوى نوعية الحياة بأبعادها بعد تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي مرتفع"،ومن أجل اختبار الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لكل بُعد وحده، أي أن درجات المتوسطات القبلية والبعدية لعينة الدراسة غير متساوية وذلك باستخدام اختبار(ت) للعينات المترابطة (القبلي والبعدي) جاءت النتائج كماهي موضحة في الجدول رقم (24).

الجدول رقم (24): يبين نتائج الفرضية الثانية

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط المحسوب	المتوسط الفرضي	المستوى
الصحة البدنية	26.20	1.64	2.62	2	مرتفع
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	5.80	0.83	1.45	1.5	منخفض
عراقيل الصحة النفسية	5.60	1.14	1.86	1.5	مرتفع
الألم	10.00	1.58	3.33	3	مرتفع
الصحة النفسية	25.00	1.41	05.00	3.5	مرتفع
الطاقة	13.40	1.34	3.35	3.5	منخفض
الصحة المدركة	21.80	0.83	3.63	3	مرتفع
الرفاهية الاجتماعية	12.00	2.54	04.00	3	مرتفع
العمليات المعرفية	13.20	1.30	3.30	3.5	منخفض
الحسرة	19.40	1.67	4.85	3.5	مرتفع
النوم	6.60	1.14	3.30	3.5	منخفض
الوظيفة الجنسية	8.60	1.94	2.15	2.5	منخفض
الاشباع الجنسي	3.00	1.22	03.00	3.5	منخفض
المساندة الاجتماعية	17.80	3.96	4.45	3.5	مرتفع
الاضطرابات الهضمية	3.20	1.30	3.20	5	منخفض
نوعية الحياة العامة	13.20	1.92	6.60	5.5	مرتفع

من خلال الجدول رقم (24) نلاحظ أن نوعية الحياة العامة بعد تطبيق تقنية اللصق مرتفع، حيث قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 13.20 وانحراف معياري يقدر بـ 1.92، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر ب 6.60 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 5.5، وعليه يوجد ارتفاع جد إيجابي لمستوى إدراك نوعية حياة جيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق، و هي نفس النتيجة لأغلبية الأبعاد، فما يقدر ب تسعة 09 أبعاد كانت مرتفعة من أصل 16، وسبعة أبعاد كانت منخفضة من مجموع 16 بُعد، فكل من بُعد الصحة البدنية، عراقيل الصحة النفسية، الألم، الصحة النفسية، الصحة المدركة، الرفاهية الاجتماعية، الحسرة، المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة العامة كانت مرتفعة كل حسب ما يلي:

بُعد الصحة البدنية:قُدرالمتوسط الحسابي بـ 26.20 وانحراف معياري يقدر بـ 1.64، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 2.62 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 02، وعليه يوجد تحسن ملحوظ في إمكانية القيام ببعض النشاطات الروتينية اليومية، و أنخفض محدودية القيام بها مما أدى إلى رفع مستوى إدراك بالصحة البدنية الجيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق.

بُعد عراقيل الصحة النفسية:قُدر المتوسط الحسابي بـ 5.60 وانحراف معياري يقدر بـ 1.14، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 1.86 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 1.5، وعليه يوجد انخفاض كبير في الاعراض الانفعالية والحالة النفسية التي تشكل مشكل للشعور بنوعية حياة جيدة مما أدى الى ارتفاع مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللصق.

بُعد الألم:قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 10.000 وانحراف معياري يقدر بـ 1.58، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر بـ 3.33 وهو مستوى مرتفع من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد انخفاض ملحوظ في شدة الألم البدنية وأعراض الألم التي تشكل مشكل للشعور بنوعية حياة جيدة مما أدى الى ارتفاع مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بَعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق.

بُعد الصحة النفسية:قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 25.00 وانحراف معياري يقدر بـ 1.41، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر ب 05.00 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد ارتفاع ملحوظ في مستوى الشعور بالصحة النفسية الجيدة والحالة الانفعالية مما أدى الى ارتفاع مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللصق.

بُعد الصحة المدركة:قُدر المتوسط الحسابي بـ 21.80 وانحراف معياري قُدر بـ 0.83، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر ب 3.63 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد تحسن ملحوظ في إدراك الصحة، وتغيير النظرة السلبية إلى الايجابية مما أدى إلى ارتفاع مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق.

بُعد الرفاهية الاجتماعية:قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 12.00 وانحراف معياري يقدر بـ 2.54، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر ب 04.00 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد انخفاض في مستوى الازعاج الناتج من الحالة البدنية في الحياة الاجتماعية والعلاقات مع الاخرين سواء العائلة الأصدقاء وغيرها من المعارف وذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق، مما أدى الى ارتفاع مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة لديهم.

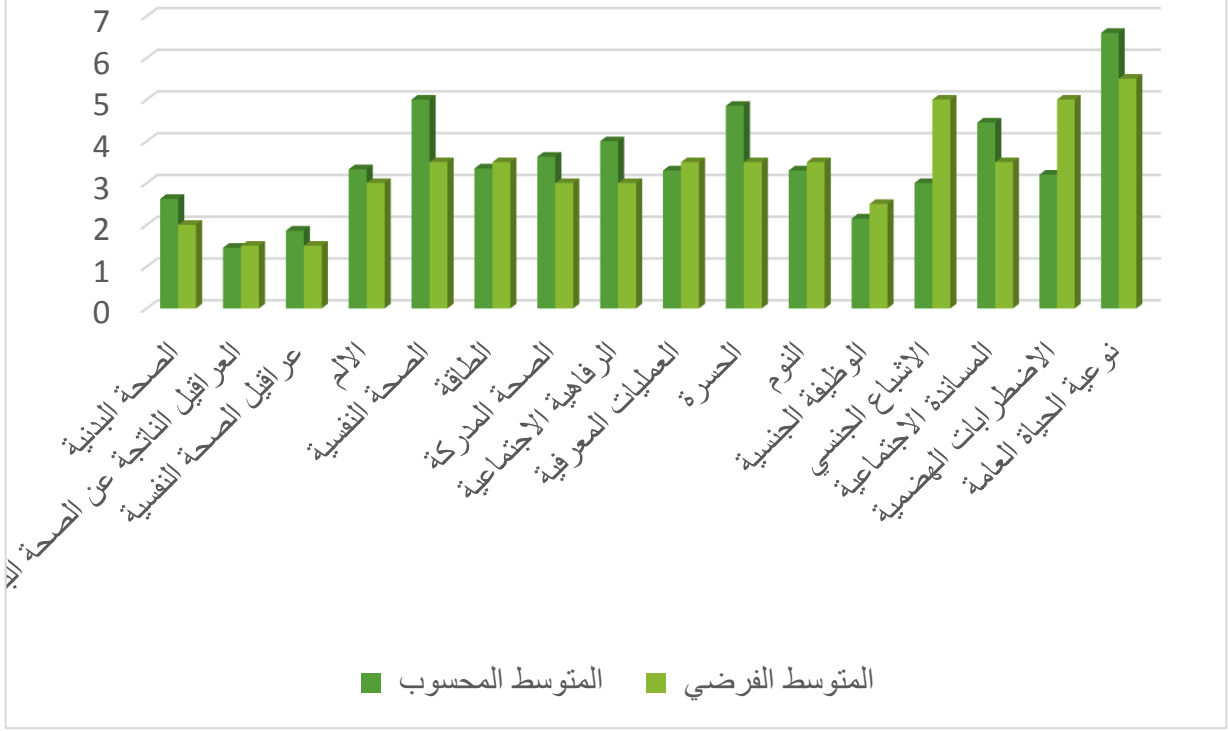
بُعد الحسرة:قُدر المتوسط الحسابي لهذا البعد بـ 19.40 وانحراف معياري يقدر بـ 1.67، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر ب 4.85 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد انخفاض ملحوظ في مستوى مشاعر الإحباط، فقدان الأمل، القلق الناتج من المشاكل الصحية، مما أدى إلى ارتفاع مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللصق.

بُعد المساندة الاجتماعية: قُدر المتوسط الحسابي بـ 17.80 وانحراف معياري بـ 3.96، في حين أن المتوسط المحسوب قُدر ب 4.45وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 3.5، وعليه يوجد ارتفاع جد إيجابي لنوع المساعدة المتوفرة من طرف المحيطين بمرضى التصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق، مما أدى إلى ارتفاع مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة لديهم.

بينما كانت النتائج في المتوسط مما يدل علىأن التأثير لم يكن جد كبير في سبعة أبعاد من أصل 16 بُعد، و هي كل من بُعدالعراقيل الناتجة عن الصحة البدنية، الطاقة، العمليات المعرفية، النوم، الوظيفة الجنسية، الإشباع الجنسي، الاضطرابات الهضمية، و هي كلها أبعاد ذات طابع عضوي أكثر مما هي أبعاد ذات طابع نفسي، بمعنىأن التأثير فيها لا يمكن أن يكون بدرجة كبيرة بعلاج نفسي أو برنامج علاجي نفسي، و هذا بسبب ان بعض الاعراض تستلزم دواء،فمثلا النتيجة المتحصل عليها في بعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية كانت قريبة من المتوسط الفرضي الذي قدر ب 2 و كانت نتيجة المتوسط المحسوب ب 1.45، و هي نفس الملاحظة لبعد الطاقة و النوم الذي قدرت فيها النتيجة المحسوبة ب 3.35 لبعد الطاقة 3.30 لبعد النوم و هي جد قريبة من المتوسط الفرضي الذي قدر ب 3.5 لكلا البعدين ، نفس الشيء بالنسبة لّبعد العمليات المعرفية التي كان فيها المتوسط المحسوب ب 3.30 بينما المتوسط الفرضي قدر ب 3.5 فهي معدلات جد قريبة من الدلالة، بينما كل من بُعد الوظيفة الجنسية، الاشباع الجنسي و الاضطرابات الهضمية بعيدة من التحقق، حيث كانت نتيجة المتوسط

المحسوب لبُعد الوظيفة الجنسية ب 2.15 و المتوسط الفرضي ب 2.5 و هي نتيجة بعيدة عن الدلالة و غير مرتفعة، نفس الشيء لبُعد الإشباع الجنسي الذي كان فيه المتوسط المحسوب ب 3.00 و المتوسط الفرضي ب 3.5 فهو غير مرتفع، بينما كان بعد الاضطرابات الهضمية جد بعيد من التحقق حيث قدر المتوسط المحسوب ب 3.20 و هي نتيجة جد بعيدة من المتوسط الفرضي الذي قدر ب 5 و هي راجعة الى أسباب سنتطرق اليها في المناقشة العامة للنتائج.

شكل رقم (03) يبين نتائج الفرضية الثانية



من خلال الشكل رقم (03) نلاحظ ارتفاع ملحوظ في أغلبية ابعاد نوعية الحياة حيث أن اغلبية المتوسطات المحسوبة أكبر من المتوسطات الفرضية مما يدل على وجود تأثير في مستوى أبعاد نوعية الحياة بأبعادها بعد تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي.

1-1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة

نصت الفرضة الثالثةعلىأنه"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابين بالتصلب اللويحي في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي فينوعية الحياةبأبعاده"، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (25): يبين نتائج الفرضية الثالثة

البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T-test	درجة الحرية	قيمة (Sig)	الدلالة المعتمدة
الصحة البدنية	القياس القبلي	13.20	0.83	23.735	4	0.000	0.01
	القياس البعدي	26.20	1.64				
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	القياس القبلي	5.40	1.14	5.099	4	0.007	0.01
	القياس البعدي	8.00	1.58				
العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	القياس القبلي	4.00	1.00	4.000	4	0.016	0.05
	القياس البعدي	5.60	1.14				
الألم	القياس القبلي	5.40	1.14	6.147	4	0.004	0.01
	القياس البعدي	10.00	1.58				
الصحة النفسية	القياس القبلي	8.80	2.28	20.250	4	0.000	0.01
	القياس البعدي	25.00	1.41				
الطاقة	القياس القبلي	5.60	1.51	13.377	4	0.000	0.01
	القياس البعدي	13.40	1.34				
الصحة المدركة	القياس القبلي	8.80	1.64	15.538	4	0.000	0.01
	القياس البعدي	21.80	0.83				
الرفاهية الاجتماعية	القياس القبلي	6.20	1.30	4.529	4	0.011	0.05
	القياس البعدي	12.00	2.54				
العمليات المعرفية	القياس القبلي	6.40	1.14	18.174	4	0.000	0.01
	القياس البعدي	13.20	1.30				
الحسرة	القياس القبلي	6.20	1.64	19.900	4	0.000	0.01
	القياس البعدي	19.40	1.67				
النوم	القياس القبلي	5.20	0.83	3.500	4	0.025	0.05
	القياس البعدي	6.60	1.14				
الوظيفة الجنسية	القياس القبلي	6.00	1.58	3.200	4	0.033	0.05
	القياس البعدي	8.60	1.94				
الاشباع الجنسي	القياس القبلي	1.80	0.83	2.058	4	0.109	0.05
	القياس البعدي	3.00	1.22				
المساندة الاجتماعية	القياس القبلي	6.40	1.14	7.583	4	0.002	0.01
	القياس البعدي	17.80	3.96				
الاضطرابات الهضمية	القياس القبلي	2.00	1.22	3.207	4	0.033	0.05
	القياس البعدي	3.20	1.30				
نوعية الحياة العامة	القياس القبلي	5.40	1.14	8.045	4	0.001	0.01
	القياس البعدي	13.20	1.92				

من خلال الجدول رقم (25) نلاحظ أن مستوى الدلالة (Sig)أقل من مستوى الدلالة المعتمدة في جميع أبعاد استبيان نوعية الحياة SEP-59،وهي كالتالي:

بُعد الصحة البدنية: من خلال نتائج الجدول رقم (25) نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test)تساوي 23.735 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.000، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بُعد الصحة البدنية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى إدراك الصحة البدنية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية: من خلال نتائج الجدول رقم (25) نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test) تساوي 5.099 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.007، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بُعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني انخفاض الأعراض الناتجة مستوى الشعور بصحة بدنية جيدة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعدالعراقيل الناتجة عن الصحة النفسية: من خلال نتائج الجدول رقم (25) نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test)تساوي4.000 حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.016، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الصحة البدنية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني انخفاض الاعراض النفسية مما أدى الى الشعور بصحة نفسية جيدة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الألم: من خلال نتائج الجدول رقم (25) نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test)تساوي6.147 حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.004، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الصحة البدنية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى الشعور بصحة جيدة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الصحة النفسية: من خلال نتائج الجدول رقم (25) نلاحظ أن قيمة اختبار (T.Test)تساوي 20.250في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.000، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الصحة النفسية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى الشعور برفاهية نفسية جيدة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الطاقة: من خلال نتائج الجدول رقم (25) نلاحظ أن قيمة اختبار (T.Test)تساوي 13.377 حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.000، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الطاقة فيالقياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوىالشعوربالطاقة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الصحة المدركة: من خلال نتائج الجدول رقم (25) نلاحظ أن قيمة اختبار (T.Test)تساوي 15.538 حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.000، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الطاقة في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وعليه يوجد تحسن ملحوظ في إدراك الصحة، وتغيير النظرة السلبية الى الإيجابية، وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الرفاهية الاجتماعية: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T.Test)تساوي 4.529 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.011، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرفاهية الاجتماعية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى الشعور بالرفاهية الاجتماعية وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد العمليات المعرفية: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T.Test) تساوي18.174 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.000، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العمليات المعرفية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى أداء العمليات المعرفية وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الحسرة: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test)تساوي19.900 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.000، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الحسرة في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني انخفاض اعراض الحسرة وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد النوم: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test) تساوي3.500 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.025، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة0.05، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد النوم في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى الشعور بالراحة والنوم وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الوظيفة الجنسية: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test) تساوي 3.200 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.033، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة

المعتمدة0.05، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الوظيفة الجنسية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني تحسن في الوظيفة الجنسية وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الاشباع الجنسي: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test) تساوي 2.058 في حين أن قيمة مستوى الدلالة (Sig) تساوي 0.109، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الوظيفة الجنسية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني تحسن في الوظيفة الجنسية وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد المساندة الاجتماعية: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test) تساوي 7.583 في حين أن قيمة مستوى الدلالة (Sig) تساوي 0.002 وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بُعد المساندة الاجتماعية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى الشعور بالمساندة الاجتماعية وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد الاضطرابات الهضمية: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test) تساوي 3.207 في حين أن قيمة مستوى الدلالة (Sig) تساوي 0.033، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاضطرابات الهضمية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني انخفاض في العراقيل الهضمية التي يعاني منها مرضى التصلب اللويحي وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

بُعد نوعية الحياة العامة: من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T. Test) تساوي8.045في حين أن قيمة مستوى الدلالة (Sig) تساوي 0.001، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بُعد نوعية الحياة العامة في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني ارتفاع في مستوى الشعور بنوعية حياة جيدة وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق.

من خلال الجدول رقم (25) نلاحظ أن الفرضية الثالثة قد تحققت، بمعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابين بالتصلب اللويحي في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِيفي جميع أبعاد نوعية الحياة ما عدا بعد الاشباع الجنسي، وهذا يدل على أن الوساطة العلاجية قد أتت بنتيجة إيجابية على نوعية الحياة.

1-2-حساب الدلالة العملية "حجم الأثر"

تعتبر الدلالة العملية من بين الطرق التي يستخدمها الباحث في العلوم الإنسانية لقياس وتحديد فعّالية البرامج العلاجية، كما أن الدلالة العملية تعتبر مُكملة للدلالة الإحصائية، حيث يجب على الباحث في البحث التجريبي أن يؤكد نتائجه من خلال حساب حجم الأثر، فان كانت الدلالة تبين فرق بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني فحجم الأثر يبين حجمه الفعلي، كما يؤكد Hubertyإلى أن الباحثين وفق المنهج التجريبي لابد لهم أن لا يعتمدوا فقط على الدلالة الإحصائية لتقييم نتائج الدراسات والاختبارات الإحصائية(ناصري،2020)

ونعني بحجم الأثر وجود أثر للبرنامج العلاجي المطبق في الدراسة، أيأن البرنامج العلاجي قد أثر على نوعية الحياة العامة للمستفيدين من برنامج من حصص علاجية مبنية على وسيط اللّصق.

لحساب حجم الأثر في هذه الدراسة فقد تم الاعتماد على نسب الكسب لماكغيقانMc Guigan,1967والتي يرمز لها ب حرف «G»، والتي تقاس بالمعادلة التالية:

$$G = \frac{M2-M1}{p-M1}$$(سيد. 2017.ص 155)

G:نسبة الكسب لماك قيقان.

M2: هو المتوسط البَعدِي.

M1:هو المتوسط القَبلِي.

P:هي الدرجة العظمى للاختبار.

ويمتد مدى هذه النسبة من (0) الى (1) وقد اعتبر ماك غيقان,Mc Guigan)أن الحد الأدنى للقبول هو 0.5 (سيد،2017، ص 155)

وهنالك من يرى أنه كلما ابتعد الفرق عن الصفر كلما ازداد حجم التأثير، وتمثل القيمة 0.2 حجم تأثير صغير، و0.5 حجم تأثير متوسط و0.8 حجم تأثير كبير(بحاش،2019).

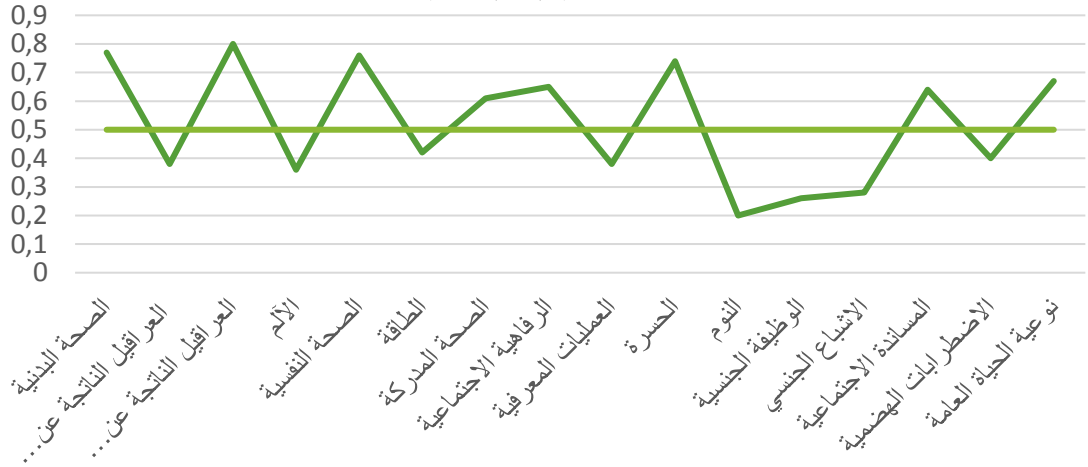
وطبقا لما سبق ذكره فالجدول رقم (26) يبين درجة تأثير تقنية اللّصق في كل بعد من أبعاد استبيان نوعية الحياة.

جدول رقم (26) يبين درجة تأثير تقنية اللصق في جميع أبعاد نوعية الحياة

البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم الأثر	الدلالة
الصحة البدنية	القياس القبلي	13.20	0.83	0.77	تأثير مرتفع
	القياس البعدي	26.20	1.64		
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	القياس القبلي	5.40	1.14	0.38	تأثير منخفض
	القياس البعدي	8.00	1.58		
العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	القياس القبلي	4.00	1.00	0.80	تأثير مرتفع جدا
	القياس البعدي	5.60	1.14		
الألم	القياس القبلي	5.40	1.14	0.36	تأثير منخفض
	القياس البعدي	10.00	1.58		
الصحة النفسية	القياس القبلي	8.80	2.28	0.76	تأثير مرتفع
	القياس البعدي	25.00	1.41		
الطاقة	القياس القبلي	5.60	1.51	0.42	تأثير منخفض
	القياس البعدي	13.40	1.34		
الصحة المدركة	القياس القبلي	8.80	1.64	0.61	تأثير مرتفع
	القياس البعدي	21.80	0.83		
الرفاهية الاجتماعية	القياس القبلي	6.20	1.30	0.65	تأثير مرتفع
	القياس البعدي	12.00	2.54		
العمليات المعرفية	القياس القبلي	6.40	1.14	0.38	تأثير منخفض
	القياس البعدي	13.20	1.30		
الحسرة	القياس القبلي	6.20	1.64	0.74	تأثير مرتفع
	القياس البعدي	19.40	1.67		
النوم	القياس القبلي	5.20	0.83	0.20	عدم تأثير
	القياس البعدي	6.60	1.14		
الوظيفة الجنسية	القياس القبلي	6.00	1.58	0.26	تأثير منخفض
	القياس البعدي	8.60	1.94		
الاشباع الجنسي	القياس القبلي	1.80	0.83	0.28	تأثير منخفض
	القياس البعدي	3.00	1.22		
المساندة الاجتماعية	القياس القبلي	6.40	1.14	0.64	تأثير مرتفع
	القياس البعدي	17.80	3.96		
الاضطرابات الهضمية	القياس القبلي	2.00	1.22	0.40	تأثير منخفض
	القياس البعدي	3.20	1.30		
نوعية الحياة العامة	القياس القبلي	5.40	1.14	0.67	تأثير مرتفع
	القياس البعدي	13.20	1.92		

من خلال الجدول (26) نلاحظ تفاوت في درجة التأثير من بعد لآخر، حيث درجة التأثير الكبرى كانت في بعد العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية، حيث تحصلنا على قيمة G= 0.80 وهي قيمة أعلى من 0.5 مما يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللصق قد أدى الى خفض الشعور بالأعراض الناتجة من عراقيل الصحة النفسية، والقيمة المتوصل اليها تدل على وجود حجم أثر مرتفع لوسيط اللصق والشعور بصحة نفسية جيدة، و يليه كل من بعد الصحة البدنية و الصحة النفسية على التوالي بقيمة 0.77 و 0.76 مما يدل مما يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق قد أثر في إدراك المريض للصحة البدنية بطريقة إيجابية وذلك بعد الاستفادة من الحصص العلاجية المبنية على وسيط اللّصق، و بعدها يأتي بعد الحسرة بقيمة 0.74 منه خفض اعراض الحسرة و الشعور بنوعية حياة جيدة حيث قدر حجم التأثير في بعد نوعية العامة ب 0.67، و منه يأتي بُعد الرفاهية الاجتماعية و بُعد المساندة الاجتماعية بحجم تأثير 0.65 و 0.64 على التوالي، و الذي يدل على تغيير ادراك المفحوص لنوعية الرفاهية الاجتماعية و المساندة الاجتماعية التي يتلقاها من طرف المحيطين به، كل هذا أثر في بعد الصحة المدركة التي كان فيها حجم التأثير بقيمة 0.61 مما يبين فعالية تقنية اللصق، بينما كان حجم التأثير في كل من بعد الطاقة و الاضطرابات الهضمية منخفض و هذا راجع الى نوع البعد فهما بعدين ذو طابع عضوي، خاصة و ان من بين الاثار الجانبية لعلاج التصلب اللويحي نجد العياء و هشاشة جهاز المناعة، و فيما يخص الابعاد المتبقية فدرجة التأثير فيها منخفض إلا في بعد النوم الذي هو منعدم و هذا بسبب الالام التي لا تسمح للمرضى بالنوم، و الشكل رقم (04) يبين بوضوح التفاوت المسجل في حجم التأثير ن بعد لآخر.

شكل رقم (04) حجم الأثر



انطلاقا من حساب حجم الأثر لكل بُعد نلاحظ الاختلاف الموجود في حجم تأثير وسيط اللّصق من بُعد لآخر نظرا للاختلاف الموجود في طبيعة البُعد و عن إمكانية التدخل النفسي و الفني للتقليل من

الأعراض، و كحوصلة بصرية عن مدى التأثير قد قمنا بوضع نتائج الأبعاد في الشكل رقم (04) الذي نلاحظ من خلاله أن ثمانية أبعاد من أصل 16 بُعد كان لها تأثير جد إيجابي حيث اجتازت الحد المتوسط للقول أن هنالك تأثير إيجابي بينما ما يقدر ب خمسة ابعاد قد سجلت القيمة الدنيا للقول ان هنالك تأثير بينما يبقي ثلاثة أبعاد كان التأثير فيهما جد ضئيل، و هذا راجع الى طبيعة البعد التي هي عضوية اكثر مما هي نفسية.

2. عرض الحالات

1.2. تقديم الحالة الأولى والجلسات العلاجية

كما تم التطرق اليه في الجانب المنهجي للبحث وحسب برنامج الذي وضعناه في الجلسات العلاجية يهدف الجلسة الاولي لأخذ الاتصال الاولي مع الحالة وكذلك عرض الكلي للدراسة والهدف الأساسي للدراسة وكذلك امضاء عقد الموافقة في المشاركة في الدراسة.

كانت الحالة الاولي والتي سنسميها باسم «وردية" جد متحمسة للمشاركة في الورشات العلاجية، فكانت متفائلة وتنتظر أن يساعدها العلاج في تخطي بعض الصعوبات التي تعرقلها مع مرض التصلب اللويحي خاصة مشكل الذاكرة والتركيز.

