وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي

دراسة عيادية لأربع حالات بمستشفيات عين تموشنت

من إعداد وتقديم الطالبين:

- دافي يحياوية.
- حاج عاشور إسراء.

تحت إشراف الأستاذة:

د. بن قو فتيحة.

تاريخ المناقشة: 21/06/2026

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د.زاوي أمال	أستاذ محاضر – أ –	رئيسا
د.بن قو فتيحة	أستاذ محاضر – أ –	مشرفا ومقررا
د.بن عيسى رحال نوال	أستاذ محاضر – ب –	مناقشا

السنة الجامعية 2025-2026

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث علمي

(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله،

الطالب (ة): حاج عاشور اسراء

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 404448505

الصادرة في بلدية عين تموشنت بتاريخ: 2023.01.25

دائرة: عين تموشنت ولاية عين تموشنت

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

تصورات المرضى لدى مرضى الخناعة البنتة قبل
الاستشفاء الطبي دراسة عيادية لأربع حالات
بمستشفيات عين تموشنت

أصرح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 2026.06.28

امضاء المعني

Scanné avec CamScanner

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث علمي
(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله،

الطالب (ة): .....

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: ..... الصادرة في تاريخ: .....

دائرة: .....ولاية.....

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

قسم: .....

شعبة: ..... **تخصص:** .....

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

.....

.....

.....

.....

أصرح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: .....

امضاء المعني

Scanné avec CamScanner

بسم الله الرحمن الرحيم
١٩
١٤

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي، من خلال الكشف عن طبيعة التمثلات المعرفية والانفعالية المرتبطة بالمرض، إضافة إلى تحديد العوامل الاجتماعية والثقافية المساهمة في تشكيلها.

أُجريت الدراسة على عينة مكوّنة من أربع حالات من الجنسين، تتراوح أعمارهم بين 18 و 48 سنة، تم اختيارهم من مستشفيات ولاية عين تموشنت. واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، باستخدام مجموعة من الأدوات تمثلت في الملاحظة، والمقابلة النصف موجهة، واستبيان إدراك المرض. أظهرت النتائج أن تصورات المرض لا تتشكل بصورة طبية فقط، بل تتأثر بتفاعل معقد بين الأبعاد المعرفية والانفعالية والاجتماعية–الثقافية. فقد بينت الحالات أن الغموض التشخيصي واستمرار الأعراض لفترات طويلة ساهما في بناء تمثلات سلبية للمرض اتسمت بالخوف والقلق وعدم اليقين، كما دفعا الحالات إلى تبني تفسيرات غيبية مرتبطة بالسحر أو المس، في محاولة لفهم التجربة المرضية وإضفاء معنى لها.كما كشفت النتائج عن الدور البارز للأسرة والمعتقدات الشعبية في تشكيل هذه التصورات، من خلال تعزيز التفسيرات الغيبية والتشجيع على اللجوء إلى العلاج البديل. كما لم تظهر الدراسة اختلافات واضحة في تصورات المرض تبعا لمتغيرات الجنس أو المستوى التعليمي. وفي ضوء ذلك، تؤكد الدراسة أهمية إدماج البعد النفسي–المعرفي في التكفل بمرضى المناعة الذاتية خلال مرحلة ما قبل التشخيص.

الكلمات المفتاحية: تصورات المرض، الأمراض المناعية الذاتية، الغموض التشخيصي، التشخيص الطبي.

Study Abstract:

This study aims to shed light on illness perceptions among patients with autoimmune diseases before medical diagnosis, by identifying the nature of the cognitive and emotional representations associated with the illness, as well as determining the social and cultural factors contributing to their formation.

The study was conducted on a sample consisting of four cases of both genders, aged between 18 and 48 years old, selected from Ahmed Medaghri Hospital and Doctor Benzerdjeb Hospital. The study adopted the clinical approach based on the case study method, using a set of tools including observation, semi-structured interviews, and the Illness Perception Questionnaire (IPQ-R).

The findings revealed that illness perceptions are not formed solely on a medical basis, but are influenced by a complex interaction between cognitive, emotional, and socio-cultural dimensions. The cases demonstrated that diagnostic ambiguity and the persistence of symptoms over long periods contributed to the development of negative illness representations characterized by fear, anxiety, and uncertainty. These factors also led participants to adopt supernatural explanations related to witchcraft or spirit possession as attempts to understand and give meaning to their illness experience.

The results further highlighted the prominent role of family and popular beliefs in shaping these perceptions, particularly through reinforcing supernatural interpretations and encouraging the use of alternative treatments. Moreover, the study did not reveal significant differences in illness perceptions according to gender or educational level.

In light of these findings, the study emphasizes the importance of integrating the psychological and cognitive dimensions into the care of patients with autoimmune diseases during the pre-diagnostic stage.

Keywords: Illness Perceptions, Autoimmune Diseases, Diagnostic Uncertainty, Medical Diagnosis.

إهداء

بسمِ اللهِ خالقي، ومُدبّر أمري، ومُيسّر دربي، لكَ الحمدُ حمدًا كثيرًا طيبًا مباركًا فيه، ولكَ الشكرُ على نعمٍ لا تُعدّ ولا تُحصى، وعلى توفيقٍ كان نورًا أنار طريقي حتى بلغتُ هذه اللحظة.

أهدي ثمرة هذا النجاح إلى نفسي أولًا، إلى تلك الروح التي قاومت التعب، وآمنت بالحلم رغم كل الصعوبات، وسعت بثباتٍ وإصرار حتى وصلت.

ثم إلى من كان وجوده عزًّا وسندًا، إلى من أحمل اسمه بكل فخر واعتزاز، إلى الرجل الذي حصد الأشواك عن طريقي ليُمهد لي سبيل العلم والنجاح، إلى من كان تعبه الخفيّ وراء كل خطوة نجاح أخطوها، بعد فضل الله تعالى.

أبي الغالي أطال الله عمره وأدامه تاجًا فوق رأسي، وجزاه عني خير الجزاء.

و إلى نبع الحنان ومصدر الأمان، إلى القلب الذي احتواني حبًا ودعاءً، إلى من كانت دعواتها سرّ توفيقي وابتسامتها دفئ أيامي، إلى التي كانت لي أمًا وصديقةً وملجأً في كل ضعف.

أمي الحبيبة حفظها الله وأدام نورها في حياتي.

وإلى مصدر قوتي وسندي بعد الله، إلى من كانوا بجانبي في كل لحظة ضعفٍ وتعب، يزرعون في قلبي الأمل والثقة، ويؤمنون بقدرتي حتى حين كنتُ أشكّ في نفسي، إلى من كانوا الظلّ الذي يرافقني والنور الذي يرشدني.

- أخواتي شيماء و ألاء و سجود –

شكرًا لأنكنّ كنتنّ دائمًا القوة التي أستند إليها.

وفي الختام، أحمد الله تعالى الذي وفقني لبلوغ هذه اللحظة، فله الحمد أولًا وآخرًا، ظاهرًا وباطنًا، والصلاة والسلام على سيدنا محمد ﷺ.

حاج عاشور إسراء

إهداء

إلى نفسي

إلى تلك التي سارت بخطى متعبة أحيانًا، وواثقة أحيانًا أخرى، لكنها لم تتوقف يومًا عن السعي

إلى نفسي التي واجهت الصعوبات والضغوط واللحظات التي ظنت فيها أن الطريق أطول مما تستطيع، ثم واصلت رغم كل شيء

أهدي هذا العمل إلى نفسي أولًا، لأنني كنت شاهدة على كل ما بذلته من جهد وصبر ومثابرة حتى وصلت إلى هذه اللحظة.

كما أهديه إلى والديّ الكريمين، وإلى أسرتي وكل من ساندني بكلمة طيبة أو دعاء صادق

راجيةً أن يكون هذا الإنجاز بدايةً لنجاحات أكبر في المستقبل.

دافي يحياوية

شكر و تقدير

الحمد لله حمدًا كثيرًا طيبًا مباركًا فيه، الذي بنعمته تتمّ الصالحات، والذي وفّقنا لإتمام هذا العمل المتواضع، مصداقًا لقوله تعالى: ﴿لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾

نتقدّم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد، وساندنا طيلة هذه المسيرة العلمية بالدعم والتشجيع والتوجيه.

ونتوجّه بوافر الشكر والتقدير إلى الأستاذة المشرفة "**بن قو فتيحة**"، التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها القيّمة ونصائحها السديدة، وكانت خير سندٍ ومرافقة لنا طوال مراحل إعداد هذه المذكرة، فلها منّا جزيل الشكر والاحترام .

كما نتقدم بالشكر الجزيل لأعضاء اللجنة المحترمة أستاذة " **زاوي أمال**" و أستاذة "**بن عيسى رحال**"

كما نتقدّم بالشكر و التقدير الجزيل إلى كافة أساتذة قسم العلوم الاجتماعية، تخصص علم النفس العيادي، الذين أفادونا بعلمهم ومعارفهم طوال مشوارنا الجامعي، وكانوا مناراتٍ نهتدي بها في سبيل طلب العلم والمعرفة.

كما نتوجّه بخالص الشكر والتقدير إلى جميع الحالات التي شاركت في هذه الدراسة، على تعاونها وصبرها وثقتها، وعلى ما قدمته من معلومات قيّمة أسهمت في إنجاز هذا العمل وإثراء نتائجه

وفي الأخير، نتقدّم بخالص الامتنان إلى كل من مدّ لنا يد العون وساهم،

ولو بكلمة طيبة أو دعوة صادقة، في إنجاز هذا العمل، سائلين الله تعالى

أن يجزي الجميع خير الجزاء.

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
إهداء.	أ
ملخص الدراسة.	ب
شكر و عرفان.	ج
قائمة المحتويات.	د
قائمة الأشكال و الجداول.	هـ
مقدمة.	1
الفصل التمهيدي :الإطار العام للدراسة	
1.الإشكالية.	3
2.فرضيات الدراسة.	7
3.أهداف الدراسة.	7
4.أهمية الدراسة.	8
5.أسباب إختيار الموضوع .	9
6.التعاريف الإجرائية.	10
7.الدراسات السابقة و التعقيب عليها.	10
الفصل الأول: تصورات المرض	
تمهيد.	18
1.مفهوم التصور.	18
1.1 التعريف اللغوي.	18
2.1 التعريف الإصطلاحي.	18
3.1 مفهوم التصور حسب فرويد.	19
4.1. مفهوم التصور حسب جون بياجيه.	20
5.1. أنواع التصور.	21
2. تصورات المرض.	21
1.2. مفهوم تصورات المرض	21
2.2. بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم تصورات المرض.	23

3. خصائص تصورات المرض.	26
4. أبعاد تصورات المرض.	28
1.4. أبعاد معرفية.	28
2.4. أبعاد نفسية إنفعالية.	29
5. أشكال تصورات المرض.	33
1.5. التصورات الإجتماعية.	33
2.5. التصورات المعرفية .	34
3.5 . التصورات التقليدية.	34
6. النماذج (النظريات) المفسرة لتصورات المرض.	38
1.6. نموذج كليمنتس (Clements).	38
2.6. نموذج ليفينثال.	39
3.6. نموذج ميردوك (Murdock).	40
4.6. نمودج هلمان (Helman).	40
خلاصة الفصل	44
الفصل الثاني:أمراض المناعة الذاتية	
تمهيد.	46
1 .الجهاز المناعي.	46
1.1. مفهوم الجهاز المناعي .	46
2.1. مكونات الجهاز المناعي.	47
3.1. الإستجابة المناعية.	48
2. أمراض المناعة الذاتية .	50
1.2. مفهوم أمراض المناعة الذاتية .	50
2.2. تصنيف أمراض المناعة الذاتية .	52
3. إنتشار أمراض المناعة الذاتية.	55
1.3. عوامل الخطر.	56
2.3. أعراض أمراض المناعة الذاتية.	57
3.3. مضاعفات أمراض المناعة الذاتية.	58
4. تشخيص أمراض المناعة الذاتية.	59

1.4. علاج أمراض المناعة الذاتية.	59
2.4 أمراض المناعة الذاتية وانعكاساتها على الصحة النفسية.	60
خلاصة الفصل.	63
الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية	
تمهيد	65
1.منهج الدراسة.	66
2.1. تعريف المنهج العيادي.	66
2.2. تعريف دراسة الحالة .	67
2. الدراسة الاستطلاعية .	67
1.2. تعريف الدراسة الاستطلاعية.	67
2.2. أهداف الدرسة الاستطلاعية.	68
3.2.إجراءات الدراسة الاستطلاعية.	68
4.2. خصائص الدراسة الاستطلاعية .	69
5.2. صعوبات الدراسة الاستطلاعية.	70
3. الدراسة الأساسية.	70
1.3. حدود الدراسة الأساسية .	71
1.1.3. الحدود المكانية.	71
2.1.3. الحدود الزمانية.	71
3.1.3. الحدود البشرية.	71
4.1.3. خصائص الدراسة الأساسية.	72
2.3. أدوات الدراسة.	72
1.2.3 الملاحظة العيادية .	73
2.2.3 المقابلة العيادية .	73
3.2.3 المقابلة النصف موجهة.	74
4.2.3 دليل المقابلة .	74
5.2.3 مقياس إدراك المرض.	77
خلاصة الفصل .	80

الفصل الرابع :عرض ومناقشة النتائج	
أولا: عرض النتائج وتحليلها.	82
1.عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى (ز.ي).	82
2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية (ب.أ).	91
3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة (ب.س).	100
4. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة (ب.ع).	109
ثانيا.مناقشة الفرضيات.	120
خاتمة.	130
التوصيات .	131
المقترحات.	131
قائمة المصادر و المراجع.	134
الملاحق.	142

قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	جدول يوضح أمراض المناعة الذاتية الأكثر شيوعا	53
2	جدول يوضح خصائص مجموع الدراسة الاستطلاعية	69
3	جدول يوضح خصائص مجموعة الدراسة الأساسية	72
4	جدول يوضح المقابلات للحالة الأولى (ز.ي)	83
5	جدول يوضح نتائج مقياس إدراك المرض للحالة الأولى(ز.ي)	89
6	جدول يوضح المقابلات للحالة الثانية (ب.أ)	92
7	يوضح تحليل نتائج مقياس إدراك المرض للحالة الثانية (ب.أ)	97
8	جدول يوضح المقابلات مع الحالة الثالثة (ب. س)	101
9	جدول يوضح عرض نتائج مقياس إدراك المرض للحالة الثالثة (ب.س)	106
10	جدول يوضح المقابلات مع الحالة الرابعة (ب. ع)	110
11	جدول يوضح نتائج مقياس إدراك المرض للحالة (ب.ع)	115

قائمة الأشكال:

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	الجهاز المناعي.	47
02	أعضاء الجهاز المناعي.	48
03	الاستجابة المناعية.	49
04	المظاهر الجلدية في الذئبة الحمامية الجهازية.	55

المقدمة:

يعيش الإنسان في مساره الحياتي حالات صحية متفاوتة لا تقتصر فقط على البعد الجسدي، بل تمتد لتشمل أبعادًا نفسية ومعرفية واجتماعية، حيث تتداخل فيها الأعراض الجسدية مع القلق والتساؤلات ومحاولات الفهم والتفسير. وهو ما يجعل من المرض تجربة ذاتية مركبة، لا يمكن فهمها فقط من خلال الفحوصات الطبية، بل أيضًا من خلال الطريقة التي يدرك بها الفرد حالته الصحية ويمنحها معنى. في ضوء خبراته ومعتقداته وسياقه الاجتماعي.

وتُعدّ الأمراض المناعية الذاتية من بين الاضطرابات الأكثر تعقيدًا من الناحية الطبية والنفسية، نظرًا لما تتميز به من تعدد وتذبذب في الأعراض، وتشابهها مع أمراض أخرى، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تأخر التشخيص الطبي الدقيق. ممل يجعل المريض يعيش حالة من الغموض وعدم اليقين، في ظل غياب تفسير واضح لما يحدث لجسده.في هذه المرحلة تحديدًا، لا يعتمد الفرد فقط على التفسير الطبي، بل يلجأ إلى بناء فهمه الخاص للمرض، انطلاقًا من خبراته السابقة، ومعتقداته الشخصية، ومحيطه الاجتماعي والثقافي، إضافة إلى حالته الانفعالية . ويُعد هذا التصور إطارًا معرفيًا وانفعاليًا أساسيا، لما له من دور في توجيه استجابات الفرد النفسية والسلوكية ومستوى تكيفه مع المرض.

و تبرز أهمية دراسة التصورات بشكل خاص في سياق الأمراض المناعية الذاتية، حيث يؤدي غياب التشخيص المبكر إلى قابلية تشكل تصورات سلبية غير مستقرة أو متناقضة حول مرضه. فقد يتبنى المريض تفسيرات مختلفة علمية أو اعتقادية، حسب محيطه الاجتماعي ومعتقداته وتجاربه الشخصية. كما أن هذه التفسيرات لا تبقى ثابتة، بل تتطور تدريجيا مع تطور الأعراض وتراكم الخبرة المرضية.مما يزيد من استجابة الفرد الانفعالية، خاصة القلق والخوف من المستقبل والإحساس بفقدان السيطرة على الجسد والحياة. وهذا التهديد المدرك لا يبقى نفسيًا فقط، بل ينعكس على سلوك المريض من خلال البحث على استراتيجيات تكيف مختلفة مثل العلاج الشعبي.

وفي هذا السياق تأتي الدراسة الحالية للكشف عن طبيعة التصورات لمرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي، من خلال استكشاف أبعادها المختلفة. فقد احتوت دراستنا على خمسة فصول مقسمة إلى جانبين.

تضمن الجانب النظري ثلاثة فصول، حيث تناول الفصل الأول الإطار العام للدراسة، من خلال عرض إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهدافها، أهميتها، إضافة إلى تحديد المفاهيم الأساسية والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة. أما الفصل الثاني فقد خصص لتصورات المرض، إذ تناول مفهوم التصور، خصائصه، أنواعه، وكيفية تشكله، إلى جانب أهم النظريات المفسرة له. في حين تناول الفصل الثالث أمراض المناعة الذاتية، من خلال تعريفها ، أسبابها، أعراضها، مراحل تشخيصها، علاجها ، وانعكاساتها النفسية والاجتماعية على المريض.

أما الجانب الميداني فقد ضم ثلاثة فصول كذلك، حيث تضمن الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة، من خلال عرض المنهج المستخدم، عينة الدراسة، أدوات جمع البيانات، ومكان وزمان إجراء الدراسة. بينما خصص الفصل الخامس لعرض الحالات وتحليلها ومناقشتها في ضوء أدوات الدراسة والإطار النظري، ثم عرض النتائج العامة للدراسة وتفسيرها ومناقشة الفرضيات في ضوء الدراسات السابقة. واختُتمت الدراسة بخاتمة عامة ثم تقديم مجموعة من التوصيات والاقتراحات المتعلقة بموضوع البحث.

الإشكالية:

لم يعد المرض في العلوم الإنسانية والطبية المعاصرة يُنظر إليه بوصفه اختلالًا عضويًا ، بل أصبح يُفهم كخبرة إنسانية مركّبة تتداخل فيها الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية. فالفرد لا يعيش مرضه من خلال الأعراض الجسدية فقط، وإنما من خلال المعاني التي يُسقطها عليه، والصور الذهنية التي يبنيها حوله، والتي تتشكل قبل التشخيص الطبي أو بعده.

فقد عرّف المكاوي (1990) المرض، بأنه فقدان الأحاسيس الجسمية والعقلية العادية ، حيث يؤدي إلى فقدان التوازن البيولوجي و العقلي جزئيا أو كليا، فهو حالة غير طبيعية تصيب الجسد أو العقل محدثة انزعاجا أو ضعفا في الوظائف أو إرهاقا للشخص المصاب، كما عرّفه أيضا بأنه تكيّف بيولوجي إذ أنه تعبير عن تكيّف الجسم مع الضغوط الداخلية و الظروف الخارجية الخطيرة **(المكاوي ، 1990، ص. 75- 77)**. كما عرف أيضا بأنه حالة إنحراف أو إختلال في السلامة والتكامل والكفاية البدنية والعقلية و الإجتماعية، تكون معه البيئة الداخلية للجسم غير متزنة. **(الصدفي ،2001، ص.15)**. وحسب علم النفس الطبي، المرض هو كل ما يضر الفرد ويعيقه عن إنجاز وظائفه اليومية وما يجعله يتألم، ومع هذا يستجيب المريض بانعكاسات نفسية مختلفة يحاول من خلالها أن يعيد التوازن لجسمه.**(زناد ،2013،ص. 70)**.

وعليه يُعدّ المرض تجربة نفسية جسدية معقّدة، فالمريض يدرك المرض كما يتجلّى في وعيه، من خلال إدراكه لأعراضه، وتأويله لأسبابه، وتمثّله لتأثيراته على جسده وحياته ومستقبله، فهي التي تُوجّه و تنظم إدراكه، كما تؤثر في انفعالاته وسلوكاته الصحية وطريقة تعامله مع الألم والقلق والغموض.

وفي هذا السياق برز مفهوم تصورات المرض كأحد المفاهيم الأساسية في علم النفس الصحي، حيث يشير إلى مجموعة من المعتقدات التي يحملها الفرد حول مرضه أو حالته الصحية، وتشمل فهمه للسبب، وطبيعة المرض، ومدة بقائه، ونتائجه المحتملة، وقدرته على التحكم فيه. هذه التصورات تلعب دورا مهما في تشكّل الجانب المعرفي تجاه المرض وتؤثر في سلوكياته الصحية. (Leventhal ,Brissette, 2003.P 24). كما ينظر إلى التصورات في حالة الأمراض المزمنة بأنها الطريقة التي يصيغ بها المريض فهمه لمنشأ مرضه، وما يعتقده عن شدته، ومدة بقائه، وتأثيره على حياته اليومية، ومدى قدرته على العلاج و التحكم فيه.

(Weinman et al, 2012, p.77)

غير أن أهمية هذه التصورات تمتد خاصة إلى مرحلة ما قبل التشخيص، حيث يواجه الفرد أعراضا غير واضحة أو غامضة، فيسعى إلى تفسيرها بالاعتماد على معتقداته وخلفيته الثقافية، مما يؤدي إلى بناء تصورات سلبية قد تؤثر على حالته النفسية والسلوكية.وفي هذا الإطار هدفت دراسة "Bhise" وآخرون (2018) الموسومة بتعريف وقياس عدم اليقين التشخيصي في الطب إلى تحليل مفهوم عدم اليقين التشخيصي وتحديد الطرق المستخدمة في قياسه داخل الممارسة الطبية، وقد أظهرت نتائجها أن عدم اليقين التشخيصي ظاهرة شائعة لكنه يفتقر إلى تعريف واضح وإطار شامل للقياس، كما اقترحت تعريفه بأنه إدراك ذاتي بعدم القدرة على تقديم تفسير دقيق للمشكلة الصحية للمريض، مؤكدة أن تحسين قياسه يساهم في تقليل التأخر في التشخيص والأخطاء الطبية.

(Bhise et al .2018)

وتتضاعف هذه الأهمية خاصة عند تناول أمراض المناعة الذاتية التي تعد من الأمراض المزمنة المعقدة والتي تتسم بالغموض في سبب نشأتها و تعدد و تنوع أعراضها و مسارها المتقلب، فهي حالة يهاجم فيها الجهاز المناعي أنسجة الجسم السليمة، حيث يفقد فيها الجسم المقدرة على التعرف على الذات، فتتغير أو تقل عملية التحمل المناعي و بالتالي تعامل بعض البروتينات الأنسجة على أنها مستضدات غريبة، فتنتج إستجابة مناعية موجهة ضد أحد مكونات الجسم، فتظهر اضطرابات متعددة ومتشابكة في مختلف أجزاء الجسم. وتمتاز هذه الأمراض بغموض أعراضها وتنوعها مما تجعل المريض لا يواجه جسدا مريضا فحسب، بل يواجه جسدا يتحول إلى مصدر تهديدا للذات، جسدا يواجه نفسه، مما يزعزع الإحساس بالأمان الجسدي ، حيث يصبح الجسد فضاء للصراع بدل أن يكون موطنا للحماية .**(الحديدي،2004،ص.54)**

وقد شهدت أمراض المناعة الذاتية تزايدًا ملحوظًا في الانتشار على المستوى العالمي، حيث تشير الدراسات الوبائية إلى أنها تصيب ما بين **5%** إلى10 %من سكان العالم، مع تسجيل نسب أدق تتراوح بين 7.6% و**9.4%** في بعض المراجعات العلمية، وهو ما يعكس عبئًا صحيًا متناميًا لهذه الفئة من الأمراض (Cooper et al., 2009) ؛ (Hayter & Cook, 2012) كما تتسم هذه الأمراض بتنوعها وتعقيد أسبابها، مما يجعل تقدير انتشارها بدقة أمرًا صعبًا، خاصة في الدول النامية، حيث تُقدَّر نسب انتشارها بمعدلات قريبة من النسب العالمية مع تزايد تدريجي في عدد الحالات.**(Cao et al., 2023)**

وقد تناولت العديد من الدراسات موضوع التصورات و التمثلات للأمراض المزمنة، مؤكدة على دورها في تشكيل تجربة المرض والتكيف معه، كدراسة لعجاج و الماحي (2024) ودراسة "بورنان سامية"

(2007) حول التصورات الاجتماعية للمرض العقلي في المجتمع الجزائري ، و ذلك بهدف تحديد ما إذا كانت هذه التصورات تميل نحو النموذج التقليدي القائم على التفسيرات الشعبية.