استقبلنا"وردية" في الوقت المحدد حيث كانت في قاعة الانتظار، بعد دخولها لمكتب الفحص النفسي و تقديم نفسها بدأنا بعرض مشروع البحث، و الشروط اللازمة للمشاركة، من احترام الوقت، و إلزامية إمضاء عقد المشاركة و أن ما سيتم التطرق إليه في الدراسة سيبقي سرا، بمعنى عدم الادلاء بالحياة الشخصية للحالة بما يسمح بالتعرف عليها، و أن مدة الدراسة تكون بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، و اختارت نفس اليوم في الأسبوع و الساعة، كما قدمنا للحالة استبيان نوعية الحياة للمصابين بالتصلب اللويحي المترجم اللغة العربية و هذا ما يبينه الجدول رقم (27)، و بعد إمضاء عقد الموافقة في المشاركة في الدراسة و التأكد بأنها تستوفي شروط المشاركة و أنها جد متحمسة في بداية الجلسات العلاجية بدأنا في تطبيق دليل المقابلة و إجراء مقابلة أولية لجمع المعلومات عن الحالة.

وردية امرأة تبلغ من العمر 45 سنة متزوجة، و لديها ثلاثةأطفال، ذو مستوى جامعي تشغل منصب مسؤولة في مجال الصناعة في إحدى الشركات الوطنية، دون سوابق مرضية محددة، سواء عائلية أو شخصية، تتسم بالجدية و التفاني في العمل و الدراسة فتقول j’ai tout sacrifiée pour mes études puis mon travail » بمعنىأنها قد ضحت بكل شيء من أجل عملها و الدراسة، فترى أن الدراسة هي مفتاحها الوحيد للنجاح، فلم تأخذ يوما عطلة أو راحة دون أن تكون قد برمجت ما ستقوم به، فكانت جد متميزة

كما كانت تصف نفسها بالذكية فكانت دائما في المرتبة الأولى في الدراسة بالرغم من صعوبة التخصص الذي تدرس فيه، لكن إصابتها بالمرض و الذي تم تشخيصه في ثلاث سنوات الأخيرة قد أثر بحجم كبير على حياتها في جميع المجالات، حيث كانت الأعراض الأولى هي التعب بعد القيام بمجهود صغير، و من ثمة آلام في الأطراف و بعدها بدأت الأعراض المعرفية كالنسيان المتكرر، حيث لاحظ زوجها أنها تنسى كثيرا و كما أنها في غالب الأحيان تكون غير قادرة على التركيز، مما دفعها الى استشارة الطبيب العام و إعطائها مجموعة من المكملات الغذائية و بعض الفيتامينات و عطلة مرضية لمدة شهر، لكن دون جدوى،فلم تعطى المكملات الغذائية أو العطلة المرضية نفعا، مما دفعها الى العودة الى الطبيب و الذي يرى أن السبب ربما الاحتراق المهني Burn-Out،فقدم لها عطلة مرضية أخرى، لكن سرعان ما لاحظت تأزم الحالة و تفاقم الأعراض حتى وصلت الى عدم القدرة على المشي لمسافة طويلة و من ثمة قامت بزيارة طبيب آخر و الذي قدم لها بعض التحاليل الطبية لكن لا يوجد هنالك خلل فقام بتوجيهها إلى مصلحة الأعصاب أين مكثت شهرا كاملا بعدها تم وضع تشخيص التّصلب اللّويحي.

أبعاد الاستبيان	نتائج التطبيق القبلي
الصحة البدنية	*13*
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	*04*
العراقيل الناتجة عن الصحةالنفسية	*05*
الألم	*05*
الصحة النفسية	*09*
الطاقة	*05*
الصحة المدركة	*07*
الرفاهية الاجتماعية	*05*
العمليات المعرفية	*05*
الحسرة	*04*
النوم	*05*
الوظيفة الجنسية	*05*
الاشباع الجنسي	*01*
المساندة الاجتماعية	*06*
الاضطرابات الهضمية	*01*
نوعية الحياة العامة	*04*

جدول رقم (27) يبين نتائج الحالة الأولى في القياس القبلي لاستبيان نوعية الحياة SEP-59

عاشت الحالة تلك الفترة كصدمة في حياتها، حيث أجبرها المرض على ترك منصب عملها والتوقف عن السياقة، منها أصبحت منعزلة و جد حزينة مما دفعها لاستشارة نفساني عيادي الذي شخصها باكتئاب حاد، قامت بعدة جلسات في احدى المصالح الجوارية للصحة لكن سرعان ما توقفت، و فيما يخص الدعم النفسي فقد قالت وردية أن زوجها كان سندا و يدا عون لها طيلة مرضها حيث كان يلعب دور الأب و الأم مع الأطفال و خاصة أن أولادهاالايزالون في سن مبكرة، مما ساعدها في تخطى النكسة الأولى، حاليا الحالة تحت دواء تيسابريTisabri.

من خلال الجدول (27) يبين أن نتائج الحالة في أبعاد نوعية الحياة في القياس القبلي منخفضة فمثلا بعد الصحة البدنية كانت نتيجة ب 13 نقطة وأعلى نقطة في هذا البعد تقدر ب 30 نقطة، وهي نفس النتيجة في بعد نوعية الحياة العامة حيث تحصلت الحالة على نقطة 04 في حسن أن أعلى نقطة تقدر ب 17 نقطة مما يبن أن الحالة قبل الاستفادة من الحصص العلاجية المبنية على وسيط اللصق كانت نوعية الحياة لديها منخفضة.

الحصة الثانية: بعد أن قمنا ببرمجة الجلسات العلاجية بوقت زمني مدته أسبوع في نفس اليوم والساعة،أتت الحالة الى مكتب الأخصائية النفسانية في نفس التوقيت دون تأخير مما يدل على اهتمام الحالة ورغبتهافي المشاركة، وبعداستقبال الحالة وشرحها لما سنقوم به.

قمنا بوضع مستلزمات الورشة على الطاولة، ومن ثمة قمنا بشرح طريقة العمل وكيفية تقسيم الوقت مع أهمية إعطاء عنوان للإنتاج الفني وكذلك أهمية احترام الوقت، ومن ثمة قدمنا موضوع الجلسة وهو "إدراك الصحة"، يتم التعبير في هذه الورشة عن تصور المفحوص لصحته الجسدية والنفسية وما هي المعوقات الأساسية التي يتلقاها المفحوص في حياته اليومية والناتجة عن الصحة البدنية والنفسية وذلك من خلال انتاج فني يعطي له وصفا لموضوع الورشة.

صورة رقم (15) الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الثانية

بدأت وردية بإنتاج أول لوحة لها وذلك من خلال اختيار ورقة سوداء حيث تقول " moi dés que vous me dite santé je ne voie que du noir» وبعد ذلك قامت بقطع صورة شمس ولصقها من جهة كما قامت برسم خط وزيادة بعض الخطوط من كل جهة ومن ثمة قطعت صورة لشجرة متهرئةولصقهاوبعد نهاية وقت النتاج الفني، قال إنهاأنهت العمل،ومن ثمة بدائنا الحديث عن النتاج الفني.

عبرت الحالة عن اختيارها للورقة السوداء للتعبير أكثر عن حالتها الصحية الغير مستقرة والتي تراها في تدهور مستمر، كما اختارت الشجرة المهترئة للتعبيرعنعجزها وكبرها في السن، بينما اختارت الخط الازرق للتعبير عن شروق الشمس، والقوس قزح تعبر عن المستقبل المشرق الذي ينتظرهم هي وعائلتها بعدالهجرة الى كندا،ولكن لم تود استعمال الألوان الاخرى إلا الأزرق لأن القوس قزح غير مكتمل بمرضها.

كان تعبير وردية متبوع بالانفعال والبكاء، فترى أن صحتها في تدهور ولا تستطيع التكفل بعائلتها خاصة وأن أطفالها في حاجة ماسة لها، وبعدها قمنا بطلب منها التعبير عن كيف عاشت هذه التجربة وتقول«c’est une agréable expérience» فقد سمحت لها عن التعبير عن شعورها كما سمحت لها التجربة بالابتعاد عن الجو المليء بالاكتئاب والخروج من التفكير السلبي، كما تغيرت نظرتها عن نفسها عندما توصلت الى إنتاج فني بعدما كانت تفكر أنها غير قادرة على القيام بأي شيء.

وفي نهاية الجلسة قالت عن إمكانية امضاء اللّوحة وإعطائها صبغتها الخاصة كالفنانين المشهورين، وهو نفس الشيء الذي لاحظتهMélissa Sokoloff 2018عندما طلب منها أحد المشاركين في دراستها بإمضاء اللّوحة التي رسمها ولعل ذلك يجعل منه فنانا مشهورا خاصة بعد علم المشارك أن عملها سيتم نشره، وهذاحسب Mélissa Sokoloff2018عبارة عن ملكية خاصة للوحة التي تحل معها معاناة نفسية شخصية لم تتمكن الحالة من التعبير عنه بطريقة لفظية، فهي عبارة عن تجسيد حسي لمعاناة نفسيه.

الحصة الثالثة

تقدمت وردية للجلسة النفسية كالعادة في الوقت المحدد، عند دخول الحالة بدى على ملامحها انها متوترة، و عند سؤلنا عن حالتها الصحية و كيف قضت الاسبوع الماضي قالت « pour aujourd’hui je ne suispas bien » بمعنىأنها ليست على ما يرام هذا اليوم، و بعدها بدأت الحديث مباشرة عن الموجة الحالية لكوفيد و عبرت عن خوفها من العدوى خاصة و أنها قد استفادت من حصة علاجية بدواء تيسابريTisabriفتقول « J’ai reçu ma cure de Tesabri cette semaine donc mon immunité est très faible»، فهي جد خائفة من الموجة الرابعة لكورونا و خاصة و كما نعلم فإن الإصابة بمرض مزمن و في حالة العدوى فالخطر الاستشفاء و الأعراض الجانبية يزيد بنسبة كبيرة.

وبعد السماع لانشغالات وردية وخوفها من الإصابة بمرض كوفيد قمنا بتذكيرها بموضوع اليوم والمتمثل في الرفاهية النفسية والعيش مع مرض التصلب اللويحي، حيت يتم التعبير في هذه الورشة عن المعوقات الناتجة من المرض من الناحية النفسية والمشاكل التي لها علاقة بالنوم، والشعوربالحسرة،مشاعر الإحباط، فقدان الامل، القلق الناتج من المشاكل الصحية.

و منها مباشرة قالت أن هذا الموضوع يتلاءم مع ما يشغل بالها طوال الأسبوع، و منها أخذت ورقة بيضاء و لون أسود و بدأت بالإنتاج الفني، بينما كنا نحن كذلك نقوم بالإنتاج الفني، و في نفس الوقت نلاحظ ما كانت تقوم به، و في نهاية وقت الإنتاج قالت ان حالتها النفسية شبيهة "شكشوكة" و لهذا وضعت عنوان "شكشوكة" على رسمها، فقالت أنها تعاني من كل النواحي، خاصة من ناحية العائلة التي لم تجدها كسند بجانبها، كما قالت أن بعض القرارات التي أخذتها خلال مرضها قد أثروا بطريقة سلبية

صورة رقم (16) الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الثالثة

عن مسارها المهني مثل استقالتها عن العمل، كما قالت أنها في حالة اكتئاب حاد، «j'ai tous les symptômes de la dépression, je sais faire le diagnostic, je suis en pleine dépression » بمعنىأنها تعرف تشخيص الاكتئاب فكل الاعراض التي تعاني منها تعبر عن حالة اكتئاب.

كان الإنتاج الفني لوردية شبيه برسم و خربشات على ورقة بيضاء كل شيء مختلط دون تركيز أو تحديد، كحالتها النفسية الغير هادئة، و القلق اليومي و عدم النوم و العياء و فقدان الطاقة لعمل أي نشاط معين حتى قالت «pour aujourd'hui j'ai cru que je ne peux pas travailleravec vous» بمعنىأنها ظنت لن تقوم بالورشة اليوم أو اللّصق بل فكرت في المجيء فقط احترما لالتزامها في بداية الورشات عن حضورها و عدم التوقف في الوسط، بعد نهاية الحصة قالت أنها تستفيد جدا من هذه الطريقة العلاجية، فهي جد رائعة وتساعد في التعبير و نسيان المشاكل اليومية.

الحصة الرابعة

كانت الجلسة الثالثة جد ثرية مما دفعالحالة بالوصولقبل الوقت الى الحصة، حيث وصلت الى موعد الورشةبما يقارب20 دقيقة قبل الحصة، ومباشرة بعد دخولها للمكتب بدأت بالحديث عن ايجابيات الجلسة الماضية وكما قضت اسبوعها في وقت مريح وكانت تنتظر بفارغ من الصبر الجلسة الموالية‌ولهذا وصلت قبل الموعد.

صورة رقم (17) النتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الرابعة

بعد التذكير بموضوع الورشة وهو 'الالم'والذي يتضمنالتعبير عن الإزعاج الناتج من الألم بصفة عامة والتي يعاني منها المريض نتيجة التصلب اللويحيوعن العراقيل الناتجة من الألم للتمتع بالحياة، قالت بما أنه يعني التمتع فاختارت ورقة باللّون الأزرق الفاتح، وقامت بقطع بعض أوراق الجرائد و لصقها واحدة تلوى الأخرى على شكل خطوط قوس قزح، و رسم سحاب و سماء و وضع ألوان ما بين خطوط القوس قزح، و ذلك قامت تعبيرا عن فرحتها والامل الذي تراه في الأفق، فتقول أنها حاليا تفكر في العودة الى العمل، و مواصلة حياتها كما كانت من قبل فهي تحس بنوع من الطاقة و التحسن، و بعدها قامت بقطع كلمتين من أحد المجلات و لصقهما كعنوان للنتاج الفني و هو « plein de vie » و الذي يعني أنها متفائلة بالحياة.

بعد هذه الحصة أحسسنا تغييرا جد إيجابي لدى الحالة، فبعدما عبرت عن خلط وانزعاج من الحياة في الحصة السابقة أتت بنوع من الترتيب والتفاؤل و هذا راجع الى قدرتها التعبيرية في الحصة السابقة اين قامت باستخراج كل ما كانت خائفة منه مما ساعدها في ترتيب حالتها و إعادة بناء مشروع حياة، و هذا ما يشبه سيرورة اللّصق فبعد قطع أجزاء كانت للرمي لتصبح ذو معنى في سياق آخر.

الحصة الخامسة

بعد التذكير بموضوع الورشة وهو "الطاقة" ويحاول فيها المريض الاجابة عن الشعور بالإرهاق او النشاط، الشعور بالطاقة والحيوية، الشعور بالسعادة او الشعور بالتعب الناتج من المرض التصلب اللويحي، قامت الحالة بقطع مجموعة من الكلمات والجمل من مختلف الجرائد والمجلات الموضوعة على المكتب وأخذ غراء للصقها واحدة تلوى الأخرى لتكون جملة مفادها من المهم تغيير الأفكار المسبقة والسماع لحريتك الداخلية " il est important de changer régulièrement les idées reçu c'est écoute, écoute et laisse toi aller…» ومن ثمة قطع صورة فيها ظل إنسان بالأبيض والأسود، وبعدها قامت بتلوين الورقة البيضاء باللون الأزرق وتعطي عنوان الحرية الداخلية .«liberté interne».

صورة رقم (18) الإنتاج الفن ي لوردية في الجلسة العلاجية الخامسة

عبرت الحالة عن ذلك النتاج الفني لتقول انهعندما نعطي الأهمية لكلام الناس والمرض نشعر بالقلق والإرهاق خاصة النفسي لكن إذا ما كنا راضيين بأنفسنا وبحالتنا المرضية يكون هنالك نوع من الحرية والرفاهية ولا نشعر بثقل المرض ولا بالآثار الجانبية رغم وجودها، ولهذا فالطاقة والحيوية يجب ان تكون من داخلنا.

الحصةالسادسة

قمنا بإجراء الورشة السادسة في نفس التوقيت غير أن وردية قد وصلت بتأخير بمدة خمسة دقائق، وكانت البداية بطلب العذر عن التأخير، وبعدها طلبنا منها كيف قضت الأسبوع وعن الجديد فيما يخص حالتها الصحية قالت أن المرض مستقر كما أن العمل الذي قمنا به قد ساعدها في الرفع من معنوياتها خاصة أن كل العائلة تهتم بما تقوم به، فكان أطفالها هم السّباقون الى البحث عما قامت به مع الاخصائي النفساني كما قامت بعرض عملها على العائلة الذين يرون أن انتاجها الفني جد رائع، وبعدها قمنا

بالتذكير بموضوع الورشة والمتمثل في التعبير عن نظرة المفحوص لنوعية المساندة الاجتماعية التي يتلقاها من طرف أعضاء العائلة، المساعدة المتوفرة فيما يخص النشاطات اليومية، والراحة، التعبير عن المشاكل الناتجة من المرض في الحياة الزوجية (العلاقات الحميمية).

بعد انتهاء وقت الانتاج الفني و بعد مدة قمنا بالتحدث عن ما أنتجته فقالت عن انتاجها الذي يحتوي على صورة كاناري يدورون حول شيء غير عادي يظهرون و كأنهم مذهولون مما كانوا يرون و هو نفس الاحساس بالشخص المريض بمرض التصلب اللويحي فيظهر كأنه غريب عن الآخرين و نظر الناس اليه و كأنه غير عادي، كما عبرت عن مشاعرها فيما يخص الحسرة و القلق الذي يدور بداخلها حول تطور

صورة رقم (19) الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية السادسة

حالتها الصحية و التي ترى أنها قد تتأزم، كما أشارت إلى العديد من القرارات الذي أخذتها مباشرة بعد أن سمعت التشخيص، كشراء سيارة فخمة رغم أنها لا تملك ثمنها مما دفعها إلى طلب قرض بنكي، كما توقفت عن العمل مباشرة دون التفكير عن الاثار الناتجة عن توقفها عن العمل، و كذلك قامت بفتح محل في وقت يصعب على الناس بداية عمل تجاري مع موجة كورونا الثانية، كل هذه القرارات كانت عشوائية، و كانت ذو تأثير سلبي عليها.

كما عبرت عن نقص المساندة الزوجية، فكان في المراحل الاولى جد متفهم و متعاون معها و لكن سرعان ما تغيرت الامور و لا يكترث بها تماما، حتى أنه لا يرافقها الى المستشفى أثناء الاستشفاء أو الاستفادة من دواء تيسابريTysabri، فتقول أنها في المرة الأخيرة قد شعرت بالوحدة خاصة و أنها تقوم بجميع الاجراءات لوحدها، كما تضيف أن أمها غير متفهمة، فعندما تترك لها أطفالها لا تتكفل بهم بما فيه الكفاية ففي إحدى المرات طلبت منها بأخذ اطفالها الى بيتها مباشرة بعد خروجها من المستشفى و هي في حالة عياء و اكتئاب، و لذلك عبرت بذلك بلصق صورة اناس ينظرون الى المريض كشخص غريب لا يفهمه أحد.

الحصة السابعة

وصلت المفحوصة الى الجلسة العلاجية في الوقت المحدد، وبعد الحديث عن كيفية قضاء الأسبوع الماضي قالت أن بعض الأمور قد بدأت في التنظيم، واخذت الورقة والقلم لتسأل عن موضوع الورشة

صورة رقم(20) الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية السابعة

«donc le thème d'aujourd'hui ?» بكل فرح وسرور، فقمنا بتقديم موضوع اليوم التمثل فيالعملياتالمعرفيةويتمالتعبير فيه عنصعوبات التركيز أو التفكير، وصعوبات الانتباه أو اضطرابات الذاكرةالناتجة عن المرض وعن كيفية تأثيرها عن نوعية الحياة العامة للمريض.

أخذت المفحوصة ورقة خضراء، و قامت بالبحث في المجلاّت و الجرائد التي كانت أمامها لتقطع سيارة مليئة بالألوان و الخردوات و لصقها على الورقة، و بعدها قامت برسم يد، و وضع العديد من الخطوط الزرقاء في كل جهة للسيارة و منها قامت بإعطاء عنوان للوحة و هو "كفاح " «combat» و بعد الانتهاء من النتاج الفني بدأت الحالة في تفسير لوحتها، أين تقول أن الانسان يشبه السيارة le corps « « comme une voiture, qui tombe en panne، فمن مرة الى أخرى يمكن أن تصيب ببعض الأعطالو لكن هذا لا يعني أنها غير صالحة تماما« mais elle peut être réparée »، كما يمكن أن تصيب بعطلفي الذاكرة، في التركيز « panne de mémoire, de frein de surchauffe »، غير أن ذلك لا يعني عدم منفعة السيارة أو أنها النهاية « mais cela ne veut pas dire que c'est fini » بل يجب المكافحة و الصبر لتحطي كل تلك الصعاب التي يمكن أن نراها عبارة عن صراع مع الحياة و تحديات و لذلك قامت بوضع يد للتعبير عن أهمية الكفاح و المثابرة، ووضعت خطوط بلون ازرق للتعبير عن الامل، و هو نفس السبب الذي دفعها الى إعطاء عنوان الصراع« Combat ».

الحصة الثامنة

يتمحور موضوع الجلسة الثامنة كما هو مبين في البرنامج العلاجي فينوعية الحياة العامة، يتمفيه التعبير عن نوعية الحياة العامة بعد الاستفادة من ورشات العلاج بالفن،والتطرق الى المعاش النفسي خلال ورشات العلاج بالفن وعماإذا كانت الجلسات العلاجية مفيدة للمفحوص وذلكبتمرير استبيان نوعية الحياة كاختبار بعدي.

بدأت المفحوصة بالتعبير باختيار ورقة ملونة زرقاء، ورسم شمس باللون الأصفر في الجهة العلوية اليسرى، ورسم ازهار باللون الأخضر والأحمر وضع عنوان الأمل «espoir»للوحة المرسومة.

توصلت الحالة إلى أن الحياة لن تتوقف ويجب الكفاح من أجل تربية أولادها، فقد مكنت الجلسات العلاجية من رؤية الحياة بمرض التصلب اللويحي بنظرة مختلفة حيث توصلت إلى أن هناك أمل بالرغم من الصعوبات التي تتلقاها بسبب المرض لكن يجب الصراع والمثابرة.

صورة رقم (21) الإنتاج الفني لوردية في الجلسة العلاجية الثامنة

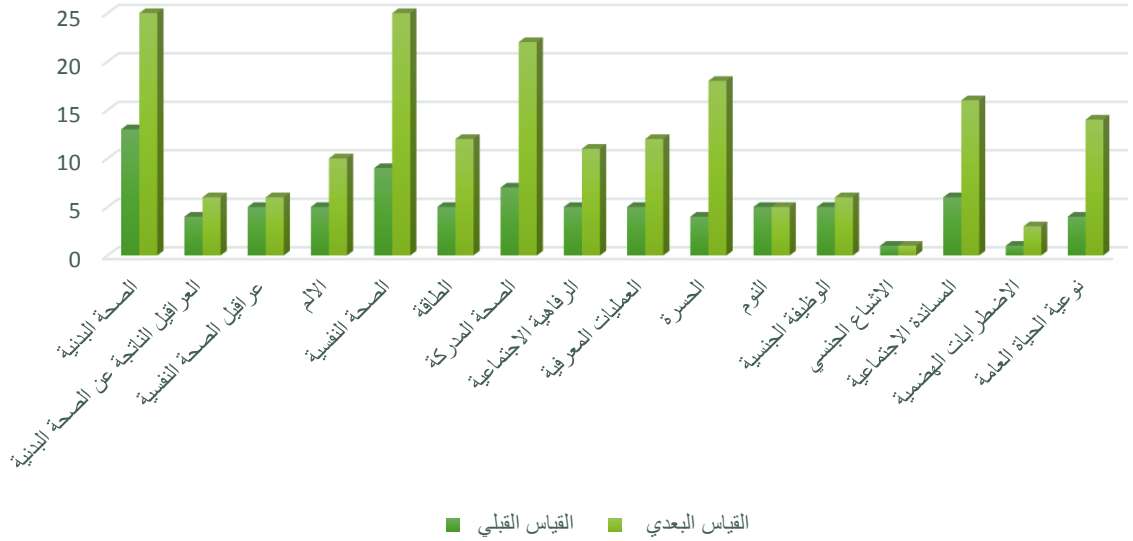
2-2- مناقشة الحالة

كانت وردية من بين الحالات التي بينت اهتمام كبير للمشاركة في الدراسة، كما بينت أهمية العلاج بالوسائط العلاجية اللّصق، وذلك لما لاحظناه من خلال الجلسات العلاجية ومدى التغير الإيجابي للحالة، خاصة فيما يخص النظرة المستقبلية والخروج من حالة الاكتئاب الناتج من عراقيل الاصابة بالتصلب اللويحي، وتوصلنا في التطرق الى إشكالات ومشاكل جد عميقة وجد حساسة مقارنة بالعلاج الكلاسيكي المبني على التداعي الحر.

نلاحظ أن البداية في الجلسات العلاجية كانت جد صعبة للحالة حيث تقول أنها لا تعرف الرسم أو اللّصق و كانت جد مترددة لكن سرعان ما بدأت في الإنتاج و اللّصق و التعبير عن حالتها من خلال

اتباع تعليمة الجلسة الأولى التي مكّنتها من الخروج من حلقة التردد و التفكير في عدم القدرة في النتاج الفني غير أنه في نهاية الجلسة كانت منبهرةو متعجبة من النتاج الذي قامت به مما دفعها الى استرجاع الثقة بالنفس، و تغيير نظرتها عن قدراتها بعدما أحست بالدونية و عدم النفع، و هذا ما يظهر جليًا في الشكل رقم (05) الذي يبين ملخص نتائج استبيان نوعية الحياة.

شكل رقم (05) يبين نتائج القياس القلبلي و القياس البعدي في استبيان نوعية الحياة لحالة وردية



يُظهر الشكل رقم (05) التأثير الكبير لوسيط اللّصق في نوعية الحياة، حيث هنالك تأثير كبير في عشرة أبعاد من أصل ستة عشر، وهي بعد الصحة البدنية والصحة النفسية، بعد الطاقة، الصحة المدركة، الرفاهية الاجتماعية، العمليات المعرفية، الحسرة، المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة العامة، بينما كان التأثير متوسط في كل من بُعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية، عراقيل الصحة النفسية، الألم، النوم، وكان التأثير منخفض في كل من بعد الوظيفة الجنسية، الاشباع الجنسي وبعد الاضطرابات الهضمية.

تحصلت وردية على نقطة 05 في التطبيق الأول في بعد الطاقة ونقطة 09 في بعد الصحة النفسية وبعدها تحصلت في التطبيق البعدي على نقطة 20 و25 على الترتيب في البعدين الطاقة والصحةالنفسية، وهذا ما يظهر في الجلسة الثانية أين كانت الحالة جد متحمسة للنتاج الفني و ليس للتعبير اللفظيخاصة و أنها كانت تعاني من الأعراض المعرفية الناتجة من التصلب اللويحي أكثر من الأعراض الحسية، حيث مكنتها تجربة اللّصق من تجاوز العراقيل المعرفية الناتجة من التصلب اللويحي، و تجاوز الخوف من الخروج و فقدان الثقة بالنفس فتحصلت على علامة 06 عند التطبيق القبلي في بعد العمليات المعرفية و منها تحصلت على علامة 17 في التطبيق البعدي، و منها أصبحت تتمتع

بالحصص العلاجية حيث تقول « je prends plaisir à créer et entre temps je m'oublie dans mes œuvres » ، كانت الحصص العلاجية الأولى عبارةعن تمهيد و بناء علاقة علاجية.

ولكن مع مرور الوقت أصبحت الحالة تعبر عن انشغالاتها، و هذا بسبب الأعراض الإكتئابيةالتي اجتاحت السيرورة الإبداعية مما دفع بالحالة الى التعبير عن طريق اللون الأسود و رسم خطوط بطريقة عشوائية على ورقة بيضاء، كانت اللوحة دون معنىأو تعبير لكن قد وضعت لها عنوان "شكشوكة" و من هنا بدأت الحالة في التقدم و الخروج من حالتها الاكتئابية، من هذه الورشة توصلت وردية الى أخذ أدوات الرسم و اللّصق بمثابة وسائل تعبيرية و قد أضفى عليها جانب من العقلنة élaboration d'affectes لمشاعر لم يكن لها تصوير représentationمن قبل، حيث عبرت عن الجانب الانفعالي باللون الأسود و التعبير عن الاكتئاب بالخطوط و الذي يدل على الهشاشة النفسية و الفوضى الداخلية anarchie intérieure، و لكن قد قامت بالربط بينهما و إعطاء معنى تعبيري عن حالتها النفسية و هو عنوان "شخشوخة" و إعطاء امضاء شخصي، كي يدل عن ذاتها، يمكننا أن نشبه ما قامت به الحالة فيهذه اللوحة بما يسمي بـle squiggleاو ما سمي بـle griffonnage ، حيث قامتالمفحوصة برسم و قدمت له معنى حسب ما يرتبط باللاشعور، مثل ذلك الطفل الذي يريد أن يعبر عن نفسه عن طريق اللعب و الرسومات.

وانطلاقا من هذه الورشة لاحظنا تغيير كبير فيما يخص نظرة "وردية" لنفسها، ومنها نلاحظ ارتفاع النقطة التي تحصلت عليها في بعد الحسرة من نقطة 04 الى نقطة 18 مما يبن التغيير الذي ظهر في الورشات العلاجية القادمة لاحظنا أن التغير الذي أتت به الورشة العلاجية الثالثة حيث بدأت في التفكير في المستقبل ووضع السيرورات الإصلاحية مع نظرة إيجابية وتفاؤلية، وارتفاع نقطة نوعية الحياة العامة من 04 الى 14 مما يدل على التغيير للنظرة المستقبليةونوعية الحياة.

3.2. خلاصة الحالة

كانت الجلسات العلاجية مع حالة "وردية" جد إيجابية و ذات طابع علاجي ثلاثي، حيث كان وسيط اللّصق لغة التخاطب ما بين المفحوص و الفاحص، كما أن الاطار العلاجي كان كحافز آمن للعلاقة العلاجية، و هذا ما لاحظناه خلال الجلسة الثانية أين كانت جد مترددة في بداية الإنتاج الفني و الشيء الذي لاحظناه في العلاقة العلاجية خاصة في الجلستين الأوليتين هو كثرة الإغواء من طرف المعالج بهدف مساعدة المفحوصة للمشاركة و استثمار الوسيط العلاجي بهدف البداية في اكتشاف الوسيط، و

سرعان ما استثمرت الحالة تقنية اللّصق و بداية العلاج، و بعدما كانت منجذبة من طرف الوسيط بدأت باستعماله و اسقاط اللاشعور.

وما لاحظناه فيما يخص حالة وردية هي سهولة التعبير والقدرة التعبيرية عن الذات باستعمال وسيط اللّصق، وهذا راجع أولا إلى ميل النفسية الى سيرورة استخراج أفكارها بهدف الترميز لها (Rabeyron, 2019)، كما أن سهولة الترميز بواسطة تقنية اللّصق لما لها من خاصية فتح المجال لخيال المفحوص في استثمار المادة الأولية الموجودة امامه دون البحث عن موضوع للتعبير عن ذاتيته، و هي الخاصية التي ساعدت الحالة لسهولة التعبير بعدما كان الامر بالنسبة لها شيء صعب، كما اكتشفت عند الحالة خاصية البقاء لوسيط اللّصق بمعنى إعطاء ترميز لمشاعر داخلية بوسيط خارجي و بقاء النتاج الفني كدليل عن المعاناة.

تقديم الحالة الثانية و الجلسات العلاجية

لويزة هو الاسم الذي اخترناه للحالة الثانية، تبلغ لويزة 28 سنة متزوجة دون أطفال، ذو مستوي جامعي، عاملة في المجال الاقتصادي كمقتصدة بإحدى الشركات الخاصة في مجال الاقتصاد، دون سوابق مرضية شخصية او عائلية، وتقول إنها امرأة جد متحمسة طموحة «j'ai été une femme très ambitieuse» هذا ما دفعها الى مواصلة الدراسة والعمل في مجال تخصصها، وتعتبر المرض كمعرقل لطموحاتها ومشروع حياتها والذي هو فتح مكتب خاص بها في مجال تخصصها.

ويعود تاريخ تشخيص الحالة الى سنتين، وكانت البدايات الأولى للمرض عبارة عن اضطرابات في الرؤية مما دفعها الى زيارة مختص في أمراض العيون والذي قام بتوجيهها الى مصلحة طب الاعصاب في المستشفى الجامعي ندير محمد، ومن هنا تبدأ عملية الكشف والتشخيص بعد عدة تحاليل بيولوجية وفحوصات لدى المختصين العاملين في المصلحة ومن أجل التأكد من المرض قامت بفحص بالرنين المغناطيسي IRM، ومنها بدأت المتابعة والعلاج من التصلب اللويحي من نوع تصلب لويحي انتكاسي خمودي.

كانت الجلسة الأولى مخصصة لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات وامضاء عقد المشاركة في الدراسة، وتطبيق استبيان SEP-59 المترجم الى العربية، وفي نفس الجلسة تم وضع تواريخ للجلسات القادمة، و كانت جد متحمسة في المشاركة خاصة و أنها تبحث عن من يفهمها و يسمع شكواها، و خاصة انها قد أخفت على العائلة بإصابتها بهذا المرض، حيث تقول ان إعلام العائلة يدل على أنني لست قادرة و لا اريد اشفاق أحد عليّ.

جدول رقم (28) يبين نتائج الحالة الثانية في القياس القبلي لاستبيان نوعية الحياة SEP-59

أبعاد الاستبيان	نتائج التطبيق القبلي
الصحة البدنية	*14*
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	*06*
العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	*05*
الألم	*05*
الصحة النفسية	*09*
الطاقة	*06*
الصحة المدركة	*08*
الرفاهية الاجتماعية	*05*
العمليات المعرفية	*06*
الحسرة	*05*
النوم	*06*
الوظيفة الجنسية	*06*
الاشباع الجنسي	*03*
المساندة الاجتماعية	*07*
الاضطرابات الهضمية	*01*
نوعية الحياة العامة	*06*

الجلسة الثانية

بالرغم من الحماس الذي أظهرته الحالة في الجلسة الأولى للمشاركة في البرنامج العلاجي إلا أنها وصلت متأخرة بنصف ساعة للموعد، و كما بدأت الجلسة بنوع من الشكوى من أعراض المرض و عدم تفهم الناس لحالتها، كما أبدت نوع من المقاومة حيث قالت أنها لا يمكن لها أن تقوم باللصق أو التعبير عن حالتها باستعمال وسيط اللصق، و لكن سرعان ما بدأت بتقطيع المجلات و التعبير عن موضوع الجلسة الثانية و الذي يتمحور حول ادراك الصحة، و كيفية تصور الحالة لصحتها النفسية و الجسدية، و أهم المعوقات التي يتلقاها المفحوص، قامت بقطع بمجموعة من الكلمات و الجمل ولصقها على ورقة مثل كوني صبورة مع المعوقات « soyez patiente face aux difficultés » و لرؤية الحياة بكل فرحة و أمل « pour voir la vie en rose » و بعدها استعمال اللون الأزرق لوضع مجموعة من النقاط في الجهة اليمنى، و وضع نقاط باللون الأسود من الجهة اليسرى، و وضع خلفية باللون الوردى.

صورة رقم (22)النتاج الفني ل" لويزة" في الجلسة الثانية

عبرت الحالة عن اللوحة بالقول أن كل ما كانت تتمناه كالسفر، العمل و النجاح يتطاير و يغيب و تذهب كل طموحاتها مع مرض التصلب اللويحي و لكن يبقى الصبر هو الشريك الوحيد لتخطي الصعوبات و الأمل في الشفاء.

الجلسة الثالثة

وصلت لويزة في الوقت المبرمج للجلسة، أخذت بعض الوقت للتعبير عن العياء و صعوبة التنقل خاصة مع الحرارة و بداية الصيف الذي يشكل عائق جد كبير لمرضى التصلب اللويحي، كما بدأت بالسؤال عن مآل النتاج الفني بعد نهاية الحصص، و بما أن الحالة بدأت بالحديث عن صعوبات اليومية و كما أن موضوع الجلسة يتمحور حول التعبير عن المعوقات الناتجة من المرض من الناحية النفسية والمشاكل التي لها علاقة بالنوم، والشعور بالحسرة، مشاعر الإحباط، فقدان الامل، القلق الناتج من المشاكل الصحية، فكانت المواصلة مباشرة في موضوع الجلسة حيث طلب منها التعبير عن هذه المشاعر بطريقة اللصق، فقامت الحالة بقطع بعض الكلمات مثل العياء « Fatigue » و مشاريع « projets » و النجاح « réussite » و وضع على ورقة بعد أن قامت بتقسيم الورقة إلى جزئيين جزء باللون الأزرق و جزء باللون الأسود و الوردي و رسم ساعة بينهما.

عبرت لويزة عن عيشها ما بين الفرح والتفكير في المشاريع التي تود إنجازها ورغبتها في النجاح منذ طفولتها حيث وصلت الى ما وصلت اليه اليوم غير أن المرض المفاجئ الذي لحق بها يجعلها غير قادرة في تحقيق جميع أحلامها، فقد قسمت الورقة كما قسم التصلب اللويحي حياتها، ففي حالة الاستقرار هي

في الشطر الأزرق وفي حالة النكسات وتفاقم الاعراض فهي في الجهة السوداء، كما أن العرض الأكثر عرقلة هو العياء الدائم حتى أن في بعض الحالات يصل بها الى عدم القدرة من النهوض من السرير.

صورة رقم (23) النتاج الفني ل لويزة في الجلسة الثالثة

الجلسة الرابعة

وصلت الحالة الى موعد الجلسة متأخرة ب 15 دقيقة، و لكن بدأت مباشرة في تجسيد موضوع الجلسة و الذي يتمحور حول التعبير عن العراقيل النفسية و المشاكل الناتجة من المرض، حيث قامت الحالة بقطع صورة امرأة و هي في المكتب وضعت يدها فوق كتفها و لصقها على جهة السفلية اليسرى للورقة بينما

صورة رقم (24)النتاج الفني ل لويزة في الجلسة الرابعة

قامت برسم ما تبقي من الورقة بوضع رمال و كرسي في الرمال و كذلك شاطئ البحر ملئ بالأشخاص الذين يسبحون.

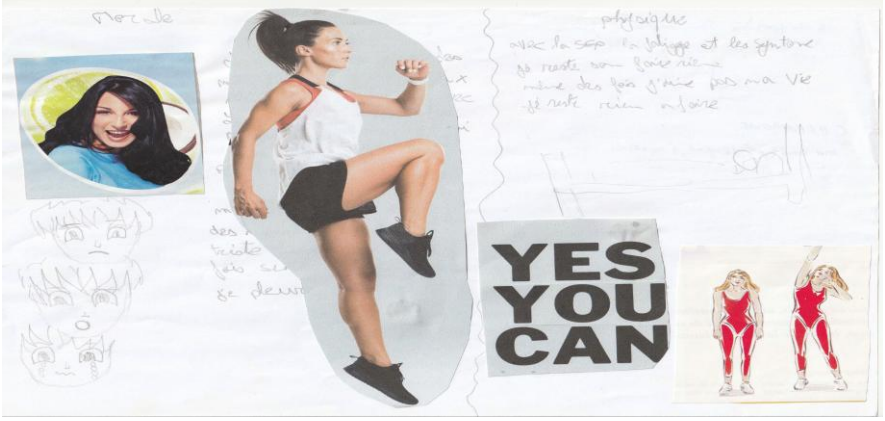
عبرت لويزة عن نتاجها بقولها أن الناس العاديون يعيشون حياتهم بكل فرح و دون آلام بينما نحن مرضى التصلب اللويحي نعيش حياتنا ما بين الألم و زيارة الأطباء و الاستشفاء المتتالي بينما يعيش الاخرون في

الفرحة و خاصة في الفترة الصيفية نحن نخاف من الخروج للشمس المحرقة خوفا من الانتكاس أو تفاقم أعراض المرض.

الجلسة الخامسة

يحاول فيها المريض الاجابة عن الشعور بالإرهاق او النشاط، الشعور بالطاقة والحيوية، الشعور بالسعادة أو بالتعب الناتج من المرض.

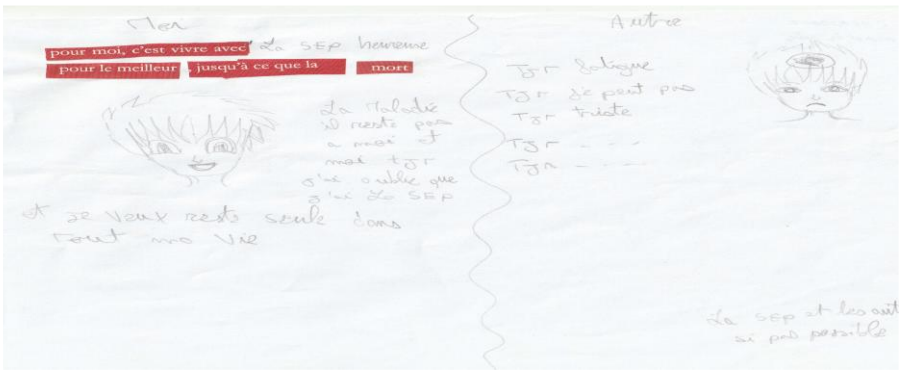
كانت الحالة في الوقت المحدد للجلسة، و بعد تقديم التعليمة بدأت بوضع خط في وسط الورقة و تقسيمها الى جزئيين، و بعدها كتابة بعد الكلمات للتعبير عن حالتها النفسية السيئة و الحزن الذي يتغمدها، حيث تقول أن الورقة تسمح لها بالتعبير عن حالتها النفسية، و في النصف الاول من الورقة قامت بتقطيع صورة لشخصين يقومان بممارسة الرياضة للصقها على الجهة اليمني من الجهة السفلية، و كتابة بعض الكلمات للتعبير عن العراقيل الناتجة من الاثار الجانبية من و التصلب اللويحي كالألم و العياء، حيث تقول أن الشخص الذي يمارس الرياضة يقوم بها من أجل المحافظة على الصحة لكن فيما يخص المريض بالتصلب اللويحي فهو يعاني في كل حركة يقوم بها، و في كل محاولة لإجتياز عراقيل المرض نجد انفسنا امام مشكل الطاقة و الذي يعرقل حياتنا اليومية و العائلية خاصة اذ لم نقم بإخبارهم عن حالتنا الصحية، و هذا لآن الوالدين كذلك يعانيان من مرض السكر و ارتفاع ضغط الدم، و منها تقوم بقطع ورقة لأمراة رياضية تمارس الرياضة و ووضع كلمة "نعم بإمكانك" بالغة الانجليزيية « yes you can » و لكن يبقى حاجز العياء و عدم القدرة على اجتياز عراقيل المرض يدفع بها الى الفراش و لذلك قامت برسم فراش من الجهة الأخرى للورقة.



صورة رقم (25)النتاج الفني ل لويزة في الجلسة الخامسة

الجلسة السادسة

الجلسة السادسة مخصصة للتعبير عن نظرة المفحوص لنوعية المساندة الاجتماعية، قامت الحالة برسم خط مستقيم يقسم الورقة إلى جزئين، تقول أن إحدى الجهات يخصها أما الجهة الأخرى فهي تعبر عن الآخرين، والذي يعني أنها لا تتفق مع الاخرين أو تتلقى أية مساندة أو اهتمام من طرف الاخرين، و عادة ما تصف الاخرين كسبب رئيسي لكل مشاكلها و غير متفهمين معها، حتى أنها تقترب من أفكار اضطهادية، كما تضيف أن المجلات التي أمامها لا تتوفر على صور أو محتوى يمكن أن يعبر عن ما يدور بداخلها لذلك اختارت الكتابة، و عند محاولتنا قراءة ما كتب نجد أن الحالة غير متقبلة لمرضها فهي ما بين الإقدام و الإحجام.



صورة رقم (26)النتاج الفني ل لويزة في الجلسة السادسة

كما أن ما كتبته حول المرض في الجهة السفلية للورقة يعبر عن القلق و عدم تفهم الاخرين لها و هذا لآنها لم تفصح بمرضها فكتبت «la SEP et les autre c'est pas possible» بمعنى المرض بالتصلب اللويحي و التواجد مع الاخرين مستحيل، لذلك قامت بقطع مجموعة من الكلمات لتعبر عن عيشها مع التصلب اللويحي سعيدة الى الممات كما كتبت أن المرض ليس لها و هي قد نسيت مرضها، كل ذلك يعبر عن عدم تقبل المرض، و لذلك تقول أنها لم تجد المادة الأولية اللازمة للتعبير عن ما بداخلها.

الجلسة السابعة

وصلت الحالة الى الجلسة في الوقت المحدد، وبعد السماع لها فيما يخص كيفية قضائها للأسبوع الماضي، عبرت عن قولها أن تقنية اللصق يمكن أن تكون بمثابة وضع النقاط فوق الحروف لإعطائها معنى، فطريقة تعبيرها بقطع كلمات في الجلسة الماضية مكنتها من التفكير عن مكانتها ما بين الاخرين و طبعها الخاص الغير متفاعل كثيرا مع الناس.

و بعدها قدمنا لها موضوع الجلسة يتم التعبير في هذه الورشة عن صعوبات التركيز أو التفكير، وصعوبات الانتباه أو اضطرابات الذاكرة الناتجة عن المرض وعن كيفية تأثيرها عن نوعية الحياة العامة للمريض، قامت لويزة أولا بتلوين الورقة من الجهة العلوية باللون البني ووضع نجوم باللون الأخضر و بعدها قامت بتلوين الجهة السفلية باللون الأخضر و قطع شجرة و كأنها في الصحراء و لصقها في الوسط و رسم شجرتين باستعمال الون البني و الأخضر، عبرت الحالة عن تلك اللوحة بقولها ان المشكل الأساسي في التصلب اللويحي فيما يخص حالتها يتمثل في العياء و فقدان الطاقة في مراحل تحتاج فيها إلى الجهد و التركيز، لذلك تقول ان الشجرة في الوسط تمثل حالتها عند العياء في الوقت الذي تحتاج الى الطاقة لإتمام مهامها، أما الأشجار من الجهة الأخرى فهي تعبر عن حالتها أثناء تجاوز فترة العياء فتشبه الأشجار الخضراء القادرة عن الإنتاج،

صورة رقم (27) النتاج الفني ل لويزة في الجلسة السابعة

الجلسة الثامنة

بعد استقبال الحالة، و تقديم موضوع الجلسة المتمثل في نظرتها حول نوعية الحياة بعد الاستفادة من ورشات العلاج بالفن، والتطرق الى المعاش النفسي خلال ورشات العلاج بالفن و إذا استفادت من الجلسات العلاجية، وفي الأخير تمرير استبيان نوعية الحياة كاختبار بعدي، بدأت لويزة في النتاج الفني بقطع ورقة فيها وردة حمراء و لصقها على ورقة بيضاء و رسم أعشاب خضراء على الجهة السفلية للورقة و رسم شجرة و شمس، فتقول أن ما قامت به يتمثل برؤية جديدة لذاتها و مستقبلها مع مرض التصلب اللويحي فتقول أن الجلسات العلاجية ساعدتها في فهم و اكتشاف نفسها و رؤية الاثار الجانبية للمرض

بطريقة اكثر واقعية مما يساعدها في وضع استراتيجيات متوافقة مع مرضها، و ربما ترى أن الإفصاح عن المرض لعائلتها يعتبر المرحلة الأولى لتقبل المرض و تلقي المساعدة اللازمة من طرفهم.

صورة رقم (28)النتاج الفني ل لويزة في الجلسة الثامنة

مناقشة الحالة الثانية

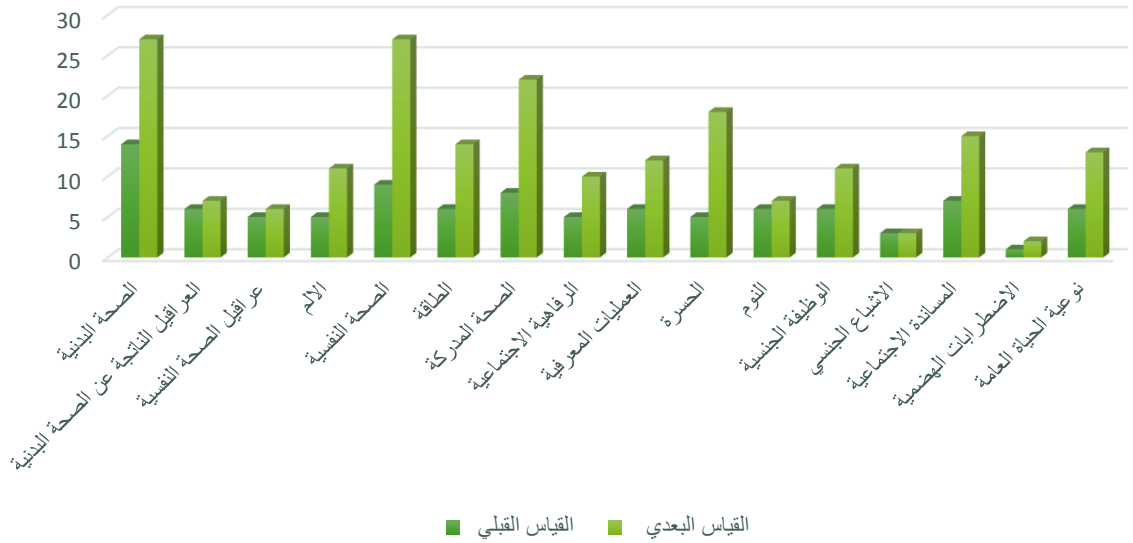
كانت "لويزة" من بين الحالات التي التقيناها خلال الدراسة الاستطلاعية و كانت رغبتها في المشاركة في الدراسة عبارة عن فضول يخفي نوعا من طلب ضمنيا للمساعدة، خاصة بعدما أفصحت عن عدم إعلام عائلتها بمرضها خوفا عليهم و على استجابتهم، و أكثر من ذلك هو عدم تقبل لمرضها لذلك لم تكن جد مستعدة لإخبار عائلتها، كانت الجلسات العلاجية بمثابة مرآة تعكس ذاتيتها و كيفية رؤيتها الداخلية لنفسها، ففي الجلسة الثامنة عبرت عن رغبتها في إعلام الأهل عن مرضها رغم أنها في الجلسة الأولى لم تفكر أبدا في ذلك.

كانت الجلسة الأولى للحالة جد ثرية و متحمسة للمشاركة، غير أنها وصلت في الجلسة الثانية متأخرة عن الموعد بنصف ساعة، كما أنها عبرت أكثر عن ضيقها و الصعوبات التي تعاني منها بسبب المرض، و كانت مترددة في النتاج الفني و هذا ما لاحظنها عند أغلبية الحالات، لكن سرعان ما بدأت في الإنتاج باستعمال اللون الأزرق الذي هو عبارة عن لون الأمل و الطموح، و استعمال خلفية اللون الوردي الذي يعبر عن العواطف، و هذا ما يعبر عن طموح الحالة و رغبتها في الشفاء، و حديثها الداخلي عن الزامية الصبر و تقبل المرض، كما يظهر من خلال ما كتبته في الورقة **و** الذي يمكن اعتباره بمثابة حوار داخلي لإستدخال فكرة المرض و قبول محدودية الحالة الصحية، و هو ما يتوافق مع ما تطرقت إليه قبل بداية النتاج الفني، و في الجلسة الثالثة تواصل "لويزة حديثها و إنتاجها في نفس

السياق و هو سياق عدم تقبل المرض، و ذلك بقطع كلمات العياء « Fatigue » و مشاريع « projets » و النجاح « réussite »، و تقسيم الورقة الى جزئين جزء باللون الأزرق و جزء باللون الأسود و الوردي و رسم ساعة بينهما، و هذا ما يعني ما بين التقبل و الرفض، الماضي و الحاضر، الصحة و المرض، فكل حياتها مرتكزة على المرض.

واصلت لويزة في الجلسة الرابعة و الخامسة في نفس السجل بتعبيرها عن حرمانها من تلذذ الحياة و العياء الذي تعاني منه جراء المرض، برفضها تقبل المرض و ذلكم بقولها أن المادة الأولية الموجودة فوق الطاولة لا يمكن أن تعبر عن ما يجوب بخاطرها، و تواصل "لويزة" بإثبات عدم تقبلها للمرض حيث تعبر في الجلسة السادسة عن عدم إفصاحها بمرضها للعائلة و ان الاخرون بمثابة عرقلة لها كعرقلة المرض لطموحاتها، و في الجلسة السابعة أتت الحالة بنوع من التحليل حول ذاتها بكونها فرد لا يحب الاخرين بكثرة و انها منعزلة فلا يمكن ان تفصح عن مرضها للأخرين، و ربما هي بهذا الطبع لا تحب الناس، كما عبرت في الجلسة عن العياء الكبير الذي تعاني منه و هي تنتظر الكثير من الحياة، و لكن وجب عليها التكيف مع المرض و اجتياز العقبات و في الجلسة الثامنة تقول ربما يكون هنالك دواء للشفاء.

شكل رقم (06) يبين نتائج القياس القلبلي و القياس البعدي في استبيان نوعية الحياة لحالة لويزة



كانت الجلسات العلاجية مع لويزة متمركزة أكثر على عرض العياء الناتج من المرض، و هذا ما يبينه الشكل رقم (06) حيث تحصلت في بعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية على نقطة 06 في القياس القبلي و 07 في القياس البعدى، بينما كان هنالك تأثير كبير في 11 بعد من أصل ستة عشر، وهي بعد الصحة البدنية، بعد الطاقة، الألم، الصحة النفسية، الصحة المدركة، الرفاهية الاجتماعية، العمليات

المعرفية، الحسرة، الوظيفة الجنسية، المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة العامة، بينما كان التأثير منخفض في كل من بعد عراقيل الصحة النفسية، النوم، الإشباع الجنسي وبعد الاضطرابات الهضمية.

تحصلت لويزة على نقطة 14 في التطبيق الأول في بعد الصحة البدنية ونقطة 27 في التطبيق البعدى، غير أنها تحصلت على نقطة 06 في التطبيق القبلي لبعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية و نقطة 07 في القياس البعدي، و هذا ما يظهر من خلال الجلسات العلاجية حيث كانت الحالة رافضة لحالتها الصحية و عدم تقبلها لمرضها مما دفعها إلى رؤية صحة بدنية جيدة غير أن العياء و العراقيل الناتجة عن المرض لم تسمح لها كي يكون هنالك تأثير في بعد العراقيل الصحة البدنية، بينما في بعد الطاقة بعدما تحصلت على نقطة 06 في التطبيق القبلي كانت النتيجة جد إيجابية في القياس البعدي بنقطة 14 و هذا ما يبين تأثير تقنية اللصق في تحسن إدراكها لطاقتها خلال الجلسات العلاجية، كما أظهرت رغبتها في تغير قراراها بإعلام العائلة عن مرضها فتغيرت نقطة المساندة الاجتماعية من 07 في القياس القبلي الى نقطة 15 في القياس البعدي و هو النتاج الأخير للجلسة الثامنة حيث عبرت الحالة عن الزامية التكيف مع المرض مما يساعد في تحسن إدراك نوعية الحياة من نقطة 06 في القياس القبلي الى نقطة 13 في القياس البعدي هذا ما يدل على فعالية تقنية اللصق في تحسين إدراك نوعية الحياة.