كما ركزت دراسات أخرى على أمراض المناعة الذاتية تحديدا، مبرزة أن غموض الأعراض وتعددها يساهمان في بناء تمثلات ذهنية سلبية ومتباينة قد تتسم أحيانا بالقلق والخوف وسوء فهم المرض، كدراسة(Gonca Muncu et al, 2019) حول داء "Behcets" البيحست، و هو مرض مناعي ذاتي. إضافة إلى دراسة حول مرض الذئبة الحمراء، والتي أظهرت أن التصورات تتسم غالباً بطابع سلبي وترتبط بعوامل نفسية كالقلق والاكتئاب، كما تؤثر بشكل مباشر في التكيف مع المرض وجودة الحياة (Barbasioet et al ,2018 ; Czecowska,2015)، كما بيّنت دراسات أخرى أن المرضى يظهرون تمثلات معرفية وانفعالية معقدة حول مرضهم تشمل إدراكاً مرتفعاً للعواقب وتمثيلاً انفعالياً قوياً، مع اختلاف هذه التصورات تبعاً للعوامل الاجتماعية والثقافية.

(Garcia et el., 2014)

وبناءا لما سبق، فإن تناول تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية في مرحلة ما قبل التشخيص الطبي، يتيح لنا فهمًا أعمق للتجربة المرضية كما يعيشها المريض ذاتيًا، ويساهم في الكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر في مسار المرض وعلاجه ،وعليه تبرز إشكالية البحث في التساؤل التالي:

ما هي طبيعة تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي؟

ومنه تتفرع الأسئلة الفرعية التالية:

1.ما هي العوامل الاجتماعية و الثقافية التي تساهم في تشكيل التصورات؟

2.هل تختلف تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي ؟

3.هل تختلف تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية بإختلاف الجنس ؟

2-الفرضيات:

الفرضية العامة:

تتسم تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص بطابع سلبي .

الفرضيات الفرعية:

1- تساهم الأسرة ونقص المعرفة الطبية والمعتقدات في تشكيل تصورات المرض لدى المرضى المصابين .

2- لا يختلف تصور المرض باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى المناعة الذاتية.

3- لا يختلف تصور المرض باختلاف الجنس لدى مرضى المناعة الذاتية.

3-أهداف الدراسة:

1 _ الكشف عن طبيعة تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي.

2_ التعرف على العوامل الاجتماعية والثقافية التي تساهم في تشكيل تصورات المرض لدى مرضى المناعية الذاتية .

3_الكشف عن مدى اختلاف التصورات لدى مرضى المناعة الذاتية تبعًا لمتغير المستوى التعليمي.

4_ الكشف عن مدى اختلاف التصورات لدى مرضى المناعة الذاتية تبعًا لمتغير الجنس.

4-أهمية الدراسة:

الأهمية العلمية (النظرية):

- ✓ سد الفجوة العلمية و العملية في دراسة تصورات المرض في مرحلة ما قبل التشخيص لمساعدة المهنيين (الأطباء) و المعالجين النفسانيين للصحة النفسية.
- ✓ تساهم في توسيع المعرفة حول التصورات الذهنية للمرض خاصة أمراض المناعة الذاتية قبل التشخيص و هو بعد لم يحظى بتغطية كافية في الدراسات السابقة .
- ✓ تعزيز كيفية تفسير الأعراض المزمنة ذات المنشأ المناعي إدراكيا في غياب اليقين الطبي بما يتماشى مع الأطر العلمية في علم النفس الصحة .
- ✓ تعتبر هذه الدراسة نقطة التقاء كل من علم النفس الصحي ، و على النفس العيادي ، و الأنثروبولجيا و بداية للدراسات الأخرى في نفس المجال.

الأهمية العملية (التطبيقية):

- ✓ تساعد في التقليل من أثر الصدمة و المعاناة النفسية في مرحلة التشخيص من خلال التدخل المعرفي المبكر أو تصميم برامج توعية صحية .
- ✓ قد تستخدم لاحقا في بروتوكولات دعم نفسي ما قبل التشخيص داخل المؤسسات الصحية .

- ✓ توعية المرضى وأسرهم بأهمية فهم و إدراك المرض ودوره في التكيف والحد من الاضطرابات النفسية المصاحبة.

5-أسباب اختيار الدراسة:

تعد خطوة اختيار موضوع الدراسة من أولى الخطوات المنهجية لإعداد البحث العلمي ، وهذا لا يتم بطريقة عشوائية بل يخضع لأسباب ذاتية وموضوعية أهمها:

الأسباب الذاتية:

- الفضول المعرفي والاهتمام الشخصي بالجانب الصحي والنفسي للفرد.

- ملاحظتنا لانتشار الأمراض ذاتية المناعة في المجتمع وارتباطها بعدم اليقين الطبي، حيث تتسم الأعراض بالتقلب، والغموض، وغياب التفسير الدقيق، مما يجعل المريض يعيش حالة ارتباك معرفي وعاطفي تجاه ما يحدث داخل جسده.

الأسباب الموضوعية:

- ✓ تعد هذه الدراسة جديدة من حيث الطرح السيكولوجي (حسب إطلاعنا).
- ✓ إثراء الرصيد العلمي والمعرفي لعلم النفس وترسيخ دور المختص النفسي في توعية هذه الفئة .
- ✓ تحسين الممارسات الطبية والنفسية، عبر فهم احتياجات المرضى النفسية والمعرفية قبل حصولهم على الإجابة الطبية.

6-التعاريف الإجرائية :

تصورات المرض : هي مجموعة التفسيرات و الأفكار و المشاعر و الاستجابات التي يُكونها المريض حول حالته الصحية، نتيجة الغموض الطبي و نقص المعرفة و التأثيرات الأسرية و الثقافية وقد يكون هذا التصور إيجابيا أو سلبيا، و يظهر ذلك من خلال خطاب المريض أثناء المقابلة العيادية، وأثناء تطبيق مقياس إدراك المرض(الدرجات المتحصل عليها من خلال أبعاد المقياس المعرفية والانفعالية والسلوكية).

المرض المناعي الذاتي:هو خلل يجعل الجهاز المناعي يهاجم الجسم وأنسجته بدل حمايتها، مسببا التهابات وأضرار في أعضاء مختلفة، ويحتاج غالبا إلى علاج ومتابعة مستمرة.

مرضى المناعة الذاتية : هم أفراد يعانون من مجموعة أعراض جسدية مزمنة و متكررة ، يشتبه في ارتباطها باضطراب مناعي ذاتي، تؤثر على مختلف جوانب حياتهم النفسية و الجسدية و الاجتماعية

التشخيص الطبي:هو العملية التي يقوم من خلالها الطبيب بتحديد طبيعة المرض اعتمادًا على مجموعة من الإجراءات الطبية، مثل الفحص السريري، والتحاليل المخبرية، والفحوصات الإشعاعية، ومراجعة الأعراض المرضية، بهدف الوصول إلى تسمية طبية دقيقة للحالة الصحية للمريض.

7-الدراسات السابقة:

-رغم اختلاف العلماء والباحثين في الدراسات النفسية من حيث طرق التحليل، والأهداف والمناهج والنتائج، فإن جميع جهودهم أسهمت في إثراء الرصيد العلمي لهذا الحقل المعرفي، وكانت بمثابة بداية مسار بحثنا، وتمثلت هذه الدراسات السابقة فيما يلي:

الدراسات العربية:

-"**دراسة بورنان سامية"(2007)** التي سعت إلى الكشف على التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى عينة من الطلبة الجامعيين جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، وذلك من خلال تحديد طبيعة التصورات السائدة لديهم بين التفسيرات التقليدية المرتبطة بالثقافة الشعبية و التصورات الحديثة المستندة إلى المعطيات النفسية الطبية ، بيما انحصرت حدودها الموضوعية في دراسة التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة و علاقتها بمتغيرات الجنس و السن و التخصص ، حيث توصلت النتائج إلى أن التصـــورات التقليدية بالمرض العقلي لدى أفراد العينة كانت مهيمنة مقارنة بالتصورات العلمية الحديثة مع وجود ظروف دالة تعزى لمتغير الجنس و العمر و التخصص مما يؤكد استمرار تأثير الثقافة الشعبية في فهم الطلبة لطبيعة المرض العقلي .

- "**دراسة صولا فيروز**" (2014) **بعنوان "التصور الاجتماعي والثقافي للمرض النفسي وعلاقته باختيار العلاج"**، حيث بينت الدراسة أن عملية فهم المرض النفسي وتصوره تُعد قضية مهمة تتحكم في سلوكيات الأفراد أثناء مواجهتهم للمرض، إذ إن التصور الخاطئ للمرض يؤدي إلى سوء اختيار العلاج المناسب. كما أكدت الدراسة وجود مجموعة من المتغيرات والعوامل الاجتماعية والثقافية التي تتحكم في فهم المرض النفسي وتصوره وتحديد نوع العلاج الملائم له.وانطلقت الدراسة من التساؤلات التالية: ما هي المتغيرات الاجتماعية والثقافية المؤثرة في فهم وتصوّر المرض النفسي؟ وكيف تؤثر هذه المتغيرات في تحديد العلاج المناسب؟واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، مستخدمة دراسة الحالة، والملاحظة بالمشاركة، إضافة إلى إجراء مقابلات مع بعض المعالجين. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن أعراض المرض النفسي، ومعدل تكراره، ومدى خطورته تُعد من أهم المتغيرات

المؤثرة في فهم المريض للمرض وتصوره له. كما تبين أن للجماعة المرجعية أثرًا واضحًا في تشكيل تصـور المرض النفسـي لدى المريض وفي اختياره للعـلاج المناسـب. كذلك أوضـحت النتائج أن الظروف الاقتصـادية والاجتماعية السيئة تؤثر في تصـور المرض النفسي، وأن للعناصـر الدينية والثقافية الشعبية، إلى جانب المستوى التعليمي لدى المرضى، أهمية بالغة في تصور المرض وتحديد العلاج المناسب.

– دراسـة" **لعجاج و الماحي**" **(2024)** دراسـة حـول التصـورات الاجتماعية للمرض العقلي في المجتمع الجزائري ، و ذلك بهدف تحديد ما إذا كانت هذه التصـورات تميل نحـو النموذج التقليدي القائم على التفسيرات الشعبية ،و كذلك سعت هذه الدراسة إلى تحليل الفروق في التصـورات تبعا لمتغـيرات الجنس و السـن و المسـتوى التعليمـي ، اعتمـدت الباحثة علـى اسـتبيان التصـــورات الاجتماعية للمرض العقلي المقتبس من دراسة بورنان سامية سنة (2007) ،حيث توصـلت هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـائية تعزى لمتغير الجنس و السن في حين ظهرت فروق مرتبطة بالمستوى التعليمي ،بما يعكس اثر التعليم في تشكيل التصورات الاجتماعية و اتجاهها نحو فهم أكثر علمية للمرض العقلي.

الدراسات الأجنبية:

– دراسة "Howard Leventhal" وآخرون (1984) نموذج الحس العام للتصـورات المرضـية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تفسير الكيفية التي يُكوّن بها الأفراد تصـوراتهم حول المرض. وقد اعتمدت الدراسة على منهج نظري تحليلي، وتوصـلت إلى أن الأفراد يبنون تصـوراتهم انطلاقًا من

خمسة أبعاد أساسية هي: الهوية، السبب، المدة، النتائج، وإمكانية التحكم، وأن هذه التصورات تؤثر بشكل مباشر على السلوك الصحي وطرق التكيف مع المرض.

– دراسة "Rona Moss–Morris"وآخرين (2002) التي هدفت إلى تطوير أداة لقياس التصور الذهني للمرض، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي السيكومتري، وتم تطبيق مقياس (IPQ–R) على عينة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة. وقد أظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، كما بينت أن التصورات الذهنية تختلف باختلاف نوع المرض وتؤثر على التكيف النفسي والسلوك العلاجي.

– دراسة "Hagger" و "Orbell" (2003) التي سعت إلى تحليل العلاقة بين التصورات الذهنية للمرض والسلوك الصحي، وذلك من خلال اعتماد منهج التحليل التلوي لعدد كبير من الدراسات السابقة. وقد توصلت النتائج إلى وجود علاقة قوية بين أبعاد التصور الذهني والسلوكيات الصحية، خاصة فيما يتعلق بالالتزام بالعلاج، مما يؤكد أهمية هذه التصورات في توجيه استجابات الأفراد تجاه المرض.

– دراسة "Broadbent" وآخرين (2006) ،هدفت إلى تطوير مقياس مختصر لقياس تصورات المرض(Brief–IPQ)، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي، وتم تطبيق الأداة على عينة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة. وقد أظهرت النتائج أن هذا المقياس يتميز بسهولة وسرعة التطبيق، كما أكدت أن التصورات ترتبط بنتائج العلاج ودرجة التحسن الصحي.

وفي سياق الأمراض المناعية الذاتية، هدفت دراسة"GoncaMuncu" وآخرين (2019) إلى فحص العلاقة بين تصور المرض وشدة الأعراض لدى مرضى داء بهجت، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي المقطعي، وشملت عينة من 110 مريضًا بداء بهجت و57 مريضًا بالصدفية كمجموعة مقارنة، باستخدام استبيان (IPQ–R) وقد أظهرت النتائج أن المرضى الذين يعانون من أعراض أكثر شدة يميلون إلى تبني تصورات سلبية حول مرضهم، تتمثل في إدراك أكبر لخطورة المرض وطول مدته، وربط عدد أكبر من الأعراض به، مما يؤثر على تجربتهم المرضية وتكيفهم النفسي.

– دراسة **Khidir** وآخرون (2024) بعنوان: "تصورات المرض لدى الأفراد الذين يعانون من ألم مفصلي مشتبه سريريًا مقارنة بمرضى التهاب المفاصل الروماتويدي المشخصين حديثًا". هدفت الدراسة إلى استكشاف تصورات المرض لدى الأفراد الذين يعانون من أعراض مفصلية مشتبه في تطورها إلى التهاب المفاصل الروماتويدي، ومقارنتها بتصورات المرضى المشخصين بالمرض، إضافة إلى تتبع تطور هذه التصورات مع مرور الوقت. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقارن الطولي، وشملت عينة الدراسة 399 مريضًا يعانون من ألم مفصلي مشتبه سريريًا (CSA) و100 مريض تم تشخيصهم حديثًا بالتهاب المفاصل الروماتويدي، كما استُخدم استبيان التصور المختصر للمرض (BIPQ) لجمع البيانات. وقد أظهرت النتائج أن الأفراد يكوّنون تصورات ومعتقدات حول مرضهم حتى قبل الحصول على تشخيص طبي مؤكد، وأن هذه التصورات تكون متقاربة إلى حد كبير مع تصورات المرضى المشخصين بالتهاب المفاصل الروماتويدي. كما بينت الدراسة أن حالة الغموض المرتبطة بمرحلة ما قبل التشخيص قد ترتبط بمخاوف وانشغالات صحية متعددة، وأن تصورات المرض تتحسن لدى الأفراد الذين لا تتطور حالتهم إلى المرض، بينما بقيت التصورات

السلبية مستقرة تقريبًا لدى الذين تطورت حالتهم إلى المرض. وأرجع معظم المرضى أعراضهم إلى الإجهاد البدني والعوامل الوراثية. وأكدت الدراسة أهمية الاهتمام بتصورات المرض والجوانب النفسية والمعرفية في مرحلة ما قبل التشخيص لما لها من دور في فهم تجربة المريض وتحسين الرعاية الصحية المقدمة له.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة، يتبين أن موضوع التصورات المرتبطة بالمرض قد حظي باهتمام واسع في كل من الدراسات العربية والأجنبية، حيث ركزت الدراسات العربية على البعد الاجتماعي والثقافي في تفسير المرض. فقد أظهرت دراسة" بورنان سامية "(2007) هيمنة التصورات التقليدية المرتبطة بالثقافة الشعبية لدى الطلبة الجامعيين، مما يعكس استمرار تأثير الموروث الاجتماعي في فهم المرض العقلي. كما أكدت دراسة "صولا فيروز" (2014) أن تصور المرض النفسي يتأثر بجملة من العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والدينية، وأن هذه التصورات تلعب دورًا حاسمًا في تحديد سلوك الأفراد واختيارهم للعلاج المناسب. وفي نفس الاتجاه، توصلت دراسة "لعجاج والماحي" (2024) إلى أن المستوى التعليمي يعد من أهم المتغيرات المؤثرة

في تشكيل التصورات الاجتماعية، حيث يسهم في توجيهها نحو الفهم العلمي للمرض، في حين لم تظهر فروق دالة تعزى لمتغيري الجنس والسن.

أما الدراسات الأجنبية، فقد تناولت الموضوع من منظور معرفي – نفسي أكثر دقة، حيث قدم "Howard Leventhal"وآخرون (1984) نموذج الحس العام الذي يفسر كيفية بناء تصورات

المرض وأثرها في السلوك الصحي. كما ساهمت دراسة "Rona Moss–Morris"وآخرين (2002) في تطوير أدوات قياس هذه التصورات، في حين أكدت نتائج دراسة " Hagger و (2003) Orbell "وجود علاقة قوية بين التصورات الذهنية وسلوكيات الالتزام بالعلاج. كما أبرزت دراسة "Broadbent" وآخرين (2006) أهمية هذه التصورات في التأثير على نتائج العلاج. وفي سياق الأمراض المناعية الذاتية، بينت دراسة "Gonca Muncu" وآخرين (2019) أن شدة الأعراض ترتبط بتبني تصورات سلبية حول المرض، مما يؤثر على التجربة المرضية والتكيف النفسي.

وبالرغم من أهمية هذه الدراسات، إلا أنه يُلاحظ أنها ركزت في مجملها على التصورات بعد تشخيص المرض، سواء في الأمراض النفسية أو الجسدية، مع إهمال نسبي لمرحلة ما قبل التشخيص، التي تتشكل فيها التصورات الأولية للمرض. كما أن الدراسات العربية ركزت بشكل أكبر على المرض العقلي دون التطرق الكافي لأمراض المناعة الذاتية. ومن هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية التي تسعى إلى استكشاف تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي، باعتبارها مرحلة أساسية في فهم بناء المعنى المرضي لدى الفرد.

الفصل الأول :

تصورات المرض

تمهيد:

تعد تصورات المرض من المفاهيم المهمة في علم النفس الصحي وعلم النفس الإكلينيكي، حيث تساهم في فهم كيفية إدراك الفرد لذاته ولمرضه، إذ لا يقتصر المرض على كونه حالة بيولوجية فقط، بل يرتبط بمجموعة من التصورات و المعاني التي يكونها الفرد .كما يتأثر هذا التصور بعدة عوامل كالتجارب الشخصية والمحيط الاجتماعي والثقافة، وتلعب دورًا في توجيه سلوك الفرد واستجابته للمرض، خاصة من حيث التكيف والالتزام بالعلاج. ومن هذا المنطلق، يتناول هذا الفصل مفهوم تصورات المرض ومكوناته وأشكاله والنظريات المفسرة له في إطار موضوع الدراسة.

أولا: التصور

1- مفهوم التصور

1-1 المفهوم اللغوي:

"التصور من الفعل، تصور، يتصور، تصور الشيء أي تمثل صورته و شكله في ذهنه".**(بن هادية، 1991 ، ص.195)** .

و" تصور الشيء أي تخيله، وتصور له الشيء، صارت له عنده صورة".**(صليبا،1994، ص.282)**

و"أصل كلمة تصور تعني تمثل(représentation) والتمثل هو كيفية إدراك الشيء منظورا أو مفهوما، وفي علم النفس يقال التمثل على الاسترجاع أو الاستذكار".**(خليل ،1995، ص.141)**

1-2 المفهوم الاصطلاحي:

"يعرف التصور على أنه حصول صورة الشيء في العقل، أو إدراك ماهية الشيء من غير أن يحكم عليها بنفي أو إثبات، فهو يعني الأفكار المجردة العامة أو الكلية فالتصور فكرة بمعنى أن وجوده ذهني

وهو فكرة مجردة في مقابل الإدراك الحسي أو الصورة الحسية وفكرة كلية بمعنى أنها تنطبق على عدد من الأفراد من ناحية الصفات التي تدل عليها".**(صليبا،1994 . ص282)**

ويتشكل التصور من الفعل ذاته وهو التصور ومن نتيجة هذا الفعل وهو الشيء المتصور، وهو ما يتولد في الذهن عند إدراك شيء من الأشياء تحصل به حقيقته ومعناه. ويُنظر إلى التصور باعتباره بناءً ذهنيًا يتشكل انطلاقًا من الخبرة الإدراكية للفرد، إلا أنه لا يمثل انعكاسًا كليا للواقع الحسي، بل يتضمن عملية تنظيم وتأويل للمعاني التي يمنحها الفرد لما يدركه.**(يعقوبي، 1999. ص37)**

كما عرفه سارج موسكوفيتشي (Moscovici) أن تصور الشيء هو إعادة إحضاره مرة ثانية إلى مجال الوعي و إعادة إصداره وبناءه رغم غيابه عن المجال البصري.**(Moscovici.S.,1976)**

ومما سبق يمكن القول أن الفرد عندما يتلقى مثير معين ويستجيب له، يعمل على استرجاعه إلى الوعي ومعالجته عن طريق عملية الإدراك بحسب البيئة أو المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه وينتمي إليه بحيث تصبح تلك الأفكار والمثيرات تصورات نابعة من ذاتية الفرد و من كيانه الاجتماعي.

1-3 مفهوم التصور حسب فرويد: "Freud"

يُعرَّف التصور في علم النفس على أنه عملية ذهنية يتم من خلالها استحضار صورة أو فكرة داخل الوعي، مع إعطائها معنى قريبًا من الواقع المدرك. وقد كان هذا المفهوم حاضرًا بقوة في الفلسفة الألمانية قبل ظهور "سيغموند فرويد" ، غير أن هذا الأخير أعاد صياغته ضمن إطار التحليل النفسي بطريقة مغايرة، حيث أدخل فكرة التصورات اللاواعية، وهو ما يُعد تحولًا مهمًا في فهم هذا المفهوم.

فالتصور عند "فرويد" لا يقتصر على كونه استرجاعًا لإدراك سابق أو تمثلًا ذاتيًا بسيطًا، بل يُنظر إليه كعنصر ديناميكي مرتبط بالبنية النفسية، خاصة في علاقته بالعاطفة. وقد منح "فرويد" لهذا المفهوم مكانة

أساسية في تفسير الاضطرابات العصابية، حيث اعتبر أن انفصال العاطفة عن التصور يمثل أساس عملية الكبت، بحيث يسلك كل منهما مسارًا مختلفًا داخل الجهاز النفسي.

وفي هذا السياق، أوضح أن العاطفة قد تتحول إلى طاقة ذات طابع جسدي، في حين يبقى التصور مكبوتًا لكنه يستمر في التأثير بشكل غير مباشر. ولقد ميز فرويد" Freud " بين مستويين من التصورات هما : تصور الشيء ، و هو عبارة عن تصور مرئي بصري ، أما الثاني فهو تصور الكلمة و هو تصور سمعي.**(بن خلفة ،2018.ص 61)**

1-4 مفهوم التصور حسب جون بياجيه: "Piaget.j"

يميز علم النفس المعرفي بين مستويين أساسيين لمفهوم التصور، حيث يرتبط المستوى الأول بالعملية الذهنية التي يتم من خلالها تفسير المعطيات، بينما يتعلق المستوى الثاني بنتائج هذه العملية، أي ما يتشكل لدى الفرد من معارف ومعتقدات.

و يعرفه "بياجيه" على أنه نزعة الفرد لأن يدمج مواضيع من العالم الخارجي في بنائه العقلي أو التركيب المعرفي الموجود لديه كأن يغير في صورة الشيء لتتناسب مع ما يعرفه.

من خلال ما سبق، يتضح أن بياجيه يربط مفهوم التصور بالصورة العقلية، خصوصًا في ما يتعلق بعملية إعادة بناء الخبرات الواقعية. إذ لا يمكن للفرد أن يدرك خبرة جديدة أو يمنحها معنى داخل إطار البناء المعرفي دون الرجوع إلى رصيده الذهني، أي إلى التصورات التي تتشكل عبر مختلف مراحل نموه. كما يبرز دور التصور في الاستحضار الرمزي للموضوعات بهدف تحقيق التجريد والموائمة المعرفية. في المقابل، يظهر البعد الاجتماعي للتصور في مراحل لاحقة، حيث يُنظر إليه كسيرورة نسبية الاستقلال عن تأثير المحيط الاجتماعي المباشر.**(بن خلفة ،2018.ص 62)**

1-5 أنواع التصور :

- ✓ **التصورات الفردية:** حسيب "كلينيه" "**Clenet**"**(1998)** هي أي موضوع يمكن استنباطه من وضعية معاشة مما يعطيها معنى. أي أنها قائمة على خبرات فردية محايدة تخص الفرد ونمط عيشه. وبالتالي فان التصورات الفردية تختلف باختلاف الثقافة المكتسبة من المجتمع،واختلاف استعدادات الأفراد العقلية والجسمية.
- ✓ **التصورات الجماعية:**ظهر مفهوم التصورات الجماعية من خلال أعمال "دوركايم " و لقد تبنى
- ✓ الرأي القائل أننا لا ندرك العالم بتصوراتنا السابقة للذهن الفردي ، و لكن بفضل التجربة الاجتماعية.

و من خلال ما سبق يؤكد "دوركايم" أنه لا يمكن فهم التصورات الفردية دون فهم الأوضاع و المواقف و الميولات الثقافية التي يعيشها الأفراد ، و التي تُسهم في تشكيل نظرتهم للعالم و لذواتهم، كما تأثر في أنماط تفكيرهم و أساليب حياتهم.

وتعد هذه التصورات تيارات رمزية تسود داخل مجتمع معين،وتتجلى في المواقف و السلوكات و الأحكام، حيث تعكس في الوقت نفسه ماضي الجماعة و تعبر عن آفاق وعيها وشروط وجودها.

- ✓ **التصورات الاجتماعية:**علماء علم النفس الاجتماعي يروا أن التصورات الاجتماعية من صنع الفرد، ولكنها مكتسبة ومتقاسمة مع الجماعة، و لكن الجماعة في تصور "موسكوفيسي" بيت المجتمع الأصلي إنما هي الجماعات الصغيرة التي ينتمي إليها الأفراد. **(بن خلفة،2018، ص. 65-66)**

ثانيا: تصورات المرض Illness representation:

2-1 مفهوم تصور المرض:

يعرف تصور المرض **Illness representation** على أنه مجموعة من المعتقدات التي يحملها الفرد حول مرضه أو حالته الصحية، تشمل إدراكه لسبب المرض، وطبيعته ، ومدته ، ونتائجه المحتملة،

إضافة إلى مدى قدرته على التحكم فيه.وتشكّل هذه المعتقدات الإطار المعرفي الذي يوجّه استجابات الفرد وسلوكياته الصحية تجاه المرض.**(Leventhal .,2003)**.

ويُفصّل هذا التصور ضمن نموذج ليفنتال كنظام معرفي منظّم يتكون من مجموعة من العناصر التي تساهم في تنظيم و فهم الفرد لمرضه و كيفية التحكم فيه، مثل هوية المرض (ما هو المرض؟)، والأسباب المتصورة، والمدة المتوقعة، و النتائج المحتملة، و كذا التحكم في العلاج المعتقد بفعاليته، وبناءً على ذلك، يُساهم هذا النظام في تشكيل توقعات المريض وتوجيه استجاباته السلوكية تجاه المرض.

(Leventhal et al , 1992)

كما يُنظر إليه بوصفه تكوينًا معرفيًا وانفعاليًا يبنيه الفرد حول مرضه، بحيث لا يقتصر على المعتقدات المرتبطة بالمرض فقط، بل يشمل أيضًا الجوانب الانفعالية (مثل القلق والخوف)، إضافة إلى طريقة فهمه لمعاني المرض وتأثيره على حياته اليومية.**(Moss-Morris et al., 2002)** .

وقد عرّفه بعض الباحثين بأنه توقعات معرفية منظّمة حول المرض تؤثر مباشرة في سلوكيات الفرد الصحية (مثل الالتزام بالعلاج، وإتباع النصائح الطبية)، إذ يرى المرضى المعنى الشخصي لحالتهم المرضية عبر هذه التصورات. **(Hagger et al ., 2003)**

إضافة إلى أنه مخزون معرفي عاطفي لدى المريض يشكّل فهمه للمرض ويحفّز استراتيجياته في التكيّف والتعامل. هذه التمثّلات تنعكس على استجابة الفرد للأعراض، والالتزام بخطة العلاج، وكيفية تفسير التغيرات الصحية.**(Broadbent et al., 2006)**

كما ينظر إلى تصور المرض في الأمراض المزمنة بالطريقة التي يصيغ بها المريض فهمه لمنشأ مرضه، ما يعتقده عن شدته، ومدة بقائه، وتأثيره على حياته اليومية، ومدى قدرته أو علاج القدرة على التحكم به.**(weinman., 2012)**

ويُعرَّفه كلينمان(Kleinman) بأنه النموذج التفسيري الشخصي الذي يبنيه الفرد لفهم مرضه، ويتضمن تصوّره لأسباب المرض، وأعراضه، ومساره، وعلاجه، ومعناه في حياته اليومية. ويؤدي هذا النموذج دورًا أساسيًا في تحديد تفاعل المريض مع المرض والنظام العلاجي. **(Kleinman.,et al , 1980)**

يُنظر إلى تصور المرض أيضا بوصفه تمثّلًا اجتماعيًا يتشكل من خلال تفاعل الفرد مع ثقافته ومحيطه ، حيث تُبنى معاني المرض إنطلاقا من الخطاب الاجتماعي، والمعتقدات الجماعية، والخبرة المشتركة، وليس فقط من خلال المعرفة الطبية.**(Moscovici.,1984)**

كما يعد تصور المرض بنية نفسية ديناميكية قابلة للتغير، تتطور مع تقدم المرض، و تراكم الخبرة الشخصية، و التفاعل مع الطاقم الطبي ، و المحيط الاجتماعي ، مما يجعله غير ثابتا أو جامدا.

(Heijmans,.1998)

ومن خلال ما سبق يمكن تعريف تصور المرض بأنه بناء معرفي وانفعالي يشكّله الفرد لفهم مرضه وتفسير أسبابه وأعراضه ونتائجه، ويتأثر بخبراته الشخصية ومحيطه الاجتماعي والثقافي،مما ينعكس على طريقة تكيفه مع المرض والاستجابة للعلاج.

2-2 بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم تصور المرض:

يقتضي فهم تصورات المرض إلى مجموعة من المفاهيم المتداخلة معها، وعليه سيتم عرض أهم هذه المفاهيم فيما يلي.

2-2-1-الإدراك (Perception): إدراك المرض هو الطريقة التي يفهم بها الفرد مرضه ويفسّره، بما يشمل معتقداته حول أسبابه، وشدته، ومدته، ونتائجه، وإمكانية التحكم فيه، وهو ما يوجّه استجاباته النفسية والسلوكية. **(Weinman et al., 1996)** .

وينظر إليه على أنه التصورات أو المعتقدات المعرفية المنظمة التي يكونها المرضى حول مرضهم، وتعتبر كمحددات مهمة للسلوك وترتبط بنتائج صحية مهمة مثل الملائمة العلاجية والتعافي الوظيفي.**(سرغيني، 2020)**

ويعرف أبركان إدراك المرض على أنه إعطاء المريض معنى لحالته الجديدة بعد جمعه لكافة المعلومات والمصادر حول وضعيته الصحية باتخاذه تصورات معرفية واجتماعية لمرضه.

كما يقصد به مجموعة من المعارف والمعتقدات التي يبنيها المرضى حول الأمراض والحالات الطبية التي يعانون منها. ويُعدّ هذا التصور مؤشرا مهما لفهم سلوك المرضى خلال تجربتهم المرضية، كما يرتبط بشكل مباشر بعدد من النتائج الصحية. ومن هذا المنطلق، فإن توفير معلومات صحية كافية وموجهة للمرضى يمكن أن يساهم في تشكيل تصورات مرضية أكثر إيجابية، بما ينعكس على تحسين سلوكهم الصحي واستجابتهم للمرض .**(أبركان، 2015. ص 25)**

ويعرف صويلح إدراك المرض على أنه: المدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام ومن الخبرة الشخصية ومن الأسرة ومن الأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة إلى الشمولية والدقة التامة.**(صويلح ،2019)**

2-2-2 الاتجاه(Attitude):الاتجاه نحو المرض هو استعداد نفسي مكتسب يعكس تقييم الفرد لمرضه إيجابًا أو سلبًا، ويتضمن الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية المرتبطة بالمرض والعلاج، ويتشكل من خلال تفاعل الفرد مع بيئته وخبراته المختلفة.**(Ajzen & Fishbein, 1980)**

و مما سبق يتبين لنا أن الاتجاه يتكون ويتبلور من خلال التصورات الفردية والجماعية التي يكونها الفرد عن موضوعات أو مواقف معينة ، ويتبين لنا أن التعريف الثاني للاتجاه الذي أوردناه يتطابق مع تعريف موسكوفيتشي عندما قال بأن التصور يتكون من مثير واستجابة في وقت واحد لموقف أو موضوع معين، ومنه يتبين أن المفهومان متداخلان و متكاملان في تكوين بعضهما البعض.

2-2-3الإعتقاد (Belief):

يُقصد بالاعتقاد بالمرض مجموعة القناعات والأفكار التي يحملها الفرد حول طبيعة مرضه، وأسبابه، وخطورته، وطرق علاجه، والتي تؤثر في تفسيره للأعراض واستجابته العلاجية **(weinman & petrie ,2012).**

يقصد المعتقدات مجموعة من المفاهيم الراسخة في عقل الفرد، فالناحية المعرفية للاتجاه تتكون من معتقدات الفرد أو الشيء وقد تكون هذه المعتقدات مرغوبة أو غير مرغوبة ،وعرف (krech) و (Crutchfield) المعتقد بأنه تنظيم معرفي ذو طابع من الاستقرار والثبات يشمل مدركات الفرد ومعارفه حول موضوع معين، ويتسع ليشمل الرأي والمعرفة والإيمان.**(krech & Crutchfield, 1952)**

يتضح من خلال ما سبق أن التصورات في البداية تكون عبارة عن أفكار فردية وجماعية، ثم تتبلور لتصبح تصور ثم تصبح معتقدا ويصبح المعتقد بهذا الشكل تنظيم لتصورات الفرد ومعارفه حول شيء محدد، والتعامل معه ليتسع ويتسم بطابع العمومية أو الاجتماعية.

2-4- تمثّلات (Representations):

تمثّلات المرض هي البنية المعرفية والانفعالية التي يبنيها الفرد حول مرضه، وتشمل فهمه للأعراض، والأسباب، والمسار العلاجي، والنتائج، وطرق السيطرة، وفق نموذج الحسّ المشترك لتنظيم الذات. **(Leventhal et al., 2003)**

وعليه وبناءا لما سبق من مفاهيم، يتداخل مفهوم تصورات المرض مع عدة مفاهيم نفسية أساسية، من بينها الاعتقاد بالمرض، والاتجاه نحو المرض، وإدراك المرض، وتمثّلات المرض، حيث تمثل هذه المفاهيم أبعادًا معرفية ووجدانية و تقييمية مختلفة لفهم تجربة المرض، وتسهم مجتمعة في تشكيل استجابات الفرد النفسية والسلوكية تجاه حالته الصحية.

3-خصائص تصورات المرض:

تتميز تصورات المرض بعدة خصائص وهي كالآتي:

3-1 الطابع الذاتي (Subjectivity):

يتميّز تصور المرض بطابعه الذاتي، أي أنه لا يُبنى على الأسس الطبية الموضوعية فقط، بل يعتمد أساسًا على تجربة الفرد الشخصية، وخبراته السابقة، ومعتقداته، وانفعالاته، وسياقه الاجتماعي والثقافي.فالمريض لا يتعامل مع المرض كما يعرّفه الطبيب، بل كما يفهمه هو ويمنحه معنى ذاتيًا .لذلك، قد يختلف تصور مرض واحد اختلافًا جذريًا بين مرضى يعانون من نفس التشخيص الطبي.

ويؤكد نموذج الحسّ العام لتنظيم الذات (Common Sense Model) أن الأفراد يشكّلون تمثلاتهم الذهنية للمرض بطريقة فردية، اعتمادًا على:

- ✓ تجارب سابقة مع المرض.
- ✓ ملاحظات لأشخاص آخرين مرضى.
- ✓ الخطاب الاجتماعي والأسري.
- ✓ المعتقدات الثقافية والدينية.

وبالتالي، فإن تصورات المرض تعكس واقعًا نفسيًا ذاتيًا وليس حقيقة طبية مطلقة، ترتبط بقوة بالحالة الانفعالية للمريض (كالخوف والقلق)، مما يؤثر في تفسيره للأعراض واستجابته للعلاج. وتكمن أهمية هذا الطابع في كونه يفسر اختلاف التكيّف مع المرض بين المرضى، ويوضح سبب عدم التزام بعض المرضى بالعلاج رغم وضوح التشخيص، إضافة إلى أنه يبرز دور الخبرة الشخصية في تشكيل صورة المرض.(**Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)**

2-3 الطابع الدينامي (Dynamic nature):

يتميّز تصور المرض بطابعه الدينامي، أي أنه غير ثابت، ويتغير بمرور الزمن تبعًا لتطور المرض وتجربة المريض معه، فهولا يتشكل مرة واحدة، بل يخضع لعملية إعادة بناء مستمرة، تتأثر بعدة عوامل، منها:

- تطور الحالة الصحية (تحسّن أو تدهور).
- التجربة العلاجية (نجاح العلاج أو فشله).
- الدعم الأسري والاجتماعي.
- تراكم الخبرة الذاتية مع المرض.

ويشير ليفنتال "Leventhal" إلى أن المريض يقوم باستمرار بتقييم تمثلاته الذهنية، ويعدلها وفقًا للنتائج التي يلاحظها، في إطار عملية تنظيم ذاتي مستمرة.ويظهر الطابع الدينامي بشكل أوضح في الأمراض المزمنة، حيث ينتقل تصور المريض من الصدمة والإنكار في البداية، إلى التكيف وإعادة المعنى، ثم إلى إدماج المرض في نمط الحياة والهوية الذاتية. وبذلك، فإن تصور المرض يُعد بنية مرنة ومتغيرة، وليس اعتقادًا جامدًا.ويتميز هذا الطابع بأهمية بالغة تتمثل في قدرة المريض على التكيف النفسي، وتفسيره للتغير في السلوك الصحي عبر الزمن، كما يسمح بتدخلات نفسية لتعديل التصورات السلبية.

(Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)

4-أبعاد تصورات المرض:

يُمكن تحليل تصورات المرض عبر مجموعة من الأبعاد التي تعمل معًا لتشكيل فهم الفرد للمرض، وتؤثر على توقعاته وقراراته الصحية. وفيما يلي سيتم استعراض الأبعاد الأساسية لتصور المرض والتي تمثل الإطار الذي يعتمد عليه المريض في تفسير مرضه وتنظيم سلوكه الصحي.

4-1 أبعاد معرفية:

يشير البُعد المعرفي لتصور المرض إلى مجموعة المعتقدات والأفكار والتفسيرات التي يُكوّنها الفرد حول مرضه، و التي تمكنه من فهم المرض و تنظيم التعامل معه.ويمثل هذا البعد الإطار الذهني الذي يعتمد عليه المريض في تفسير الأعراض، وتوقع مسار المرض، واتخاذ القرارات الصحية. ووفق نموذج الحسّ العام لتنظيم الذات(Common Sense Model)، يعمل البعد المعرفي بالتوازي مع البعد الانفعالي، ويؤثران معًا في السلوك الصحي والتكيف النفسي. **(Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)**

ومن مكوناته:

4-1-1 الهوية (Identity):اسم أو تسمية التهديد الصحي (مثل: التهاب الحلق، التهاب المفاصل). ويتعلق هذا البعد بكيفية تعريف المريض لمرضه وتسميته، والأعراض التي يربطها به. فكلما زادت الأعراض التي ينسبها الفرد إلى المرض، زادت مركزية المرض في وعيه الذاتي.

4-1-2 السبب (Cause): الآليات السببية المتصوَّرة للمرض (وراثية، خارجية، وداخلية). ويشير إلى معتقدات الفرد حول أسباب المرض، والتي قد تكون بيولوجية (عدوى، وراثة)، أو نفسية (القلق، الضغط)،

أو اجتماعية أو دينية (الحسد، القضاء والقدر). وغالبًا ما تكون هذه التفسيرات ذاتية وغير علمية، لكنها تلعب دورًا أساسيًا في توجيه سلوك المريض تجاه العلاج.

4-1-3 البعد الزمني (Timeline): المدة الزمنية المتصوَّرة للمرض (حاد، مزمن، ودوري).ويعد هذا البعد مهمًا خاصة في الأمراض المزمنة، إذ يؤثر على مستوى القبول النفسي والتكيف طويل المدى.

4-1-4 العواقب (Consequences) : النتائج أو الآثار المتوقعة للمرض (بسيطة أو خطيرة) يشير إلى إدراك الأفراد لتأثير المرض على حياته الجسدية ، والنفسية ، والاجتماعية ، و المهنية . كلما اعتقد المريض أن المرض ستكون له عواقب خطيرة ، زاد القلق والانشغال المرضي.

4-1-5 التحكم/الشفاء أو القابلية للعلاج(Control / Cure) :

يتضمن هذا البعد اعتقاد المريض بقدرته الشخصية أو بقدرة العلاج الطبي على التحكم في المرض أو علاجه.وينقسم عادة إلى التحكم الشخصي، و التحكم العلاجي. ويؤثر هذا البعد بشكل مباشر على الالتزام بالعلاج. **(مودن،2020، ص. 23-24)**

4-2 أبعاد نفسية انفعالية :

يشير البُعد الانفعالي لتصورات المرض إلى مجمل الاستجابات الوجدانية التي يختبرها الفرد نتيجة إدراكه لمرضه، والتي تتشكل بالتوازي مع التمثلات المعرفية للمرض، ولكنها لا تعتمد عليها بشكل كامل. و وفق نموذج "Leventhal"، فإن هذه الاستجابات الانفعالية تمثل رد فعل نفسي مباشر تجاه تهديد المرض، وتلعب دورًا في توجيه السلوك الصحي والتكيف النفسي، وقد تتراوح بين مشاعر إيجابية (كالأمل) أو سلبية (كالقلق والاكتئاب).

و يبرز هذا البعد بشكل أكبر في الأمراض المزمنة والخطيرة نظرا لما يصاحبها من عدم اليقين، وطول مدة المعاناة، واحتمالية الانتكاس.مما يجعله عنصرا أساسيًا لفهم التفاعل النفسي مع المرض، خاصة في الحالات المزمنة أو الخطيرة. ومن مكوناته:

4-2-1 القلق (Anxiety):

يُعد القلق من أكثر الانفعالات شيوعًا في التمثل الانفعالي للمرض، وينشأ نتيجة إدراك المرض كتهديد مستمر للصحة الجسدية، أو للاستقلالية الوظيفية.كما يرتبط بعدم اليقين بشأن المستقبل العلاجي، والانشغال المفرط بالأعراض الجسدية، والترقب المستمر لنتائج الفحوصات الطبية. وقد يؤدي ارتفاع مستوى القلق إلى تضخيم إدراك الأعراض ودفع المريض إلى سلوكيات غير تكيفية مثل تجنب العلاج أو الإفراط في الفحوصات، خاصة في الحالات التي تتسم بعدم القدرة على التنبؤ. **(Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)**

4-2-2 الغضب (Anger):

يمثل الغضب استجابة انفعالية تنشأ عن شعور الفرد بالظلم أو فقدان السيطرة نتيجة المرض. وقد يتوجه نحو الذات (لوم النفس) ، أو الجسد (الإحساس بالخيانة الجسدية)، أو الآخرين (الأسرة، الأطباء)، أو نحو القدر و المرض ذاته.ويظهر هذا الانفعال غالبًا عندما يعيق المرض تحقيق الأهداف الشخصية، أو يفرض قيودًا على نمط الحياة. أو يُحدث تغييرًا مفاجئًا في الهوية الذاتية.وقد يؤدي الغضب غير المعالج إلى ضعف الالتزام بالعلاج، وتوتر العلاقات الاجتماعية وكذا ارتفاع مستوى الضيق النفسي، رغم أنه قد يؤدي أحيانًا وظيفة دفاعية مؤقتة تساعد الفرد على مقاومة الشعور بالعجز.

4-2-3 الاكتئاب (Depression):

يُعد الاكتئاب من أخطر المظاهر الانفعالية المرتبطة بالمرض، ويظهر نتيجة الشعور المستمر بالفقدان والعجز واليأس.ويتجلى الاكتئاب المرضي فيفقدان الأمل في التحسن، و انخفاض الدافعية للعلاج، والشعور بعدم القيمة، والانسحاب الاجتماعي، وتدهور صورة الذات.ويرتبط الاكتئاب غالبًا بإدراك المرض كحالة مزمنة غير قابلة للشفاء، وذات عواقب خطيرة.وقد أثبتت الدراسات أن الاكتئاب يؤثر سلبًا على الاستجابة للعلاج وشدة الأعراض الجسدية، ويقلل من جودة الحياة.

4-2-4 الشعور بالتهديد (Feeling threatened):

يشير الشعور بالتهديد إلى إدراك المرض بوصفه خطرًا يهدد سلامة الفرد الجسدية أو النفسية وينشأ هذا الشعور عندما يُنظر إلى المرض على أنه غير متوقع، وغير قابل للسيطرة، ويحمل عواقب خطيرة أو غير معروفة.وهو يُعد استجابة انفعالية أولية تظهر غالبًا عند التشخيص الأولي أو عند حدوث انتكاسات مرضية . كما يرتبط هذا الشعور بارتفاع مستويات القلق والخوف، وقد يؤدي إلى حالة من الاستنفار النفسي المستمر، مما يؤثر في التكيف والسلوك الصحي.

ويؤكد نموذج "Leventhal" أن إدراك المرض كتهديد هو المحرك الأساسي لتكوين التمثلات الانفعالية والمعرفية معًا.**(Leventhal, Meyer & Nerenz , 1980)**

4-2-5 الشعور بالعجز (Feeling helpless):

يشير الشعور بالعجز إلى الإحساس بفقدان القدرة على التحكم في المرض أو التأثير في مساره، سواء على المستوى الشخصي أو العلاجي.ويظهر العجز عندما:

- ✓ يفشل العلاج في تحقيق نتائج ملموسة.
- ✓ تتكرر الأعراض رغم الالتزام الطبي.
- ✓ يُنظر إلى المرض كقوة خارجية قاهرة.

ويؤدي الشعور بالعجز إلى الانسحاب النفسي، وضعف الدافعية للعلاج، والاعتماد السلبي على الآخرين.ويرتبط العجز ارتباطًا وثيقًا بمفهوم العجز المتعلَّم، حيث يتعلم الفرد أن جهوده لا تؤدي إلى تغيير، فيتوقف عن المحاولة.**(Seligman, 1975)**

4-2-6 الشعور باليأس (Feeling hopeless):

يمثل اليأس حالة انفعالية عميقة تتسم بفقدانالتوقعات الإيجابية تجاه المستقبل الصحي، ويظهر عندما يدرك الفرد المرض كحالة مزمنة، غير قابلة للشفاء، وذات مسار تدهوري.ويُعتبر هذا الشعور مؤشرًا خطيرًا لسوء التكيف النفسي، إذ يرتبط بالاكتئاب المرضي، وفقدان المعنى، وانخفاض جودة الحياة.كما أن اليأس يقلل من الالتزام بالعلاج ويضعف قدرة الفرد على المواجهة النفسية.**(Beck et al., 1974)**

4-2-7 الشعور بالأمل (Feeling of hope):

يمثل الأمل انفعالًا إيجابيًا يتمثل في توقع إمكانية التحسن أو القدرة على التعايش مع المرض، حتى في غياب الشفاء التام.ولا يعني الأمل إنكار المرض، بل يشير إلى إعادة بناء المعنى، والإيمان بإمكانية السيطرة أو التكيف، والحفاظ على الدافعية للعلاج.وقد أظهرت الدراسات أن الأمل يعزز التكيف النفسي، ويقلل من الضيق الانفعالي، ويحسن الالتزام بالعلاج. وهو عاملا وقائيا مهمًا في الأمراض المزمنة، بما فيها الأمراض المناعية الذاتية.**(Snyder, 2002)**

5-أشكال تصورات المرض :

5-1 التصورات الاجتماعية :

أكد المفكرون المختصون بالدراسات الاجتماعية الأنثروبولوجية المختلفة الخاصة بالصحة والمرض أن لكل مجتمع من المجتمعات نمط خاص به من الثقافة، مما يجعل تعريف المرض يختلف من مجتمع لآخر حسب نمطه الثقافي، فمثال في المجتمعات القديمة كانوا يعرفون المرض بأنه قوى وروح شريرة تهاجم الشخص وتسكن داخل جسمه وتسبب له الألم وربما الموت، أما في القرون الوسطى فكان يعرف المرض على أنه عقاب للإنسان نتيجة ارتكابه إثم من الآثام، وكانت معالجته ترتبط بالممارسات الدينية والتكفير عن الذنوب،في المقابل يُنظر إلى المرض في العصر الحديث على أنه حالة من المعاناة، حيث يعرّفه التصور العلمي بأنه اضطراب بيولوجي أو نفسي غير طبيعي ناتج عن ظهور أعراض محددة، ويتطلب تدخلًا وعناية طبية مناسبة.**(عمر،1993)**

عندما يتوقف الفرد عن تفسير الأحداث التي يعيشها في العالم وفي حياته الخاصة، قد يواجه شعورًا بفقدان المعنى والعبث، إذ إن إدراك الظواهر الإنسانية يتطلب إطارًا مرجعيًا يتيح تفسيرها وفهمها. وفي هذا السياق، يكتسب العالم معناه من خلال منظومات رمزية ومعرفية تساعد الفرد على تأويل ما يعيشه. ويُعد المرض من أهم التجارب التي تكشف هذا البعد، حيث لا يُنظر إليه كظاهرة بيولوجية فقط، بل كتجربة ذات معنى نفسي واجتماعي تعكس اختلالًا في التوازن الداخلي للفرد، ويظهر ذلك من خلال الأعراض الجسدية التي تحمل دلالات تتجاوز بعدها العضوي. وبناءً على ذلك، فإن العرض المرضي يُفهم بوصفه إشارة ذات معنى تدفع الفرد إلى إعادة إدراك حالته الصحية والانتباه إلى تجربته المرضية.

(Dahlke , 2001)

5-2 التصورات المعرفية :

تشير التصورات المعرفية للمرض إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات التي يُكوِّنها الفرد حول مرضه، والتي تسمح له بفهمه وتفسيره والتعامل معه. وهي تمثل البنية الذهنية التي من خلالها يحدد الفرد معنى المرض، أسبابه، ومدته، وخطورته، وإمكانية التحكم في علاجه.وتعد هذه التصورات نتاجًا لعمليات معرفية تتأثر بالخبرة الشخصية والمعلومات الطبية ومستوى التعليم والتفاعل الاجتماعي." كما تفسر في إطار نموذج الحسّ المشترك للمرض الذي وضعه ليفنثال، و الذي يفترض أن الفرد يبني تمثيلًا معرفيًا للمرض بمجرد إدراك الأعراض، ويستخدمه لتوجيه سلوكه الصحي واستراتيجيات المواجهة.