3.2. خلاصة الحالة الثانية

كانت المشاركة في الدراسة لحالة "لويزة" بمثابة تجربة بصدفة لكن جاءت في الوقت المناسب أين كانت بأمس الحاجة الى مساندة و مساعدة لتخطي العديد من العراقيل و أخذ القرار المناسب لإشراك العائلة في مساعدتها، حيث كان وسيط اللّصق كمرآة لما يجري بداخلها من أسئلة لم تكن قادرة للتعبير عنها أو أنها لم ترغب في التعبير عنها، و لكن السند الملموس قد مكنها من وضع بعض الضوء للنقاط السوداء عن حالتها، كما كان الإطار العلاجي سندا و حافزا آمنا للعلاقة العلاجية، و هذا ما لاحظناه خلال بداية للجلسات العلاجية فمن التردد في الجلسة الثانية الى بداية التطبيق مباشرة في الجلسة الرابعة.

كانت حالة لويزة غير متقبلة لحالتها الصحية و غير راضية عن طبيعتها المنعزلة عن الاخرين، لذلك تجد صعوبة في التعبير خاصة في الجلسات الأولى حيث عبرت عن رغبتها في المشاركة بحجة الفضول فقط و لكن و بعد الحصص العلاجية نلاحظ أن لويزة قد طلبت المساعدة بطريقة غير مباشرة دون إفصاح عن حاجتها للتفريغ و التعبير عن معاناتها، كما أن سهولة الترميز بواسطة تقنية اللّصق ساعدت الحالة للتعبير بعدما كان ذلك صعبا بالنسبة لها.

3- مناقشة عامة للنتائج

انطلاقا من نتائج القياس القبلي لنوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي سجلنا درجات منخفضة في مستوى ادراك نوعية الحياة في جميع أبعاد الاستبيان و هو ما نصت عليه الفرضية الاولى، و هذا ما يتوافق مع العديد من الدراسات التي بينت التأثير السلبي الذي يحدثه مرض التصلب اللويحي على نوعية الحياة بأبعادها لدى هذه الفئة من المرضى، منها دراسة فيرناي2000 Vernnay و آخرون أثناء بنائهم لاستبيان sep-59حيث أن تدهور الصحة العقلية، و محدودية الحالة الجسمية و نوعية المرض التي تتصف بالتدهور التدريجي كلها أعراض تؤدي إلى القلق و ظهور اضطرابات نفسية كالاكتئاب مما يؤدي إلى تدني مستوى إدراك نوعية الحياة، و هي نفس النتيجة التي توصلت اليها دراسة مهاوش 2015 التي بينت أن مرضى التصلب اللويحي يعانون من جملة من الاضطرابات و المشكلات و من أبرزها عدم قدرة المريض على التأقلم و التكيف بحياته اليومية، مما يؤدي إلى نوعية حياة منخفضة، و ذلك يرجع إلى طبيعة المرض و عدم التنبؤ به، و بالتالي ليس لدى المريض القدرة الكافية للتكيف مع الوضع الجديد (العجلان،2020)، هي نفس النتيجة لدراسة بيار كلافيلوا 2009 Pierre Claveloaالتي بينت انخفاض مستوى نوعية الحياة المدركة بأبعادها لدى هذه الفئة، كما أن التغيير الطارئ بسبب المرض يسبب صدمة نفسية للمريض و محيطه مما يؤثر على نوعية المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض هذا ما يفسر انخفاض في بعد المساندة الاجتماعية، و هو ما لاحظناها في الحالة الثانية ل"لويزة " التي رفضت إعلام العائلة عن مرضها، و كذا يؤدى التصلب اللويحي إلى عجز وظيفي في مختلف الجوانب المعرفية منها و النفسية، هذا ما يفسر انخفاض في كل من بعد الصحة النفسية، العمليات المعرفية، الصحة البدنية و بما فيها الاضطرابات الهضمية، كما يضيف بير كلافيلوا 2009 Pierre Claveloaأن دراسة نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي جد مكثفة مقارنة بالأمراض العصبية الأخرى، و هذا لعدة أسباب و أهمها محاولة البحث لإيجاد تدخل علاجي ملائم لمساعدة هذه الفئة، كما أن الصحة المدركة تؤثر على نوعية الحياة العامة للفرد، و هذه النتيجة تتوافق مع الفرضية الاولى للدراسة، حيث قُدر المتوسط المحسوب في بعد الصحة المدركة بـ 1.46 وهو مستوى أقل من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد مستوى منخفض في الصحة المدركة لدى المصابين بالتصلب اللويحي، و هو ما أكدته الدراسة التي قامت بها شهراوي عام 2010، التي بينت أن مستوى الرضا العام يؤثر في الصحة المدركة مما يسبب انخفاض في نوعية الحياة الذاتية، و عدم الرضا يمكن أن يظهر خاصة في شكل اكتئاب وقلق، وأنه كلما ارتفعت نسبة القلق والاكتئاب كلما انخفض تقدير نوعية الحياة (Chahraou& All, 2010)، و هذا ما يفسر لنا انخفاض في النتائج لكل من بعد الحسرة، بعد العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية، و هي نتيجة تتوافق مع

دراسة2004 Ralph HB Benoîtالذي بين أن الإعاقة البدنية تؤثر جدا على الفرد المصاب بالتصلب اللويحي خاصة و أن الإعاقة في هذا المرض تؤدي الى عرقلة من جميع النواحي مما يؤدى الى ظهور أعراض اكتئابيه و قلق عام، و لكن قياس نوعية الحياة لا يكفي لمساعدة هذه الفئة و لذلك استوجب القياس من أجل التدخل العلاجي، و من بين التدخلات العلاجية النفسة الحديثة نجد الوسائط العلاجية و لعل النتائج المتوصل اليها في دراستنا يبين أهمية العلاج باللّصق في التكفل النفسي بالمصابين بالتصلب اللويحي.

من منطلق قياس نوعية الحياة بهدف التدخل العلاجي فقد نصت الفرضية الثانية للدراسة على أن مستوى نوعية الحياة بأبعادها بعد تطبيق تقنية اللّصق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي مرتفع هذا ما يبينه جدول رقم (24)، أي أن درجات المتوسطات القبلية والبعدية لعينة الدراسة غير متساوية وذلك باستخدام اختبار (ت) للعينات المترابطة (القبلي و البعدي)، فكل من الأبعاد التي لها علاقة بالجانب النفسي قد تحسنت و نذكر بُعد عراقيل الصحة النفسية، بُعد الصحة المدركة التى تلعب دور جد مهم في كيفية تقييم نوعية الحياة الذاتية، قدر المتوسط المحسوب في بُعد الصحة المدركة ب 3.63 وهو مستوى أكبر من المستوى الفرضي 3، وعليه يوجد تحسن ملحوظ في ادراك الصحة، وتغيير النظرة السلبية الى الايجابية مما أدى الى الرفع من مستوى إدراك نوعية حياة جيدة لدى المصابين بالتصلب اللويحي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق، و هذا ما زاد تأكيده بعد حساب حجم الأثر بمعادلة ماك قيقان حيث كانت قيمة0.61 =G وهي قيمة أعلى من 0.5 مما يدل على وجود حجم أثر مرتفع، و هو ما بينته دراسة شهراوي 2010 التي ترى أن التأثير في نظرة الفرد لنوعية الصحة المدركة يؤدي الى الرفع من نوعية الحياة العامة، كما توصلت دراسة Dermane2016 الى أن استعمال الوسائط العلاجية يساعد في تحسين طريقة التعامل مع الفريق الصحي، و هو ما بينته الدراسة الحالية في بعد المساندة الاجتماعية حيث قدرت قيمته ب 0.64 =G، فاللجوء الى الوسائط العلاجية المبنية على الفن يساعد في سهولة التواصل مع اختصاصي الصحة و يساهم في سلوكيات التعاون ما بين المريض و المعالج، و يساعد المريض في ادراك المجهودات التي يتلقاها من طرف المحيطين به فمثلا تم استعمال الرسم لمساعدة مختصي الصحة للتعرف على الأعراض المرضية لدى الأطفال الذين يعانون من السرطان Hyslop2018، كما تم استعمال صور فوتوغرافية لدى مرضى السرطان للكشف عن مصادر الحسرة اثناء التشخيص و العلاج (Wong. 2019)، و هي نفس النتيجة التي توصلت اليه الدراسة الحالية حيث أن قيمة درجة التأثير في بعد الحسرة كانت ب 0.74 و هي قيمة مرتفعة، و هذا ما يتوافق مع دراسة 2018

Olmi عن أهمية العلاج بالفن و الوسائط العلاجية في مجال التكفل الطبي و النفسي بمختلف الأمراض المزمنة، حيث أن الفن كوسيط علاجي يخفض من درجة القلق و يساعد المريض في تغيير الأفكار السلبية و الخروج من التفكير النمطي المرتكز على المرض، مما يدفعه الى التفكير الإبداعي و تناسي المرض، هذا ما بينته دراسة أولمي Olmi 2018 بعد تطبيق تقنية التلوين على رسومات معقدة في الخفض من درجة قلق العلاج لدى مرضى السرطان و التي توصلت الى نتائج جد إيجابية.

بينما بينت نتائج الفرضية الثالثة أهمية تقنية اللّصق في إدراك نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي،حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابين بالتصلب اللويحي في القياس القبلي والقياسالبعدي في نوعية الحياة و ذلك لصالح القياس البعدي،و هذا ما يبينه الجدول رقم (25)، حيث قدرت قيمة اختبار (T. Test)ب8.045 في حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.001، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة العامة في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، و هي نفس النتيجة في بعد الصحة البدنية قيمة اختبار (T. Test)تساوي 4.000 حين أن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.016، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الصحة البدنية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، وهذا يعني انخفاض الاعراض النفسية مما أدى الى الشعور بصحة نفسية جيدة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على وسيط اللّصق. كما كان الحال في بعد الصحة النفسية حيثأن قيمة مستوى الدلالة(Sig) تساوي 0.000، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الصحة النفسية في القياس القَبلِي والقياس البَعدِي لصالح القياس البَعدِي، هذا ما يدل على أن وسط اللصق قد أثر على نوعية الحياة بأبعادها لدى المصابين بالتصلب اللويحي،و هذا ما بينه الجدول رقم (27) و يعززه قياس حجم الأثرفي بعد نوعية الحياة العامة الذيقُدر بقيمة G=0.67 وهي قيمة أعلى من 0.5 مما يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على وسيط اللّصق قد أدى إلى إدراك إيجابيلنوعية الحياة والقيمة المتوصل اليها تدل على وجود حجم أثر مرتفع، فالعلاج القائم على اللّصق قد أدى إلى الرفع من الشعور بنوعية حياة جيدة و الخفض من أعراض الحسرة و القلق، و هذا ما اشارت اليه منظمة الصحة العالمية OMS 2019في تقريرها 67بعنوان Quels sont les preuves du rôle des arts dans l’amélioration de la santé et du bien-être ? اعام 2019 ، حيث سلمت بالتأثير الإيجابي للوسائط العلاجية في التكفل النفسي بصفة عامة و على بعض الاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتاب، كما بينت دراسةدودرو de Dreu 2015أهمية وسيط الرقص المصاحب لإيقاع موسيقي لمساعدة المصابين بالأمراض العصبية المنشأ كمرض الباركنسون، حيث سجل المرضى الذين استفادوا من حصص الرقص بالموسيقى كوسيط علاجي تحسن جد ملحوظ على مستوى التناسق الحركي، سرعة المشي و كذلك الرفع من مستوى

إدراك نوعية الحياة المتعلقة بالصحةSharp2014، و ذلك لآن الرقص يثير مناطق المادة الرمادية في الدماغ مما يساعد في تنشيط مسارات عصبية تشبه تلك المستعملة في حالة ممارسة تمارين رياضية بانتظام مما يؤثر على الحالة النفسية للمرضى و ذلك برفع من نسبة السيروتونين في الجسم و الشعور بالراحة النفسية، و مقارنة بالمرضى الذين استفادوا من التمارين الرياضية فان وسيط الرقص بالموسيقى لديهتأثير جد كبير مقارنة بالعلاج الكلاسيكيVolpe 2013.

كما بينت دراسة Liu 2019 أن استعمال وسيط الغناء الجماعي يساعد في نظرة الفرد الى صحة عقلية جيدة و خفض من درجة الاكتئاب و يحسن من نوعية الحياة، و هو ما توصلت اليه الدراسة الحالية فقد كان حجم التأثير في بعد العراقيل الناتجة الصحة النفسية بقيمة 0.80 وهي قيمة أعلى من 0.5 مما يدل على وجود حجم أثر مرتفع بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على اللّصق، كما نلاحظ ارتفاع في حجم التأثير في بعد الصحة البدنية الذي قدر ب 0.77 و هي قيمة أعلى من 0.5 مما يدل على وجود حجم أثر مرتفع مما يبين أهمية تقنية اللصق في الرفع من ادراك الصحة البدنية و هذا ما توصلت اليه دراسة Conklyn2010حيث بينت أن الرقص بوسيط الموسيقي يرفع من سرعة المشي و مدته لدى المصابين بالتصلب اللويحي، كما يساعد في التوازن و عدد الخطوات في الدقيقة لدى مرضى المصابين بالتصلب اللويحي.

كما تقول آن برون Anne Brunne 2021فيما يخص تقويم العلاجات النفسية المبنية على الوسائط العلاجية أن الشيء المهم هو التقييم لأدلة مبنية على الممارسة العيادية « la preuve fondée sur les pratiques »فهو يعتمد جزئيا على تحليل تطور التجارب و المواقف التي يوجهها الفرد في حياته اليوميةبالتركيز على أدلة تطبيقية و من بين السيرورات الأساسية التي تساعد في الشعور بنوعية حياة جيدة هو قدرة تقنية اللّصق لمساعدة المرضى في التعبير العفوي و طباعة المشاعر السلبية و إعطاء تمثيل خارجي لمختلف المشاعر السلبية (Anne.2021)، و من خلال قياس حجم الأثر لتقنية اللّصق على نوعية الحياة العامة كانت قيمته تقدر ب G=0.67 و هي قيمة أعلى من 0.5 مما يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على الوساطة العلاجية باستعمال وسيط اللّصق قد أدى الى رفع مستوى إدراك نوعية الحياة و القيمة المتوصل اليها تدل على وجود حجم أثر مرتفع، حيث سمحت جلسات العلاج باللّصق بالترميز للأحداث الغير معبر عنها بطريقة تمثيلية إسقاطيه على الوسيط المستعمل و هو اللّصق، مما يعطي لها شفرة في المجال النفسي و في المجال الملموس الحسي كصورة معبرة باقية لطباعة الحالة النفسية للفرد، و كصدى للواقع النفسي الداخلي للفرد مما يسمح له بالتفريغ و الشعور بالراحة(Rabeyron.2017)، و كل هذا يعتمد على خصائص الوسيط المستعمل، فكلما كان الوسيط المستعمل حسي مرن كلما كان معبرا و سندا لمساعدة المريض للتفريغ، و هذا مابينته

دراسة2017Aguilarحول L'efficacité de l'art-thérapie chez les patients pédiatriques en oncologie حيث أن الأطفال الذين شاركوا في أشكال مختلفة من تدخلات الرسم قد تحسنت طريقة التواصل مع الأسرة و مقدمي الرعاية الصحية، كما اصبحوا قادرين على التعبير الانفعالي بكل ليونة و بشكل أفضل عن مشاعرهم الكامنة، كما يساعد في تحسين نوعية الحياة العامة، كما بينت دراسةديفينصبيرنة2012 Sabrina Devinبعنوان « Effets de l'art-thérapie, à dominante peinture, sur l'estime de soi et la qualité de vie de patients atteints de sclérose en plaques » الى أهمية وسيط الرسم في خفض أعراض العياء، و التخفيض من درجة الحسرة و القلق، غير أن بعض الأبعاد لم يكن لها تأثير كالألم، و هي نفس النتيجة للدراسة الحالية و هذا راجع إلى أن الألم عبارة عن عرض عضوي و ذاتي فربما يكون عدم التأثير كتعبير نفسي غير شعوري عن شدة المعاناة النفسية لهذه الفئة و عدم تقبل المرض، و بُعد الوظيفة الجنسية و الإشباع الجنسي ذلك أن مرضى التصلب اللويحي لنقص القدرة التحسسية عندهم قد يؤثر على تقدير الذات لديهم و هذا ما بينته دراسة نجلة حلواني NajlaHalouani في دراستها بعنوان «Dysfonctionnement sexuelles et estime de soi dans la sclérose en plaques :étude tunisienne » توصلت الدراسة الى ان ما يقدر ب 66,7% يعانون من اضطرابات جنسية، و إن ما يقدر بنسبة % 59,1 من الرجال و 55 % من النساء لديهم تقدير ذات منخفض، كما بينت الدراسة ان السبب الرئيسي للمشاكل الجنسية راجعة الى درجة الاعاقة الناتجة من التصلب اللويحي .(Halouani,2019)

خلصت الدراسة الحالية الى أهمية العلاج بالوسائط العلاجية في التكفل النفسي بصفة عامة، ونجاحه التكفل النفسي لمرضى التصلب اللويحي بالعلاج بتقنية اللصق كوسيط علاجي يسمح بالتفريغ الانفعالي و يساعد في ادراك إيجابي لنوعية الحياة العامة الجيدة لدى هذه الفئة من المرضى، فيساعد في التقليل من العراقيل النفسية الناتجة عن الاعراض النفسية الجانبية للمرض، و هذا ما يبين أهمية الوسائط العلاجية في تحويل ما هو غير معّبر الى تعبير رمزي، حيث توصل وينيكوت(1971) Winnicott الى أن اللّعب يحِول المواقف الصعبة و القاسية التي لا يمكن التعبير عنها الى مواقف يمكن الترميز لها، فغالبا ما يكون دور الوسيط درو حسي، يسمح للمفحوص الربط ما بين المشاعر الغير معبر عنها و الترميز لها بطريقة حسية تتمثل فيخصوصيات الوسيط، و لهذا وجب على الفاحص أو المعالج النفسي اختيار وسيط يتلاءم مع إشكالية المفحوص، فمثلا اختيار وسيط اللّصق لم يأتي بالصدفة في الدراسة الحالية، بل هي عبارة عن مواصلة الربط ما بين ما هو ماضي جيد يعبر عن الصحة و مستقبل مريض، فهو إعطاء معنى لمادة أوراق، جرائد و غيرها كان مصيرها الرمي الى تجديد حياة أخرى و معنى آخر مما يعبر عن إمكانية الربط ما بين المرض و تقبله كمجرى حياة أو كمرحلة من مراحل الحياة، فالعلاج بالوسائط

العلاجية يكون خاصة في إمكانية إعطاء ترميز لأحداث لدى الأفراد الذين لا يمكن لهم الترميز لها دون حضور الموضوع، و هذا بإعطاء الفرصة للتعبير عنها بأمور حسية و ادراكية.

وقد أظهرت مجموعة البحث العلاجية المقدمة هنا كيف تسمح تقنية اللّصق لدى المصابينبمرض التصلب اللويحي إمكانية الانتقال من صعوبة التعبير و الترميز الى الترميز دون حضور الموضوع، فهي تسمح للوصول الى عمليات التملك الذاتي (processus d'appropriation subjective) و هذا لعملهم مع الوسيط (اللّصق) و العلاقة العلاجية مع المعالج، فالوسيط العلاجي المبني على اللّصق يساعد في إعادة تشكيل الاحداث المؤلمة و تقبل المرض، مع إمكانية دمج الحالة الصحية المريضة بالوسيط، فكل هذا يسمح بالانتقال من نقطة عدم القدرة على الترميز (désymbolisation)الى تصوير الترميز figuration de la symbolisation) ، و من بعدها ظهور عمليات الترميز (l'émergence de processus de symbolisation)

- الاستنتاج العام

يعتبر مرض التصلب اللويحي اضطراب عصبي يصيب الشاب الراشد، و لعل تشخيص المرض يتطلب العديد من الفحوصات و الكشوفات للتوصل الى وضع تشخيص نهائي عن نوع التصلب اللويحي، حيث أن تشخيص التصلب اللويحي يكون بطريقة اقصائية و هذا حسب ما تم التطرق اليه في فصل التصلب اللويحي، كما أن التنبؤ بمآل المرض جد صعب، خاصة و أن الأسباب الرئيسية و المباشرة للمرض غير واضحة الى يومنا هذا رغم التقدم العلمي، و تبقى العراقيل الجسدية الناتجة من النكسات و الإعاقة التابعة لها تعرقل الشخص المريض من أداء أبسط النشاطات اليومية حتى المشي، و هذا ما يؤثر سلبا على الحالة النفسية لمرضى التصلب اللويحي مما يؤدى الى ظهور اضطرابات نفسية متعددة، من قلق و اكتئاب و فقدان الثقة في النفس، و تقدير ذات منخفض، كلها اضطرابات تستلزم تكفل نفسي، خاصة و إذا علمنا ان كل هذه الاضطرابات النفسية تؤدى إلى إدراك سلبي و منخفض لنوعية الحياة.

ولعل من بين الطرق العلاجية النفسية التي يمكن ان تعطي نتائج إيجابية هي اللجوء الى الوسائط العلاجية كوسيلة لإعطاء الفرصة لهؤلاء المرضى للتعبير عن شعورهم وتغيير نظرتهم للمرض و تحسين نوعية الحياة لديهم، فقد بينت نتائج الدراسة أهمية استعمال وسيط اللّصق في تحسين إدراك نوعية الحياة لدى مرضى التصلب اللويحي.

ومن خلال ما سبق ذكره والنتائج المتوصل اليها يمكن فتح المجال وآفاق بحث جديدة حيث يمكن اقتراح بعضا منها ونذكر:

- إجراء دراسة مقارنة ما بين افراد مصابين بالتصلب اللويحي استفادوا من العلاج بالوسائط العلاجية كاللّصق وأفراد مصابون بالتصلب اللويحي ولم يستفيدوا من العلاج بالوسائط العلاجية اللّصق.
- إجراء أبحاث ودراسات بتطبيق وسيط آخر غير تقنية اللصق على فئة من مرضى التصلب اللويحي لمعرفة مدى فعاليته في إدراك نوعية الحياة لدى هذه الفئة كالعجينة أو الطين لما له من أثر حسي يمكن ان يساعد في تحسين الحالة النفسية والتخفيف من الاثار السلبية للمرض.
- تطبيق الوسائط العلاجية في مختلف المصحات العقلية والخروج من العلاج الكلاسيكي المتمركز على التعبير اللفظي في التكفل النفسي.
- محاولة اثراء الطلبة الباحثين بمجال العلاج بالوسائط العلاجية خلال مشوارهم الجامعي وفتح تخصص العلاج بالفن والوسائط العلاجية.

المراجع

- ابراهيم، ع. (1987). *مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية*. مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- أبو شنب، ج. (2007). *البحث العلمي المنهج الطرق والأدوات*، دار المعرفة الجامعية، كلية الآداب أبوعلام، ر. (2007). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. ط06. دار النشر للجامعات. القاهرة.
- أشرف، م-ع. (2005). *تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة*. ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية في دول الخليج، الرياض، مكتب التربية العربي لدول الخليج.
- بحاش، ع-ا. (2019). أهمية أساليب الدلالة العملية في ترشيد نتائج وخلاصات البحوث النفسية والتربوية، المجلة العربية لعلم النفس، 07، ص 248-259. http://search.shamaa .org/PDF/Articles/MRAjp/AjpNo7Y2019/ajp_2019-n7_248-259.pdf
- بركات، م. (1994). *علم النفس العيادي*، دار الملايين. بيروت.
- بعيبع، ن. (2010). *جودة الحياة ذوي الاحتياجات الخاصة الوجه الاخر لاستقلالية، جمعية ستيفن للصحة النفسية جامعة باتنة الجزائر* https://assps.yoo7.com/t238-topic
- البقلي،ا (17 و 18 ديسمبر 2014). *مفهوم نوعية الحياة: النشأة والتطور*. المؤتمر السنوي الثالث والربعين قضايا السكان والتنمية الواقع وتحديات المستقبل بعد 2015. https://www.acad emia.edu/34619855/
- بلكويرات، ص.، شريفي، هـ.، (2018). *فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة)*. دراسات نفسية، 09(01)، 64-82. https://www.asjp.cerist.dz/en/article/66881
- بن بوزيد،م. (2020) . تقييم القدرات المعرفية عند المصاب بالتصلب اللويحي المتعدد، اللسانيات، 26(01)، 45-60.https://www.asjp.cerist.dz/en/article/11844360
- بوعمامة، ح. (2019). جودة الحياة: المفهوم والابعاد (دراسة تحليلية). مجلة العلوم النفسية والتربوية، 01(06)، 336-343. https://www.asjp.cerist.dz/en/article/87167
- حمايدية، ع. (2016). التكفل النفسي بالامراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن [دكتوراه في علم النفس العيادي]. http://dspace.univ-setif2.dz/. URI : http://hdl.handle.net/setif2/653

- حمدي، أ. *(2010). تحسين نوعية الحياة للنساء المتسولات: دراسة ميدانية في مدينة أسيوط. مجلة الآداب والعلوم الإنسانية.70(02).ص 743-811. DOI : 10.21608/fjhj.2010. 132242*
- خليل، ع-ا. (1998). *علم النفس الاكلينيكي المنهج والتطبيق*. (ط01). أتراك للنشر و التوزيع القاهرة .
- الدراركة، م.، السبلي، ط. (2002). *الجودة في المنظمات الحديثة. (ط01)*. دار الصفاء للطباعة والنشر و التوزيع. عمان. الأردن.
- دودين،ح م(2010).التحليل الاحصائي المتقدم للبيانات باستخدامspss ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن.
- دويدري،ر.(2000). *البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العلمية*. (ط01).دار الفكر. دمشق. سوريا.
- زروقي،ع. (2008). *اختيار عينات البحث: أنواع العينة*. دار الطلعة للطباعة والنشر. بيروت. لبنان.
- زعطوط، ر. (2005). *علاقة الاتجاه نحوى السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة* [مذكرة ماجستير في علم النفس الاجتماعي] . http://hdl.handle.net/123456789/979
- زناد، د.، خرايفية، أ. (2015). نوعية حياة المرضى المصابين بالتصلب اللويحي، *مجلة الباحث*، 07(02).73-97. https://www.asjp.cerist.dz/en/article/23949
- سليمان، س. (2010). *أدوات جمع البيانات في البحوث النفسية والتربوية*. عالم الكتب. القاهرة.
- سيد، م. 2017، الفاعلية الإحصائية مفهوماً وقياساً، مجلة تربويات الرياضيات، 20(01)،150-165. https://armin.journals.ekb.eg/article_81118_3df96f2cceaa8d9.pdf 2cf9032eb9fe58805
- شحاته عرقوب ح. (2010). جودة الحياة لدى أطفال المؤسسات الإوائية و ميولهم المهنية دراسة مقارنة مع الأطفال الذين يعيشون مع اسرهم. مجلة كلية التربية بدمنهور، 02(02)، 145-165. 2014. https://journals.ekb.eg/article_96429_5e662025a4b69d9347dd3276169a17d5.pdf

- صابر، س. (2008). فاعلية استخدام العلاج بالفن "الرسم" في التخفيف من الوحدة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة: دراسة إكلينيكية علاجية. *مجلة كلية التربية، 02 (39).ص 475-545*. https://bu.edu.eg/portal/uploads/Education/Mental%20Health/2273/publications/Samia%20Mohammad%20Saber%20_sa2.pdf
- صندوق تنمية الموارد البشرية. (2017). توافق الخدمات التيسيرية المقدمة للأشخاص ذوي التصلب اللويحي المتعدد، المملكة العربية السعودية.https://www.hrdf.org .
- عبيدات، م.، أبو نصار، م.(1999). *منهجية البحث العلمي: القواعد و المراحل و التطبيقات. (ط02)*. دار وائل للنشر ، عمان-الأردن.
- العجلان، ش ذ أ.، الخثمعي، ص س. (2023). الاتجاه نحو العلاج البديل والتوجه نحو الحياة وعلاقتهما بمستوى الصحة النفسية لدى مرضى التصلب اللويحي. جامعة الأزهر كلية الت ربية بالقاهرة مجلة التربية. 199(04). ص ص 371-412. https://journals.ekb.eg/article_319997_f7f8bf845c6feedbd4e3d42d331af0cf.pdf
- عكاشة،ا.(2001).آفاق في الإبداع الفني: رؤية نقدية. دار الشروق للنشر. مصر.
- عليان، ر. (2001). *البحث العلمي، اسسه، اجراءاته، مناهجه واساليبه*. بيت الأفكار الدولية، الاردن.
- العواملة، ن. (1995). *أساليب البحث العلمي وتطبيقاتها في الإدارة*. مكتبة الانجلو سكسونية القاهرة. مصر.
- غزالي، ج.، (2014). *تقييم نفس عصبي للمهارات المعرفية لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد*. قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر2.اطروحة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس وعلوم التربية.
- فواطمية، م. (2018). الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي -دراسة ميدانية ببعض المدارس التعليم الابتدائي بولاية مستغانم [أطروحة دكتوراه في علم نفس العمل والصحة العقلية، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم]. http://e-biblio.univ-mosta.dz/bitstream/handle/123456789/3807/CD90.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- الكاظمي، ظ –هـ(2012). التطبيقات العملية لكتابة الرسائل والأطاريح التربوية والنفسية (التخطيط والتصميم). دار الكتب العلمية.
- معمرية، ب. (04–05 فيفري 2020). جودة الحياة تعريفاتها محدداتها مظاهرها أبعادها. أعمال الملتقي الوطني الاول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر الابعاد والتحديات. جامعة الوادي. http://dspace.univ-eloued.dz/handle/123456789/7572
- مهاوش، خ ح. 2015 نوعية الحياة واستراتيجيات التعامل لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، الأردن.https://yarab.yabesh URI : .ir/yarab/handle/yad/391766
- ناصري، م.ش.، عبدلي، ف.، هدوش، ع. (2020). استخدام حجم الاثر في اختبارات t وفق المنهج التجريبي ضمن بحوث علوم الرياضة. الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، 12(02). المجلد 12، 296–307. https://www.univ-soukahras.dz/wpuploads /eprints/2020-767-ee06b.pdf
- نائل، ن.، حافظ، ح. (1995). أساليب البحث العلمي، الأسس النظرية وتطبيقها في الإدارة، (ط1). الأمارات.
- نحوي،ع. (2010). العلاج النفسي عن طريق البرمجة العصبية اللغوية [أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة الإخوة منثوري قسنطينة].