(Leventhal et al., 2003)

5-3 التصورات الثقافية:

من خلال النظريات الغربية والدراسات العربية يمكن أن نستخلص مجموعة من التصورات التقليدية لأسباب المرض ونلخصها في النقاط التالية:

أ- **العين:**تعرف في الثقافة العربية اختصارا "بالعين" وبالغة الفرنسية،mauvais œil Leكما يشير إليها البعض بكلمة النظرة أو النفس، ويسمى أصحابها بـ "المعيانين و المعيانات" وفي هذا السياق يقول "القسطلاني" عندما ينظر المعيان بحسد إلى رجل أو شيء فإنه يلحق به ضررا وكأن عينه تنزل على ما ترى مادة لا نراها كالسم الذي يخرج من أعين الأفعى. وهو أمر محتمل ولا يمكن تأكيده.

إلا أن البعض ممن يؤمنون بالقدرات الأدائية الكبيرة للعين لا يركزون على صفات العين كعضو بقدر تركيزهم على صفات صاحب تلك العين. فما لهذه الأخيرة إلا رغبة داخلية سيئة لأن النظرة لا تؤثر من تلقاء نفسها.

ب- الحسد: الحسد يتأتى من الحقد وتمني زوال النعمة أما العين فيكون سببها الإعجاب والاستعصام والاستحسان.ولا يقع الحسد إلا من نفس الحاقد، ولكن العين قد تقع من رجل صالح من جهة إعجابه بالشيء دون إرادة منه إلى زواله.**(بومدين، 2004، ص 85)**

ج- السحر والشعوذة: يرتبط المفهوم في التراث الشعبي الجزائري كغيره من المجتمعات في العالم بالعمليات السحرية التي تهدف إلى التحكم بالعالم المحيط بنا. وفي هذا السياق يقول أخميس إن السحر يعطي للكائن البشري قوة مؤثرة، وتثمنه وتعطيه إرادة قوية تعجز عنها الأدوية والعقاقير، وتتضمن الممارسات الحرية عددا من العمليات ذات الأهداف المختلفة، إذ تبدأ من غاية بسيطة كالإغراء وتصل على حد التسميم والقتل. فالسحر هو حرفة يقصد منها إحداث الخوارق بأساليب غير مرئية وغير محسوسة. وهو طريقة تعاون الساحر على التحكم في البيئة وضبط العلاقات الاجتماعية باستخدام وسيط لإنجاز هذه الأهداف. وهذا الوسيط لا يمكن قياسه أو ضبطه. وتعتبر الطقوس والأدعية والطلاسم من العناصر الأساسية التي تستخدم للمساعدة في تحقيق أهدافه والتي لا يمكن أن تخضع للملاحظة الحسية، أي أن السحر عمل يقصد به التأثير على القوى الروحية للعمل وفق مشيئة الساحر، فبالسحر يمكن للإنسان تحريك الأرواح الخفية حيث أن الاستعانة بالروح هنا استعانة استخدام وتسخير والسببية السحرية تتعلم بعالم غير مرئي هو عالم الأرواح، حيث تكون العلاقات بين الأرواح الخفية ببعضها البعض، وخفية بينها وبين مظاهر حياة الإنسان.**(بومدين، 2004، ص 95)**

ح- دعوة الشر أو اللعنة: وهي قدرة يمتلكها البعض ممن لهم البركة والذين يمكنهم طبعا الدعوة بالخير أو الدعوة بالشر؛ وهناك أشخاص ومخلوقات ممن لهم البركة، ومن بين الأشخاص أو المخلوقات الذين تصدر منهم دعوة الشر ما يلي:

خ -الوالدين:نظرا للمكانة الخاصة التي يحضى بها الوالدين في الثقافة الإسلامية فإن دعوتهما هي اخطر الدعوات على الإطلاق لأنها تسبب الأمراض والمعاناة طول العمر، فالإساءة تخلف قلقا وتهديدا لدى الأبناء لأن لعنتهما قد تؤدي إلى سلسلة من المصائب لتستمر إلى يوم الآخر. كأن يصابوا بمرض خطير أو تشويه ، ويعتقد أن دعوة الوالدين تلحق الذرية أي حتى الأبناء والأحفاد بعد ذلك، لهذا يعتقد البعض أن الحظ السيئ الذي يطاردهم قد يعود إلى دعوة قديمة، لأنه إذا مات الوالدين وهما غير راضين عن ابنهما فإن مستقبله يكون في الأغلب مظلما.

د- المرابطين "الأولياء الصالحين:"

والمرابط: هو ذلك الشخص الذي يتكلم بلغة رمزية ذات فاعلية، وله معرفة موحى بها عن أسباب المرض وله موهبة التنبؤ بالمستقبل يحظى باحترام ومهابة محيطة بهم، كما يعرفون باسم"الوليا" الأولياء أو "أحباب ربي" أو " الصالح" في المجتمع الجزائري، وهم في الخيال الشعبي ناشرون للبركة و تسبق أسماءهم عادة كلمة سيدي، وبعد ذكرهم تقال عبارة ربي ينفعنا ببركتهم.

لذلك نجد أن المرض يأخذ معاني اجتماعية مختلفة تتباين من ثقافة لأخرى فهناك من يتناوله من منطلق العامة كما هو الأمر في بعض الثقافات الإفريقية وهناك من يفسره ضمن إطار سحر الوالدين، وفي الثقافة الإسلامية فإن المرض كثيرا ما ينظر إليه كظاهرة عادية لا لمفر منها لأنها مسجلة في مصير الإنسان والصحة هبة زائلة يجب أن يتعامل معها الإنسان بكل تواضع.

ذ- المكتوب : ويشير عادة في أذهان الناس إلى شيء لا يمكن التحكم فيه، شيء يوجه حياتهم أو قوة لا شخصية، لا يمكن الإفلات من قضيتها، فالإنسان مهما بلغت درجة حذره لا يمكنه إلا أن يكون خاضعا مستكينا لمكتوبه . الأغلبية من الناس لا يعني تصورهم السابق عن المكتوب السلبية والاستسلام، فالإيمان بالمكتوب يعني قبل كل شيء إدراك المرض كظاهرة عادية لا مفر منها واستقباله بعد ذلك كامتحان يجب عمله بالصبر. إن قدرة الله وسعت كل شيء، ويشعر المؤمن بذلك كقوة حماية وخالص ودعم وشفاء لكل المخلوقات مهما كانت درجة خطورة مرضه. **(قيرة و بومدين ، 2004 .ص 109)**

ر- **العقاب:** فقد يأتي المرض عقب ارتكاب ذنوب وخرق المحرمات، كعقوبة الوالدين فالسخطة أو الدعوة هي العبارة التي يستعملها الناس للتعبير عن الخلل الاجتماعي الناجم عن ارتكاب الذنوب كالعقوق، والفكرة التي ترى أن الله يعاقب المذنبين منتشر بقوة لدى الناس.

ز- **التطهير أو التكفير:** حيث يحمل المرض في بعض الأحيان معنى ايجابي لدى البعض، حيث يعيشه الفرد كمكفر أو مطهر وفي الثقافة الإسلامية فعند زيارة المرضى يقال له طهورا إن شاء الله، يعني ذلك أن المرض سيطهره الله من الخطايا والذنوب.وعندما يتعرض الأتقياء من الناس للمصائب والأمراض نجد أن محيطهم يفسر ذلك على أنه تخفيف من عقاب الآخرة الذي يفوق بال شك عقاب الدنيا بكثير، وهذه النظرة لأحداث تحقق كثيرا وقع المرض والموت، وهو أمر مهم للمريض ومحيطه أن فهم ما يحدث بدون شك خاصة إذا ما تبين لهم أن سبب الأذى "خارجيا" أي أنه غير مسئول أو غير مذنب.

س- الجن (المس): فالمعتقد الديني الرسمي يشير إلى أن هذه الكائنات تعيش في النار بما أنها خرجت منها، فإن المعتقد الشعبي لا يربطها بهذا الأصل بشكل مباشر، بل يعتبر أن مقرها الأرض ولهذا نجد العامة يقولون دائما إخواننا التي تحت الأرض،كما يُعتقد أن الجن يظهرون في الأماكن غير المأهولة أو غير المطروق ،وتوجد في رأي المعتقد الشعبي أنواع كثيرة من هذه الكائنات يطلق عليها أسماء مختلفة،

غير أننا نجد أن لكل نوع خصائص مشتركة مختلفة الأمر الذي يجعلنا نرى أن هذه المسميات تدل على أنواع متميزة عن هذه الكائنات لها خصائص أساسية. **(قيرة و بومدين،2004.ص109)**

6-النماذج (النظريات) المفسرة لتصورات المرض:

6-1 نموذج كليمنتس: Clements

صنف "كليمنتس" Clements نموذجا لمسببات المرض الشعبي وسط الجماعات الأمية، والبدائية في خمسة أنواع وهي:

أ:السحر والحسد والشعوذة:فالسحر هو مجموعة الأساليب التي تستخدم للتأثير على القوى الطبيعية أو الخارقة للطبيعة لإنزال الشر بالآخرين عن طريق أداء بعض الممارسات الشعائرية التي يعتقد أنها تؤدي إلى النتائج المرغوبة.

أما الشعوذة فهي ممارسات وفعاليات لإصابة الآخرين بالسحر الضار وبذلك بمثابة فن يمكن التدريب عليه وتعلمه، في حين أن السحر الضار مجرد قوة ذاتية داخلية في الساحر الضار ولا يمارس من يملك تلك القوة طقوسا أو فعاليات سحرية معينة أو معروفة ومن ثم فليس بمقدرة الناس أن يتعرفوا عليه .

ب- اختراق وانتهاك المحرمات: حيث يظهر تأثير الدين على السلوك في الكثير من المجتمعات فالخروج عن القواعد والمحرمات يجلب معه العقوبة والشر والألم" الخارجين عن هذه القواعد "ويثير غضب أرواح الأسلاف، ويستنزل على العصاة "جمع عاصي" ألوانا من العقوبات مثل: العقم والمرض والموت ...إلخ .

ج- إقحام شيء يحدث المرض: حيث تخترق الأرواح الشريرة الأشياء المادية وتصبح جوهرا مكونا لها كالأخشاب والصخور والجلود، ويقوم بها الساحر بهذا الفعل الشرير لإنزال الأذى والمرض بشخص ما .

د- فقدان الشعور بالروح: فالروح هي صورة للكائن الحي ويرى البدائيون أن انفصال الروح عن الجسد تؤثر على الأشخاص الأحياء وتسبب المرض والوفاة .

هـ- إقحام الروح: بمعنى اختراق الأرواح للجسم وتنزل بها أذى وعقاب في شكل الإصابة بالضعف العقلي والجنون والصرع والانجذاب**(Helman, 2007)** .

وقد صنف "روجرز" Rogers السببين الأولين من هذه الأسباب في إطار الأسباب غير المباشرة للمرض تحدث عن بعد، بمعنى أنها تحدث داخل التجربة السابقة للمريض بالرغم من أن الحدث جديد بالفعل. أما الأسباب الثالثة الأخرى فهي أسباب مباشرة تحدث عن قرب، بمعنى أنها مشمولة أكثر بالفورية. ولا تعتبر هذه المسببات أسبابا تبادلية بمعنى اقتصار حدوث المرض على سبب واحد منها، فهناك بعض التداخلات يمكن أن تحدث بين العوامل السببية. **(Rogers, 1983)**

6-2نموذج ليفينثال :

يُعدّ نموذج " ليفينثال" للتمثلات الذهنية للمرض من النماذج النظرية المهمة في علم النفس الصحي، حيث يفسّر كيفية إدراك الأفراد للأمراض وكيفية تعاملهم معها.

يفترض هذا النموذج أن المريض لا يتعامل مع المرض بشكل عشوائي، بل يبني تصوّرات ذهنية ومعرفية حوله تساعده على فهم الأعراض وتفسيرها وتنظيم سلوكه الصحي.وتتكوّن هذه التمثلات الذهنية من خمسة أبعاد رئيسية، وهي: الهوية (Identity) التي تشير إلى تسمية المرض والأعراض المرتبطة به، والسبب (Cause) الذي يفسّر من خلاله الفرد أسباب المرض، والزمن أو المدة (Timeline) التي تتعلق بتصور مدة المرض و استمراريته، والعواقب (Consequences) التي تعكس تصور الفرد لتأثير المرض على حياته الجسدية والنفسية والاجتماعية، وأخيرًا إمكانية التحكم أو العلاج (Control/Cure)

التي تعبّر عن اعتقاد المريض بمدى إمكانية السيطرة على المرض أو علاجه.ويؤكد" ليفينثال" أن هذه التمثلات الذهنية تؤثر بشكل مباشر على سلوك الفرد الصحي، مثل طلب العلاج، الالتزام بالأدوية، أو تغيير نمط الحياة، كما أنها تتطور مع مرور الوقت حسب التجربة الشخصية والمعلومات الطبية المتاحة للمريض.**(Moss-Morris et al .2002)**.

6- 3 نموذج "ميردوك"Murdock :

قدم ميردوك (Murdock) تصنيفا لمسببات المرض الشعبي، حيث افترض وجود أربعة أنماط أساسية تفسر أصل المرض. ويتمثل النمط الأول في المسببات الطبيعية، وهي الأسباب التي تفسر باعتبارها ناتجة بصورة تلقائية عن عوامل عادية كالحوادث، والعدوى، والقدر. أما النمط الثاني فيتمثل في المسببات الأرواحية، التي تربط المرض بتدخل قوى فوق طبيعية مثل الأرواح أو الآلهة.

كما أشار إلى المسببات السحرية التي ترى أن المرض يحدث نتيجة أفعال خفية يمارسها شخص ضد شخص آخر عن طريق السحر أو الشعوذة. وتنقسم هذه المسببات إلى سحر يقوم على العدوى أو التقليد، وسحر اقتحامي يعتمد على استعمال أشياء مرتبطة بالشخص المستهدف كالشعر أو الأظافر بهدف إلحاق الضرر به. وقد صنف ميردوك هذه الأنواع الأخيرة ضمن المسببات غير الطبيعية للمرض الشعبي.

(Murdock, 1980)

6-4 نموذج "هلمان"Helman : يرى هلمان (Helman) أن التصورات الشعبية للمرض تقوم على أربعة مجالات أساسية لتفسير أسبابه، تتمثل في العوامل المرتبطة بالفرد نفسه: داخل الشخص المريض، وفي العالم الطبيعي، وفي العالم الاجتماعي وفي العالم فوق الطبيعي و هي كالتالي:

أ- المجال الأول" داخل المريض:"

يعود أساس المرض إلى عوامل داخلية لدى الفرد، سواء تعلّق الأمر بضعف عضوي، أو ممارسات حياتية غير صحية، أو نظام غذائي غير متوازن. كما يُنظر إلى بعض الأمراض على أنها نتيجة لإهمال الشخص لذاته، مثل سوء التغذية، التدخين، استهلاك الكحول، ضعف العناية بالنظافة أو قلة النشاط البدني، وهو ما قد يرتبط بظهور مشاعر الذنب لدى المصاب. وتشير كذلك إلى أن بعض الحالات المرضية ترتبط بمؤشرات وسلوكات ظاهرة، كالسمنة أو الإدمان أو الأمراض المنقولة جنسيًا. إضافة إلى ذلك، تفترض هذه الرؤية أن قابلية الإصابة بالمرض قد تختلف من شخص لآخر تبعًا لعوامل وراثية أو سمات شخصية، مثل القلق أو ضعف المناعة، مع التأكيد على أن هذه المناعة يمكن دعمها من خلال إتباع نمط حياة صحي يشمل التغذية الجيدة والراحة الكافية.

وفي ذلك قسم الأمراض إلى ما يلي:

- ✓ **أمراض الضعف أو الوهن** : بسبب إرهاق الجسم أو الشيخوخة أو مرض سابق.
- ✓ **الأمراض الانعكاسية أو الاجتياحية** :مثل العدوى بالجراثيم أو اختلال وظائف الجسم.
- ✓ **اختلال التوازن أو الأمراض الميكانيكية** :نقص الفيتامينات، فقر الدم، تلف الأعضاء أو انسداد الأوعية الدموية.

ومن هذا المنطلق، يختلف الناس في قبولهم المسؤولية الشخصية عن مرضهم، بعضهم يعتقد أن المرض نتيجة أفعالهم، والبعض الآخر يراه خارج سيطرتهم. **(Helman,2007)**

ب- المجال الثاني " في العالم الطبيعي:"

يتناول هذا المجال تفسير المرض انطلاقًا من البيئة الطبيعية بمكونيها الحي والجماد، حيث تُعد العوامل المناخية من أبرز مسبباته، مثل البرودة الشديدة، والرياح، والأمطار، والرطوبة. إذ يُعتقد أن التعرض لهذه الظروف قد يؤدي إلى اضطرابات صحية مختلفة، كالإصابة بالبرد أو القشعريرة، أو تأثير الرياح الباردة في بعض الأعضاء، وما قد يترتب عنه من اختلالات في الدورة الدموية. كما تُنسب بعض الأمراض إلى الظواهر المناخية العنيفة مثل الزوابع والأعاصير والعواصف.

ويمتد هذا التصور ليشمل أيضًا تأثير الأجرام السماوية، كالشمس والقمر والكواكب، وهو اعتقاد شائع في بعض الثقافات ذات الطابع التنجيمي. إضافة إلى ذلك، تُدرج ضمن هذا الإطار أسباب طبيعية أخرى مثل الأضرار الناتجة عن الحيوانات والطيور، والعدوى المرتبطة بالكائنات الدقيقة كالبكتيريا والفيروسات والحشرات التي تخترق الجسم. كما قد يُنظر إلى بعض الأمراض، مثل السرطان، على أنها غزو داخلي للجسم بواسطة كائن حي غير مرئي ينمو بداخله، فضلًا عن الإصابات الطفيلية كالدود. وتشمل هذه المنظومة كذلك الحوادث والإصابات العرضية التي تحدث في البيئة الطبيعية.**(Helman,2007,p.26)**

ج- المجال الثالث " في العالم الاجتماعي:"

تُفسَّر مسببات المرض في إطار العالم الاجتماعي، خاصة في المجتمعات الصغيرة، من خلال العلاقات والصراعات بين الأفراد، حيث يُنسب المرض أحيانًا إلى تأثير الآخرين. وتبرز هذه التفسيرات بشكل خاص في بعض المجتمعات غير الغربية، في صور مثل السحر والشعوذة والعين الحاسدة، إذ تُعزى الأمراض والمصائب إلى نوايا عدائية، سواء كانت مقصودة أو غير مقصودة. كما

يُعتقد بوجود أفراد يمتلكون قوى خفية لإلحاق الأذى، وغالبًا ما يُنظر إليهم كفئة مختلفة اجتماعيًا. وتشير بعض الدراسات الأنثروبولوجية إلى أن انتشار هذه الاتهامات يزداد في فترات التغير الاجتماعي والصراعات، حيث يتم اللجوء إلى تفسيرات غيبية للكشف عن مصدر الأذى وتبرير المعاناة.

د- المجال الرابع " في العالم فوق الطبيعي:"

يُعزى المرض في هذا المجال إلى تدخل قوى فوق طبيعية، كالآلهة أو الأرواح أو أرواح الأسلاف، حيث يُنظر إليه بوصفه تنبيهًا أو عقابًا نتيجة بعض السلوكات غير المرغوب فيها، مثل التقصير في العبادات أو ضعف الشكر. وبناءً على هذا التصور، لا يُنظر إلى العلاج الطبي كحل أساسي، بل يُؤكد على التوبة والاعتراف بالذنب والالتزام بسلوك قويم، مع اعتبار الدعاء والرجوع إلى الله وسيلة العلاج الأساسية بدلًا من التدخلات الدوائية.

كما تُعزى بعض الأمراض في مجتمعات أخرى إلى الأرواح الشريرة أو النزوية التي يُعتقد أنها تهاجم الإنسان بشكل مفاجئ وتسبب له المرض، دون ارتباط مباشر بسلوكه، مما يجعل المصاب يُنظر إليه كضحية تستحق الدعم والمساندة. وفي مقابل ذلك، يظهر تصور آخر يتمثل في تلبّس الأرواح، حيث يُفسَّر المرض على أنه نتيجة لغزو أرواح الأسلاف، خاصة عندما يُنظر إلى الفرد على أنه خالف القيم الدينية أو الاجتماعية. وغالبًا ما يتم تشخيص هذه الحالات من خلال طقوس خاصة كجلسات استحضار الأرواح، حيث يُفهم المرض كعقوبة رمزية تعيد التأكيد على المعايير الأخلاقية للجماعة.**(عاطف خليل ، 2006 .ص 293-295)**

خلاصة الفصل :

يتضح من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل أن تصور المرض يمثل بنية نفسية معرفية وانفعالية يُكوّنها الفرد لفهم حالته الصحية وإعطائها معنى، إذ لا يقتصر المرض على بعده البيولوجي فحسب، بل يتشكل أيضًا من خلال التفسيرات الذاتية والاجتماعية والثقافية التي يتبناها الفرد. وقد أبرز الفصل تعدد مفاهيم تصور المرض وتداخله مع مفاهيم أخرى ذات صلة، إضافة إلى خصائصه الأساسية كطابعه الذاتي والدينامي القابل للتغير تبعًا للخبرات والسياقات المختلفة. كما تم التطرق إلى مختلف أبعاد تصورات المرض، والتي تؤثر في سلوك المريض، وطرق تكيفه، ومدى التزامه بالعلاج. كذلك تم عرض أشكال التصورات المرضية بين التصورات العلمية والاجتماعية والثقافية، إلى جانب أهم النماذج والنظريات المفسرة لها. ومن ثم، يوفر هذا التأصيل النظري قاعدة علمية لفهم كيفية تشكل تصورات المرض لدى الحالات المدروسة، بما يسمح بالانتقال إلى الجانب التطبيقي وتحليل المعطيات الميدانية في ضوء الأطر النظرية المعتمدة.

الفصل الثاني :

أمراض المناعة الذاتية

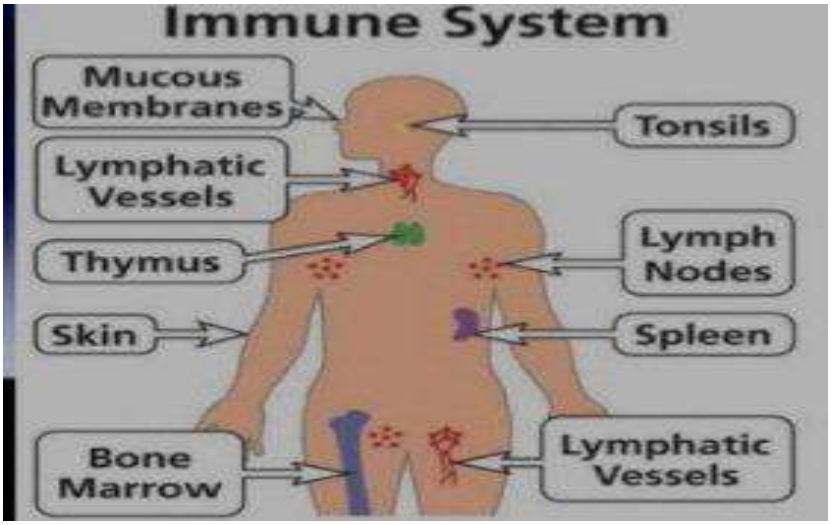
تمهيد

تُعد أمراض المناعة الذاتية من الاضطرابات المعقدة التي تستدعي اهتمامًا متزايدًا نظرًا لتأثيراتها الصحية والنفسية على حياة الأفراد، ويهدف هذا الفصل إلى تسليط الضوء على مختلف جوانب هذه الأمراض من خلال عرض تصنيفاتها و خصائصها، إضافة إلى التطرق لآليات الخلل المناعي والعوامل المساهمة في ظهورها. كما سيتم استعراض طرق التشخيص والأساليب العلاجية المعتمدة، مع الإشارة إلى انعكاساتها على التكيف النفسي لدى المرضى.