– المراجع باللغة الأجنبية

- Aguilar BA. (2017). L'efficacité de l'art-thérapie chez les patients pédiatriques en oncologie : *une intégrative revue de littérature. J Pediatr Nurs*. 2017 ; 36 : 173–8. doi: 10.1016 / j.pedn.2017.06.015.
- Alain, D. **(**29/04/2021). *La Land Art thérapie, pour se reconnecter à l'élan vita*l. [Sommet Virtuel d'art-thérapie francophone]. https://bit.ly/sommet-at-coffret
- Andalman, R. Attkisson, C. Zima, B. & Rosenblatt, A. (1999). Quality of life of children, Use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, Mahwah. New jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Angers. M, (1992). *Initiation pratique a la méthodologie des sciences humain*. Anjou, Centre éducatif et culturel INC. Canada.
- Anthony, F. Fazio,A. (1977). Une étude de validation simultanée du programme de bien-être général du NCHS , université of Wisconsin-Milwaukee

- Arévalo, J-C. (2007). Évaluation interne et recherche-action. Dans Empan. 04 (68).p 144-146. https://www.cairn.info/revue-empan-2007-4-page-144.htm&wt.src=pdf
- Atlas of MS, (2013*). maping multiple scelerosis around the world*. https://www.msif.org/wp-conte nt/uploads/2014/09/Atlas-of-MS.pdf
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. Dans Enfances & Psy. 03(15). https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-3-page-41.htm
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. et Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, 25(24), 3186-3191. https://methodorecherche.com/wp-co ntent/uploads/2019/03/Transcript ion-E04 3.pdf
- Bertin,J. , Genty.M. Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de la sclérose en plaques. Sciences cognitives. 2015 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas académie de paris université paris pierre et marie curie mémoire pour le certificat de capacite d'orthophoniste 01212307i. ffdumas-01212307.
- Blanchard, A., & Charles, J., (2015). L'Art-thérapie moderne : un complément de soin original. Le courrier de la sclérose en plaque, N°144.19-20
- Blanchot, Ch. (2013). *Détection des troubles cognitifs précoces dans la sclérose en plaques* [mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, université de Poitiers]. https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/94925 cec-6eca-4331-9308-42103ab181c4
- Bonneville-Hébert. (2014). L'interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle : son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique. [Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en psychologie, université du Québec à Montréal]. https://archipel.uqam.ca/8593/1/D2701.pdf
- Bouabdallah, L. & Hamaidia, A. (2016). Étude d'un cas abordé selon deux cadres de références : approches systémique et psychanalytique. Nouvelles perspectives en sciences sociales, 11(2), 105–127. https://doi.org/10.7202/1037104ar
- Boukhlif-Chaouch, M. (1984). Profil épidémiologique et évolutif de la sclérose en plaques dans la wilaya d'Alger, thèse doctorat en neurologie faculté de médecine université de Tlemcen.
- Boyer-Labrouche, A. (2017*). Manuelle d'art-thérapies*. (3e éd). Paris : Dunod.
- Boyer-Labrouche, A. (2012). Manuelle d'art-*thérapies*. (4e éd). Paris : Dunod.
- Bradburd, N.M. (1969). The structure of Psychological Weil-Being, Aldine Publishing Company. Chicago.
- Brochet, B., et al. (2017). La Sclérose en Plaques -Clinique et Thérapeutique. Paris : Elsevier Masson.
- Bruchon-Schweitzer, M. Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé. In Le Journal des psychologues.7(260). 28-32. https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-28.htm
- Bruchon-Schweitzer,M. Boujut,E. (2014). Psychologie de la sante : concepts, méthodes et modèles. Dunod.

- Bruchon-Schweitzer,M. Siksou,M.2002 Marilou Bruchon-Schweitzer, Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod.
- Brun, A. (2012). Les médiations thérapeutiques dans les cliniques de l'extrême. Dunod.
- Brun, A. (2013). Construction du cadre-dispositif en situation individuelle ou groupale. Dans : Anne Brun éd., *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp. 95-121). Paris : Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.chouv.2013.01.0095
- Brun, A. (2014). Médiations thérapeutiques et psychose infantile. (2e éd). Paris : Dunod.
- Brun, A. (2019). Les logiques du jeu dans les médiations thérapeutiques, Psic. *Clin., Rio de Janeiro,31(2), 231 – 257*. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/03.pdf
- Brun, A., Schauder,S., (2021). *Médiations thérapeutiques*. Dans Ce que les psychanalystes apportent à l'université. https://www.cairn.info/ce-que-les-psychanalystes-apportent-a-l-universite--9782749271897-page-121.htm.
- Brun,A. (2015*).* Processus créateur et figuration des traumas corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*. 2015/1 (91),9-26. https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2015-1-page-9.htm.
- Campbell, A., (1981), *The Sense of Well-Being in America,*New-York. *In American Political Science Review* , 75(03). 763 – 764. DOI : https://doi.org/10.2307/1960993
- Canceil,O. & Cottraux, J & all. (2004). Expertise collective : Psychothérapie trois approches évaluées. Paris:(INSRM) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570642.
- Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns,* New-Brunswick. Rutgers University Press.
- Céléstin–lhopieau, I. & Thbault-Wanquet, P. (2006*). Guide pratique psychocorporelles*. Masson.
- Chahraou, K, . Bonin, B., Couvreur, G., Fromont, A. , Viegas, N., Moreau, T.(11Mars 2010). Profil de qualité de vie subjective chez les sujets atteints de sclérose en plaques *Revue Neurologique*. 166(8-9). P745-749 https://doi.org/10.1016/j.neurol.2010. 01.014 PMID: 20226491
- Chainey,R**.** 29/04/2021 "Ruches d'art, pratique publique d'art-thérapie" Le sommet
- Charles,J. (2014). *L'art-thérapie moderne, complément de soin original*, dans Le courrier de la sclérose en plaque. https://art-therapie-tours.net/wpcontent/uploads /2019/06/article-at-dans-courrier-scl%C3%A9rose-en-plaque.pdf
- Chiland, C. (1983). Lentretein clinique. PUF.
- Chouvier, B. & Hamaidia, A. (2008). Art thérapie ; Médiation thérapeutique : alternatives modernes et efficaces dans le domaine psychothérapique. France : Université Lumière Lyon2.
- Claveloua,P., Auclairb, C., Taithea, F., Gerbaud,L. (2009). La qualité de vie des patients souffrant de sclérose en plaques. Revue neurologique.165(4). 123-128. https://www.em-consulte.com/article/208493/la-qualite-de-vie-des-patients-souffrant-de-sclero

- Confavreux, C., Hutchinson, M., Hours, MM., Cortinovis-Tourniaire, P., & Moreau, T. (1998). Rate of pregnancy-relatedrelapse in multiple sclerosis. Pregnancy in multiple sclerosis group. N Engl J Med; 339 : 285-91.
- Conklyn D, Stough D, Novak E, Paczak S, Chemali K, Bethoux F. (2010). Un programme de marche à domicile utilisant la stimulation auditive rythmique améliore les performances de marche chez les patients atteints de sclérose en plaques : une étude pilote. Neurorehabil Réparation neurale. 24 (9): 835–842. doi :10.1177 / 1545968310372139
- Corrigan, P W., River,L P R ., Lundin, k. , Penn, D L. , Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, j., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak, M A. (2001).Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2).pp 187-195. *DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865*
- Corten, Ph. (1998). La Qualité de Vie est-elle un concept ? Essai de revue critique de la littérature anglo-saxonne. Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. L'Information Psychiatrique. (9) . p 922-932
- Cosnes, J. (2007). Traitements immuno- suppresseurs chez les patients à risque. Association Française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie. Lyon. France. https://www.fmcgastro.org/
d'art-thérapie phroncophone 2021**.** https://sommet-arttherapie.mykajabi.com/login
- De Beaton, L., Bombardier, C., Guillemin, F., &Ferraz M. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures, SPINE, 25,(24), pp 3186 –3191. https://journals.lww.com/spinejournal/citation/2000/12150/guidelines_ for_the_process_of_cross_cultural.14.aspx
- Deffer, G., Brochet, B., Pelletier, J., & Lyon-Caen, O. (2010). *Neuropsychologie de la sclérose en plaques*. Elsevier Masson.
- Deloire MS, Salort E, Bonnet M, Arimone Y, Boudineau M, Amieva H, Barroso B, Ouallet JC, Pachai C, Galliaud E, Petry KG, Dousset V, Fabrigoule C, Brochet B. . (2005). Déficience cognitive comme marqueur d'anomalies cérébrales diffuses dans la sclérose en plaques rémittente précoce. Neurol Neurochirurgie Psychiatrie.76(4) pp519-526 DOI : 10.1136/jnnp.2004.045872
- Demers. (2016). Cognition et qualité de vie dans la sclérose en plaques, [thèse de doctorat en psychologie, université du Québec à Montréal]. https://archipel.uqam.ca/8835 /1/D3105.pdf
- Denney, D., R.Lynch, S. G., & Parmenter, B. A., (2005). The association between cognitive impairment and physical disability in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis, 11(4), p469-476.
- Derman YE, Deatrick JA. (2016). Promotion du bien-être pendant le traitement du cancer de l'enfant : une revue de la littérature sur les interventions artistiques en tant que stratégie d'adaptation. Infirmière en cancérologie.39 (6): E1-16. doi: 10.1097 / NCC.0000000000000318.
- Diener, E. (1984). Bien-être subjectif. Bulletin psychologique, 95 (3), 542–575. https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542

- Donaz, M. (2011). Entre créativité, groupe et soin psychique du sujet âgé en mal de vieillir. Dans Gérontologie et Société.N137. P95-111. file:///C:/Users/user/Downloads /entre-creativite-groupe-et-soin-psychique-du-sujet-age-en-mal-de-vieillir.pdf
- Donzé, C. (2007). Rééducation fonctionnelle et sclérose en plaques : une vue d'ensemble. 163(6-7).pp 635-742. DOI : 10.1016/S0035-3787(07)90484-1
- Douglas, R., Denney, L., Sworowski, S., & Lynch, G. (2005) Cognitive impairment in three subtypes of multiple sclerosis Archives of Clinical Neuropsychology20 967–981, Published by Elsevier Ltd. All rights reserved. doi: 10.1016/j.acn.04.012
- Drai, R. (2018). Etude Clinique et profil évolutif des patients suivis pour une sclérose en plaques au niveau du CHU de Blida, avec une estimation de la prévalence dans la commune de Blida. [Thèse de doctorat en sciences médicales]. Université Saad Dahleb Blida. Algérie.https://di.univ-blida.dz/jspui/bitstream/123456789/9693/1/32-610-491-1.pdf
- Drai, R., Kessaci, F., Kesraoui, S., Arezki, M. (5 et 6 déc. 2003). Prévalence de la SEP dans la ville de Blida. *1er congre maghrébin de Neurologie*, Tunis.
- Dvine,S., Leen,B., Calais,G., Hauteceur,P. (2012). Effets de l'art-thérapie, à dominante peinture, sur l'estime de soi et la qualité de vie de patients atteints de sclérose en plaques. . Revue neurologique, 168(02), pp.A42, doi:10.1016/j.neurol.2012.01.103
- Dyment, D., Ebers, C., & Sadovnick, D. (2004). Genetics of multiple sclerosis, Lancet Neurol; 3. 104-110. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14747002/
- Ectors, F. (2015*).* *Physiologie humaine*, (3e éd.). Nouveaux Horizons – ARS, Paris. France
- Evers, A. (2015). *Le grand livre de psychothérapies*. Groupe Eyrolles.
- Fagot-Largeault, A. (samedi 20 juillet 2002). Diversité humaine et qualité de vie. La conférence de l'Université de tous les savoir. Intitulé du colloque.https://www.canal-u.tv/chaines/utls/la-diversite-de-la-vie/diversite-humaine-et-qualite-de-la-vie
- Ferrans, C.& Powers, M. (2007). L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques. *In Recherche en soins infirmiers*. 1(88). P32- 37. https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-32.htm
- Fischer, G., Tarquinio, C. & Dodeler, V. (2020). Chapitre 1. Santé et psychologie de la santé. Dans : , G. Fischer, C. Tarquinio & V. Dodeler (Dir), *Les bases de la psychologie de la santé: Concepts, applications et perspectives* (pp. 15-38). Paris: Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02.0015
- Flanagan, JC (1978). Une approche de recherche pour améliorer notre qualité de vie. Psychologue américain, 33 (2), 138-147. https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.2.138
- Florence, J. (1997). Art et thérapie, liaison dangereuse ? Bruxelles : Faculté universitaire. Saint-Louis.https://www.insu.be/wp-content/uploads/2018/05/JeanFlorence-art-et-therapie-Liaison-dangereuse-Part1.pdf
- Florence, J. (2014). L'art : thérapeutique ? in *Les médiations thérapeutiques par l'art.(p11-31).* Eres. https://www.cairn.info.

- Forestier, R. (2007). L'évaluation en art-thérapie : pratiques internationales. Elsevie.
- Forestier, R. (2012). L'art thérapie est-elle scientifique ? AFRATAPEM. https://www.art-therapietours.net/img/img_textesressources/actesdecongres_lille%C2%A92014Afratapem_tousdroitsreserv%C3%A9s.pdf
- Franck, N. (2010). Quels programmes de remédiation cognitive pour le premier épisode psychotique ? Paris, L'Encéphale. 36(03).pp S58-S65 www.sciencedirect.com.
- Frênette, A. (2019). L'art-thérapie et les compétences émotionnelles chez les enfants : une exploration théorique en art. [mémoire de maitise en art thérapie universite de Concordia]. https://spectrum.library .concordia.ca/id/eprint/985569/1/Frenette_MA_F2019.pdf
- Frisch, S. (2002). Psychothérapie. *Dictionnaire International de la Psychanalyse*, t. 2, Paris, Calmann-Lévy, p. 1344-1346.
- Galetta, K., & Bhattacharyya, S. (2019). Multiple Sclerosis and Auto-immune Neurology of the Central Nervous System. *Med Clin North Am. 103(2)*. p325-336.
- Gallup, G.H. (1976). Human needs and satisfactions: A global survey. *In Public Opinion Quarterly, 4(40). P.* 459-467. https://doi.org/10.1086/268332
- Gayraud-Andel, M. (2000). *Bégaiement et art thérapies*. France : Ortho.
- Gonzales, B., Chopard, G., Charry, B., Berger, E., Tripard, J., Magnin, E., & Groslambert, A. (2017). Effects of a training program involving body cooling on physical and cognitive capacities and quality of life in multiple sclerosis patients: a pilot study. Eur Neurol.78(1-2).pp71-77DOI : 10.1159/000477580
- Gouider, R., Belahouene, I., Gargouri, A., Sidhom,Y . (2011). *Epidémiologie de la sclérose en plaques dans les pays maghrébins*. JNLF. Paris. France.
- Guillaume, J.C. (2012*). Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes atteintes d'hémopathies malignes*. [Mémoire de fin d'études d'Art-Thérapie. Université François Rabelais de Médecine]. AFRATAPEM. http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Art-Therapie/2012_Art-Therapie_Collin GuillaumeJulie.pdf
- Guillemin,F., Bonbardier,C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: litterature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46* (120), 1417-1432. https://lab.research.sickkids.ca/wp-content/uploads/sites/72/2017/12/Guillemin-Crosscultural-Adaptation1993.pdf
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: A nationwide interview survey*. Basic Books. https://psycnet.apa.org/record/1960-07735-000
- Halouani,N., Smaoui,N., Ellouze,S., Dammak,M., Daoud,S., Aloulou,J., &Amami,O., (2019).Dysfonctions sexuelles et estime de soi dans la sclérose en plaques : étude tunisienne . L'information psychiatrique.(95), pp 331-338.
- Hamel, J. et Labrèche, J. (2010). Découvrir l'art thérapie, des mots sur les maux. Des couleurs sur les douleurs. Paris.Larousse.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). Synthèse d'avis de la commission de la transparence nouveau médicament neurologie TECFIDERA (diméthylfumarate).

Document élaboré sur la base de l'avis de la Commission de la transparence (CT-13005). www.has-sante.fr.

- Heinzlef, O. (2015). Psychiatric Comorbidity. Neuropsychiatric symptoms of inflammatory demyelinating, éditeur Bruno Brochet. Springer 2015. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18464-7_6
- Higue-van Steenbrugghe, F. (2016). Prise en charge globale de la sclérose en plaques. Sciences pharmaceutiques : université de Bordeaux.
- Hyslop S, Sunga L, Steina E, Dupuisa LL, Spieglere B, Vettesea E, Tomlinson D.(2018). Identification des symptômes à l'aide des dessins d'enfants de 4 à 7 ans atteints de cancer. J Oncol Nurs.36: 56–61. doi: 10.1016 / j.ejon.2018.08.004.
- INSERM .2004. Psychothérapie, trois approches évaluées. https://presse .inserm.fr/wpcontent/uploads/2017/01/2004_02_26_CP_ExpCol_Psychoterapies.pdf
- Irwin, R. Dixon, G. Kammann, R. (1975). If you Want to Know how Happy I am, you'll have to Ask me.in New Zealand Psychologist. 8(10) –P10-12.https://www.psychology.org.nz/journal-archive/PSYCH-Vol81-1979-2-Irwin.pdf
- Iu H, Song M, Zhai ZH, Shi RJ, Zhou XL. (2019). Le chant de groupe améliore la dépression et la qualité de vie chez les patients atteints de TCO stable : un essai communautaire randomisé en Chine. Qual Life Res. 2019; 28 (3): 725–735. doi:10.1007 / s11136-018-2063-5.
- Jenny, J. (2014). Art-thérapie et sclérose en plaque : l'intégration psychique d'une maladie invalidante à travers l'art-thérapie. École d'art-thérapie et d'animation : Montcherand, Suisse.
- Jones, K., Jones, A., Middleton, R., Ford, D., Tuite-Dalton, K., et al. (2014). Physical Disability, Anxiety and Depression in People with MS: An Internet-Based Survey via the UK MS Register. PLoS ONE, 9(8): e104604.
- Kerschen, P. (2010). La sclérose en plaques : aperçu historique. La Lettre du Neurologue, Vol XIVn°2. http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16042.pdf.
- Kurtzke, JF. (1980). Geographic distribution of multiple sclerosis: an update with special reference to Europe and the Mediterranean region. Acta NeurolScand 1980 ; 62 : 65-80.
- Lecourt, E., Schauder, S. (2017). Les art-thérapies : présentation. In Armand Colin. Frrance.
- Leguet, k., Carvajal, A. , Nathalie, N., Viret ,.A.C., Bataillon, J.L., Pescheux, C., & Bensa, C. (2018). L'éducation thérapeutique améliore la qualité de vie de patients SEP, Revue Neurologique, Volume (174), Supplément 1, S50-S51
- Leplège A., (1999). Les mesures de la qualité de vie, Paris, PUF, coll. Que sais-je ? Paris. Presses Universitaires de France.
- Leprieur, L, (2019). Sclérose en plaques : la maladie et les avancées thérapeutiques. Thèse Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie. HAL Id : dumas-02459204 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02459204
- Lhuillier,D,. & Waser. A-M. (2016) Que font les 10 millions de malades ?. Édition Érès.Paris.

- Lourel. M,. Gueguen,N. (2007). Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. L'Encéphale, vol.33, pp.94753, 2007https://doi.org/10.7202/1005232ar
- Lublin, FD., et al. (2013). Randomized study combining interferon and glatiramer acetate multiple sclerosis, The Combirx Study. Ann Neurol ;73(3) :327-40.
- Lucchinetti, C., Bruck, W., Parisi, J., Scheithauer. B., Rodriguez, M. & Lassmann, H. (2000). Heterogeneity of multiplesclerosis lesions: implications for the pathogenesis of demyelination. Neurol ; 47.
- Marcel, L. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. Association de Recherche en Soins Infirmiers. « Recherche en soins infirmiers ». https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-4.htm
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. American Psychologist, *35*(9), 807817. https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807
- Mercier, C & Filion, J. (1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. In Santé mentale au Québec, Aspects de la désinstitutionalisation. Volume 12(1),135-143.https://www.erudit.org/fr
- Mili, A. Hssine,A. Zouari,N.Naija,S. Ben Hlima, M. Ben Amor, S. Ben Ammou, S. (2018). L'impact de la sclérose en plaques sur la qualité de vie et la productivité au travail, In Journées de Neurologie de langue française Volume 174, Supplement 1, Pages S1-S200 (April 2018)
- Mohr, D., Goodkin, D., Likosky, W., Gatto, N., Baumann, K. & Rudick, A. (1997). Treatment of depression improves adherence to interferon Beta-1b therapy for multiple sclerosis. Arch Neurol; 54: 531–533.
- Moisset, X. (2015). Douleur et sclérose en plaques. Inserm, revue de Neurologie, N°58, Clermont-Ferrand, France.
- Moon,B. Charles, C. Thomas. (1994). Introduction to Art Therapy: Faith in the Product, Springfield. http://mys1cloud.com/cct/ebooks/9780398077969.pdf
- Moreau, T., Vialatte, A-L., Fromont, A., Maugest, L., Lizard, G., (2015). Vaccination et maladie inflammatoires du système nerveux central ? La Lettre du Neurologue ; 19 (7), 205-210
- Multiple Sclerosis International Federation. (2013) Atlas of MS, Lien URL:https://www.msif.org/wp -content/uploads /2014/09/Atlas-of-MS.pdf.
- N'Da. P. (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humainesRéussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article ; L'Harmattan ; PARIS ; France.
- Noblat, R. (2018). Effet de l'art-thérapie sur la confiance en soi d'adultes avec syndrome dépressif léger à modéré : impact de l'engagement dans l'action artistique. Article de fin d'étude du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie. Faculté de Médecine de Tours.

- Ogden, J. (2014). Psychologie de la sante. 2eme éd, paris. France.
- Olmi,E. (2018). *Art et Médecine : bénéfices des arts plastiques en médecine ambulatoire*. Dumas. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02073745/document
- OMS. (2013). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. https://apps.who .int/gb/ebwha /pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf
- Palazzolo, J. (2010). La gestion du stress et de l'aquaphobie par les TCC. Paris : Mon petit éditeur, http://www.monpetitediteur.com.
- Pasquet, P. (2018). Les traitements de fond de la sclérose en plaques chez la femme enceinte : état des lieux des demandes de renseignements reçues par le centre régional de pharmacovigilance de Limoges entre janvier 2008 et septembre 2018. [Thèse de doctorat en Pharmacie, Université de Limoges]. https://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/a4 f72f00-fba5-4f15-a8c6-0a40026a425b/blobholder: 0/P20183359.pdf.
- Paul-Laurent, A. (2014). Freud et la médiation : logique et pratique du maillon manquant. Dans Vinot., F., Vivés,J-M. *Les médiations thérapeutiques par l'art (33-66).Eres.*https://www.cairn.info.
- Peter, M., & De Bruycker,C. (2015).L'éducation thérapeutique du patient dans la SEP : Place au patient. Le courrier de la sep, n°143.
- Petropoulou, H. (2006). Profil émotionnel et cognitif au début de la sclérose en plaques : Effets différentiels des émotions sur les performances cognitives. [Thèse de doctorat en psychologie. Université de Paris 08]. Université de paris08.
- Pin, C. L'entretien semi-directif. LIEPP Fiche méthodologique n°3, 2023. ffhal-04087897ff
- Potash. J. S., Ho. A. H., Chan. F., Wang. X. L., & Cheng. C., (2014). *Can art therapy reduce death anxiety and burn out in end-of-life care workers?* A quasi-experimental study. In international journal of palliative nursing. 20(5). P 233-40. DOI: 10.12968/ijpn .2014.20.5.233
- Rabeyron,T., (2019). Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : de l'expérience sensible à la modélisation. L'Évolution Psychiatrique. 82 (2), 351-364. HAL Id: hal-02181695 https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02181695
- Ralph HB Benoît, Elizabeth Wahliga, E., Bakshic, R., Fishman, I., Munschauer, F., Zivadinov,D. , Weinstock-Guttman,B., Prédire la qualité de vie dans la sclérose en plaques : prise en compte du handicap physique, de la fatigue, de la cognition, des troubles de l'humeur, de la personnalité et du changement de comportement. In Journal des sciences neurologiques. V 231, N1 à 2, 15 avril 2005, pages 29-34
- Revault d'Allonnes, C. (1999). Psychologie clinique et démarche clinique. La démarche clinique en sciences humaines, Dunod, 2eme édition,
- Rivera, J. (2008). Art Therapy for Individuals with Severe Marital Illness, Master of arts, Faculty of the Graduate School. USA : University of Southern California.
- Sabot, M. (2015). Quand les mots et les images se mêlent : le photocollage à l'épreuve des cliniques somatiques extrêmes. In s Cliniques méditerranéennes. 1(91). 123-138. https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2015-1-page-123.htm

- Schalock, R. (1993). La qualité de vie : conceptualisation, mesure et application. In Revue francophone de la déficience intellectuelle. 4(2).137-151.https://www.rfdi.org/wp-content/uploads/2013/06/SCHALOCK_v4.pdf.
- Schauder, S., (2012). L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques ; Dunod.
- Sharp K, Hewitt J. (2014). Dance en tant qu'intervention pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson : une revue systématique et une méta-analyse. *Neurosci Biobehav Rev*, 47: 445–456. doi: 10.1016/ j. neubiorev.2014.09.009.
- Sokoloff .M, (2018). L'art de la rencontre inuite/non-inuite dans le milieu de la santé à Montréal [Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées. Université de Montréal]. Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle /1866/23388/sokoloff_melissa_2018_these.pdf ?sequence=4&isAllowed=y
- Sokoloff**.** M **.(**29/04/2021). Ce que l'artiste Inuit Michael Abraham m'a apporté comme art-thérapeute**.** Sommet Virtuel d'art-thérapie francophone]. https://www.facebook.com/groups/28628g9773063424
- Steindorsson, J. (2019). Effets et indications de la cryothérapie dans la prise en charge de la fatigue chez les patients atteints de sclérose en plaques. [Mémoire UE28. Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation]. https://kinedoc.org/work/kinedoc/6ee7c482-c4b1-4b03-a50c-dd374405680b.pdf
- Sultan,S & Varescon,I. (2012). Qualite de vie et santé. In Psychologie de la santé. (P17-40) PUF https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782130593157.htm
- Tachibana, N., Kimura, K., Kitajima, K., Shinde, A., Kimura, J. &Shibasaki H. (1997). REM sleep motor dysfunction in multiple system atrophy: with special emphasis on sleep talk as its early clinical manifestation Neurol Neurosurg Psychiatry. Nov;63(5) :678–81.
- Thierry, S., Brun,A. (2012). Qualité de vie et santé. *In Psychologie de la santé*, PUF P.17-40. https://www.cairn.info
- Uccelli, M., Summers, L., & Traversa, S. (2011). Traitements pharmacologiques et SEP. La Fédération internationale de la sclérose en plaques : MSin focus. Numéro 18.
- Vallerand, R. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques. Psychologie canadienne. 30(4). 662-680. https://psycnet.apa.org/record/1991-70954-001
- Vassel ? M-F.(2005). Réflexion autour d'un atelier collage. Enf&Psy n°26. p73-p78. file:///C:/Us ers/user/Downloads/reflexion-autour-dun-atelier-collage%20(1).pdf
- Vernay, D., Gerbaud, L., Biolay S., et al. (2000). Qualité de vie et sclérose en plaques : validation de la version francophone d'un auto-questionnaire, le SEP-59. Rev Neurol ,156(3), p 247-263
- Vinot-Coubertergues, M. & Edmond, M. (2014). Les fondements des psychothérapies de Socrate aux neurosciences. Dunod.
- Visentin, M-C. (2011). Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes atteintes de troubles neurologique. [Mémoire d'Art-Thérapie. France :

Université de médecine Tours & AFRATAPEM]. https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Art-Therapie/2011_Art-Therapie_VisentinMarieChristine.pdf

- Volpe D, Signorini M, Marchetto A, Lynch T, Morris ME. (2013). Une comparaison de la danse et des exercices irlandais pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson : une étude de faisabilité de phase II, *BMC Geriatr*.; 13: 54. doi:10.1186 / 1471-2318-13-54.
- Wainsten,J-P., Bourrillon,A., Cabanis,A., Chapuis,Y., &all (2012). Le Larousse médical. France. Lrousse.
- WHOQOL Group (1995). Quality of Life Assessment. DOI : 10.1016/0277-9536(95)00112-k
- Willer, C., & Risch, N. (2004). Parent-of-origin effect multiple sclerosis: observations. Half-siblings, Lancet 363(9423), 1773-1774. DOI : 10.1016/S0140-6736(04)16304-6
- Wong SS, George TJ Jr, Godfrey M, Le J, Pereira DB. (2019). Utiliser la photographie pour explorer la détresse psychologique chez les patients atteints de cancer du pancréas et leurs soignants : une étude qualitative. Support Care Cancer. 2019 ; 27 (1): 321–8. doi: 10.1007 /s00520-018-4330-y

– المواقع الالكترونية

- http://www.cofemer.fr
- http://www.colvir.net/prof/chantal.proulx
- https://www.futura-sciences.com

الملاحق

Mr MOUIA Yacine
Adresse: Village Tala Athmane
Tizi Ouzou
Téléphone: 0661.85.11.77

Tizi Ouzou le 20.06.2019

A
Monsieur le Professeur au
Service de Neurologie CHU de
Tizi Ouzou

Objet: Demande d'avis favorable de recherche

Monsieur,

J'ai l'honneur de venir très respectueusement solliciter votre haute bienveillance, en tant que psychologue clinicien principal et doctorant chercheur en Psychologie de la santé, de bien vouloir accorder ma demande d'autorisation d'effectuer des visites de travail au sein de votre Service, dans le cadre de la recherche scientifique, afin de réaliser une thèse de Doctorat en Psychologie de la Santé, qui s'intéresse à la qualité de vie, l'art et la médiation thérapeutique auprès des sujets atteints de sclérose en plaque.

Dans l'attente d'une réponse que j'espère favorable, je reste à votre disposition pour tout complément d'information et vous prie de croire, Monsieur le professeur, en l'assurance de mes respectueuses salutations.

CHU TIZI-OUZOU
Service Neurologie
Hôpital B

l'interessé

ANNEXE (02) autorisation de traduction du questionnaire Sep-59 a la langue arabe et kabyle

MOULA Yacine

15000 Willaya Tizi-Ouzou - Algérie

POLE SANTE PUBLIQUE

Professeur Laurent GERBAUD
Chef de Pôle

Service de Santé Publique
Professeur Laurent GERBAUD
Chef de Service
Secrétariat : 04 73 75 03 40

Unité Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (UEESP)

Unité Transversale d'Education du Patient (UTEP)
Madame Marie CHERILLAT
Infirmière coordinatrice
Secrétaire : 04 73 75 03 58

Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)
Madame Hélène DENIZOT-BOURDEL
Psychiatre – Responsable
Secrétariat : 04 73 75 44 16

C.H.U. Site Gabriel Montpied
Bâtiment Dunant - 7 place Henri Dunant
63003 CLERMONT-FERRAND

Unité Biostatistique et Informatique Médicale (UBIM)
Professeur Jean Yves BOIRE
Chef de Service
Secrétariat : 04 73 17 81 95

Faculté de Médecine (R2, 5ème étage)
28 Place Henri Dunant
63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

Service de Médecine Légale
Docteur Baptiste BOYER
Chef de Service
Secrétariat : 04 73 75 49 00

C.H.U. Site Gabriel Montpied - Centre de Biologie
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

Département d'Information Médicale
Docteur Sandra GOMEZ
Chef de service
Secrétariat : 04 73 75 03 42

C.H.U. Site Gabriel Montpied – Bâtiment 3D
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

Objet : AUTORISATION DE TRADUCTION DE SEP -59

Je soussigné Laurent GERBAUD, chef du pôle de Santé Publique du CHU de Clermont-Ferrand, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, membre de l'Institut Pascal (UMR 6602 CNRS Université Clermont Auvergne), responsable de l'adaptation au contexte français du SEP 59, questionnaire libre de droits de copyright industriel, en autorise sans frais la traduction en langues arabes, kabyles et autres langues vernaculaires algériennes aux conditions suivantes :

- citer dans la bibliographie, l'article princeps : VERNAY D, GERBAUD L, BIOLAY S, COSTE J, DEBOURSE J, AUFAUVRE D, BENETON C, COLAMARINO R, GLANDDIER PY, DORDAIN G, CLAVELOU P (2000). Qualité de vie et sclérose en plaques : validation de la version francophone d'un autoquestionnaire, le SEP-59. Rev. Neurol., 156, 3 : 246-263.

- pouvoir mettre à disposition une base de données anonymes et participer à d'éventuels travaux futurs visant à comparer la qualité de vie des patients atteints de SEP entre différents pays.

C.H.U. de Clermont-Ferrand
Service de Santé Publique
Professeur Laurent GERBAUD
7 place Henri Dunant
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél : 04 73 750 340
RPPS : 10003[illegible]

Pr Laurent Gerbaud,
Chef du pôle de Santé Publique

Auto-questionnaire Sclérose en plaque

AVANT DE REPONDRE A L'AUTO-QUESTIONNAIRE :

Nous vous prions de bien vouloir compléter les données suivantes.

Date : __ __ / __ __ / ____

Date de naissance : __ __ / __ __ / ____

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Marié(e) ☐ célibataire ☐ veuf (veuve) ☐ divorcée ☐

Nombre d'enfants :

Salarié ☐ non salarié ☐

Wilaya :

Cochez la case correspondante

COMMENT REPONDRE A L'AUTO-QUESTIONNAIRE :

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1 - DANS L'ENSEMBLE, PENSEZ-VOUS QUE VOTRE SANTE EST :

Entourez la réponse de votre choix

Excellente **1**
Très bonne..... **2**
Bonne..... **3**
Médiocre..... ..... **4**
Mauvaise..... ..... **5**

2 - PAR RAPPORT A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE,

COMMENT TROUVEZ-VOUS VOTRE ETAT DE SANTE EN CE MOMENT ?

Entourez la réponse de votre choix

Bien meilleur que l'an dernier **1**
Plutôt meilleur **2**
A peu près pareil **3**
Plutôt moins bon **4**
Beaucoup moins bon **5**

3 - VOICI UNE LISTE D'ACTIVITES QUE VOUS POUVEZ AVOIR A FAIRE DANS VOTRE VIE DE TOUS LES JOURS :

Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Entourez une réponse par ligne

LISTE D'ACTIVITES	OUI BEAUCOUP LIMITE(E)	OUI UN PEU LIMITE(E)	NON PAS DU TOUT LIMITE(E)
a - Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport.	**1**	**2**	**3**
b - Effort physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules.	**1**	**2**	**3**
c - Soulever et porter les courses.	**1**	**2**	**3**
d - Monter **plusieurs étages** par l'escalier	**1**	**2**	**3**
e - Monter **un étage** par l'escalier	**1**	**2**	**3**
f - Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.	**1**	**2**	**3**
g - Marcher **plus d'un km** à pied	**1**	**2**	**3**
h - Marcher **plusieurs centaines de mètres.**	**1**	**2**	**3**
i - Marcher une centaine de mètres	**1**	**2**	**3**
j - Prendre un bain, une douche ou s'habiller	**1**	**2**	**3**

4- AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, ET EN RAISON DE VOTRE ETAT PHYSIQUE :

Entourez une réponse par ligne

	OUI	NON
a - Avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles.	**1**	**2**
b - Avez-vous **accompli moins** de choses que ce que vous auriez souhaité	**1**	**2**
c - Avez-vous dû arrêter de faire **certaines** choses	**1**	**2**
d - Avez-vous eu des **difficultés** à faire votre travail ou toute autre activité	**1**	**2**

5 - AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, ET EN RAISON DE VOTRE ETAT EMOTIONNEL,

(VOUS SENTIR TRISTE, NERVEUX(SE) OU DEPRIME(E)) :

Entourez une réponse par ligne

	OUI	NON
a - Avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles	**1**	**2**
b - Avez-vous **accompli moins** de choses que ce que vous auriez souhaité	**1**	**2**
c - Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention	**1**	**2**

6 - AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES DANS QUELLE MESURE EST-CE QUE VOTRE ETAT DE SANTE PHYSIQUE OU EMOTIONNEL, VOUS A GENE(E) DANS VOTRE VIE ET VOS RELATIONS AVEC LES AUTRES : VOTRE FAMILLE, VOS AMIS, VOS CONNAISSANCES ?

Entourez la réponse de votre choix

Pas du tout..... **1**
Un petit peu..... **2**
Moyennement. **3**
Beaucoup..... **4**
Enormément **5**

7 - AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, QUELLE A ETE L'IMPORTANCE DE VOS DOULEURS PHYSIQUES ?

Entourez la réponse de votre choix

Nulle..... **1**
Très faible **2**
Faible **3**
Moyenne **4**
Grande **5**
Très grande..... **6**

8 - AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, DANS QUELLE MESURE VOS DOULEURS PHYSIQUES VOUS ONT LIMITE(E) DANS VOTRE TRAVAIL OU VOS ACTIVITES DOMESTIQUES ?

Entourez la réponse de votre choix

Pas du tout..... **1**
Un petit peu..... **2**
Moyennement **3**
Beaucoup..... **4**
Enormément **5**

9 - LES QUESTIONS QUI SUIVENT PORTENT SUR COMMENT VOUS VOUS ETES SENTI (E) AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES. POUR CHAQUE QUESTION MERCI D'INDIQUER LA REPONSE QUI VOUS SEMBLE LA PLUS APPROPRIEE. AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, Y-A-T-IL EU DES MOMENTS OU :

Entourez une réponse par ligne

	EN PERMA-NENCE	TRÈS SOUVENT	SOUVENT	QUELQUE-FOIS	RAREMENT	JAMAIS
a - Vous vous êtes senti(e) dynamique	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c - Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d - Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
e - Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
f - Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
g - Vous vous êtes senti(e) épuisé(e)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
h - Vous vous êtes senti(e) heureux(se)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
i - Vous vous êtes senti(e) fatigué(e)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

10 - AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES Y-A-T-IL EU DES MOMENTS OU VOTRE ETAT DE SANTE, PHYSIQUE OU EMOTIONNEL, VOUS A GENE(E) DANS VOTRE VIE ET VOS RELATIONS AVEC LES AUTRES: VOTRE FAMILLE, VOS AMIS, VOS CONNAISSANCES ?

Entourez la réponse de votre choix

Tout le temps **1**
Une bonne partie du temps **2**
De temps en temps..... **3**
Rarement. **4**
Jamais..... **5**

11 - INDIQUEZ POUR CHACUNE DES PHRASES SUIVANTES DANS QUELLE MESURE ELLES SONT VRAIES OU FAUSSES DANS VOTRE CAS :

Entourez une réponse par ligne	TOTALEMENT VRAIE	PLUTOT VRAIE	JE NE SAIS PAS	PLUTOT FAUSSE	TOTALEMENT FAUSSE
a - Je tombe malade plus facilement que les autres	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
b - Je me porte aussi bien que n'importe qui	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
c - Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
d - Je suis en parfaite santé	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

12 - CONCERNANT VOTRE SANTE, AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, Y A-T-IL EU DES MOMENTS OU :

Entourez une réponse par ligne	EN PERMA-NENCE	TRES SOUVENT	SOUVENT	QUELQUE-FOIS	RAREMENT	JAMAIS
a - Vous vous êtes senti découragé par vos problèmes de santé ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Vous vous êtes senti frustré par votre état de santé ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c - Votre santé a-t-elle été un souci dans votre vie ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d - Vous vous êtes senti accablé par vos problèmes de santé ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

13 - CONCERNANT VOTRE SOMMEIL, AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, Y A-T-IL EU DES MOMENTS OU :

Entourez une réponse par ligne	EN PERMA-NENCE	TRES SOUVENT	SOUVENT	QUELQUE-FOIS	RAREMENT	JAMAIS
a - Vous vous êtes senti perturbé dans votre sommeil (crampes, contractures, un sommeil agité, une tension nerveuse) ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Vous vous êtes senti reposé au réveil, le matin ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

14 - CONCERNANT VOTRE ATTENTION, AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES Y A-T-IL EU DES MOMENTS OU :

Entourez une réponse par ligne	EN PERMA-NENCE	TRES SOUVENT	SOUVENT	QUELQUE-FOIS	RAREMENT	JAMAIS
a - Vous avez eu des difficultés à vous concentrer ou à réfléchir?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Vous avez eu des difficultés pour garder longtemps votre attention sur une activité ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c - Vous avez eu des troubles de mémoire?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d - D'autres (tels que des membres de la famille ou des amis), ont noté que vous avez eu des problèmes de mémoire ou de concentration ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

15 - LES QUESTIONS QUI SUIVENT PORTENT SUR VOTRE VIE SEXUELLE ET VOTRE SATISFACTION PERSONNELLE. POUR CHAQUE QUESTION MERCI D'INDIQUER LA REPONSE QUI VOUS SEMBLE LA PLUS APPROPRIEE.

AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES DANS QUELLE MESURE AVEZ-VOUS EU UN PROBLEME DE :

Entourez une réponse par ligne	EN PERMANENCE	SOUVENT	QUELQUEFOIS	JAMAIS
a - Manque d'intérêt sexuel	**1**	**2**	**3**	**4**
b - Difficulté à obtenir une intimité, un climat confortable	**1**	**2**	**3**	**4**
c - Difficulté à ressentir du plaisir	**1**	**2**	**3**	**4**
d - Capacité à satisfaire votre partenaire	**1**	**2**	**3**	**4**

16 - GLOBALEMENT, AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, DANS QUELLE MESURE AVEZ VOUS ETE SATISFAIT DE VOTRE VIE SEXUELLE ?

Entourez la réponse de votre choix

Très satisfaisant..... **1**
Assez satisfaisant **2**
Ni satisfaisant, ni insatisfait..... **3**
Assez insatisfait **4**
Très insatisfait..... **5**

17 –PARFOIS LES GENS RECHERCHENT D'AUTRES PERSONNES POUR TROUVER UNE COMPAGNIE, DE L'AIDE OU UN SOUTIEN. LORSQUE VOUS EN RESSENTEZ LE BESOIN, DANS QUELLE MESURE DE TELLES PERSONNES SONT DISPONIBLES ?

Entourez une réponse par ligne

	EN PERMA-NENCE	TRES SOUVENT	SOUVENT	QUELQUE-FOIS	RAREMENT	JAMAIS
a - Quelqu'un pour vous aider dans les tâches quotidiennes en cas de maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Quelqu'un à aimer et pour qui vous comptez	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c - Quelqu'un avec qui vous pouvez vous détendre	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d - Quelqu'un qui pourrait vous aider à résoudre un problème personnel	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

18 - AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES Y-A-T-IL EU DES MOMENTS OU LES PROBLEMES URINAIRES OU INTESTINAUX VOUS ONT GENES DANS VOS RELATIONS AVEC VOTRE FAMILLE, AMIS OU CONNAISSANCES :

Entourez la réponse de votre choix

Pas du tout..... 1
Un petit peu..... 2
Moyennement 3
Beaucoup..... 4
Enormément 5

19 - AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, DANS QUELLE MESURE VOTRE PLAISIR DE VIVRE A-T-IL ETE GENE PAR LA DOULEUR :

Entourez la réponse de votre choix

Pas du tout..... 1
Un petit peu..... 2
Moyennement 3
Beaucoup..... 4
Enormément 5

20 - GLOBALEMENT, COMMENT EVALUEZ-VOUS VOTRE QUALITE DE VIE ?

Entourez la réponse de votre choix

☺ 😐 ☹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La meilleure qualité de vie possible **La plus mauvaise qualité de vie**
voire pire que la mort

21 - GLOBALEMENT, QUEL TERME DECRIT LE MIEUX VOTRE VIE ?

Entourez la réponse de votre choix

Horrible	**1**
Malheureuse	**2**
Plutôt insatisfaisante	**3**
Partagé entre la satisfaction et l'insatisfaction	**4**
Plutôt satisfaisante.	**5**
Heureuse	**6**
Très heureuse	**7**

Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions

Merci de votre collaboration.

Aseteqsiman SEP-59

Uqbel ad terreḍ ɣef usteqsiman

Semmdet isallen, ma ulac uɣilif

Azemz : __ __ / __ __ / ____
Azemz n tlallit: __ __ / __ __ / ____
Tazaka : □ Argaz □ Tameṭṭut

Jerret-d daxel n texḍert iwulmen

AMEK ARA D-TERREḌ ƔEF USTEQSIMAN

Isteqsiyen i d-iteddun, wwin-d ɣef tezmert-nwen, akken i as-tettḥassam. S yisallen-agi ara nessiweḍ ad nefhem ugar ɣef wamek tettḥussum deg tudert-nwen n yal ass.

Rret-d ɣef yisteqsiyen s uskan (tuzya fell-as s tira) n uzwil iwulmen i tririt textarem, amek i d-yettwaɛeggen. Ma ur teẓrim ara amek ara d-terrem, fernet tiririt i iqerben mliḥ ɣer liḥala-nwen.

1 -S UMATA, TETTWALIM D TAZMERT-NWEN AKKA :

Fernet s temɣewwert tiririt

Tgerrez nezzeh..... **1**

Tgerrez..... ..... **2**

Telha..... **3**

Txus aṭas **4**

Diri-tt..... ..... **5**

2 - MA NGA ASSAɣ ɣER YILINDI DEG LWEQT-AGI, AMEK TUFAM ADDAD N TEZMERT-NWEN AKKA TURA ?

Entourez la réponse de votre choix

Yif mliḥ winna n yilindi..... **1**

nezmer ad d-nini yif-it **2**

Qrib kif-kif..... **3**

nezmer ad d-nini ur yelhi ara **4**

Ur yelhi ara maḍi..... **5**

3 - HA-T-AN N LECɣAL I TZEMREM AD TXEDMEM DEG TUDERT-NWEN N YAL ASS

I yal yiwet deg-sen, beggnet-d ma yella d liḥala n tezmert-nwen I asen-yerran tilisa i wakken ur ten-txeddmem ara.

Entourez une réponse par ligne

Umuɣ n wurmuden	Ihi, aṭas n tlisa	Ih, ciṭ n tlisa	Ulac akk tilisa
a - Tazmert tameqqrant am tazla, arfad n tɣawsa taẓawant (la musique), lxedma n waddal	**1**	**2**	**3**
b - .**Tazmert talemmast** am urfad n ṭṭabla, acraw s tɣawsa, urar n takurt (jeu de balles)	**1**	**2**	**3**
c - .Arfad akked ttiwin n lqeḍyan	**1**	**2**	**3**
d - Talin s tseddarin n waṭas n wannagen	**1**	**2**	**3**
e - Talin n yiwen n wannag s tseddarin	**1**	**2**	**3**
f - Ad temmileḍ ɣer sdat, ad tuɣaleḍ ɣef tgecrar, ad teqqumceḍ	**1**	**2**	**3**
g - Tikli n ugar n yiwen n ukilumitr	**1**	**2**	**3**
h - . Tikli n waṭas n 100 m	**1**	**2**	**3**
i - Tikli n 100 m	**1**	**2**	**3**
j - Ad tessucfeḍ, ad tessirdeḍ neɣ ad telseḍ iceṭṭiḍen	**1**	**2**	**3**

4-DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, U ɣEF SSEBBA N LIḤALA N TEZMERT-IK :

Fernet yiwet n tiririt di yal adar

	IH	ALA
a - Ma yella tesneqqseḍ lweqt i tesɛeddayeḍ deg uxeddim neɣ deg lecɣal i tennumeḍ ?	**1**	**2**
b - Ma yella txedmeḍ drus n tɣawsiwin i tessarameḍ ad tent-txedmeḍ?	**1**	**2**
c - Ma yella tewwi-d ad tḥebseḍ kra n tɣawsiwin ?	**1**	**2**
d - Ma yella tesɛiḍ uguren akken ad txedmeḍ lxedma-k neɣ lecɣal-nniḍen ?	**1**	**2**

5 - DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, U S SSEBBA N LIḤALA N LEĞWAREḤ-IK, (TḤEZNEḌ, TZEƐFEḌ NEɣ TETUQELQEḌ)

Fernet yiwet n tiririt di yal adar

	Ih	Ala
a - Ma yella tesneqqseḍ lweqt i tesɛeddayeḍ deg uxeddim neɣ deg lecɣal i tennumeḍ ?	**1**	**2**
b - Ma yella txedmeḍ drus n tɣawsiwin i tessarameḍ ad tent-txedmeḍ?	**1**	**2**
c - Ma yella tesɛiḍ uguren akken ad terred ddhen-ik akken ilaq ɣer wayen ara txedmeḍ ?	**1**	**2**

6 - DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, ANTA TAMA I AK-D-YEḌḤAN D AƐEWWIQ DEG TUDERT-IK DEG WASSAɣ (RELATION) AKKED WIYAḌ: TAWACULT-IK, IMEDDUKKAL-IK, WID TESSNEḌ ?

Ualc akk. **1**
Ciṭ..... **2**
Deg tlemmast..... **3**
Aṭas..... **4**
Nezzeh mliḥ **5**

7 DEG 4 N SMATA-AGI TINEGGURA, AMEK YELLA WAZAL N TEQREḤ N LĞESSA-K (TAFEKKA)?

Ulac..... **1**
Ciṭ maḍi..... **2**
Ciṭ kan..... **3**
d alemmas **4**
Meqqer..... **5**
Meqqer mliḥ **6**

8 - DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, AMEK I D-TERRA TILAS TEQREḤ-AGI N LĞESSA-K DEG LXEDMA-K NEɣ DEG LECɣAL DEG UXXAM ?

Ulac maḍi **1**
Ciṭ maḍi **2**
Deg tlemmast..... **3**
Aṭas..... **4**
Nezzeh mliḥ **5**

9 - ISTEQSIYEN I D-ITEDDUN WWIN-D ɣEF WAMEK I TETTḤUSSUḌ DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA. I YAL ASTEQSI, SBEGGNET-D ANTA TIRIRIT I AS-IWULMEN. DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, MA LLANT TESWIƐIN ANDA:

Fernet yiwet n tiririt di yal adar

	Dima	Aṭas n tikal	Yal tikkelt	Kra n tikal	Drus maḍi	Ulac akk
a - Tḥusseḍ fessuseḍ, tettembiwileḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Tḥusseḍ tzeɛfeḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c - Tḥusseḍ d akken tqeḍɛeḍ layas, ulac anwa ara ak-d-yerren asirem	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d - Tḥusseḍ d asusam u tetuheddneḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
e - Tḥusseḍ tennefleḍ s lğehd	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
f - Tḥusseḍ tḥezneḍ u tetuɣebneḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
g - Tḥusseḍ tfecleḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
h - Tḥusseḍ tferḥeḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
i - Tḥusseḍ teɛyiḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

10 - DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, MA LLANT TISWIƐIN ANTA LIḤALA N TEMZERT-IK TEḌḤA-D D AƐEWWIQ DEG WASSAɣ-IK AKKED : TAWACULT-IK, IMEDDUKKAL-IK, WID TESSNEḌ ?