1.الجهاز المناعي:

1.1 مفهوم الجهاز المناعي:

يعرَّف الجهاز المناعي على أنّه منظومة متكاملة من الآليات والوسائل الدفاعية التي يمتلكها الكائن الحي لحماية جسمه من مختلف العوامل الضارة، سواء كانت خارجية كالعوامل المعدية والسامة، أو داخلية كحالات التحول الورمي. كما له دور أساسي في مواجهة الأجسام الغريبة، مثل الطعوم الناتجة عن عمليات زرع الأعضاء أو الأنسجة من فرد آخر.ويُعدّ الجهاز المناعي نظامًا بيولوجيًا معقّدًا يمكّن الجسم من التمييز بين مكوّناته الذاتية (الذات) والعناصر الأجنبية (اللذات)، بحيث يسمح بتحمّل الأولى والتصدي للثانية من خلال استجابات مناعية متنوعة. وبذلك، يساهم هذا الجهاز في الحفاظ على توازن الجسم وضمان سلامة وظائفه الحيوية واستمرارية بقائه.**(kehili.,2023, p.3)**

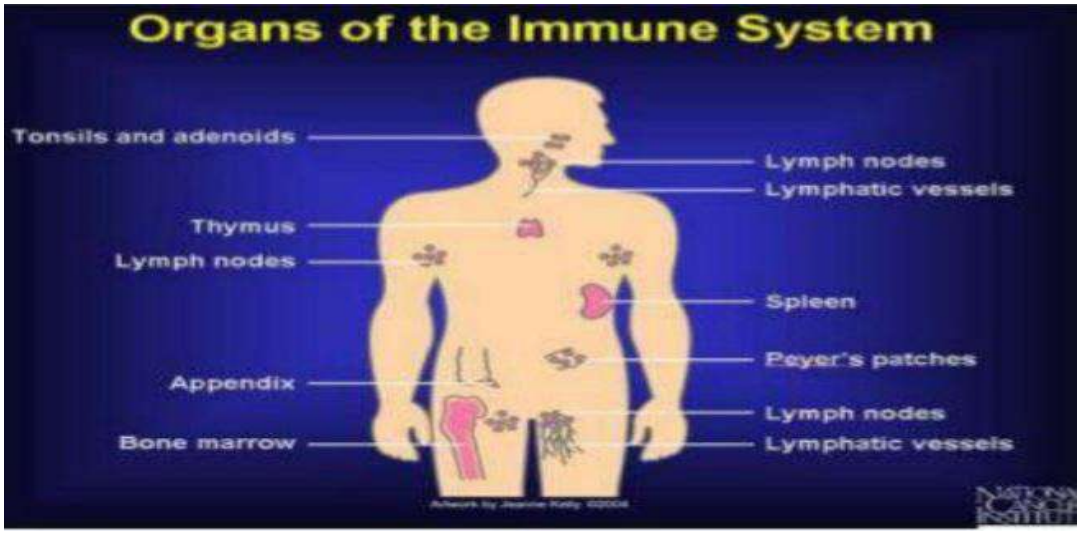


الشكل رقم (01): الجهاز المناعي (فياض،2023،ص. 54)

1-2 مكونات الجهاز المناعي :

يتكون الجهاز المناعي (immune system) من مجموعة متكاملة من الأعضاء والخلايا والمواد الكيميائية التي تعمل معًا للدفاع عن الجسم. وتتمثل فيما يلي:

أ- **الأعضاء المناعية:** وتتمثل في الأعضاء اللمفاوية الأولية وهي الأعضاء التي تنشأ وتنضج فيها الخلايا المناعية وتضم كل من الغدة الصعترية (thymus) التي يتم فيها نضج الخلايا اللمفاوية T وتمايزها، ونخاع العظم (bone maraw) المسؤول عن إنتاج خلايا الدم البيضاء، وخاصة الخلايا اللمفاوية B ، أما الأعضاء الثانوية، فتلعب دورًا في تنشيط الاستجابة المناعية وتشمل الطحال والعقد اللمفاوية والأنسجة اللمفاوية المخاطية **(علم المناعة، محاضرات)**



شكل رقم(02): أعضاء الجهاز المناعي (علم المناعة، ص.13)

ج- **الجزيئات والمواد المناعية:** وتتمثل في، الأجسام المضادة (Immunoglobulins)وهي بروتينات ينتجها الجهاز المناعي بعد التعرض لعامل ممرض مثل الفيروسات او البكتيريا حيث ترتبط هذه الأجسام المضادة بالمستضدات ثم تقوم بتحييدها او المساعدة في تدميرها وذلك لحماية الجسم من الأضرار، والسيتوكينات وهي مواد تنظيمية للالتهاب والمناعة، والمتممات(Complement system) ، إضافة إلى الإنترفيرونات.

1-3 الإستجابة المناعية:

تعرف الاستجابة المناعية بأنها آليات عمل الجهاز المناعي عند التعرف على اللاذات، ويوجد نوعان هما:

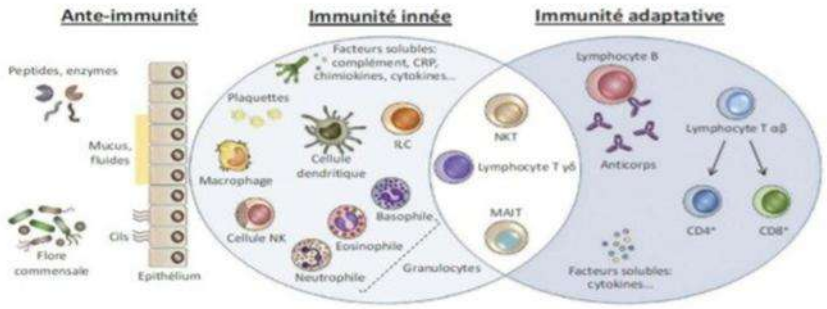
أ- **الاستجابة المناعية الفطرية (أو الطبيعية)**:وهي استجابة فورية ذات طابع تكويني غير نوعي وتعتمد على التمييز العام بين الذات واللذات حيث هي الخط الدفاع الأول ضد العوامل المعدية والممرضة المحيطة

وهي سريعة وفعاله تستمر عاده من 3 إلى 5 أيام وتشمل عده آليات دفاعيه منها: آليات الدفاع الأولية (الحواجز الجلدية والمخاطية)، وآليات الدفاع الثانوية مثل البلعمة والاستجابة الالتهابية والتي تتطلب خلايا بلعمية و سيتوكينات.

ب- الإستجابة المناعية التكيفية (أو النوعية /المكتسبة):

هي استجابة متأخرة ظهرت منذ حوالي 500 مليون سنه لدى الفقريات الأولى،تتميز بكونها نوعيه للمستضد إذ تحمل خلايا التكيفية (الخلايا اللمفاوية) نوعا واحدا فقط من المستقبلات القادرة على التعرف على محدد مستضد واحد، وتكون الاستجابة المناعية التكيفية محدودة زمنيا بالقضاء على العوامل الممرضة لكنها تمتاز بوجود ذاكرة مناعية كما أن التعرف على الذات يكون محدودا لان اغلب الخلايا اللمفاوية التي تتعرف على مستضدات يتم التخلص منها أثناء تكوينها في الأعضاء اللمفاوية الأولية.

تبدأ الاستجابة المناعية عندما يتلقى الجهاز المناعي إشارات الخطر حيث تستطيع بعض الخلايا التعرف على مستقبلات التعرف على الأنماط الجزئية(PRRs) والأنماط الجزيئية المرتبطة بالممرضات(MAMPs)، أو إشارات الخطر المرتبطة بتلف الخلايا(DAMPs).**(كحيلي، 2023، ص.4)**



الشكل رقم(03) : الاستجابة المناعية (كحيلي،2023،ص.4)

2 -أمراض المناعة الذاتية (Autoimmune diseases):

2-1 مفهوم أمراض المناعة الذاتية:

تنتج المناعة الذاتية عن عيوب في تكوين أو الحفاظ على تحمل الذات **(Self-tolerance)** للجهاز المناعي عند الإنسان والحيوان، حيث يؤدي كسر هذا التحمل إلى تنشيط الخلايا اللمفاوية BوT ذات التفاعل الذاتي، مما يؤدي إلى إنتاج خلايا فاعلة أو أجسام مضادة ذاتية **(Autoantibodies)** تتعرف على مكونات الجسم، وهذا بسبب آفات خلوية ونسيجية يمكن أن تؤدي في بعض الحالات إلى أعراض سريرية تعرف بأمراض المناعة الذاتية. **(kehili.,2023, p.45)**

تعرفها Farzana وآخرون (2024) " أن المناعة الذاتية هي ظاهرة مناعية يحدث فيها أن جهاز المناعة يستجيب ضد خلايا وأنسجة الجسم نفسه (أي الذاتي) بدلا من أن يستجيب فقط ضد الأجسام الغريبة، تنتج هذه الاستجابة نتيجة فشل آليات التحمل المناعي (immunological tolerance) التي تمنع الجهاز المناعي من مواجهة الذات، مما يؤدي إلى تنشيط الخلايا اللمفاوية (B وT) والأجسام المضادة ذاتية التفاعل ضد مكونات الجسم الطبيعي".

كما عرف إسلام حسني المرض المناعي الذاتي "أنه حدوث خلل ما في الجهاز المناعي ويصاب الشخص بمرض مناعة ذاتية، حيث يقوم الجهاز المناعي بمهاجمة جسم المريض وخلاياه وأنسجته ويتعرف عليها على أنها أجسام غريبة، ويقوم بإنتاج الأجسام المضادة الذاتية أو الخلايا المناعية التي تستهدف وتهاجم تلك الأنسجة وتسمى هذه الاستجابة برد فعل المناعة الذاتية". (Autoimmune reaction).

(إسلام،2022، ص.6)

ويعرف المرض المناعي جملة من الأعراض الناتجة من خلل في الجهاز المناعي الدفاعي حيث أن هذا الأخير يصبح غير قادر على تمييز بين الذات وغير الذات (الأجسام الغريبة و الميكروبات)، وهي خلل في التعرف على الهوية الغشائية المقدمة من طرف البروتينات السطحية الموجودة على غشاء كل خلية من الجسم بمبدأ القفل والمفتاح، وهي فرط نشاط المناعي (Hypersensitivity)، حيث تحدث استجابة شاملة وكلية تستهدف الذات وغير الذات معا، تتميز هاته الأمراض بالطابع المتناوب في ظهور الأعراض أي فترات متعاكسة بين نوبة (Flare-up) أو(relapse) وخمول وفتور للنشاط (Remissions)، عكس المتعارف عليه في التصنيف الكلاسيكي بين أمراض حادة وقتية تنتهي بزوال السبب، و أمراض مزمنة تلازم المريض.

- ✓ يحدد الفرق بين فرط استجابة مبكرة ومتأخرة.
- ✓ القابلية الوراثية الجينية للمريض.
- ✓ التعرض المستمر للعامل المحرك للاستجابة المناعية (Triggering factor).
- ✓ جودة التغذية وعوامل الأكسدة الخاصة بالجسم والإجهاد المستمر.
- ✓ حالة نفسية مضطربة، الاكتئاب، عدوى فيروسية.

(Dr adjal.,communication personnel,2026)

تعد الأمراض المناعية مجموعة من الأمراض الالتهابية غير متجانسة ومتعددة الأشكال، وتتجلى من خلال علامات سريرية متنوعة للغاية قد تكون مشتركة بين عدة أمراض، تتميز هذه الأمراض بتطور مزمن يتخلله نوبات (هجمات) ومضاعفات، ومع ذلك يمكن لبعض الأمراض المناعة الذاتية أن تكون خطيرة لأنها مسببة

للعجز أو قد تكون مميتة، حيث تتميز بإصابة الأعضاء الحيوية، وزيادة مخاطر القلب والأوعية الدموية، والمضاعفات الورمية.**(bousseniou.,latrache,2019.p7)**

مما سبق نستخلص أن المناعة الذاتية هي استجابة مناعية موجهة ضد أحد مكونات الجسم نفسه، تؤدي تعطيل آليات التسامح مع الذات إلى عمل الجهاز المناعي ضد مكونات الجسم الطبيعية، مما يؤدي إلى ظهور أمراض المناعة الذاتية.

2-2- تصنيف أمراض المناعة الذاتية:

تعتبر هذه الأمراض شائعة، حيث تقدر نسبة انتشارها الإجمالية في العالم حوالي 5%، وتمثل سببا مهما في الوفاة في الدول المتقدمة، وهي متنوعة جدا وتصنف عادة إلى مجموعتين:

أ- **الأمراض النوعية لعضو معين (Organ-specific autoimmune diseases)** : حيث توجه الأجسام المضادة أو الخلايا اللمفاوية T ضد مستضدات محصورة في نسيج أو عضو معين كالداء السكري من النوع الأول (diabète type1)، والتهاب الغدة الدرقية هاشيموتو(thyroïde de hachimoto).

ب-**الأمراض غير النوعية لعضو (non-organ-specificdiseases)**: وتسمى أمراض المناعة الجهازية (systémiques) حيث يكون توزيع المستضدات الذاتية المستهدفة شاملا في الجسم، ويساهم تكوين المعقدات المناعية المنتشرة بشكل خاص في تطوير مرض جهازي مع إصابات منتشرة ومتعددة الأشكال لمختلف الأعضاء بمرور الوقت كالذئبة الحمامية. **(kehilli.,2023,P.45)**.

تتميّز هذه الأمراض بطابعها المزمن والمتقلب، إذ تمر بفترات هدوء وانتكاس، ما يفرض على المريض التعايش طويل الأمد مع المرض، وهو ما ينعكس بشكل مباشر على توازنه النفسي وسلوكه اليومي.

و فيما يلي الجدول يوضح أهم أمراض المناعة الذاتية الأكثر شيوعا.

جدول رقم (01):أمراض المناعة الذاتية الأكثر شيوعا. :(kehilli, 2023,P.46)

المستضدات الهدف/الأجسام المضادة الأكثر شيوعا	الآليات الثانوية	الآليات الأولية	الإصابة النسيجية	الاستعداد/العوامل المحرضة	المرض
مكونات النواة،ADN مزدوج السلسلة	تشكيل ترسبات معقدات مناعية، تنشيط المتممة	أضداد ذاتية خصوصا ضد ADN)،زيادة الانترفيرون من النمط 1	جهازية	مرض وراثي متعدد العوامل	الذئبة الحمامية الجهازية
مستضدات غير معروفة (الكولاجين)، أضداد ذاتية: العامل	التهاب جهازي	وساطة خلوية، تشكل حبيبات التهابية	يغلب على المفاصل، وقد يكون	مرض وراثي متعدد العوامل،	التهاب المفاصل الروماتويدي

الروماتويدي ،اضداد البروتينات السيترولينية			جهازيا	HLA–DR1/DR4	
بيروكسيداز الدرقية، الثيروغلوبولين	ارتشاح لمفاوي T	انتاج اضداد ذاتية	الجريبات الدرقية، قصور الدرق	مرض وراثي متعدد العوامل، DR3	التهاب الدرقية المناعي الذاتي (داء هاشيموتو)
أضداد ذاتية محفزة لمستقبل TSH، بيروكسيداز الدرقية (التيروغلوبولين)	ـــ	إنتاج أضداد ذاتية	مستقبلات TSH،فرط الدرق	مرض مناعي ذاتي	فرط الدرقية المناعي الذاتي (داء غريفز–بازدو)

شكل رقم (04) :المظاهر الجلدية في الذئبة الحمامية الجهازية (فياض ،2023)

3_انتشار أمراض المناعة الذاتية :

تُعدّ أمراض المناعة الذاتية من القضايا الصحية المزمنة ذات الأهمية المتزايدة على الصعيد العالمي، نظرًا لتعدد أشكالها وتأثيرها طويل المدى على نوعية الحياة والصحة العامة. إذ تشير الدراسات الوبائية إلى أن انتشار هذه الأمراض في العالم قدر بحوالي 5% وبنسبة 3% لدى الرجال و7% لدى النساء.

كما تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن بعض هذه الأمراض تمثل عبئًا صحيًا ملحوظًا، إذ تُصنَّف ضمن الأمراض غير السارية المزمنة التي تتطلب متابعة وعلاجًا طويل الأمد، ولا يزال التحديد الدقيق لوبائيات أمراض المناعة الذاتية يشكّل تحديًا علميًا قائمًا، وذلك بسبب جملة من الصعوبات المنهجية، من أبرزها تحيزات الاختبارات المرتبطة بتجميع المرضى في المستشفيات الجامعية الكبرى، ما قد لا يعكس الواقع الحقيقي لانتشار هذه الأمراض في عموم السكان. ورغم غياب إحصاء عالمي موحّد يشمل جميع أمراض المناعة الذاتية، تشير الدراسات الوبائية واسعة النطاق إلى أن بعض هذه الأمراض تُعد أكثر شيوعًا نسبيًا؛ إذ يُقدَّر معدل انتشار التهاب المفاصل الروماتويدي ما بين 1000إلى 4000 حالة لكل 100.000 نسمة،

في حين يتراوح انتشار متلازمة غوغيرو–شوغرن(**Gougerot–Sjögren**)بين 100و500 حالة لكل 100.000 نسمة، كما يُقدَّر انتشار داء السكري المناعي الذاتي بما يقارب 200إلى 300 حالة لكل 100.000نسمة.في المقابل، تُصنَّف بعض الأمراض المناعية الذاتية ضمن فئة الأمراض الجهازية النادرة، على غرار الذئبة الحمامية الجهازية وتصلب الجلد، حيث يُقدَّر معدل انتشار الأولى ما بين 15و50 حالة لكل 100.000 نسمة، في حين يُقدَّر معدل انتشار الثانية بحوالي 20حالة لكل 100.000 نسمة. **(bousseniou.,latrache,2019,p.8)**.

3-1 عوامل الخطر:

هي العوامل المرتبطة بظهور أمراض المناعة الذاتية وانتشارها بين أفراد المجتمع والمصنفة وفق معايير دولية معتمدة من منظمة الصحة العالمية وتنقسم إلى:

أ- **العامل الوراثي:** لا شك أن العامل الوراثي يلعب دورا بارزا في ظاهرة تفشي أمراض المناعة الذاتية، حيث أنه قد لوحظ وجود أمراض معينة في عوامل معينة دون غيرها، ومن أمثلة ذلك توجد لدى الإخوان والأبناء والآباء لمرض هاشيموتو نسبة عالية من الأجسام المضادة للغدة الدرقية إذا كان هناك أكثر من شخص مصاب بالمرض في العائلة الواحدة وهذا ينطبق على أمراض أخرى مثل فقر الدم الخبيث و الذئبة الحمراء الجهازية.

ب- **عامل الجنس:** أوضحت كثير من الدراسات أن هناك ثمانية أنواع من أمراض المناعة الذاتية تكثر عند النساء اللواتي في منتصف العمر مقارنة بالرجال، فعلى سبيل المثال يصل معدل الإصابة بمرض الذئبة الحمراء الجهازية عند النساء في منتصف العمر إلى عشر أضعاف معدل الإصابة في الرجال في السن

نفسها، وقد اتضح أن لهرمون الأستروجين دورا أساسيا في زيادة الإصابة بالمرض، حيث أن نسبة تكون عالية عند النساء المريضات ولكنها تنخفض عند الحمل ثم تزداد مرة أخرى بعد الوضع.

ج- العامل البيئي: تلعب البيئة دورا ملموسا في أمراض المناعة الذاتية لما لها تأثير على المحيط الذي يعيش فيه المريض فمثلا أوضحت الدراسات أن أقرباء مريضة الذئبة الحمراء الجهازين عندما يعيشون معه في المنزل نفسه يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض نفسه بسبب وجود نسبة عالية من أجسام مضاد لا أنوية في أجسامهم مقارنة بأقربائهم الذين يعيشون بعيدا عنهم.

كذلك أوضحت أن للتغذية دور ملموسا في تخفيف حدة الإصابة بمرض التهاب المفاصل الروماتزمي حيث أشارت الدراسات أن هناك تحسنا في صحة المصابين بهذا المرض عند دوامتهم على تناول أغذية غنية بالأسماك باحتوائها على نسبة عالية من الأحماض الذهنية السلسلة الغير مشبعة (W3)، إضافة لذلك يعد ضوء الشمس عاملا سلبيا في زيادة معاناة المصابين بمرض الذئبة الحمراء بسبب أنها تمثل الفتيلة لبداية تقرحات الجلد.

تعد الإصابة بالميكروبات من العوامل البيئية الهامة التي قد تزيد من وطأة الإصابة بمرض المناعة الذاتية فيصبح الجسم عرض لأمراض أخرى مثل قد يصحب الإصابة بالحمى الروماتيزمية الحادة الإصابة الزوري ميكروب الستربتوكوكس. **(علوم وتقنية، 1996، ص.30)**

3-2 أعراض أمراض المناعة الذاتية:

تتشابه الأعراض المبكرة للعديد من أمراض المناعة الذاتية مثل: التعب، عضلات مؤلمة، تورم واحمرار، حمى منخفضة، صعوبة في التركيز، خدر ووخز في اليدين والقدمين، تساقط الشعر، طفح جلدي، كما يمكن

أن يكون للأمراض الفردية أيضا أعراضها فريدة، حيث يتسبب مرض السكري من النوع الأول في العطش الشديد وفقدان الوزن والإرهاق،ويسبب مرض التهاب القولون الم البطن وانتفاخ والإسهال، مع أمراض المناعة الذاتية مثل الصدفية أو التهاب المفاصل الروماتويدي قد تظهر الأعراض وتختفي من فترة لأخرى.

(فياض،2023، ص. 109)

3-3 مضاعفات أمراض المناعة الذاتية:

يمكن أن تشمل مضاعفات أمراض المناعة الذاتية ما يلي :

- ✓ مشاكل الدم مثل النزيف وجلطات الدموية .
- ✓ تلف المفاصل والعظام .
- ✓ العمى.
- ✓ السرطان.
- ✓ عدوى متكرر مثل الالتهاب الرئوي والتهاب الشعب الهوائية.
- ✓ أمراض القلب وتلف الأوعية الدموية، بتر الأعضاء.
- ✓ مشاكل الجهاز العصبي مثل اعتلال عصبي، الشلل والنوبات والسكتة الدماغية.
- ✓ تلف الأعضاء وفشل الأعضاء مثل الاعتلال العصبي، الشلل، الفشل الكلوي، التهاب البنكرياس، مضاعفات الحمل. **(فياض،2023، ص.110).**

4- تشخيص أمراض المناعة الذاتية:

قد تكون من الصعب تشخيص اضطراب المناعة الذاتية في مراحله المبكرة و إذا كانت هناك عدة أعضاء أو أجهزة مصابة قد يشمل طرق التشخيص ما يأتي:

- ✓ الفحص السريري (البدني).
- ✓ السؤال عن التاريخ الطبي.
- ✓ اختبارات الدم بما في ذلك اختبارات الكشف عن الأجسام المضادة.
- ✓ الخزعة.
- ✓ الأشعة السينية.**(فياض ،2023، ص.110)**

4-1 علاج أمراض المناعة الذاتية:

لا يمكن علاج أمراض المناعة الذاتية بشكل عام ولكن يمكن السيطرة على الحالة في كثير من الحالات حيث يتنوع العلاج الذي يساعد في أمراض المناعة الذاتية إذ تتم ملائمته لنوع المرض ولكل مريض على حدى ومع ذلك وفي معظم هذه الأمراض هنالك ميل عام نحو تفضيل المعالجة بمضادات الالتهاب باستيرويدات وبالأدوية الكابتة للجهاز المناعي وكذلك بعلاجات أكثر تركيبا تشمل تقنية ومن ابرز طرق العلاج المحتملة ما يلي:

- الأدوية المضادة للالتهابات لتقليل الالتهاب والألم.
- الستيرويدات القشرية لتقليل الالتهاب حيث تستخدم في بعض الأحيان لعلاج التوهج الحاد للأعراض.
- الأدوية المسكنة للألم مثل الباراسيتامول paracetamol و الكوديين codeine.

- الأدوية المثبطة للمناعة أي تثبيط نشاط جهاز المناعة.
- العلاج الطبيعي لتشجيع الحركة.
- الجراحة لعلاج انسداد الأمعاء في حالة مرض الكرون.
- جرعات عالية من التثبيط المناعي (تمت تجربة استخدام الأدوية المثبطة للجهاز المناعة مؤخرا وكانت النتائج واعدة). **(فياض،2023، ص.108)**

ويكمن مبدأ العلاج في المحافظة على حالة الخمول للنشاط المناعي المفرط Remissions باستخدام مضادات الالتهاب ستيرويدية (Corticosteroid) أو مثبطات مناعية(suppressantimmuno)أجسام مضادة مشابهة للأجسام المضادة للمريض globulaire immun Polyvalente بمبدأ تمويه الاستجابة المناعية. **(Dr adjal.,communication personnel,2026)**

4-2 أمراض المناعة الذاتية وانعكاساتها على الصحة النفسية:

تشير نتائج دراسة نشرت حديثا في 2025 ضمن مجلة BMJ Mental health إلى وجود ارتباط قوي وواضح بين الإصابة بالأمراض المناعة الذاتية وتدهور الصحة النفسية إذ أظهرت أن المصابين بأمراض المناعة الذاتية عندهم قابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية حيث يسجلون معدلات بشكل ملحوظ من الاضطرابات النفسية والعاطفية خاصة الاكتئاب ،اضطراب القلق ،واضطراب ثنائي القطب وهذا ما يعكس أن المرض المناعي لا يقتصر على تأثيره على الجانب الجسدي فحسب بل يمتد ليشمل البنية النفسية والانفعالية للفرد كما تشير الدراسة إلى أن الالتهاب الجهازي المزمن الذي يعد سمة مركزية في أمراض المناعة الذاتية قد يكون من الآليات البيولوجية الأساسية في تفسير الاضطراب حيث يؤثر هذا الالتهاب على النواقل

العصبية مثل السيروتونين و الدوبامينفي تنظيم المزاج و الاستجابة للضغط النفسي، ما يزيد من قابلية الفرد لاضطرابات المزاج والقلق.

كما أن للعبء النفسي للمرض المزمن يكون له اثر نفسي غير مباشر لأمراض المناعة الذاتية ويرتبط ب :

- الألم المستمر.
- التعب الجسدي.
- الخوف من الانتكاسة.
- بما في ذلك العلاج طويل الأمد.

وكلها عوامل تساهم في استنزاف الموارد النفسية للفرد وتضعف قدرته على التكيف، ما يزيد من احتمالية الإصابة بالاكتئاب والقلق.

وتؤكد الدراسة على تداخل الصحة النفسية مع مسار المرض وان الاضطرابات النفسية قد لا تكون مجرد نتيجة للمرض المناعي بل قد تساهم أيضا في:

- تفاقم الأعراض الجسدية.
- ضغط الالتزام بالعلاج.
- تراجع جودة الحياة.

مما يشير إلى علاقة تفاعلية ثنائية الاتجاه بين الصحة النفسية والمرض المناعي.