Entourez la réponse de votre choix

Yal lweqt **1**
Azgen ameqqran n lweqt..... **2**
Gar teswiɛt ɣer tayeḍ **3**
drus maḍi. **4**
ulac akk..... **5**

11 - SBEGGENT-D I YAL YIWET N TEFYIRIN I D-ITEDDUN ANDA I D-TEMMAL TIDET NEɣ TUCḌA ɣEF LIḤALA-K

Fernet yiwet n tiririt di yal adar	D tidet s lekmal-is	D tidet ara d-nini	Ur ẓriɣ ara	D tucḍa ara d-nini	D tucḍa s lekmal-is
a - Ttehlakaɣ s sshala ɣef wiyaḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
b - Aql-i s tezmert-iw am yal amdan	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
c - La ttraǧuɣ ad tenqes tezmert-iw	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
d - Aql-i s tezmert igerrzen	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

12 - DEG WAYEN YEƐNAN TAZMERT-IK, DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, LLANT TESWIƐIN ANDA :

Fernet yiwet n tiririt di yal adar	Dima	Aṭas n tikal	Yal tikkelt	Kra n tikal	Drus maḍi	Ulac akk
a Tḥusseḍ d akken tqeḍɛeḍ layas s ssebba n wuguren-ik n tezmert ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b -Tḥusseḍ d akken tseḍḥaḍ FRUSTRE s liḥala n tezmrt-ik?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c - Ma tazmert-ik, teḍḥa-d d ugur deg tudert-ik ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d - Ma yella tḥusseḍ s taẓayt n wuguren-agi n tezmert-ik ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

13 – DEG WAYEN YEƐNAN IḌES-IK, DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, LLANT TESWIƐIN ANDA

Fernet yiwet n tiririt di yal adar	Dima	Aṭas n tikal	Yal tikkelt	Kra n tikal	Drus maḍi	Ulac akk
a - Tḥusseḍ yexreb-ak yiḍes (tickunṭaḍ (crampes), atuqelleq, zzɛef)?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b -Ma tḥusseḍ testaɛfaḍ mi ara d-takiḍ sbeḥ ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

14 - DEG WAYEN YEƐNAN TAGERRAWT-K (TAMUɣLI-IK), DEG 4 N SMATAK-AGI TINEGGURA, LLANT TESWIƐIN ANDA :

Fernet yiwet n tiririt di yal adar	Dima	Aṭas n tikal	Yal tikkelt	Kra n tikal	Drus maḍi	Ulac akk
a Tesɛiḍ uguren i wakken ad tebteḍ leɛqel-ik neɣ ad txemmeḍ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Tesɛiḍ uguren i wakken ad terreḍ ddehn-ik aṭas n lweqt ɣef yiwen n ccɣel?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c Ma yella tettettuḍ kra sya ɣer da ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d Lan wid i iwalan (am yiɛeggalen n twacult neɣ imeddukkal) d akken ɣur-k uguren n cfawat neɣ yettruḥu ddehn-ik	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

15 - ISTEQSIYEN I D-ITEDDUN WWIN-D ɣEF LIḤALA N TUZZUFT-IK (LA SEXUALITE) D LEBɣI S TIMMAD-IK. I YAL YIWEN USTEQSI, SBEGGNET-D TIRIRIT I AS-IWULMEN.

DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA ANDA I TESƐAM UGUR

Fernet yiwet n tiririt di yal adar	Dima	Yal tikkelt	Kra n tikal	Ulac akk
a - Ixus lebɣi azfi	**1**	**2**	**3**	**4**
b - d ugur i wakken ad d-tafeḍ taswiɛt iwulmen	**1**	**2**	**3**	**4**
c - Yewɛer i wakken ad d-yili lebɣi	**1**	**2**	**3**	**4**
d - Ulac tazmart i wakken ad teduḍ deg lebɣi i tmeṭṭut-ik	**1**	**2**	**3**	**4**

16 - S UMATA, DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, ANDA I YEWWDEḌ LEBɣI-IK DEG TUDERT-IK TUZUFIT?

Entourez la réponse de votre choix

Wwḍeɣ lebɣi mliḥ **1**
wwḍeɣ lebɣi **2**
ur iban ara..... **3**
ur wwiḍeɣ ara..... **4**
ur wwiḍeɣ ara maḍi..... **5**

17 – Tikwal, ttnadin yimdanen ɣef wiyaḍ i wakken ad d-afen tadukli, aɛiwen neɣ uɣur ara isenned.
Ma yella iḥettem-ik lḥal, anwa amdan ara teḥwiǧeḍ ?

Fernet yiwet n tiririt di yal adar	**Dima**	**Aṭas n tikal**	**Yal tikkelt**	**- Kra n tikal**	**Drus maḍi**	**Ulac akk (Muḥal)**
a - Win ara ak-iɛiwnen deg leqdicat n yal ass ma yella thelkeḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b - Win ara tḥemmleḍ, ɣef wayeg ara tettekleḍ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
C- Win ukud ara tafeḍ iman-ik	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d- Win ara ak-iɛiwnen akken ad tefruḍ ugur-ik	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

18 - DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, MA LLANT TESWIƐIN ANDA UGUREN N YIBECCAN NEɣ N YIẒERMAN I D-YEḌḤAN D UGUR GAR WWASSAɣEN YELLAN GAR-AK AKKED TFAMILT-IK, IMEDDUKKAL NEɣ WID TESSNEḌ ?

Ulac akk 1
ciṭ 2
deg tlemmast 3
aṭas 4
Mliḥ mliḥ..... 5

19 - DEG 4 N SMANAT-AGI TINEGGURA, ANDA I D-YELLA UQRAḤ D UGUR ɣEF LEBɣI N TUDERT

Entourez la réponse de votre choix

Ulac akk 1
Ciṭ..... 2
Deg tlemmast..... 3
Aṭas..... 4
Mliḥ mliḥ..... 5

20 - S UMATA, AMEK ARA TEKTAZLEḌ TAɣARA N TUDERT?

Entourez la réponse de votre choix

☹ 😐 ☺

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Taɣara n diri akk deg tudert **Taɣara n tudert i igerrzen i izemren ad tili**

(Ugar n lmut)

21 - S UMATA, ANWA AWAL I D-YESKANEN MLIḤ DDUNIT-IK

Entourez la réponse de votre choix

Tawaɣit.....	**1**
Leḥzen	**2**
Mebla lebɣi.....	**3**
Deg tlemmast : gar lebɣi d mebla lebɣi...	**4**
Tella-d deg lebɣi.	**5**
Lferḥ.....	**6**
Lferḥ mliḥ	**7**

Walit ma terriḍ-d tiririt i yal asteqsi. Tanemmirt imi i aɣ-d-tefkam afus n tallelt deg umahil-agi-nneɣ.

استبيـــــان ذاتي لنوعية الحياة
لدى المصـــابين بالتّصلب اللّـــويحي
SEP-59

قبل البدء في الاجابة على الاستبيان نرجو منكم ملأ نص الاستبيان:

تاريخ الإجراء..../...../.....

تاريخ الميلاد : ...../...../.....

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐ السن ☐

الحالة المدنية : متزوج(ة) ☐ اعزب(عزباء) ☐ مطلق(ة) ☐ أرمل(☐

عدد الأطفال:

الوضعية المهنية عامل(ة) ☐ غير عامل ☐

الولاية :

كيفية الإجابة على الأسئلة الموالية

تهدف الأسئلة الموالية الى التعرف على حالتك الصحية كما تشعر بها في حياتك اليومية، هذه المعلومات ستمكننا من التعرف أكثر عن كيفية شعورك في حياتك اليومية.

الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة و ذلك بوضع دائرة على الرقم الذي ينطبق عليك، كما هو مبين، مع العلم انه ليس هناك إجابات صحيحة و أخرى خاطئة و انما الإجابة الصحيحة هي التي تبين ما تشعر.

1- بشكل هل تعتقد أن حالتك الصحية:

(ضع دائرة على الإجابة المختارة)

ممتازة.....1

جيدة جدا.....2

جيدة 3

متدنية 4

سيئة.....5

2- مقارنة بالعام الماضي و في نفس الفترة، كيف تري حالتك الصحية **حاليا** ؟

(ضع دائرة على الإجابة المختارة)

أفضل بكثير من العام الماضي. 1

أفضل من العام الماضي 2

تقريبا نفس الحالة 3

نوعا ما سيئة.....4

سيئة بشكل كبير 5

3- إليك مجموعة من النشاطات التي يمكن أن تقوم بها في حياتك اليومية: الرجاء تحديد الى اية درجة تشعر انه لا يمكنك القيام بها **بسب حالتك الصحية الحالية**

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)

قائمة النشاطات	نعم جد محدودة	نعم محدودة نوعا ما	لا غير محدودة على الاطلاق
جهد بدني كبير كالجري رفع شيء ثقيل، ممارسة الرياضة	**1**	**2**	**3**
الجهد البدني المتوسط مثل تغيير مكان طاولة، استعمال مصاص الغبار (تنظيف بالمكنسة الكهربائية، استعمال مصاص الغبار).	**1**	**2**	**3**
رفع وحمل المشتريات	**1**	**2**	**3**
صعود **عدة طوابق** باستعمال السلالم	**1**	**2**	**3**
صعود **طابق واحد** من باستعمال السلالم	**1**	**2**	**3**
الانحناء إلى الأمام ،الركوع أو الجلوس على الكعب	**1**	**2**	**3**
المشي لأكثر من **كيلومتر** سيرا على الأقدام	**1**	**2**	**3**
المشي **عدة مئات من الأمتار**.	**1**	**2**	**3**
المشي مئة متر	**1**	**2**	**3**
الاستحمام أو ارتداء الملابس	**1**	**2**	**3**

4- خلال **الاسابيع الأربعة الأخيرة** و بسبب **حالتك** البدنية هل:

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)	نعم	لا
ا- قمت **بتقليل الوقت** الذي تقضيه في عملك أو في نشاطاتك اليومية	**1**	**2**
ب- **أنجزت اورا أقل** مما كنت ترغب فيه	**1**	**2**
ج- اضطررت لعدم القيام **ببعض** الأمور	**1**	**2**
د- وجدت **صعوبات** في القيام بعملك أو بأي نشاط آخر	**1**	**2**

5- خلال **الأسابيع الأربعة الأخيرة** و بسبب حالتك **الانفعالية** (إحساسك بالحزن التوتر(القلق) أو مكتئب) هل:

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)	نعم	لا
ا- قمت **بالتقليل من الوقت** الذي تقضيه في عملك أو في نشاطاتك اليومية	**1**	**2**
ب- **أنجزت اورا أقل** مما كنت ترغب فيه	**1**	**2**
ج- واجهت صعوبات في فعل ما كان عليك فعله بنفس العناية والاهتمام	**1**	**2**

6- خلال **الأسابيع الأربعة الأخيرة** الى أي درجة أزعجتك صحتك البدنية أو الانفعالية في حياتك و علاقاتك مع الآخرين : عائلتك أصحابك، معارفك؟ (ضع دائرة حول الإجابة التي تنطبق عليك)

إطلاقا.....1

قليلا.....2

بشكل معتدل.....3

كثيرا .....,.....4

بشكل كثير .....,.....5

7- خلال **الأسابيع الأربعة الأخيرة** ما قدر اهمية من آلامك البدنية

(ضع دائرة حول الإجابة التي تختارها)

لا شئ .....,.....1

ضعيفة جدا.....2

ضعيفة.....3

معتدلة 4

كبيرة 5

كبيرة جدا 6

8- خلال **الأسابيع الأربعة الأخيرة** إلى أية درجة انقصت **آلامك الجسدية** من عملك أو نشاطاتك المنزلية؟

(ضع دائرة حول الإجابة التي تختارها)

إطلاقا.....1

قليلا.....2

بشكل معتدل 3

كثيرا 4

بشكل كثير.....5

9-تشير الأسئلة الموالية الى مشاعرك خلال **الأسابيع الأربعة الأخيرة**، الرجاء الإشارة إلى الإجابة التي ترونها أكثر ملائمة.

خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل كانت هنالك أوقات أين حدث و ان شعرت:

(ضع دائرة حول رقم واحد لكل عبارة والذي ينطبق على اجابتك)	بشكل دائم	في الكثير من الأحيان	غالبا	في بعض الاحيان	نادرا	ابدا
انك نشيط	1	2	3	4	5	6
انك جد قلق (متوتر)	1	2	3	4	5	6
بالهون الى درجة أن لا شئ يساعدك على رفع معنوياتك	1	2	3	4	5	6
بالهدوء والاسترخاء	1	2	3	4	5	6
أنك مفعم بالطاقة	1	2	3	4	5	6
بالحزن والبؤس	1	2	3	4	5	6
بالإرهاق	1	2	3	4	5	6
بالسعادة	1	2	3	4	5	6
بالتعب	1	2	3	4	5	6

10-خلال **الأسابيع الأربعة الأخيرة، هل كانت هناك أوقات شعرت بالانزعاج في حياتك اليومية و علاقاتك** مع الاخرين :

عائلتك أصحابك، معارفك **بسبب** صحتك البدنية أو الانفعالية ؟

(ضع دائرة حول الإجابة التي تختارها)

طوال الوقت 1

جزء كبير من الوقت.....2

من وقت لآخر.....3

نادرا.....4

أبدا 5

11- من بين العبارات التالية بين التي تنطبق عليك .

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)	صحيح تماما	صحيح نوعا ما	لا أدري	صحيح نوعا ما	غير صحصح تماما
أمرض بسهولة مقارنة بالآخرين	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
أنا بأفضل حال مثلي مثل الاخرين	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
أتوقع أن تتدهور حالتي الصحية	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
أنا في حالة صحية جيدة	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

12- فيما يخص صحتك هل حدث و ان شعرت خلال 4 أسابيع الماضية ب:

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)	بشكل دائم	في الكثير من الأحيان	غالبا	في بعض الاحيان	نادرا	ابدا
فقدان الحماس بسبب مشاكلك الصحية؟	1	2	3	4	5	6
الإحباط بسبب حالتك الصحية؟	1	2	3	4	5	6
ان صحتك مصدر مشكل في حياتك؟	1	2	3	4	5	6
الإرهاق بسبب مشاكلك الصحية؟	1	2	3	4	5	6

13-فيما يخص نومك خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل حدث وان:

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)	بشكل دائم	في الكثير من الأحيان	غالبا	في بعض الاحيان	نادرا	ابدا
شعرت بالانزعاج في نومك (تشنجات ، تقلصات ، نوم مضطرب ، توتر عصبي)؟	1	2	3	4	5	6
شعرت بالراحة عند الاستيقاظ في الصباح؟	1	2	3	4	5	6

14- فيما يخص انتباهك (تركيزك) خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل حدث و ان:

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)	بشكل دائم	في الكثير من الأحيان	غالبا	في بعض الاحيان	نادرا	ابدا
كانت لديك صعوبات في التفكير او في التركيز؟	1	2	3	4	5	6
وجدت صعوبات في التركيز على نشاط معين لمدة طويلة؟	1	2	3	4	5	6
كانت لديك اضطرابات في الذاكرة؟	1	2	3	4	5	6
لاحظ الاخرون (مثل أفراد عائلتك أو الأصدقاء) أن لديك مشاكل في الذاكرة أو التركيز؟	1	2	3	4	5	6

15- تشير الأسئلة التالية الى حياتك الجنسية ورضاك الشخصي، الرجاء الإشارة إلى الإجابة التي ترى انها الأكثر ملائمة.

خلال الأسابيع الأربعة الماضية الى أي درجة كان لديك مشكل في:

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)	بشكل دائم	غالبا	في بعض الاحيان	ابدا
نقص في الاهتمام الجنسي	1	2	3	4
صعوبة الحصول على علاقة حميمية	1	2	3	4
صعوبة الشعور بالمتعة	1	2	3	4
القدرة على إشباع شريك حياتك	1	2	3	4

16- بشكل عام، إلى أي مدى كنت راضيا عن حياتك الجنسية خلال الأسابيع الأربعة الماضية؟

(ضع دائرة حول الإجابة التي تختارها)

راضي جدا.....1

راضي الى حد ما 2

محايد (كما لم أرضي الشريك) 3

غير راضي نوعا ما 4

غير راضي جدا.....5

17- في بعض الأحيان يبحث الافراد عن أشخاص آخرون بحثا عن الرفقة، مساعدة أو البحث عن السند، ما درجة تواجد هؤلاء الأشخاص عندما تكون بالحاجة إليهم ؟

(ضع دائرة حول إجابة واحدة في كل سطر)

	بشكل دائم	في الكثير من الأحيان	غالبا	في بعض الاحيان	نادرا	ابدا
شخص لمساعدتك في المهام اليومية في حالة مرضك	1	2	3	4	5	6
شخص تحبه و مهتم للأمرك	1	2	3	4	5	6
شخص يمكنك في الشعور بالاسترخاء و الارتياح	1	2	3	4	5	6
شخص يمكنه مساعدك في حل مشاكلك الشخصية	1	2	3	4	5	6

18- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة هل صادفتك مواقف أين عشت فيها مشاكل بولية أو معوية و قد شكلت لك إحراجا في علاقاتك العائلية، أو مع الأصدقاء و المعارف؟ (ضع دائرة حول الإجابة التي تختارها)

أبدا 1

قليلا.....2

بشكل معتدل.....3

كثيرا 4

بشدة.....5

19- خلال الأسابيع الأربعة الاخيرة الى أي درجة شعرت بعدم الاستمتاع بالحياة بسبب الآلام؟

(ضع دائرة حول الإجابة التي تختارها)

أبدا 1

قليلا.....2

بشكل معتدل 3

كثيرا 4

بشدة.....5

20- بصفة عامة كيف تقييم نوعية حياتك ؟

(ضع دائرة حول الإجابة التي تختارها)

☹ 😐 ☺

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

أسوأ نوعية الحياة أفضل نوعية حياة ممكنة

(أسوأ من الموت)

21- عموما ما هي الكلمة المعبرة أكثر عن حياتك؟

فظيعة.....1

تعيسة.....2

غير مرضية إلى حد ما.....3

مشترك بين الرضا وعدم الرضا 4

مرضية إلى حد ما.....5

سعيدة.....6

سعيدة جدا.....7,

يرجى التحقق من أنك قدمت إجابة لكل سؤال.

شكرا على حسن تعاونكم.

Correlations

			activité physique	effort physique	Effort physiques modérés	Soulever
activité physique		Pearson Correlation	1	.580**	.575**	.689**
		Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
		N	100	100	100	100
effort physique		Pearson Correlation	.580**	1	.533**	.617**
		Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
		N	100	100	100	100
Effort physiques modérés		Pearson Correlation	.575**	.533**	1	.536**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
		N	100	100	100	100
Soulever		Pearson Correlation	.689**	.617**	.536**	1
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
		N	100	100	100	100
Monter		Pearson Correlation	.650**	.462**	.415**	.664**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
		N	100	100	100	100
un étage		Pearson Correlation	.638**	.341**	.562**	.624**
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000
		N	100	100	100	100
Se pencher		Pearson Correlation	.560**	.351**	.424**	.544**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
		N	100	100	100	100
Marcher		Pearson Correlation	.671**	.211*	-.012-	.166
		Sig. (2-tailed)	.000	.035	.908	.099
		N	100	100	100	100
Marcher plusieurs		Pearson Correlation	.641**	.384**	.520**	.445**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
		N	100	100	100	100
Q3i	Numérique	Pearson Correlation	.823**	.527**	.671**	.634**
	8 2	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	Aucun Aucun	N	100	100	100	100
	8 Droite					
	Echelle Entrée					
Prendre un bain		Pearson Correlation	.481**	-.050-	.443**	.216*
		Sig. (2-tailed)	.000	.622	.000	.031
		N	100	100	100	100

Correlations

		Monter	un étage	Se pencher	Marcher	Marcher plusieurs
activité physique	Pearson Correlation	.650**	.638**	.560**	.671**	.641**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	100	100	100	100	100
effort physique	Pearson Correlation	.462**	.341**	.351**	.211*	.384**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.035	.000
	N	100	100	100	100	100
Effort physiques modérés	Pearson Correlation	.415**	.562**	.424**	-.012-	.520**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.908	.000
	N	100	100	100	100	100
Soulever	Pearson Correlation	.664**	.624**	.544**	.166	.445**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.099	.000
	N	100	100	100	100	100
Monter	Pearson Correlation	1	.731**	.452**	.190	.466**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.058	.000
	N	100	100	100	100	100
un étage	Pearson Correlation	.731**	1	.632**	.063	.445**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.536	.000
	N	100	100	100	100	100
Se pencher	Pearson Correlation	.452**	.632**	1	.070	.298**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.487	.003
	N	100	100	100	100	100
Marcher	Pearson Correlation	.190	.063	.070	1	.137
	Sig. (2-tailed)	.058	.536	.487		.175
	N	100	100	100	100	100
Marcher plusieurs	Pearson Correlation	.466**	.445**	.298**	.137	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003	.175	
	N	100	100	100	100	100
Q3i Numérique 8 2 Aucun Aucun 8 Droite Echelle Entrée	Pearson Correlation	.485**	.556**	.504**	.308**	.802**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.002	.000
	N	100	100	100	100	100
Prendre un bain	Pearson Correlation	.113	.355**	.292**	.149	.536**
	Sig. (2-tailed)	.265	.000	.003	.138	.000
	N	100	100	100	100	100

Correlations

		limitation dues physique	le temps passé	accompli moins
limitation dues physique	Pearson Correlation	1	.737**	.675**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
le temps passé	Pearson Correlation	.737**	1	.442**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
accompli moins	Pearson Correlation	.675**	.442**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
faire certaines choses	Pearson Correlation	.492**	.026	.070
	Sig. (2-tailed)	.000	.796	.492
	N	100	100	100
difficultés	Pearson Correlation	.719**	.487**	.330**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001
	N	100	100	100

Correlations

		limitation dues a l'etat psychique	ETAT EMOTIONNEL	le temps passé
limitation dues a l'etat psychique	Pearson Correlation	1	.843**	.757**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
ETAT EMOTIONNEL	Pearson Correlation	.843**	1	.505**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
le temps passé	Pearson Correlation	.757**	.505**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
des difficultés	Pearson Correlation	.760**	.485**	.294**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003
	N	100	100	100

Correlations

		bine eter social	gene physique	bien etre social
bine eter social	Pearson Correlation	1	.436**	.340**
	Sig. (2-tailed)		.000	.001
	N	100	100	100
gene physique	Pearson Correlation	.436**	1	-.698-**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
bien etre social	Pearson Correlation	.340**	-.698-**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	
	N	100	100	100

Correlations

		douleur	douleur physique	limite doudeur
douleur	Pearson Correlation	1	.758**	.789**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
douleur physique	Pearson Correlation	.758**	1	.562**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
limite doudeur	Pearson Correlation	.789**	.562**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
plaisir de vivre et gene	Pearson Correlation	.518**	-.009-	.080
	Sig. (2-tailed)	.000	.928	.431
	N	100	100	100

Correlations

		sante psychique	nerveux	découragé	calme et detendu
sante psychique	Pearson Correlation	1	.670**	.763**	.325**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.001
	N	100	100	100	100
nerveux	Pearson Correlation	.670**	1	.710**	-.301-**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.002
	N	100	100	100	100
découragé	Pearson Correlation	.763**	.710**	1	-.056-
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.581
	N	100	100	100	100
calme et detendu	Pearson Correlation	.325**	-.301-**	-.056-	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.002	.581	

	N	100	100	100	100
triste et abbattu	Pearson Correlation	.672**	.418**	.594**	.104
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.301
	N	100	100	100	100
heureux	Pearson Correlation	.234*	-.075-	-.214-*	.170
	Sig. (2-tailed)	.019	.461	.033	.091
	N	100	100	100	100

Correlations

		energie	dynamyque	debordant d'energie	epuisé
energie	Pearson Correlation	1	.465**	.722**	.649**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100
dynamyque	Pearson Correlation	.465**	1	.559**	-.211-*
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.035
	N	100	100	100	100
debordant d'energie	Pearson Correlation	.722**	.559**	1	.088
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.381
	N	100	100	100	100
epuisé	Pearson Correlation	.649**	-.211-*	.088	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.035	.381	
	N	100	100	100	100
heureux	Pearson Correlation	.505**	-.386-**	-.064-	.770**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.527	.000
	N	100	100	100	100

Correlations

		sante percu	Q1	tombe malade	se porté bien
sante percu	Pearson Correlation	1	,385**	,406**	,377**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	100	100	100	100
Q1	Pearson Correlation	,385**	1	,007	,520**
	Sig. (2-tailed)	,000		,942	,000
	N	100	100	100	100
tombe malade	Pearson Correlation	,406**	,007	1	-,281**
	Sig. (2-tailed)	,000	,942		,005
	N	100	100	100	100
se porté bien	Pearson Correlation	,377**	,520**	-,281**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,005	
	N	100	100	100	100
santé degradé	Pearson Correlation	,423**	,113	,057	,096
	Sig. (2-tailed)	,000	,261	,575	,340
	N	100	100	100	100
parfaite sante	Pearson Correlation	,840**	,002	,326**	,044
	Sig. (2-tailed)	,000	,987	,001	,662
	N	100	100	100	100

Correlations

		santé degradé	parfaite sante
sante percu	Pearson Correlation	,423**	,840**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	100	100
Q1	Pearson Correlation	,113	,002
	Sig. (2-tailed)	,261	,987
	N	100	100
tombe malade	Pearson Correlation	,057	,326**
	Sig. (2-tailed)	,575	,001
	N	100	100
se porté bien	Pearson Correlation	,096	,044
	Sig. (2-tailed)	,340	,662
	N	100	100
santé degradé	Pearson Correlation	1	,115
	Sig. (2-tailed)		,253
	N	100	100
parfaite sante	Pearson Correlation	,115	1
	Sig. (2-tailed)	,253	
	N	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		detresse	decourage sante	frustre sante	soucis sante
detresse	Pearson Correlation	1	.892**	.846**	.879**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100
decourage sante	Pearson Correlation	.892**	1	.723**	.674**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	100	100	100	100
frustre sante	Pearson Correlation	.846**	.723**	1	.667**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	100	100	100	100
soucis sante	Pearson Correlation	.879**	.674**	.667**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	100	100	100	100
accable sante	Pearson Correlation	.794**	.658**	.504**	.601**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	100	100	100	100

Correlations

		sommeil	qualite de someil	repos reveil
sommeil	Pearson Correlation	1	.671**	.571**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
qualite de someil	Pearson Correlation	.671**	1	-.226-*
	Sig. (2-tailed)	.000		.024
	N	100	100	100
repos reveil	Pearson Correlation	.571**	-.226-*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.024	
	N	100	100	100

Correlations

		fonction cognitive	difficultes pense et reflichir	difficultes attention
fonction cognitive	Pearson Correlation	1	.908**	.906**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
difficultes pense et reflichir	Pearson Correlation	.908**	1	.800**

	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
difficultes attention	Pearson Correlation	.906**	.800**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
trouble memoir	Pearson Correlation	.880**	.711**	.713**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
concentration	Pearson Correlation	.921**	.790**	.770**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100