فقد أشارة دراسة (sloan et al.2020) إلى ان انعكاسات أمراض المناعة الذاتية الجهازية تتجاوز النطاق البيولوجي لتمتد الى أبعاد هيكلية ونفسية معقدة. فمن الناحية التشخيصية، يبرز التحدي في *فترة الكمون

التشخيصي (التي تمتد لسنوات، وما يصاحبها من ظاهرة الوسم النفسي) (Psychological labelling) للأعراض العضوية، حيث يتم تشخيص قرابة نصف الحالات بشكل خاطئ كاضطرابات نفسية، مما يؤدي إلى تآكل الثقة المؤسسية بين المريض والمنظومة الصحية. أما على الصعيد السوسيو–اقتصادي، فان هذه الأمراض تفرض قيدا حادا على الاستمرارية المهنية، حيث تضطر الأغلبية الساحقة من المرضى (77%) لتعديل أو ترك مساراتهم الوظيفية نتيجة "الأعراض غير المرئية" مثل التعب المزمن، وهو ما يولد شعورا بالاغتراب والوصم الاجتماعي نتيجة عدم قدرة المحيطين على إدراك حجم المعاناة السريرية. وبذلك فان الانعكاس الحقيقي لهذه الأمراض يكمن في خلق حالة من "الهشاشة المزدوجة": هشاشة صحية ناتجة عن المرض، وهشاشة اجتماعية ونفسية ناتجة عن قصور الدعم الطبي والمجتمعي ".

ومن ابرز العناصر لانعكاسات أمراض المناعة الذاتية على الحالة النفسية :

- ✓ التأخير الطويل في التشخيص (نحو 7 سنوات).
- ✓ الوسم النفسي إشارة إلى تشخيص الأعراض الجسدية بأنها "نفسية" أو "وهمية"(47% من الحالات).
- ✓ تآكل الثقة المؤسسية بسبب التأثير السلبي للتشخيص الخاطئ على علاقة المريض بالأطباء مستقبلا.
- ✓ التركيز على "التعب المزمن" الغير المرئي الذي يواجهه المريض.
- ✓ معاناة المريض من المرض نفسه ومن رد فعل المجتمع والطب تجاهه.**(Sloan et al., 2020)**

خلاصة الفصل:

تُعدّ أمراض المناعة الذاتية اضطرابات مزمنة ناتجة عن خلل في الجهاز المناعي يجعله يهاجم مكونات الجسم بدل حمايتها. وقد بيّن الفصل تنوعها بين أمراض نوعية وأخرى جهازية، إلى جانب تعدد العوامل المساهمة في ظهورها كالعوامل الوراثية والبيئية والنفسية. كما تتسم بصعوبة التشخيص وتشابه أعراضها، في حين يرتكز العلاج على التحكم في الأعراض أكثر من الشفاء التام. ولا يقتصر تأثيرها على الجانب الجسدي، بل يمتد ليشمل الصحة النفسية وجودة الحياة.

الفصل الثالث:

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

بعد استعراض الجانب النظري الذي يُعدّ الركيزة الأساسية لأي دراسة علمية، والذي يوفّر الإطار المفاهيمي والمنهجي لفهم موضوع البحث، ننتقل إلى الجانب الميداني بوصفه امتدادًا عمليًا لهذا الإطار. إذ يمثّل هذا الجانب حلقة وصل بين ما تم تناوله نظريًا وما سيتم التحقق منه واقعيًا، حيث يُمكّن الباحث من توظيف المعارف النظرية في معالجة إشكالية الدراسة، واختبار مدى صحة الفرضيات من خلال المعطيات الميدانية وتحليلها بشكل علمي دقيق.

1-منهج الدراسة:

يُعدّ المنهج عنصرًا أساسيًا في أي بحث علمي، إذ يفرض على الباحث إتباع خطوات منظمة تمكّنه من الوصول إلى نتائج دقيقة وذات قيمة علمية، ويُعرَّف المنهج على أنّه الطريقة أو الأسلوب الذي يعتمده الباحث في دراسة مشكلة معينة بهدف الوصول إلى حلول لها، كما يُنظر إليه على أنّه مجموعة من المبادئ العامة والإجراءات العملية التي يستند إليها الباحث في معالجة إشكالية البحث وتحقيق أهدافه. **(الحميد،1995،ص.81).**

"وبالنظر إلى طبيعة الدراسة الحالية التي تهدف إلى الكشف عن طبيعة تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي، فقد تم الاعتماد على المنهج العيادي، باعتباره الأنسب لدراسة الحالات الفردية بعمق وفهم أبعادها المعرفية والنفسية والسلوكية".

1-2 تعريف المنهج العيادي :

يعتبر المنهج هو أساس البحوث العلمية ويختلف باختلاف الدراسات وهو الطريقة التي يتبعها الباحث للوصول إلى نتائج يبحث عنها وتخدم بحثه .نظرا لطبيعة الدراسة فقد إعتمدنا المنهج العيادي "الإكلينيكي" لتناسبه مع موضوع الدراسة ، فهو يمكننا من دراسة معمقة للحالات الفردية، ويعرف المنهج الإكلينيكي بأنه "الدراسة العميقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها إلى السوية أو المرض، فهو يستخدم أساسا لأغراض علمية ونفسية من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال".**(زرواتي،2002 ،ص.41)**

إذن المنهج العيادي يسمح لنا بدراسة الحالات الفردية دراسة معمقة وبذلك يتسنى لنا جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول كل حالة، والتي تسمح لنا بالتحقق من فرضيات بحثنا.

1- 3 تعريف دراسة الحالة:

"وتُعدّ دراسة الحالة من أهم الطرق المعتمدة في المنهج العيادي، حيث تركز على دراسة الفرد كحالة فريدة بصورة معمق وشاملة، من خلال وصف وضعية المفحوص وجمع معطيات حول تاريخه، والكشف عن أسباب إشكاليته وتفسيرها وتتبع تطورها، مع تحديد ديناميكية توظيفه النفسي، وقد تمتد إلى التنبؤ بمآل حالته وتقييم التدخل العلاجي".**(صحراوي، 2020، ص.3)**

يستخدم دراسة الحالة في البحوث الاجتماعية والأنثربولوجية ويهدف إلى إعطاء صورة كلية شاملة لدراسة ظاهرة معينة في مجتمع محدد .ويستخدم منهج دراسة الحالة في الظروف التالية :

- دراسة تفصيلية للحالة وما يؤثر فيها من عادات وتقاليد وقيم وأفكار واتجاهات سائدة.
- عند دراسة التاريخ التطوري لشخص أو موقف معين.
- التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية المتداخلة والمؤثرة في الحالة.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تُعدّ الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي، حيث تساعد على فهم ميدان الدراسة بشكل أفضل، والتعرف على خصائص عينة الدراسة، واختبار الأدوات المستعملة، إضافة إلى تحديد الصعوبات المحتملة التي قد تواجه الباحث ومحاولة تفاديها.

2-1 تعريف الدراسة الاستطلاعية:

هي الخطوات التي يقوم عليها أي بحث علمي، لما لها من أهمية حيث تساعد الباحث في مختلف مراحل بحثه، بدءا من التعرف على موضوع الدراسة ثم تحديد الإطار العام للدراسة وصياغة تساؤلاته وفرضياته ومنه تحديد المنهج الأكثر ملائمة لطبيعة موضوع الدراسة، والأدوات العلمية والموضوعية المناسبة لجمع

البيانات والمعلومات، كما تمكن الباحث من القيام بالمعالجة الصحيحة لمشكلة بحثه والتعرف على خصائص الفئة.**(دهنون،2020،ص.60)**

2-2 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تم النزول إلى الميدان في دراستنا في مرحلة الدراسة الاستطلاعية للأهداف التالية:

- ✓ التعرف المبدئي على ميدان الدراسة (مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص) .
- ✓ فهم التصورات الذهنية التي يحملها المرضى حول أعراضهم وحالتهم الصحية .
- ✓ اختبار مدى ملاءمة أدوات جمع البيانات.
- ✓ تقييم وضوح أسئلة المقابلة وقدرتها على استثارة المعطيات المتعلقة بالتصورات المرضية .
- ✓ تحديد الصعوبات الميدانية المحتملة أثناء إجراء المقابلات .
- ✓ ضبط الإجراءات المنهجية وتحسينها قبل الدراسة الأساسية.

2-3إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسات الاستشفائية التي تم اختيارها كميدان للدراسة، حيث تم التنقل إلى المصالح المعنية والاتصال بالطاقم الطبي من أجل التعرف على الحالات التي تستجيب لمعايير البحث. كما تم إجراء لقاءات أولية مع بعض المرضى المصابين بأمراض المناعة الذاتية بهدف التأكد من ملاءمة موضوع الدراسة لواقعهم الصحي واختبار دليل المقابلة.

وقد سمحت هذه المرحلة بالتعرف على الحالات المناسبة للدراسة، وفهم طبيعة الصعوبات التي يواجهها المرضى قبل الوصول إلى التشخيص النهائي، كما ساعدت على تعديل بعض أسئلة المقابلة وتحسين صياغتها بما يتلاءم مع أهداف الدراسة.

ونظرًا لصعوبة الحصول على حالات تستوفي شروط البحث، فقد تم الاحتفاظ بالحالات التي شملتها الدراسة الاستطلاعية وإدراجها ضمن عينة الدراسة الأساسية بعد التأكد من مطابقتها لمعايير الاختيار المعتمدة في الدراسة.

2-4 جدول حالات الدراسة الاستطلاعية:

جدول رقم (02) : يوضح خصائص مجموعة الدراسة الإستطلاعية:

الحالة	الجنس	السن	الإقامة	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	مدة الإصابة	نوع المرض المناعي
1	أنثى	18سنة	عين تموشنت	4 متوسط	مطلقة	03 سنوات	غير مشخصة
2	ذكر	30سنة	عين تموشنت	3 ثانوي	أعزب	12 سنة	التصلب اللويحي Multiple Sclerosis (MS)
3	أنثى	48سنة	حمام بوحجر	جامعي	متزوجة	أكثر من سنة و نصف	الميوباتي Myopathy

4	ذكر	45سنة	بنـــــي صاف	9 أساسي	متزوج	09 سنوات	تكاياشو Takayasu arteritis

2-5 صعوبات الدراسة الاستطلاعية:

لقد واجهتنا عدة صعوبات خلال هذه المرحلة وهي كالتالي:

- صعوبة في العثور على مرضى مناعة ذاتية .
- صعوبة إيجاد حالات مرضية غير مشخصة .
- رفض بعض الحالات الإستجابة.
- صعوبة في التذكر بدقة قبل التشخيص فيما يخص الحالات المشخصة.

3- الدراسة الأساسية :

تمثلت الدراسة الأساسية في النزول إلى الميدان لجمع المعطيات المرتبطة بموضوع البحث بطريقة مباشرة. ونظرًا لطبيعة الدراسة التي تهدف إلى استكشاف التصورات لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي، فقد تم اعتماد منهج دراسة الحالة، مع استخدام المقابلة العيادية نصف الموجهة، والملاحظة المباشرة، واستبيان إدراك المرض (IPQ-R) لجمع المعطيات وتحليلها".

3-1 حدود الدراسة الأساسية :

3-1-1 الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة في المؤسسة الإستشفائية الدكتور بن زرجب و مستشفى أحمد مدغري بعين تيموشنت.

❖ **المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب :**

تم إجراء البحث في المؤسسة الإستشفائية الدكتور بن زرجب ، على مستوى مصلحة الأمراض الباطنية (الداخلية).

❖ **مستشفى أحمد مدغري :**

كما تم إجراء البحث أيضا بمؤسسة أحمد مدغري لمصلحة الأمراض الباطنية (الداخلية)، التي تتكون من طابقين الأرضي للرجال والطابق الأول للنساء.

3-1-2الحدود الزمانية:

أُنجزت الدراسة الأساسية في مستشفى بن زرجب خلال الفترة الزمنية الممتدة من 01 فيفري 2026 إلى 01 مارس2026.

و في مستشفى أحمد مدغري خلال الفترة الزمنية الممتدة من 18 فيفري 2026 إلى 18 مارس2026.

3-1-3 الحدود البشرية:

تمثلت حالات الدراسة في أربعة حالات تعاني من مرض مناعي، تم اختيارهم بالطريقة القصدية، حالتين كانتا تحت الاستشفاء في مصلحة الأمراض الباطنية لمستشفى احمد مدغري، وحالتين من المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجبب عين تيموشنت ، تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 48 سنة من جنس ذكر وأنثى، وفي مايلي جدول يوضح مواصفات العينة.

3-1-4 جدول رقم (03) : يوضح خصائص مجموعة الدراسة الأساسية :

الحالة	الجنس	السن	الإقامة	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	مدة الإصابة	نوع المرض المناعي
1	أنثى	18سنة	عين تموشنت	4 متوسط	مطلقة	03 سنوات	غير مشخصة
2	ذكر	30سنة	عين تموشنت	3 ثانوي	أعزب	12 سنة	التصلب اللويحي Multiple Sclerosis (MS)
3	أنثى	48سنة	حمام بوحجر	جامعي	متزوجة	أكثر من سنة و نصف	الميوباتي Myopathy
4	ذكر	45سنة	بني صاف	9 أساسي	متزوج	09 سنوات	تكاياشو Takayasu arteritis

3- 2 أدوات الدراسة الأساسية:

في كل بحث أو دراسة علمية يجب أن يتضمن استعمال أساليب إجرائية دقيقة قابلة للتطبيق في نفس الظروف مكيفة حسب نوع المشاكل والظاهرة المراد دراستها .ولجمع بيانات هذه الدراسة ولغاية تحقيق أهدافها والتوصل إلى نتائج حول تحقيق الفرضية من عدم تحقيقها اعتمد الطالب استخدام الأدوات التالية:

3-2-1 الملاحظة العيادية :

تُعتبر الملاحظة العيادية أسلوبًا مكملًا للمقابلة العيادية، يعتمد عليها الباحث العيادي لجمع أكبر قدر من المعلومات، فأثناء الفحص النفسي العيادي يقوم بالاهتمام بمفحوصه وبسياقاته النفسية بملاحظة سلوكه وهو يستجيب للمقابلات العيادية أو الاختبارات النفسية بهدف رصد تغيراته ووصفه وتحليله وتقيمه بشكل منتظم، تم إعطاءه معنى بإعادة وضعه في ديناميكية وفي سياق جديد. **(منقوشي،2023،ص. 174)**

وقد اعتمدنا على الملاحظة المباشرة باعتبارها أداة نوعية تكمّل المقابلة العيادية، إذ تتيح لنا رصد سلوك المفحوصين داخل سياقهم الطبيعي أثناء سير المقابلة، مع التركيز على مختلف المؤشرات غير اللفظية مثل تعابير الوجه، نبرة الصوت، الإيماءات، والتغيرات الانفعالية الدقيقة. كما مكنت هذه الملاحظة من تتبع طريقة تفاعلهم مع الأسئلة المطروحة واستجاباتهم التلقائية، مما وفر معطيات غنية تساعد على فهم أعمق لبنية التصورات الذهنية لديهم حول المرض قبل التشخيص، وعلى تحليلها في إطارها الديناميكي والسياقي، بما يعزز من مصداقية النتائج ويكمل البيانات المتحصل عليها من المقابلة العيادية.

3-2-2 المقابلة العيادية:

تُعدّ المقابلة العيادية من أهم أدوات البحث في علم النفس الإكلينيكي، وهي حوار منظم بين الفاحص والمفحوص يهدف إلى جمع المعطيات المتعلقة بالحالة النفسية والتاريخ الشخصي للفرد، وفهم طريقة تفكيره ومشاعره وسلوكه. وتتميز المقابلة النصف موجهة بكونها تعتمد على أسئلة معدّة مسبقًا مع الحفاظ على قدر من المرونة، مما يسمح للمفحوص بالتعبير بحرية ضمن إطار عيادي محدد زمانًا ومكانًا **(منقوشي،2023،ص.172)**

وبالتالي هي الوسيلة الناجعة لجمع المعلومات حول الحالة النفسية للمريض وتاريخه الشخصي، وفهم مشاعره وسلوكه.

تتعد أنواع المقابلات في البحث العلمي ، حيث نجد المقابلة الموجهة ، و المقابلة غير موجهة ، و المقابلة نصف الموجهة. و تختلف هذه الأنواع حيب درجة تنظيم الأسئلة و حرية المريض في الإجابة . وفي هذه الدراسة تم الإعتماد على المقابلة النصف الموجهة فهي تسمح لنا بجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول المفحوص.

3-2-3 المقابلة النصف الموجهة:

تعرف المقابلة على أنها نوع من المحادثة تتم بين المريض و الأخصائي النفسي الإكلينيكي في موقف مواجهة حسب خطة معينة غايته الحصول على معلومات عن سلوك المريض و العمل على حل المشكلات التي يواجهها و الإسهام في تحقيق توافقه الشخصي و بناء على ذلك تصاغ الأسئلة.

(عباس،1994،ص.102)

تم الاعتماد في دراستا على المقابلة النصف موجهة و التي تعتمد على توطيد العالقة بين الفاحص و المفحوص حيث يعتمد المختص النفسي في هذا النوع من المقابلات على دليل مقابلة و هو مجموعة من الأسئلة التي يضعها وفق الموضوع الذي يريد دراسته لدى المفحوص ، و طرح الأسئلة لا يكون متسلسلا و إنما يحترم المختص إجابات المفحوص و يحاول طرح الأسئلة وفق المواضيع التي يتناولها كما يترك له الحرية في الإجابة على الأسئلة.

3-2-4 دليل المقابلة:

هو مجموعة من الأسئلة الموجهة التي تخدم أهداف الدراسة، وتهدف إلى استكشاف تصورات المريض حول مرضه، وكيفية شعوره وتفسيره وتخيله لطبيعة المرض قبل التشخيص. وقد تم إعداد هذه الأسئلة بالاعتماد على تصورات نظرية في علم النفس الصحي و الأنثروبولوجيا الطبية، خاصة ما قدمه Eisenberg (1977) الذي ميّز بين المرض العضوي(Disease) كتغير بيولوجي مُشخّص طبيًا، وتجربة المرض (Illness) كتجربة ذاتية مرتبطة بإدراك المريض ومعانيه الشخصية للأعراض. كما استند

إعداد الدليل إلى نموذج (1980) Kleinman حول النماذج التفسيرية للمرض (Explanatory Model)، والذي يرتكز على فهم تسمية المرض، وأسبابه، وتوقيت ظهوره، وطبيعته، وشدته، وعلاجه، وانعكاساته، والمخاوف المرتبطة به.**(Kleinman ;1980)**. وتكونت نسخته الأصلية من ثمانية أسئلة كلاسيكية وهي:

1. ما الذي تسميه مشكلتك؟
2. ما الذي تعتقد أنه سبب مشكلتك؟
3. لماذا تعتقد أنها بدأت في هذا الوقت تحديدًا؟
4. ماذا تعتقد أن المرض يفعل لك؟ وكيف يعمل داخل جسمك؟
5. ما مدى خطورة المرض؟ وهل تعتقد أنه سيستمر لفترة طويلة أم قصيرة؟
6. ما نوع العلاج الذي تعتقد أنه يجب أن تتلقاه؟ وما أهم النتائج التي تأمل الحصول عليها من هذا العلاج؟
7. ما أهم المشكلات التي سببها لك المرض؟
8. ما أكثر شيء تخشاه بشأن مرضك؟

كما تم الاعتماد على دليل المقابلة (Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC الذي طوّره Mitchell Weiss، والذي وسّع النموذج التفسيري لكلينمان بإدماج أبعاد إضافية تتعلق بالسياق الاجتماعي والثقافي، واستراتيجيات المواجهة وطلب العلاج، والمعاني الثقافية المنسوبة للمرض **(القايد، 2023، ص.24)**.

وقد تم توظيف هذه البنود كأساس لاشتقاق محاور دليل المقابلة المعتمد في الدراسة الحالية وبناءً على ذلك، صُممت المقابلة لاكتشاف تصور المفحوص لمرضه، وأسبابه المتصورة، وتأثيره النفسي

والاجتماعي، واستراتيجيات التكيف المعتمدة، مع اعتماد مقابلة نصف موجهة تمنح حرية في الإجابة ضمن 6 محاورو تمثلث في :

1- محور البيانات الأولية: ويهدف إلى جمع المعلومات العامة المتعلقة بالحالات المدروسة.

3-التاريخ المرضي: يهدف إلى تتبع المسار الزمني لبداية ظهور الأعراض قبل التشخيص، وكيفية إدراكها وتفسيرها من طرف المريض، إضافة إلى الفحوصات الطبية الأولى والتجارب السابقة مع المرض، وذلك لفهم سياق تشكل التجربة المرضية قبل التشخيص.

4-البعد المعرفي: يهدف إلى استكشاف تمثلات المريض الذهنية والمعرفية حول المرض، وكيفية تفسيره للأعراض وأسبابها، وطبيعة اعتقاداته حول المرض (مؤقت/مزمن)، إضافة إلى مدى تأثير مستواه التعليمي في بناء هذه التصورات.

5-البعد المعرفي: يهدف إلى استكشاف تمثلات المريض الذهنية والمعرفية حول المرض، وكيفية تفسيره للأعراض وأسبابها، وطبيعة اعتقاداته حول المرض (مؤقت/مزمن)، إضافة إلى مدى تأثير مستواه التعليمي في بناء هذه التصورات.

4-البعد النفسي (الانفعالي): ويتناول المشاعر والانفعالات المرتبطة بإدراك المرض، مثل الخوف، القلق، أو التهديد.

5-البعد السلوكي: ويركز على أنماط السلوك والاستجابات التي تبناها المريض في مواجهة الأعراض أو التعامل مع المرض وكذا تبنيه للعلاج المناسب.

6-العوامل الاجتماعية والثقافية: يبحث في تأثير الأسرة، والمحيط الاجتماعي، والمعتقدات الثقافية والشعبية في تشكيل تصورات المرض المناعي قبل التشخيص.

7-**البعد العلائقي:** يركز على تأثير التجربة المرضية قبل التشخيص على العلاقات الاجتماعية للمريض، من خلال طبيعة استجابة المحيط له (دعم، تشكيك، أو تقليل من المعاناة) وانعكاس ذلك على تواصله مع الآخرين.

وقد تم اشتقاق أسئلة المقابلة انطلاقًا من هذه الأبعاد بما يضمن انسجام الأداة مع الإطار النظري للدراسة، وقدرتها على استكشاف مختلف مكونات تصورات المرض المناعي لدى الحالات المدروسة.

3-2-5 مقياس إدراك المرض:

إضافة إلى دليل المقابلة المشتق من دليل النماذج التفسيرية والذي أتاح لنا استكشاف المعاني والتفسيرات الذاتية والثقافية التي يمنحها المرضى للمرض، اعتمدنا على مقياس إدراك المرض المعدل (Perception Illness)، الذي يساهم في الكشف عن البنية الإدراكية والتنظيم المعرفي والانفعالي المرتبط بتمثل المرض.

حيث تم اعتبار كل بعد من أبعاده (هوية المرض، الأسباب، العواقب، مدة المرض، التحكم، والتمثيل الانفعالي) مكوناً أساسياً في بناء هذه التصورات، مما يسمح بالكشف عن طبيعتها، سواء كانت طبية أو غيبية، إيجابية أو سلبية.

" تم إنشاء الاستبيان من طرف "وينمان" "Weinman" وزملائه (1996) لقياس أبعاد المرض التي قدمها "ليفينتال" (Leventhal) في نموذجه عن التنظيم الذاتي، ومنذ ذلك الحين تم استعماله في عديد الدارسات، واحتوى المقياس الأصلي على خمسة أبعاد هي:

- الهوية (Identite) ، العواقب (consequences)، المسار الزمني (chronologique)، التحكم الذاتي (control de soit) ، إدراك فاعلية العلاج(control de traitement).

وقد تم اختصار المقياس سنة (2006) من طرف (Broadbent) وزملائه واقتصر الاستبيان على 08 بنود لتسهيل استعماله.

وينقسم الاختبار المعدل إلى ثلاث أقسام: القسم الأول يحتوي على بعد الهوية، والقسم الثاني يحتوي على أبعاد إدراك المرض، والقسم الثالث يحتوي على أسباب المرض.

1/ يضم بعد الهوية Identité مجموعة من الأعراض، وتكون الإجابة عليها بـ (نعم، لا، لا أعرف)، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي: نعم= 1/ لا= 0 / لا أعرف = 0 ومجموع (نعم) هو درجة بعد الهوية.

2/ يشمل بعد إدراك المرض 38 بندا مقسما إلى سبعة مستويات، ويضم كل مستوى بنودا هي كالآتي:

- الزمانية (Chronologique) التسلسل الزمني (حاد/ مزمن): 1،2،3،4،5،18
- العواقب (Conséquences) آثار المرض على نوعية الحياة:6،7،8،9،10،11
- السيطرة الذاتية (soit de Contrôle) شعور المريض بالتحكم في مرضه: 12، 13، 14، 15، 16، 17
- التحكم في العلاج (Contrôle de traitement) شعور المريض بأن العلاج مفيد: 19، 20، 21، 22، 23
- تساوق المرض (cohérence) فهم المريض لمرضه: 24،25،26،27،28
- الدورية (Cyclique) تغير حالة المريض وأعراض المرض دوريا: 29،03،13،32
- الانفعالية (Impact émotionnel)الآثار الانفعالية للمرض:33، 34، 35، 36، 37، 38،

إلا أن البنود التالية تقيم عكسيا 1، 4، 8، 15، 17، 18، 19، 23، 24، 25، 26، 27، 36

واحتوى هذا البعد على بنود تكون الإجابة فيها بسلم (ليكرت) والتي تأتي على شكل (أوافق تماما، أوافق، لا أعرف، لا أوافق، لا أوافق تماما)، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي:

لا أوافق تمام = 1/ لا أوافق = 2/ لا أعرف= 3 / أوافق = 4/ أوافق تماما = 5

3-أما بعد أسباب Causes المرض به 18بندا تضم أسبابا محتملة للمرض، أين قسمت لأربع مجموعات:

- أسباب نفسية / أسباب سلوكية / أسبا ب وراثية عائلية / أسباب إعتقادية دينية:

واحتوى هذا البعد على بنود تكون الإجابة فيها بسلم (ليكرت) والتي تأتي على شكل (أوافق تماما، أوافق، لا أعرف، لا أوافق، لا أوافق تماما)، ويتم تصحيحها بـ (1،2،3،4،5)، ولا توجد فيها بنود عكسية. **(عزي، فلاك، 2022،ص.63)**

❖ الخصائص السيكومترية:

لقد أظهرت الدراسة الأصلية للمقياس تمتعَه بخصائص سيكومترية جيدة، حيث تم التحقق من الصدق البنائي باستخدام التحليل العاملي على عينة مكونة من 711 مريضًا من ثماني فئات مرضية مختلفة، كما تراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بين (0.79) لبعد الزمن الدوري و(0.89) لبعد الزمن الحاد/المزمن، إضافة إلى تحقق ثبات إعادة الاختبار خلال فترتي ثلاثة أسابيع وستة أشهر، مما يدل على استقرار المقياس عبر الزمن. **(Morric R et al,2002)**

كما تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة العربية من خلال دراسة Salah Aberkane (2017)، التي هدفت إلى ترجمة وتقنين النسخة العربية من المقياس لدى المرضى الجزائريين المصابين بأمراض مزمنة بمنطقة باتنة. وقد اعتمد الباحث على الصدق العاملي الاستكشافي والتوكيدي، وأظهرت النتائج تمتع المقياس بدرجات مقبولة من الصدق البنائي، في حين جاءت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ أعلى من (0.45) في مختلف الأبعاد، وهي مؤشرات اعتُبرت مقبولة في الدراسة الاستكشافية الخاصة بتكييف المقياس للبيئة العربية .

كذلك دعمت دراسات عربية وأجنبية لاحقة صلاحية المقياس، حيث أكدت دراسة حول النسخة العربية لمرضى ارتفاع ضغط الدم تمتع المقياس بدرجات جيدة من الاتساق الداخلي وثبات إعادة الاختبار، إضافة إلى تحقق الصدق البنائي للمقياس . **(Al-Ghamdi S, et al, 2022)**

خلاصة الفصل:

اعتمدت الدراسة على دمج دليل النماذج التفسيرية لـ Arthur Kleinman ومقياس إدراك المرض في إطار مقاربة تكاملية قائمة تهدف إلى الإحاطة بمختلف أبعاد تصورات المرض. وقد جاء هذا الاختيار لأن موضوع الدراسة يتسم بطابع مركب يجمع بين الأبعاد الثقافية والرمزية من جهة، والأبعاد المعرفية والانفعالية والإدراكية من جهة أخرى.وقد أتاح دليل النماذج التفسيرية استكشاف المعاني والتفسيرات الذاتية والثقافية التي يمنحها المرضى للمرض، بينما أسهم مقياس إدراك المرض في الكشف عن البنية الإدراكية والتنظيم المعرفي والانفعالي المرتبط بتمثل المرض. ومن ثم، لم يكن توظيف الأداتين استخدامًا منفصلًا، بل توظيفًا تكامليًا يهدف إلى بناء فهم أشمل للظاهرة المدروسة.

الفصل الرابع:

عرض و

مناقشة النتائج

أولا: عرض النتائج وتحليلها:

1.عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

1.1 البيانات الأولية:

- الجنس : ذكر.

-الإسم: ز. ي .

-السن:30 سنة .

- عدد الإخوة: ولد بنتان .

- ترتيبه بين الإخوة : الثالث .

-الحالة الإجتماعية: أعزب .

-المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي.

- الحالة الاقتصادية: متوسطة.

- المهنة: ليس له مهنة محددة .

-مكان الإقامة : عين تموشنت.

- مدة الإصابة: 12 سنة.

-سوابق مرضية: ليس لديه سوابق مرضية.

- نوع المرض : التصلب اللويحي أو (التصلب المتعدد).

- المظهر الخارجي: نظيف و مرتب .

- اللغة: كانت لغته واضحة إلى حدٍّ ما، رغم أن طريقة حديثه كانت بطيئة وبصوت منخفض، وكان يتكلم بعفوية وتلقائية.

– الذاكرة: يمتاز بذاكرة قوية فهو يتذكر الأحداث بتفاصيلها قبل مرضه و لكن خلال المرض ذاكرته بدأت تضعف .

التواصل: كان التواصل مع الحالة سهل، فقد كان متعاونا في المشاركة وهذا ما سهل علينا العمل مع الحالة.

2.1.جدول المقابلات مع الحالة (ز.ي):

جدول رقم(04): يوضح المقابلات للحالة (ز.ي)

رقم المقابلة	مدة المقابلة	تاريخ المقابلة	الهدف من المقابلة
المقابلة الأولى	30 دقيقة	18/ 02/ 2026	التعرف على الحالة و جمع البيانات الأولية .
المقابلة الثانية	ساعة	25/ 02/ 2026	التعرف على التاريخ المرضي النفسي و الإجتماعي للحالة.
المقابلة الثالثة	ساعة	05/ 03/ 2026	التعمّق في فهم تمثلات المريض وتصوراته حول تجربته المرضية من خلال إجراء دليل المقابلة.
المقابلة الرابعة	35 دقيقة	12/ 02/ 2026	تطبيق مقياس إدراك المرض.
المقابلة الخامسة	30 دقيقة	18/ 03/ 2026	تقديم نصائح و إرشادات للحالة .

3.1.ملخص المقابلات:

تم إجراء مقابلة إكلينيكية مع الحالة (ز.ي)، وهو شاب يبلغ من العمر 30 سنة، أعزب، مستواه التعليمي الثالثة ثانوي، يزاول أعمالاً حرة بشكل غير ثابت. يحتل المرتبة الثالثة بين إخوته، وينتمي إلى أسرة ذات مستوى اجتماعي متوسط.

من خلال المقابلة تبين أن بداية ظهور الأعراض الصحية كانت في سن 18 سنة، حيث لاحظت الحالة في البداية اضطرابات على مستوى الرؤية تمثلت في رؤية مزدوجة للأشياء، إضافة إلى فقدان التوازن

أثناء المشي وصعوبة التحكم في الحركة. وقد دفعته هذه الأعراض إلى زيارة عدد من الأطباء في عدة ولايات، منها وهران وتلمسان وسيدي بلعباس، حيث قصد أطباء العيون وأطباء الأعصاب، كما أجرى عدة فحوصات وتحاليل طبية كتحاليل الدم، والتصوير بالأشعة، إضافة إلى التصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي.

في المرحلة الأولى من ظهور الأعراض، لم تكن الحالة تعطي أهمية كبيرة لما تعانيه، حيث صرح أنه كان يتعامل مع الأمر بشكل عادي ولم يكن ملتزمًا بالعلاج أو المتابعة الطبية بانتظام. غير أنه مع مرور الوقت بدأت حالته الصحية تتدهور تدريجيًا، إذ أصبح يتعرض لحالات سقوط مفاجئة في أماكن مختلفة مثل المقاهي أو الأماكن العامة، وأحيانًا يستعيد وعيه ليجد نفسه في المستشفى.

أما بخصوص تصورات المرض قبل التشخيص، فقد تبين أن الحالة كانت تقدم تفسيرات مختلفة للأعراض التي يعاني منها. ففي البداية كان يعتقد أن حالته الصحية ناتجة عن تعاطيه السابق للمخدرات، حيث صرح أنه كان مدمنًا عليها لفترة من الزمن. وبعد أن تأكد لاحقًا أن المخدرات لا علاقة لها بما يعانيه، بدأ يفسر حالته بتفسيرات أخرى ذات طابع غيبي، حيث اعتقد أنه ربما تعرض للسحر أو الأذى من طرف الآخرين، خاصة أنه وصف نفسه سابقًا بأنه كان يعيش حياة غير مستقرة.

كما صرح بأنه لم يكن يمتلك أي معرفة مسبقة حول المرض الذي يعاني منه قبل التشخيص الطبي. وبعد أن أخبره الطبيب بطبيعة المرض، لم يعطِ الأمر في البداية اهتمامًا كبيرًا، غير أنه مع استمرار تدهور حالته الصحية بدأ يبحث عن معلومات حول المرض عبر الإنترنت، كما تواصل مع أشخاص يعانون من نفس المرض وتبادل معهم الخبرات والتجارب. وقد أدى ذلك إلى إدراكه أن المرض الذي يعاني منه مرض مزمن وخطير.

و أفادت الحالة بأنها لم تشعر بقلق كبير في بداية ظهور الأعراض، إلا أن مشاعر القلق والخوف بدأت تظهر تدريجيًا مع تدهور الحالة الصحية، حيث أصبح يفكر في مستقبله الصحي ويشعر بأن حياته قد تتغير بشكل كبير، خاصة مع احتمال فقدان القدرة على الحركة أو الاعتماد على الكرسي المتحرك.

أما فيما يتعلق بتأثير المرض على الحياة اليومية، فقد أشار إلى أن المرض أثر بشكل واضح على حياته المهنية والاجتماعية، حيث أصبح غير قادر على العمل بشكل منتظم، كما اضطر إلى تقليل علاقاته

الاجتماعية والابتعاد عن عدد من أصدقائه، مما أدى إلى نوع من العزلة الاجتماعية. وفي المقابل أشار إلى أن تجربته مع المرض جعلته يعيد النظر في العديد من جوانب حياته ويغير بعض سلوكاته وأنماط حياته.

ومن خلال مجمل المعطيات المتحصل عليها من المقابلة، يتضح أن الحالة مرت بعدة تصورات للمرض قبل الوصول إلى التشخيص الطبي، حيث انتقلت من تفسير الأعراض على أنها ناتجة عن تعاطي المخدرات، إلى تفسيرات غيبية مرتبطة بالسحر، قبل أن تتشكل لديها لاحقًا معرفة أكثر واقعية بطبيعة المرض من خلال المعلومات الطبية والبحث الشخصي.

4.1 تحليل المقابلات :

بالاعتماد على المعطيات المستخلصة من المقابلة الإكلينيكية، يمكن الوقوف على مجموعة من المؤشرات التي تعكس طبيعة تصورات المرض قبل التشخيص،والتي كانت غير واضح في البداية، حيث حاولت الحالة تفسير الأعراض التي كانت تعاني منها اعتمادًا على خبراتها الشخصية وتصوراتها الذاتية. فقد صرحت الحالة أن بداية الأعراض كانت في سن مبكرة نسبياً، حيث قال("بدات الأعراض كي كان عمري 18 سنة") ، وقد تمثلت هذه الأعراض أساسًا في اضطرابات بصرية وفقدان التوازن، وأشارت الحالة إلى ذلك بقولها("قعدت نشوف الدوبل وقعدت منقدرش نتمشي مليح، ليكيليبرمعنديش").وتشير هذه المعطيات إلى أن الأعراض الأولى كانت جسدية واضحة، لكنها لم تكن مصحوبة بفهم دقيق لطبيعتها. وهذا ما يعكس الطبيعة الفيسيولوجية الانتكاسية للمرض المناعي (التصلب اللويحي).

كما أظهرت المقابلة أن الحالة قامت بعدة محاولات للبحث عن تفسير طبي لما تعانيه، حيث تنقلت بين عدد من الأطباء في عدة ولايات، وهو ما صرحت به بقولها ("فوت عند شعال من طبيب في وهران وتلمسان وبلعباس")، كما قصدت طبيب العيون الذي أخبرها بعدم وجود مشكلة على مستوى البصر، حيث صرحت الحالة(" قالي ولدي راك تشوف خير مني") وقد أدى هذا الغموض في التشخيص إلى استمرار حالة الحيرة لدى الحالة رغم قيامها بعدة فحوصات طبية، حيث أشارت الحالة إلى ذلك بقوله (" درت تحاليل وسكانار و إيارام ").

في المرحلة الأولى لم تكن الحالة تعطي أهمية كبيرة للأعراض التي تعاني منها، إذ صرحت ("فالأول قعدت مليح كنت عادي شاد روحي") كما لم تكن ملتزمة بالعلاج أو المتابعة الطبية بانتظام،كما عبرت الحالة بقولها. غير أن الوضع بدأ يتغير مع مرور الوقت، حيث أخذت الحالة الصحية في التدهور تدريجيًا، وأصبحت الحالة تتعرض لحالات سقوط مفاجئة في أماكن مختلفة، وهو ما عبرت عنه بقولها("قعدت وين ما نكون نطيح برا فالقهوي") ، وأضافت أنها في بعض الأحيان كانت تستعيد وعيها حتى تجد نفسها في المستشفى ("حتى كي نفطن نلقى روحي فالسبيطار").

و بناءاً لما سبق فقد أظهرت الحالة عدة تفسيرات شخصية للأعراض التي كانت تعاني منها. ففي البداية اعتقدت أن سبب حالتها الصحية يعود إلى تعاطيها السابق للمخدرات، حيث صرحت ("كنت حاسب الحالة لي وصلتني هكا المخدرات لخطرش كنت مدمن بزاف قبل") وهو ما يعكس محاولة أولية لتفسير الأعراض بناءً على خبرة سابقة ذات طابع سلوكي.

غير أن هذا التصور بدأ يتغير عندما تأكدت الحالة لاحقًا أن المخدرات ليست السبب في حالتها الصحية، حيث قالت ("كي عرفت بلي المخدرات معندها حتى دخل الحالة لي راني فيه")مما أدى بها إلى تبني تفسيرات أخرى ذات طابع غيبي تحت تأثير أسرتها، حيث أشارت الحالة إلى ذلك بقولها (" دارنا قعدو يدوني للراقي قعدو يقولولي راك مسحور راهم دايريلك و ساحرينك علاه قاع هاد الطُبا و التعيارات و مبان والو باينا كاين حاجة وحدخرا")،و بناءاً لما سبق تبين أن النسق الأسري والمعتقدات السائدة كان لهما تأثير واضح في إعادة تشكيل تصور الحالة لمرضها، خاصة بعد انهيار التفسير الطبي الأولي، مما دفعها إلى تبني تفسيرات غيبية موجهة اجتماعياً، حيث قالت الحالة ("من بعد أنا كي عرفت بلي المخدرات معندهم حتى دخل قعدت نقول بلاك كاين حاجة كيما قالو دارنا بلاك راهم ساحريني و لا تخطيت حاجة ولا وكلوني لخطرش طريقي كانت مشي نيشان و كنت نعرف النسا و قاع ").ويُستنتج من ذلك أن النسق الأسري والمعتقدات الثقافية لعبت دورًا محوريًا في إعادة تشكيل تصور الحالة لمرضها، خاصة بعد انهيار التفسير الطبي الأولي، مما أدى إلى تغليب التفسيرات الغيبية على التفسير العلمي، وإعادة بناء المعنى المرضي ضمن إطار اجتماعي جاهز.

ويعكس هذا المسار التفسيري محاولة الحالة إيجاد معنى لأعراضها في ضوء الطبيعة الانتكاسية والغامضة لأمراض المناعة الذاتية خاصة التصلب اللويحي الذي يتميز بتذبذب أعراضه أي ظهورها ثم

اختفائهـا،إلا أن هذا المعنـى لـم يتشكل بشكل فـردي مستقل، بـل خضـع لتـأثير قـوي للمحـيط الأسـري والمعتقدات السائدة.

كما تبين من خلال المقابلة أن الحالة لم تكن تمتلك معرفة مسبقة حول المرض قبل التشخيص، حيث صرحت بشكل واضح("مكنت نعرف والو على المرض") وحتى بعد أن أخبرها الطبيب بطبيعة المرض، لم تعطِ الأمر في البداية اهتمامًا كبيرًا، حيث قالت("حتى كي خبرني الطبيب مديتهاش قاع ")غير أن هذا الموقف بدأ يتغير مع استمرار تدهور حالتها الصحية، حيث صرحت ("كي قعدت حالتي تدهور قعدت نحوس على هذا المرض") ، وأضافت أنها بدأت تبحث عن معلومات حول المرض عبر الإنترنت وتتواصل مع أشخاص يعانون من نفس المرض("حوست من الأنترنت وقعدت نتلاقى بلي مراض كيفي ونهدر معاهم")، هذا يعكس أن تصور الحالة للمرض لم يتشكل بشكل معرفي منذ البداية، بل ظل ضعيفًا إلى غاية تفاقم حالتها، حيث أعادت بناءه تدريجيًا من خلال احتكاكها بمرضى يعانون من نفس الحالة. ويعكس ذلك الدور الحاسم للمحيط الاجتماعي في توجيه إدراكها للمرض، إذ أسهم التفاعل مع الآخرين في تنمية وعيها الصحي والانتقال من اللامبالاة إلى الفهم.

ومن خلال هذه التجربة توصلت الحالة إلى إدراك طبيعة المرض وخطورته، حيث عبرت عنه ب ("عرفت بلي مرض خطير ومزمن "). أما من الناحية الانفعالية فقد أشارت الحالة إلى أنها لم تكن تشعر بقلق كبير في البداية، كماعبرت الحالة بقولها ("مكنتش دايها قاع فالأول") غير أن مشاعر القلق بدأت تظهر مع تدهور الحالة الصحية، إذ صرحت الحالة ("من بعد كي قعدت ندهور قعدت نقول صاي هذي تاليتي وغادي نكملها فالكرسي").

كما أوضحت الحالة أن المرض كان له تأثير واضح على حياتها اليومية، خاصة من الناحية المهنية والاجتماعية، حيث ذكرت ("المرض أثر عليا بزاف")، وأضافت أنها لم تعد قادرة على العمل كما في السابق ("قعدت منقدرش نخدم").كما أثر المرض على علاقاتها الاجتماعية، حيث قال("جبت ونعزلت على بزاف صحابي") وفي المقابل أشارت الحالة إلى أن تجربة المرض جعلتها تعيد النظر في بعض جوانب حياتها، حيث عبرت الحالة بقولها (" في المرض تاعي عرفت بزاف صوالح مكان لا صاحب لا والو")

أما فيما يخص العلاج فكان موقف الحالة يتسم في البداية بالرفض وعدم القبول، حيث صرحت: ("منكذبش عليك كان يبالي تفيش لخطرش أنا كنت مليح عادا شاد روحي حتى وصلت نقعد ندابز مع الطبيب على جال الدواء")، وهو ما يعكس غياب الوعي بالمرض وعدم إدراك خطورته في المرحلة الأولى. كما ارتبط هذا الرفض بتفسير خاطئ للأعراض، حيث كان يُرجعها إلى تعاطي المخدرات، إذ قال: ("كان عندي شك بلي الإدمان تاع المخدرات هو لي راه مأثر عليا فهاديك المدة كنت زدت فالكونتيتي و فلادوز")، مما ساهم في إضعاف ثقته في التشخيص والعلاج الطبي.

وقد تميز سلوك الحالة بعدم الالتزام بالعلاج في البداية، قبل أن يتغير هذا الموقف تدريجيًا مع تدهور حالتها الصحية، حيث صرحت: ("كي قعدت حالتي تدهور قعد ننقص في صحتي لاطاي تاعي راحت إيا عرفت بلي المرض مفيهش زعاقا")، وهو ما دفعها إلى الانتظام النسبي في تناول الدواء. غير أن هذا الالتزام لم يكن نابعًا من اقتناع فعلي بفعالية العلاج، بل جاء كاستجابة لحدة الأعراض وتفاقمها.

ومن جهة أخرى، يظهر تأثير النسق الأسري بشكل واضح في توجيه المسار العلاجي للحالة، حيث تم اللجوء إلى بدائل غير طبية كالعلاج بالرقية والأعشاب، إذ قالت: ("دارنا كانوا يدوني للراقي ويشريولي الأعشاب ويعطوني نشرب")، وهو ما يعكس هيمنة المعتقدات الاجتماعية على اختيارات العلاج. إلا أن الحالة لم تسجل تحسنًا ملحوظًا لا مع العلاج الطبي ولا البديل، حيث صرحت: ("غير في الشهور الأولى تحسنت ومن بعد قعدت غير نديقرادي حتى حاجة ما خرجت عليا لا دوا تاع طبيب لا والو")، مما أدى إلى تكوّن موقف سلبي تجاه العلاج بصفة عامة.

وبناءً على ما سبق يتضح أن تصورات المرض لدى الحالة قبل التشخيص مر بعدة مراحل، بدأت بمحاولة تفسير الأعراض اعتمادًا على الخبرات الشخصية، ثم الانتقال إلى تفسيرات غيبية في ظل غياب تشخيص واضح، قبل أن يتطور هذا التصور لاحقًا نحو فهم أكثر واقعية لطبيعة المرض بعد الحصول على المعلومات الطبية والبحث الشخصي حوله.

1-5 عرض وتحليل نتائج مقياس إدراك المرض(IPQ-R) :

بعدما قمنا بمقابلة مع الحالة، طبقنا مقياس إدراك المرض، وتحصلنا على النتائج التالية:

عرض نتائج مقياس إدراك المرض للحالة الأولى:

جدول رقم (05): نتائج مقياس إدراك المرض للحالة (ز.ي)

نوع البعد	إسم البعد	درجات البعد	البنود الخاصة بالبعد	النتيجة	الدلالة
إدراك الهوية	الهوية	14	1،2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10،11، 12، 13،14	8	متوسط
إدراك المرض	الزمانية	30	1 ،2 ،3 ،4 ،5 ،18	25	مرتفع
	العواقب	30	6 ،7 ،8 ، 9 ، 10،11	29	مرتفع
	السيطرة الذاتية	30	12،13،14 ،15 ،16،17	25	مرتفع
	التحكم في العلاج	25	19 ،20،21 ، 22،23	13	متوسطة
	تساوق المرض	25	24،25،26 ، 27،28	16	متوسط
	الدورية	20	29 ،30 ،32،31	17	مرتفع
	الإنفعالية	30	33 ،34،35 ،36 ، 37، 38	26	مرتفع
بعد الأسباب	أسباب نفسية	15	1،12،14	3	منخفض
	أسباب سلوكية	40	3 ،4 ،5 ،6 ،9 ،10 ، 11،16	25	متوسط
	أسباب وراثية	20	1، 2،7 ، 8،15	9	منخفض
	أسباب إعتقادية	15	13 ،17،18	11	متوسطة تميل إلى الإرتفاع

تحليل نتائج مقياس إدراك المرض(IPQ-R) :

تشير نتائج مقياس إدراك المرض إلى أن الحالة تمتلك إدراكًا متوسطًا لبعد الهوية (14/8)، مقابل إدراك مرتفع لمعظم أبعاد المرض، خاصة الزمانية (30/25)، العواقب (30/29)، السيطرة الذاتية (30/25)، الدورية (20/17) والانفعالية (30/26)، مما يدل على وعي الحالة بطبيعة المرض المزمنة، وإدراكها الواضح لخطورته ولتأثيراته السلبية و استمراريته، إضافة إلى تفاعلها الانفعالي المرتفع معه. هذا ما يعكس تمثلات معرفية وانفعالية سلبية.

في المقابل، سجلت الحالة مستوى متوسطًا في التحكم في العلاج (25/13) وفهم المرض (25/16)، وهو ما يعكس إدراكًا غير مكتمل لفعالية العلاج، وعدم وضوح كافٍ في فهمها لطبيعة المرض وتقلب أعراضه.

أما فيما يخص بعد الأسباب، فقد أظهرت النتائج أن الحالة تُرجع المرض بدرجة منخفضة إلى الأسباب النفسية (15/3)، ومتوسطة إلى الأسباب السلوكية (40/25) ومنخفضة إلى الأسباب الوراثية (20/9)، مقابل مستوى متوسط يميل إلى الارتفاع في الأسباب الاعتقادية (15/11)، مما يدل على ميل الحالة إلى تفسير مرضها من خلال عوامل اعتقادية وسلوكية أكثر من العوامل النفسية.

تحليل عام للحالة :

تظهر المعطيات أن تصورات المرض لدى الحالة يتسم ببنية سلبية متعددة الأبعاد، تجمع بين مكونات معرفية ووجدانية وسلوكية واجتماعية.

فعلى المستوى المعرفي، انتقل إدراك الحالة من الغموض وغياب التفسير إلى بناء تصور أكثر تنظيمًا حول المرض، حيث أصبح يدرك طابعه المزمن وخطورته، وهو ما تؤكده الدرجات المرتفعة في أبعاد الزمانية والعواقب والدورية. مما أدى الى تبني التفسيرات الاعتقادية، ما يعكس تمثلاً ذهنيًا سلبيا غير مكتمل يجمع بين المعرفة العلمية والتفسير الشعبي.

أما على المستوى الوجداني، فتُبرز الحالة مسارًا انفعاليًا متدرجًا، حيث غاب القلق في البداية ليظهر لاحقًا بشكل واضح مع تدهور الحالة الصحية، ويتجلى ذلك في الخوف من المستقبل ومن فقدان الاستقلالية،

وهو ما يتوافق مع الارتفاع في البعد الانفعالي. ويمكن تفسير ذلك بأن إدراك خطورة المرض أدى إلى تنشيط استجابات انفعالية سلبية مرتبطة بتهديد صورة الذات والمستقبل.

وفيما يخص البعد السلوكي، فقد تميزت المرحلة الأولى بنوع من الإهمال وضعف الالتزام العلاجي، وهو ما يمكن فهمه في إطار آلية الإنكار كدفاع نفسي لتجنب القلق. لاحقًا، تطور السلوك نحو البحث عن المعلومات والتواصل مع مرضى آخرين، مما يدل على بداية تبني استراتيجيات مواجهة أكثر تكيفًا، رغم استمرار الإحساس المتوسط بالتحكم في العلاج كما أظهره المقياس.

أما البعد الاجتماعي، فقد تأثر بشكل ملحوظ، حيث أدى المرض إلى تراجع الأداء المهني وانسحاب اجتماعي نسبي، ما يعكس تأثير المرض على شبكة العلاقات والدور الاجتماعي للفرد، ويعزز الشعور بالعزلة.