Correlations

		fonctionsexuel	interet sexuel	dificulte intimite
fonctionsexuel	Pearson Correlation	1	.962**	.955**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
interet sexuel	Pearson Correlation	.962**	1	.885**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
dificulte intimite	Pearson Correlation	.955**	.885**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
resentir du plaisir	Pearson Correlation	.957**	.927**	.856**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
partenair satisfaction	Pearson Correlation	.958**	.873**	.911**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100

Correlations

		support social	QLQ aide quetidien	QLQ qui compte
support social	Pearson Correlation	1	.838**	.730**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
QLQ aide quetidien	Pearson Correlation	.838**	1	.581**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
QLQ qui compte	Pearson Correlation	.730**	.581**	1

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
QLQ detendre	Pearson Correlation	.773**	.442**	.380**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
QLQ resoudre probleme	Pearson Correlation	.763**	.495**	.275**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.006
	N	100	100	100

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	100	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	100	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.677	10

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.543	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.692	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.743	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.664	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.659	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.704	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.873	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.924	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.969	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.778	4

خصائص العينة

Statistics

		sex	age	situation familial
N	Valid	100	100	100
	Missing	0	0	0

Frequency Table

sex

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculain	32	32.0	32.0	32.0
	Feminin	68	68.0	68.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

age

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	de 20 a 29	18	18.0	18.0	18.0
	de 30 a 39	37	37.0	37.0	55.0
	de 40 a 49	33	33.0	33.0	88.0
	de 50 a 59	7	7.0	7.0	95.0
	plus de 60 ans	5	5.0	5.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

situation familial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	celebataire	24	24.0	24.0	24.0
	marié	75	75.0	75.0	99.0
	divorcé	1	1.0	1.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

الصدق:

Correlations

		Activité phsique	effort physique	Effort physiques modérés
Activité phsique	Pearson Correlation	1	.677**	.753**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
effort physique	Pearson Correlation	.677**	1	.419**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
Effort physiques modérés	Pearson Correlation	.753**	.419**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
Soulever	Pearson Correlation	.715**	.717**	.534**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
Monter	Pearson Correlation	.783**	.545**	.482**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
un étage	Pearson Correlation	.821**	.526**	.542**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
Se pencher	Pearson Correlation	.593**	.361**	.381**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
Marcher	Pearson Correlation	.832**	.445**	.605**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
Marcher plusieurs	Pearson Correlation	.771**	.372**	.519**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
Q3i	Pearson Correlation	.772**	.434**	.569**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100

Correlations

		limitation physique	le temps passé	accompli moins
limitation physique	Pearson Correlation	1	.891**	.758**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000

	N	100	100	100
le temps passé	Pearson Correlation	.891**	1	.642**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
accompli moins	Pearson Correlation	.758**	.642**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
faire certaines choses	Pearson Correlation	.738**	.617**	.391**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
difficultés	Pearson Correlation	.708**	.497**	.274**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.006
	N	100	100	100

Correlations

		limitation psychique	ETAT EMOTIONNEL	le temps passé
limitation psychique	Pearson Correlation	1	.866**	.743**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
ETAT EMOTIONNEL	Pearson Correlation	.866**	1	.449**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
le temps passé	Pearson Correlation	.743**	.449**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
des difficultés	Pearson Correlation	.834**	.664**	.370**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100

Correlations

		Bien-etre social	gene physique	bien etre social
Bien-etre social	Pearson Correlation	1	.622**	.303**
	Sig. (2-tailed)		.000	.002
	N	100	100	100
gene physique	Pearson Correlation	.622**	1	-.557-**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
bien etre social	Pearson Correlation	.303**	-.557-**	1

	Sig. (2-tailed)	.002	.000	
	N	100	100	100

Correlations

		Douleur	douleur physique	limite doudeur
Douleur	Pearson Correlation	1	.768**	.780**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
douleur physique	Pearson Correlation	.768**	1	.413**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
limite doudeur	Pearson Correlation	.780**	.413**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
plaisir de vivre et gene	Pearson Correlation	.606**	.154	.267**
	Sig. (2-tailed)	.000	.126	.007
	N	100	100	100

		santé psychique	nerveux	découragé	calme et detendu
santé psychique	Pearson Correlation	1	.629**	.653**	.786**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100
nerveux	Pearson Correlation	.629**	1	.250*	.474**
	Sig. (2-tailed)	.000		.012	.000
	N	100	100	100	100
découragé	Pearson Correlation	.653**	.250*	1	.560**
	Sig. (2-tailed)	.000	.012		.000
	N	100	100	100	100
calme et detendu	Pearson Correlation	.786**	.474**	.560**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	100	100	100	100
triste et abbattu	Pearson Correlation	.439**	.059	-.057-	.119
	Sig. (2-tailed)	.000	.561	.573	.237
	N	100	100	100	100
heureux	Pearson Correlation	.578**	.199*	.248*	.314**
	Sig. (2-tailed)	.000	.047	.013	.001
	N	100	100	100	100

Correlations

		Energie	dynamyque	debordant d'energie	epuisé
Energie	Pearson Correlation	1	.953**	.695**	.532**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100
dynamyque	Pearson Correlation	.953**	1	.647**	.375**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	100	100	100	100
debordant d'energie	Pearson Correlation	.695**	.647**	1	.080
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.429
	N	100	100	100	100
epuisé	Pearson Correlation	.532**	.375**	.080	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.429	
	N	100	100	100	100
heureux	Pearson Correlation	.588**	.545**	-.045-	.321**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.659	.001
	N	100	100	100	100

Correlations

		Santé percue	Q1	tombe malade	se porté bien
Santé percue	Pearson Correlation	1	.415**	.596**	.803**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100
Q1	Pearson Correlation	.415**	1	.009	.276**
	Sig. (2-tailed)	.000		.930	.005
	N	100	100	100	100
tombe malade	Pearson Correlation	.596**	.009	1	.213*
	Sig. (2-tailed)	.000	.930		.034
	N	100	100	100	100
se porté bien	Pearson Correlation	.803**	.276**	.213*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.034	
	N	100	100	100	100
santé degradé	Pearson Correlation	.243*	-.396-**	.339**	.144
	Sig. (2-tailed)	.015	.000	.001	.152
	N	100	100	100	100
parfaite sante	Pearson Correlation	.508**	.461**	-.113-	.446**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.264	.000
	N	100	100	100	100

Correlations

		Détresse	decourage sante	frustre sante	soucis sante
Détresse	Pearson Correlation	1	.831**	.747**	.844**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100
decourage sante	Pearson Correlation	.831**	1	.487**	.643**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	100	100	100	100
frustre sante	Pearson Correlation	.747**	.487**	1	.406**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	100	100	100	100
soucis sante	Pearson Correlation	.844**	.643**	.406**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	100	100	100	100
accable sante	Pearson Correlation	.902**	.660**	.638**	.696**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	100	100	100	100

Correlations

		Sommeil	qualite de someil	repos reveil
Sommeil	Pearson Correlation	1	.680**	.538**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
qualite de someil	Pearson Correlation	.680**	1	-.253-*
	Sig. (2-tailed)	.000		.011
	N	100	100	100
repos reveil	Pearson Correlation	.538**	-.253-*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.011	
	N	100	100	100

Correlations

		Fonction cognitive	difficultes pense et reflichir	difficultes attention
Fonction cognitive	Pearson Correlation	1	.892**	.751**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100

difficultes pense et reflichir	Pearson Correlation	.892**	1	.667**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
difficultes attention	Pearson Correlation	.751**	.667**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
trouble memoir	Pearson Correlation	.709**	.457**	.359**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
concentration	Pearson Correlation	.765**	.615**	.308**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.002
	N	100	100	100

Correlations

		Fonction sexuelle	interet sexuel	dificulte intimite
Fonction sexuelle	Pearson Correlation	1	.853**	.806**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
interet sexuel	Pearson Correlation	.853**	1	.613**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
dificulte intimite	Pearson Correlation	.806**	.613**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
resentir du plaisir	Pearson Correlation	.856**	.775**	.648**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
partenair satisfaction	Pearson Correlation	.619**	.320**	.290**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.003
	N	100	100	100

Correlations

		satisfaction sexuelle	vie sexuel
satisfaction sexuelle	Pearson Correlation	1	1.000**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	100	100

vie sexuel	Pearson Correlation	1.000**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	100	100

Correlations

		support social	QLQ aide quetidien	QLQ qui compte
support social	Pearson Correlation	1	.662**	.836**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
QLQ aide quetidien	Pearson Correlation	.662**	1	.456**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	100	100	100
QLQ qui compte	Pearson Correlation	.836**	.456**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	100	100	100
QLQ detendre	Pearson Correlation	.874**	.349**	.697**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100
QLQ resoudre probleme	Pearson Correlation	.791**	.345**	.464**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	100	100	100

Correlations

		Troubles sphinctériens	probleme urinaire intestinaux
Troubles sphinctériens	Pearson Correlation	1	1.000**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	100	100
probleme urinaire intestinaux	Pearson Correlation	1.000**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	100	100

Correlations

		Bien-etre général	QDV global	description QDV
Bien-etre général	Pearson Correlation	1	.827**	.600**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	100	100	100
QDV global	Pearson Correlation	.827**	1	.047

	Sig. (2-tailed)	.000		.644
	N	100	100	100
description QDV	Pearson Correlation	.600**	.047	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.644	
	N	100	100	100

الثبات:

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	100	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	100	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.905	10

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.772	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.746	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.539	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.539	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.574	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.669	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.744	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.849	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.788	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	4

خصائص العينة:

Statistics

		sex	age	situation familial	situation professionnelle
N	Valid	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

sex

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculain	30	30.0	30.0	30.0
	Feminin	70	70.0	70.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

age

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	de 20 a 29	18	18.0	18.0	18.0
	de 30 a 39	30	30.0	30.0	48.0
	de 40 a 49	20	20.0	20.0	68.0
	de 50 a 59	17	17.0	17.0	85.0
	plus de 60 ans	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

situation familial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	celebataire	36	36.0	36.0	36.0
	marié	58	58.0	58.0	94.0
	divorcé	6	6.0	6.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

situation professionnelle

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	salarié	57	57.0	57.0	57.0
	Non salarié	43	43.0	43.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

استمارة الموافقة في المشاركة في الدراسة

اسم الباحث: مولى يسين

طالب دكتوراه

تخصص علم النفس الصحة

اشراف البروفيسور

وندلوس نسيمة- نسيبة-

أستاذة مشرفة ومحاضرة

انا الممضي أسفله..... أصرح بموافقتي في المشاركة في الدراسة الحالية بعنوان «الوسائط العلاجية ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب اللويحي"، وانه قد تم اعلامي بما يلي:

1- موضوع البحث الحالي، واهداف وحدود الدراسة.
2- عدد الحصص العلاجية المقدرة ب ثمانية حصص بمعدل حصة كل أسبوع على مستوى مكتب الاخصائي النفساني بمصلحة الاعصاب لمستشفى ندير محمد تيزي وزو -بالوا-
3- وأن النتاج الفني الذي يتم بناؤه يبقي لدى الباحث الى غاية نهاية الدراسة، ومن ثمة إمكانية استرجاعها.
4- نشر النتاج الفني في أطروحة الدراسة كملاحق ونموذج للّصق.
5- كتابة المقابلات العيادية بمراعاة السرية التامة والمعلومات الشخصية التي بإمكانها التعرف عليّ.

امضاء المعني

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الصحة البدنية	,231	5	,200*	,881	5	,314
التطبيق البعدي-البدنية	,287	5	,200*	,914	5	,490

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-البدنية	26,2000	5	1,64317	,73485
	التطبيق القبلي- الصحة البدنية	13,2000	5	,83666	,37417

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-البدنية & التطبيق القبلي- الصحة البدنية	5	,691	,196

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-البدنية - التطبيق القبلي- الصحة البدنية	13,00000	1,22474	,54772	11,47928

Paired Samples Test

		Paired Differences 95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-البدنية - التطبيق القبلي- الصحة البدنية	14,52072	23,735	4	,000

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	,237	5	,200*	,961	5	,814
التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	,136	5	,200*	,987	5	,967

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	8,0000	5	1,58114	,70711
	التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	5,4000	5	1,14018	,50990

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية & التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	5	,693	,194

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية - التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	2,60000	1,14018	,50990	1,18429

Paired Samples Test

		Paired Differences 95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية - التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	4,01571	5,099	4	,007

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	,241	5	,200*	,821	5	,119

التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	,237	5	,200*	,961	5	,814

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	5,6000	5	1,14018	,50990
	التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	4,0000	5	1,00000	,44721

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية & التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	5	,658	,228

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية - التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	1,60000	,89443	,40000	,48942

Paired Samples Test

		Paired Differences 95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية - التطبيق القبلي- العراقيل الناتجة عن الصحة النفسية	2,71058	4,000	4	,016

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الألم	,237	5	,200*	,961	5	,814
التطبيق البعدي-الألم	,136	5	,200*	,987	5	,967

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الألم	10,0000	5	1,58114	,70711
	التطبيق القبلي- الألم	5,4000	5	1,14018	,50990

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الألم & التطبيق القبلي-الألم	5	,277	,651

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الألم - التطبيق القبلي-الألم	4,60000	1,67332	,74833	2,52230

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الألم - التطبيق القبلي- الألم	6,67770	6,147	4	,004

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الصحة النفسية	,335	5	,069	,860	5	,228
التطبيق البعدي-الصحة النفسية	,300	5	,161	,883	5	,325

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة النفسية	25,0000	5	1,41421	,63246
	التطبيق القبلي- الصحة النفسية	8,8000	5	2,28035	1,01980

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة النفسية & التطبيق القبلي- الصحة النفسية	5	,620	,264

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة النفسية - التطبيق القبلي- الصحة النفسية	16,20000	1,78885	,80000	13,97884

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة النفسية - التطبيق القبلي- الصحة النفسية	18,42116	20,250	4	,000

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الطاقة	,254	5	,200*	,914	5	,492
التطبيق البعدي-الطاقة	,273	5	,200*	,852	5	,201

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الطاقة	13,4000	5	1,34164	,60000
	التطبيق القبلي- الطاقة	5,6000	5	1,51658	,67823

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الطاقة & التطبيق القبلي-الطاقة	5	,590	,295

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الطاقة - التطبيق القبلي-الطاقة	7,80000	1,30384	,58310	6,18107

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الطاقة - التطبيق القبلي-الطاقة	9,41893	13,377	4	,000

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الصحة المدركة	,287	5	,200*	,914	5	,490
التطبيق البعدي-الصحة المدركة	,231	5	,200*	,881	5	,314

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة المدركة	21,8000	5	,83666	,37417
	التطبيق القبلي- الصحة المدركة	8,8000	5	1,64317	,73485

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة المدركة & التطبيق القبلي- الصحة المدركة	5	-,036	,954

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة المدركة - التطبيق القبلي- الصحة المدركة	13,00000	1,87083	,83666	10,67706

Paired Samples Test

		Paired Differences				
		95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الصحة المدركة - التطبيق القبلي- الصحة المدركة	15,32294	15,538	4	,000

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الرفاهية الاجتماعية	,221	5	,200*	,902	5	,421
التطبيق البعدي-الرفاهية الاجتماعية	,253	5	,200*	,854	5	,207

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الرفاهية الاجتماعية	12,0000	5	2,54951	1,14018
	التطبيق القبلي- الرفاهية الاجتماعية	6,2000	5	1,30384	,58310

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الرفاهية الاجتماعية & التطبيق القبلي- الرفاهية الاجتماعية	5	,000	1,000

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الرفاهية الاجتماعية - التطبيق القبلي- الرفاهية الاجتماعية	5,80000	2,86356	1,28062	2,24442

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الرفاهية الاجتماعية - التطبيق القبلي- الرفاهية الاجتماعية	9,35558	4,529	4	,011

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- العمليات المعرفية	,237	5	,200*	,961	5	,814
التطبيق البعدي-العمليات المعرفية	,221	5	,200*	,902	5	,421

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-العمليات المعرفية	13,2000	5	1,30384	,58310

	التطبيق القبلي- العمليات المعرفية	6,4000	5	1,14018	,50990

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-العمليات المعرفية & التطبيق القبلي- العمليات المعرفية	5	,774	,125

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-العمليات المعرفية - التطبيق القبلي- العمليات المعرفية	6,80000	,83666	,37417	5,76115

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-العمليات المعرفية - التطبيق القبلي- العمليات المعرفية	7,83885	18,174	4	,000

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الحسرة	,287	5	,200*	,914	5	,490
التطبيق البعدي-الحسرة	,201	5	,200*	,881	5	,314

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الحسرة	19,4000	5	1,67332	,74833
	التطبيق القبلي- الحسرة	6,2000	5	1,64317	,73485

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الحسرة & التطبيق القبلي- الحسرة	5	,600	,285

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الحسرة - التطبيق القبلى- الحسرة	13,20000	1,48324	,66332	11,35831

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الحسرة - التطبيق القبلي- الحسرة	15,04169	19,900	4	,000

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- النوم	,231	5	,200*	,881	5	,314
التطبيق البعدي-النوم	,237	5	,200*	,961	5	,814

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-النوم	6,6000	5	1,14018	,50990
	التطبيق القبلي- النوم	5,2000	5	,83666	,37417

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-النوم & التطبيق القبلي-النوم	5	,629	,256

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-النوم - التطبيق القبلى-النوم	1,40000	,89443	,40000	,28942

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-النوم - التطبيق القبلي- النوم	2,51058	3,500	4	,025

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الوظيفة الجنسية	,136	5	,200*	,987	5	,967
التطبيق البعدي-الجنسية	,221	5	,200*	,953	5	,758

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الجنسية	8,6000	5	1,94936	,87178
	التطبيق القبلي- الوظيفة الجنسية	6,0000	5	1,58114	,70711

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الجنسية & التطبيق القبلي- الوظيفة الجنسية	5	,487	,406

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الجنسية - التطبيق القبلى- الوظيفة الجنسية	2,60000	1,81659	,81240	,34441

Paired Samples Test

		Paired Differences 95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الجنسية - التطبيق القبلي- الوظيفة الجنسية	4,85559	3,200	4	,033

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الاشباع الجنسي	,231	5	,200*	,881	5	,314
التطبيق البعدي-الاشباع الجنسي	,300	5	,161	,833	5	,146

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	التطبيق البعدي-الاشباع الجنسي	3,0000	5	1,22474	,54772

	التطبيق القبلي- الاشباع الجنسي	1,8000	5	,83666	,37417

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الاشباع الجنسي & التطبيق القبلي- الاشباع الجنسي	5	,244	,692

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الاشباع الجنسي - التطبيق القبلي- الاشباع الجنسي	1,20000	1,30384	,58310	-,41893

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الاشباع الجنسي - التطبيق القبلي- الاشباع الجنسي	2,81893	2,058	4	,109

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- المساندة الاجتماعية	,237	5	,200*	,961	5	,814
التطبيق البعدي-المساندة الاجتماعية	,275	5	,200*	,879	5	,305

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean

Pair 1	التطبيق البعدي-المساندة الاجتماعية	17,8000	5	3,96232	1,77200
	التطبيق القبلي- المساندة الاجتماعية	6,4000	5	1,14018	,50990

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-المساندة الاجتماعية & التطبيق القبلي- المساندة الاجتماعية	5	,631	,254

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-المساندة الاجتماعية - التطبيق القبلي- المساندة الاجتماعية	11,40000	3,36155	1,50333	7,22609

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-المساندة الاجتماعية - التطبيق القبلي- المساندة الاجتماعية	15,57391	7,583	4	,002

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- الاضطرابات الهضمية	,300	5	,161	,833	5	,146
التطبيق البعدي-الاضطرابات الهضمية	,221	5	,200*	,902	5	,421

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean

Pair 1	التطبيق البعدي-الاضطرابات الهضمية	3,2000	5	1,30384	,58310
	التطبيق القبلي- الاضطرابات الهضمية	2,0000	5	1,22474	,54772

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-الاضطرابات الهضمية & التطبيق القبلي- الاضطرابات الهضمية	5	,783	,117

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-الاضطرابات الهضمية - التطبيق القبلي- الاضطرابات الهضمية	1,20000	,83666	,37417	,16115

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-الاضطرابات الهضمية - التطبيق القبلي- الاضطرابات الهضمية	2,23885	3,207	4	,033

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التطبيق القبلي- نوعية الحياة العامة	,237	5	,200*	,961	5	,814
التطبيق البعدي-نوعية الحياة لعامة	,261	5	,200*	,859	5	,223

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean

Pair 1	التطبيق البعدي-نوعية الحياة لعامة	13,2000	5	1,92354	,86023
	التطبيق القبلي- نوعية الحياة العامة	5,4000	5	1,14018	,50990

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	التطبيق البعدي-نوعية الحياة لعامة & التطبيق القبلي- نوعية الحياة العامة	5	,068	,913

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	التطبيق البعدي-نوعية الحياة لعامة - التطبيق القبلي- نوعية الحياة العامة	7,80000	2,16795	,96954	5,10814

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	التطبيق البعدي-نوعية الحياة لعامة - التطبيق القبلي- نوعية الحياة العامة	10,49186	8,045	4	,001

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
الصحة البدنية	5	26,2000	1,64317
العراقيل الناتجة عن الصحة البدنية	5	8,0000	1,58114
العراقيل الانتجة عن الصحة النفسية	5	5,6000	1,14018
الألم	5	10,0000	1,58114
الصحة النفسية	5	25,0000	1,41421
الطاقة	5	13,4000	1,34164
الصحة المدركة	5	21,8000	,83666

الرفاهية الاجتماعية	5	12,0000	2,54951
العمليات المعرفية	5	13,2000	1,30384
الحسرة	5	19,4000	1,67332
النوم	5	6,6000	1,14018
الوظيفة الجنسية	5	8,6000	1,94936
الإشباع الجنسي	5	3,0000	1,22474
المساندة الاجتماعية	5	17,8000	3,96232
الاضطرابات الهضمية	5	3,2000	1,30384
نوعية الحياة العامة	5	13,2000	1,92354
Valid N (listwise)	5		

ملحق (10) قائمة الأساتذة المحكمين باللغة العربية

اسم الاستاذ	الدرجة العلمية	المؤسسة الأصلية	التخصص
بلخير رشيد	استاذ محاضر صنف "ا"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي
حداد نسيمة	بروفيسور في علم النفس	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي
عزيرو سعاد	بروفيسور في علم النفس	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي
وندلوس نسيمة	بروفيسور في علم النفس	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي
لعلام لوناس	أستاذ مساعد صنف " ب"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي
زواني نزيهة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي

ملحق (11) قائمة الأساتذة المحكمين باللغة القبائلية

اسم الاستاذ	الدرجة العلمية	المؤسسة الاصلية	التخصص
مولى حسين	أستاذ مكون في اللغة الامازيغية	وزارة التربية الوطنية	علوم التربية
فرقاني لوهاب	أستاذ محاضر صنف " أ"	جامعة عبد الرحمان ميرة بجاية	علم النفس العيادي
لعلام لوناس	أستاذ محاضر صنف " أ"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي
بلخير رشيد	أستاذ محاضر صنف " ا"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي
جورديخ المولود	أستاذ محاضر صنف " أ"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	علم النفس العيادي

L'échelle EDSS (Expanded Disability Status Scale)

Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale. *Neurology* 1983; **33**: 1444-1452

Score	*Critères*
0	Examen neurologique normal (tous systèmes fonctionnels (SF) à 0; SF 1 mental acceptable).
1.0	Absence de handicap fonctionnel, signes minimes d'atteinte d'une des fonctions (SF 1, à l'exclusion du SF mental).
1.5	Absence de handicap fonctionnel, signes minimes dans plus d'un SF (plus d'un SF 1, à l'exclusion du SF mental).
2.0	Handicap minime d'un des SF (1 SF 2, les autres 0 ou 1).
2.5	Handicap minime dans 2 SF (2 SF 2, les autres 0 ou 1).
3.0	Handicap modéré dans un SF (1 SF score 3, les autres 0 ou 1) ; ou atteinte minime de 3 ou 4 fonctions (3 ou 4 SF 2 ; les autres 0 ou 1), mais malade totalement ambulatoire.
3.5	Totalement ambulatoire, mais atteinte modérée dans un SF (SF 3) et 1 ou 2 SF 2; ou 2 SF 3 ; ou 5 SF 2 (les autres 0 ou 1).
4.0	Malade totalement autonome pour la marche, vaquant à ses occupations 12h par jour malgré une gêne fonctionnelle relativement importante : 1 SF à 4 (les autres 0 ou 1), ou association de niveaux inférieurs dépassant les limites des degrés précédents. Capable de marcher 500 m environ sans aide ni repos.
4.5	Malade autonome pour la marche, vaquant à ses occupations la majeure partie de la journée, capable de travailler une journée entière, mais pouvant parfois être limité dans ses activités ou avoir besoin d'une aide minime, handicap relativement sévère : un SF 4 (les autres 0 ou 1), ou association de niveaux inférieurs dépassant les limites des degrés précédents. Capable de marcher 300m environ sans aide ni repos.
5.0	Capable de marcher environ 200 m sans aide ni repos, handicap suffisamment sévère pour entraver l'activité d'une journée normale. (En général un SF 5, les autres 0 ou 1, ou association de niveaux plus faibles dépassant ceux du grade 4.0).
5.5	Capable de marcher environ 100 m sans aide ni repos ; handicap suffisamment sévère pour empêcher l'activité d'une journée normale. (En général un SF 5, les autres 0 ou 1, ou association de niveaux plus faibles dépassant ceux du grade 4.0).
6.0	Aide unilatérale (canne, canne anglaise, béquille) constante ou intermittente nécessaire pour parcourir environ 100 m avec ou sans repos intermédiaire. (En général association de SF comprenant plus de 2 SF 3+).
6.5	Aide permanente bilatérale (cannes, cannes anglaises, béquilles) nécessaire pour marcher 20 m sans s'arrêter. (En général association de SF comprenant plus de 2 SF 3+).

©2009 EDMUS Coordinating Center – www.edmus.org

7.0	Incapable de marcher plus de 5 m même avec aide ; essentiellement confiné au fauteuil roulant; fait avancer lui-même son fauteuil et effectue le transfert; est au fauteuil roulant au moins 12 h par jour. (En général association de SF comprenant plus d'un SF 4+; très rarement, SF 5 pyramidal seulement).
7.5	Incapable de faire plus de quelques pas; strictement confiné au fauteuil roulant; a parfois besoin d'une aide pour le transfert; peut faire avancer lui-même son fauteuil mais ne peut y rester toute la journée; peut avoir besoin d'un fauteuil électrique. (En général association de SF comprenant plus d'un SF 4+).
8.0	Essentiellement confiné au lit ou au fauteuil, ou promené en fauteuil par une autre personne; peut rester hors du lit la majeure partie de la journée; conserve la plupart des fonctions élémentaires; conserve en général l'usage effectif des bras. (En général SF 4+ dans plusieurs systèmes).
8.5	Confiné au lit la majeure partie de la journée ; garde un usage partiel des bras ; conserve quelques fonctions élémentaires. (En général SF 4+ dans plusieurs systèmes).
9.0	Patient grabataire ; peut communiquer et manger. (En général SF 4+ dans plusieurs systèmes).
9.5	Patient totalement impotent, ne peut plus manger ou avaler, ni communiquer. (En général SF 4+ dans presque tous les systèmes).
10	Décès lié à la SEP.

©2009 EDMUS Coordinating Center – www.edmus.org