ومن منظور سيكولوجي أعمق، يمكن فهم تصورات المرض للحالة في إطار دينامية التمثلات، حيث سعت الحالة إلى إضفاء معنى على المرض من خلال ربطه بتجاربها السابقة (تعاطي المخدرات) ثم بتفسيرات غيبية، وهو ما يعكس حاجة نفسية لتفسير المعاناة وتقليل الغموض. كما يظهر توظيف آليات دفاعية مثل الإنكار والتبرير والإسقاط في المراحل الأولى، قبل الانتقال التدريجي نحو تقبل نسبي للواقع المرضي، وفهم خطورته.

2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

1.2 البيانات الأولية:

- الجنس: أنثى .

-الإسم: ب.أ .

-السن: 18 سنة .

- عدد الإخوة: ولد و3 بنات .

- ترتيبها بين الإخوة : الثانية .

-الحالة الإجتماعية: مطلقة .

- الحالة الاقتصادية: متوسطة.

-المستوى الدراسي: السنة الرابعة متوسط.

- المهنة: ماكثة في البيت .

- مدة الإصابة: 03 سنوات .

-سوابق مرضية: ليس لديها سوابق مرضية.

- نوع المرض المناعي : لم تشخص بعد .

- المظهر الخارجي:نظيف و مرتب .

- اللغة: لغة واضحة نوعا ما وطريقة الكلام عفوية وتلقائية.

- الذاكرة: تمتاز الحالة بذاكرة قوية فهي تتذكر الأحداث بتفاصيلها قبل مرضها ولكن خلال المرض ذاكرتها بدأت تضعف.

الاتصال: كان الاتصال مع الحالة سهل، فقد كانت متعاونة وهذا ما سهل علينا العمل مع الحالة.

.2.2 جدول المقابلات مع الحالة (ب.أ):

جدول رقم (06) : المقابلات للحالة (ب.أ)

رقم المقابلة	مدة المقابلة	تاريخ و مكان المقابلة	الهدف من المقابلة
المقابلة الأولى	30 دقيقة	19/ 02/ 2026	التعرف على الحالة و جمع البيانات الأولية .
المقابلة الثانية	ساعة	26/ 02/ 2026	التعرف على التاريخ المرضي النفسي والاجتماعي للحالة.
المقابلة الثالثة	ساعة	02/ 03/ 2026	التعمّق في فهم تمثلات المريض وتصوراته حول تجربته المرضية من خلال إجراء دليل المقابلة.

المقابلة الرابعة	30 دقيقة	09/ 03/ 2026	تطبيق مقياس إدراك المرض.
المقابلة الخامسة	30 دقيقة	16/ 03/ 2026	تقديم نصائح و إرشادات للحالة .

3.2 ملخص المقابلات:

تم إجراء مقابلة إكلينيكية مع الحالة (ب.أ)، وهي فتاة تبلغ من العمر 18 سنة، مطلقة، مستواها الدراسي السنة الرابعة متوسط، ولا تعمل حاليًا. تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها، وتنتمي إلى أسرة ذات مستوى اجتماعي متوسط .

من خلال المقابلة تبين أن بداية ظهور الأعراض الصحية كانت في سن 15 سنة، حيث لاحظت الحالة في البداية مجموعة من الاضطرابات الجسدية تمثلت أساسًا في فقدان الإحساس في الساقين والشعور بثقل فيهما، مما جعلها غير قادرة على المشي بشكل طبيعي. كما كانت تعاني من فقدان التوازن أثناء الحركة إضافة إلى اضطرابات على مستوى الرؤية تمثلت في رؤية مزدوجة للأشياء. كما أشارت إلى ملاحظتها تغيرًا في شكل ساقيها أثناء ظهور الأعراض، حيث كانت تبدوان وكأنهما منتفختان وممتلئتان بالدم. ومع مرور الوقت أخذت هذه الأعراض في التطور والتفاقم تدريجيًا، حيث كانت حالتها الصحية تزداد سوءًا.

وقد دفعها ذلك إلى زيارة عدد من الأطباء وإجراء عدة فحوصات طبية في محاولة لمعرفة سبب ما تعانيه، حيث تنقلت بين عدة ولايات مثل وهران وتلمسان والجزائر العاصمة، كما أجرت تحاليل الدم إضافة إلى فحوصات التصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي. ورغم هذه المتابعات الطبية المتكررة، إلا أنها لم تتحصل على تشخيص طبي دقيق لحالتها إلى غاية إجراء المقابلة، حيث لا تزال تعاني من الأعراض منذ حوالي ثلاث سنوات دون تحديد واضح لطبيعة المرض.

أما فيما يتعلق بتصورات المرض قبل التشخيص، فقد تبين أن الحالة كانت تفسر الأعراض التي تعاني منها بتفسيرات ذات طابع غيبي، حيث اعتقدت في البداية أن ما تعانيه قد يكون نتيجة السحر أو الأذى من طرف بعض الأقارب. وقد ربطت ظهور الأعراض بفترة قصيرة بعد زواجها، حيث ذكرت أن الأعراض بدأت في الظهور بعد حوالي ثلاثة أشهر من زواجها.

كما أشارت الحالة إلى أن زوجها لم يكن يصدق ما تعانيه من أعراض صحية، حيث كان يشكك في حقيقة ما تشعر به، الأمر الذي انعكس سلبًا على العلاقة بينهما. ومع تدهور حالتها الصحية ودخولها إلى المستشفى، بدأت العلاقة الزوجية تتأثر بشكل واضح، حيث لم يتقبل زوجها مرضها، مما أدى في النهاية إلى انفصاله عنها ووقوع الطلاق.

كما تبين من خلال المقابلة أن الحالة لم تكن تمتلك أي معرفة مسبقة حول الأمراض المناعية أو طبيعة المرض الذي قد تعاني منه. غير أنه بعد زيارة الأطباء بدأت تتحصل على بعض المعلومات حول المرض، الأمر الذي دفعها إلى البحث بشكل أوسع عبر الإنترنت من أجل التعرف أكثر على طبيعته. ومن خلال هذا البحث أدركت أن المرض قد يكون من الأمراض المزمنة والخطيرة.

فقد شعرت الحالة في بداية ظهور الأعراض بمشاعر القلق والخوف، خاصة مع استمرار الأعراض وعدم معرفة سببها. وكان أكثر ما يقلقها هو التغيرات التي طرأت على حياتها اليومية، حيث أصبحت غير قادرة على القيام بالعديد من الأنشطة التي كانت تمارسها سابقًا.

كما أشارت إلى أنها لجأت في بعض الفترات إلى بعض طرق العلاج التقليدية، حيث كان أفراد أسرتها يجلبون لها راقيًا إلى المنزل أو يقدمون لها ماءً مرقيًا، كما حاولت في بعض الأحيان البحث عن العلاج بنفسها، حيث سافرت حتى إلى منطقة أدرار من أجل الرقية.

أما فيما يتعلق بتأثير المرض على حياتها اليومية، فقد أشارت إلى أن المرض كان له تأثير واضح على حياتها الشخصية والاجتماعية، خاصة على علاقتها بزوجها التي انتهت بالطلاق نتيجة تدهور حالتها الصحية، إضافة إلى التغيرات التي طرأت على نمط حياتها بسبب الأعراض التي تعاني منها.

ومن خلال مجمل المعطيات المتحصل عليها من المقابلة، يتضح أن الحالة كونت عدة تصورات حول مرضها قبل الوصول إلى تفسير طبي واضح، حيث فسرت الأعراض في البداية بتفسيرات غيبية مرتبطة بالسحر، قبل أن تبدأ لاحقًا في البحث عن تفسيرات طبية من خلال الأطباء والمعلومات التي تحصلت عليها عبر الإنترنت.

4.2 تحليل المقابلات :

من خلال تحليل المعطيات المتحصل عليها من المقابلة الإكلينيكية مع الحالة، يتبين أن تجربتها المرضية ارتبطت بظهور أعراض جسدية مفاجئة وغامضة بالنسبة لها، الأمر الذي أدى إلى بناء مجموعة من التصورات الخاصة حول طبيعة المرض وأسبابه. فقد أشارت الحالة إلى أن بداية الأعراض كانت في سن الخامسة عشرة، حيث ظهرت مجموعة من الاضطرابات الجسدية تمثلت أساسًا في فقدان الإحساس في الساقين والشعور بثقل فيهما("رجلي مقعدتش قاع نحس بيها تقالت علي")، الأمر الذي جعلها غير قادرة على المشي بشكل طبيعي ("قعدت منقدرش نتمشا") ، إضافة إلى فقدان التوازن أثناء الحركة ("مكانش عندي ليكيليب")، وظهور اضطرابات بصرية تمثلت في الرؤية المزدوجة كما صرحت("قعدت نشوف الدوبل الإزدواجية")،كما لاحظت الحالة تغيرًا في شكل ساقيها أثناء النوبات حيث كانت تبدوان وكأنهما منتفختان وممتلئتان بالدم .("رجليا نشوفهم مطردقين داخل بالدم")

كما أوضحت الحالة أن هذه الأعراض لم تكن مؤقتة بل كانت تظهر على شكل نوبات قد تستمر لفترة تتراوح بين أسبوعين إلى شهر كامل، الأمر الذي ساهم في زيادة شعورها بالقلق وعدم الاستقرار الصحي. ومع مرور الوقت بدأت حالتها الصحية تتدهور تدريجيًا، مما دفعها إلى البحث عن تفسير لما تعانيه من خلال زيارة عدد من الأطباء وإجراء عدة فحوصات طبية، حيث تنقلت بين عدة ولايات وأجرت تحاليل الدم إضافة إلى فحوصات التصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي. غير أن عدم حصولها على تشخيص طبي واضح رغم هذه المتابعات الطبية المتكررة، ساهم في تعزيز حالة الغموض وعدم اليقين لديها تجاه طبيعة المرض الذي تعاني منه.

وفي ظل غياب تفسير طبي واضح، بدأت الحالة في بناء تصورها الخاص حول سبب المرض، حيث اتجهت إلى تفسير الأعراض في إطار ثقافي–غيبي. فقد صرحت بأنها تعتقد أن ما تعانيه قد يكون نتيجة السحر أو الأذى من طرف بعض الأقارب("عماتي وعجوزتي هوما لي وكلوني").وقد ربطت هذا الاعتقاد بالظروف التي كانت تعيشها بعد زواجها، حيث أشارت إلى أنها كانت تعيش مع العائلة الكبيرة وأن علاقتها ببعض أفرادها لم تكن جيدة (″مكنوش يخلوني ندخل للكوزينة غير هوما لي يطيبو")، الأمر الذي عزز لديها الاعتقاد بأن أحدهم قد يكون تسبب لها في هذا المرض.وهو ما يعكس حضور التفسيرات

الشعبية في بناء تصورها للمرض ومحاولة فهم معاناتها الصحية في ظل الغموض الذي رافق ظهور الأعراض. والذي أدى الى إسقاط مصدر المرض على المحيط الاجتماعي القريب.

كما كشفت المقابلة أن تجربة المرض كان لها تأثير واضح على حياتها الزوجية، حيث أشارت الحالة إلى أن زوجها لم يكن يصدق ما تعانيه من أعراض صحية (" راجلي مكانش مأمني كي نقوله بواش راني نحس") ، وكان يشكك في حقيقة ما تشعر به (" كان يقولي تحسبي راني داين شيبانية و كان يقولي انا ديتك باش نستمتع مشي باش غي تشكي راني مريضا راني مريضا ") ومع تدهور حالتها الصحية ودخولها المستشفى، ازدادت حدة التوتر في العلاقة بينهما إلى أن انتهت بالطلاق ("متقبلش مرضي وسمح فيا وطلقني")، وهو ما يعكس التأثير الاجتماعي والنفسي للمرض على مسار حياتها الشخصية.

تبين أن الحالة لم تكن تمتلك أي معرفة مسبقة حول طبيعة الأمراض المناعية قبل ظهور الأعراض، حيث لم تكن تدرك سبب ما تعانيه. غير أنها بعد تواصلها مع الأطباء بدأت تتحصل على بعض المعلومات حول المرض، الأمر الذي دفعها إلى البحث بشكل أوسع عبر الإنترنت ("حوست عليه في الأنترنت") وهو ما ساعدها على إدراك أن المرض قد يكون من الأمراض المزمنة والخطيرة.

كذلك فقد عبرت الحالة عن مشاعر القلق والخوف التي رافقتها منذ بداية ظهور الأعراض، خاصة مع استمرارها وعدم معرفة سببها. كما أشارت إلى أنها كانت تشعر أحيانًا بأن مستقبلها الصحي قد يكون مهددًا، حيث عبرت عن خوفها من فقدان القدرة على الحركة كما صرحت ("قلت هاذي تالية وغادي نكملها فالكرسي)، وهو ما يعكس تصورًا سلبيًا لعواقب المرض.

كما لجأت الحالة إلى عدة طرق للتعامل مع المرض، حيث جمعت بين العلاج الطبي وبعض طرق العلاج التقليدية. فقد أشارت إلى أنها تتناول الأدوية التي يصفها الأطباء والتي تساعدها أحيانًا على الشعور ببعض التحسن ("كي ندير الدوا نريح شوية")، غير أنها في المقابل تشعر براحة أكبر عند اللجوء إلى الرقية (" كي نرقي نلقى راحتي أكثر").كما ذكرت أن أفراد أسرتها كانوا يستدعون راقيًا إلى المنزل ("كانوا يجيبولي الراقي للدار")، إضافة إلى محاولتها البحث عن العلاج في أماكن بعيدة حيث سافرت إلى أدرار من أجل الرقية (" طلعت حتى لأدرار باش رقيت"). مما يعكس قوة التفسير الاعتقادي في توجيه إدراكها للمرض وسلوكها العلاجي، كما أن المجتمعات التي تنتشر فيها المعتقدات الغيبية توفّر للمريض

إطارًا جماعيًا يفسر المرض بطريقة مفهومة ثقافيًا خاصة في حالة الأمراض المزمنة والغامضة كأمراض المناعة الذاتية.

وبناءً على ما سبق، يتضح أن تصورات المرض لدى الحالة تشكل في سياق تجربة مرضية غامضة وغير مشخصة طبيًا، الأمر الذي دفعها إلى تفسير الأعراض في إطار ثقافي–غيبي مرتبط بالسحر. كما يظهر أن هذا التصور قد تأثر بالظروف الاجتماعية التي عاشتها بعد الزواج وبالخبرات الانفعالية المرتبطة بتدهور حالتها الصحية، إضافة إلى تأثير المرض على حياتها الزوجية والاجتماعية. وفي المقابل، بدأت الحالة تدريجيًا في البحث عن تفسيرات طبية للمرض من خلال الأطباء والمعلومات التي تحصلت عليها عبر الإنترنت، في محاولة لفهم طبيعة المرض الذي تعاني منه وإضفاء معنى لتجربتها المرضية.

2-5 عرض وتحليل نتائج مقياس إدراك المرض(IPQ-R):

بعدما قمنا بمقابلة مع الحالة، طبقنا مقياس إدراك المرض، وتحصلنا على النتائج التالية:

عرض نتائج مقياس إدراك المرض للحالة الثانية:

جدول رقم (07): يوضح نتائج مقياس إدراك المرض للحالة (ب.أ)

نوع البعد	إسم البعد	درجات البعد	البنود الخاصة بالبعد	النتيجة	الدلالة
إدراك الهوية	الهوية	14	8، 7، 6، 5، 4، 3، 1،2 13،14، 10،11،12، 9،	8	متوسط
إدراك المرض	الزمانية	30	18، 5، 4، 3، 2، 1،	28	مرتفع
	العواقب	30	11،10 ، 9، 8، 7، 6	23	مرتفع
	السيطرة الذاتية	30	15، 14،13،12 17،16،	14	متوسط
	التحكم في	25	23،22 ، 21،20، 19	12	منخفض

	العلاج				
	تساوق المرض	25	26،25،24 ، 28،27	5	مـــنخفض جدا
	الدورية	20	29 ،30 ،31،32	19	مرتفع
	الإنفعالية	30	33 ،34،35 ،36 ، 37، 38	27	مرتفع
	أسباب نفسية	15	1،12،14	3	مـــنخفض جدا
	أسباب سلوكية	40	3 ،4 ،5 ،6 ،9 ،10 ، 11،16	12	منخفض
	أسباب وراثية	20	1، 2،7 ، 8،15	9	منخفضة
	أسباب إعتقادية	15	13 ،17، 18	9	تميـل إلـى الإرتفاع

تحليل نتائج مقياس إدراك المرض(IPQ-R) :

يظهر من خلال نتائج المقياس للحالة أن إدراكها للهوية متوسط، حيث قدرت بـ (14/8)، مما يشير إلى أن الحالة تمتلك معرفة متوسطة بأعراض المرض وتسميته.

وفيما يخص إدراك المرض في مختلف أبعاده، فقد أظهرت الحالة إدراكًا مرتفعًا في أغلب الأبعاد، حيث تحصلنا على النتائج التالية: الزمانية (30/28)، العواقب (30/23)، الدورية (20/19)، والانفعالية (30/27)، وهي كلها درجات مرتفعة.

وهذا يدل على أن الحالة ترى أن المرض مزمن وطويل الأمد، وله تأثيرات واضحة على حياتها، كما تُدرك تذبذب أعراضه، إضافة إلى تأثرها الانفعالي به.

أما بالنسبة لبعد السيطرة الذاتية، فقد جاءت النتيجة متوسطة (30/14)، مما يشير إلى أن الحالة ترى أن قدرتها الشخصية على التحكم في المرض متوسطة وليست كاملة.

في حين سجل بعد التحكم في العلاج مستوى منخفض (25/12)، وفهم المرض مستوى منخفض جدًا (25/5)، مما يعكس ضعفًا واضحًا في إدراك فعالية العلاج وصعوبة في بناء تصور منسجم حول طبيعة المرض وتطوره.

أما بالنسبة لبعد الأسباب، فقد أظهرت النتائج أن الحالة تُرجع المرض بدرجة منخفضة جدًا إلى الأسباب النفسية (15/3)، ومنخفضة إلى الأسباب السلوكية (40/12)، ومنخفضة إلى الأسباب الوراثية (20/9)، مقابل مستوى متوسط يميل إلى الارتفاع في الأسباب الاعتقادية (15/9)، مما يدل على ميلها لتفسير المرض بشكل اعتقادي أكثر من كونه نفسيًا أو سلوكيًا أو وراثيًا.

التحليل العام للحالة الثانية :

تُظهر المعطيات أن تصورات المرض لدى الحالة يتشكل ضمن بنية معقدة تتداخل فيها الأبعاد المعرفية والوجدانية والسلوكية والاجتماعية، في سياق تجربة مرضية غير واضحة الأسباب بشكل كامل، مما أثر بشكل واضح على كيفية فهمها للمرض والتعامل معه.

فعلى المستوى المعرفي، يتضح أن الحالة تمتلك إدراكًا متوسطًا لهوية المرض، يقابله إدراك مرتفع لباقي الأبعاد، خاصة الزمانية (30/28) والدورية (20/19) والعواقب (30/23)، وهو ما يدل على وعيها بأن المرض مزمن ومتقلب وله تأثيرات واضحة على حياتها. غير أن هذا الإدراك يتشكل في ظل غياب وضوح تام حول مسبباته، مما أدى إلى بناء تمثلات سلبية تجمع بين المعرفة الجزئية والتفسيرات الاعتقادية، حيث تميل الحالة إلى إعطاء معنى اعتقادي للتجربة المرضية، وهو ما يعكس محاولة تنظيم الغموض المعرفي وإضفاء معنى للتجربة المرضية.

أما على المستوى الوجداني، فتبرز الحالة مستوى مرتفعًا من القلق والخوف منذ بداية الأعراض، خاصة مع استمرارها وعدم وضوح سببها، وهو ما يتطابق مع ارتفاع البعد الانفعالي (30/27). كما يظهر

الخوف من المستقبل الصحي وفقدان القدرة على الحركة، مما يعكس تصورًا تهديديًا للمرض يمس صورة الذات ويولد حالة من عدم الأمان النفسي.

وفيما يتعلق بالبعد السلوكي، فقد تبنت الحالة أنماط مواجهة متعددة، حيث يظهر من النتائج مستوى متوسط في السيطرة الذاتية (30/14)، ومستوى منخفض في التحكم في العلاج (25/12)، ومستوى منخفض جدًا في فهم المرض (25/5)، مما يشير إلى صعوبة في بناء تصور منسجم حول المرض وضعف نسبي في الإحساس بفعالية العلاج، مع شعور محدود بالقدرة على التحكم في مسار المرض.

أما البعد الاجتماعي، فقد كان له تأثير في تشكيل تصورات المرض، حيث ساهمت الظروف المحيطة بالحالة في تعزيز طريقة فهمها للمرض وتفسيره، وهو ما يدل على أن التصور المرضي لم يتشكل فقط بناءً على الأعراض، بل أيضًا في ضوء الخبرات الاجتماعية والانفعالية التي عاشتها الحالة.

ومن منظور سيكولوجي أعمق، تفسر الحالة مرضها بناءا على تمثلات سلبية، حيث سعت إلى تفسير المرض عبر إسقاطه على عوامل خارجية (السحر)، كآلية لتقليل الإحساس بعدم السيطرة. كما يظهر توظيف بعض آليات الدفاع مثل الإسقاط والتفسير السحري، كاستجابة للغموض والقلق المرتبطين بغياب التشخيص. وفي المقابل، يعكس بحثها عن المعلومات الطبية بداية انتقال نحو تمثل أكثر واقعية للمرض، رغم استمرار التداخل بين البعدين العلمي والاعتقادي.

3.عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

1.3 البيانات الأولية :

الجنس: أنثى.

الاسم: ب س.

-السن: 48 سنة.

-عدد الإخوة:5 إخوة.

-رتبته: المرتبة الرابعة.

-الحالة الاجتماعية: متزوجة.

-الحالة الاقتصادية: ميسورة.

-الحالة المهنية: عاملة (مستشارة توجيه).

-المستوى الدراسي: جامعي.

-مكان الإقامة: حمام بوحجر (عين تموشنت).

-مدة الإصابة: سنة ونصف.

-نوع المرض المناعي: ميوباثي (Myopathies)، أو اعتلال العضلات الالتهابي.

-السوابق المرضية: الغدة الدرقية.

-المظهر الخارجي: مرتبة الهندام وتناسق الألوان.

-اللغة: تكلم بطلاقة،التواصل معها سلس.

-الذاكرة: : تمتاز الحالة بذاكرة قوية فهي تتذكر الأحداث بتفاصيلها .

-الاتصال: كان الاتصال مع الحالة سهل، فقد كانت متعاونة وهذا ما سهل علينا العمل مع الحالة.

2.3 جدول المقابلات مع الحالة (ب. س):

جدول رقم (08): يوضح المقابلات مع الحالة (ب. س)

رقم المقابلة	مدة المقابلة	تاريخ المقابلة	الهدف من المقابلة
المقابلة الأولى	30 دقيقة	2026/02/24	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية.
المقابلة الثانية	45 دقيقة	2026/03/04	التعرف على التاريخ المرضي النفسي و الإجتماعي للحالة.
المقابلة الثالثة	ساعة	2026/03/10	التعمّق في فهم تمثلات المريض وتصوراته حول تجربته المرضية من خلال إجراء دليل

			المقابلة.
المقابلة الرابعة	30 دقيقة	2026/30/17	تطبيق استبيان إدراك المرض (IPQ-R).
المقابلة الخامسة	30 دقيقة	2026/03/31	تقديم نصائح و إرشادات للحالة .

3.3 ملخص المقابلات:

تم إجراء مقابلة إكلينيكية مع الحالة (ب.س)، وهي امرأة تبلغ من العمر 48 سنة، متزوجة ولها أبناء، ذات مستوى تعليمي جامعي، تعمل كمستشارة تربية، وتحتل المرتبة الرابعة بين إخوتها، وتنتمي إلى أسرة ميسورة الحال. وقد تم تشخيصها لاحقًا بمرض الميوباتي (Myopathie) بعد حوالي سنة ونصف من المعاناة الصحية قبل الوصول إلى التشخيص النهائي.

من خلال المقابلة، تبين أن بداية ظهور الأعراض كانت في صيف 2024، حيث لاحظت الحالة آلامًا وتنميلاً في اليدين امتدت إلى الذراعين والرجلين، خاصة خلال الليل. وقد دفعتها هذه الأعراض إلى زيارة عدد من الأطباء المختصين في الأعصاب والروماتيزم عبر عدة ولايات، وأجرت مجموعة من الفحوصات الطبية شملت التحاليل البيولوجية، والأشعة المقطعية، بالإضافة إلى أخذ خزعة(biopsie) ، ورغم ذلكلم يتم التوصل إلى تشخيص واضح في المرحلة الأولى، حيث كانت أغلب النتائج سلبية، باستثناء تشخيص أولي بمتلازمة النفق الرسغي، مما دفعها إلى إجراء عملية جراحية مرتبطة بهذه المتلازمة الأمر الذي دفعها إلى إجراء عملية جراحية.

في المرحلة الأولى من ظهور الأعراض، كانت الحالة تعاني من صعوبة في فهم ما يحدث لجسدها أو تفسيره، حيث لم تستطع إعطاء معنى واضح للأعراض التي تعاني منها. ومع استمرار الغموض الطبي وتأخر التشخيص، بدأت تبحث عن تفسيرات بديلة، فلجأت إلى الطب البديل والرقية الشرعية، وزارت عددًا من الرقاة وخضعت لعدة جلسات، وصرحت بأنها شعرت بنوع من التفاعل في إحدى التجارب. وخلال هذه المرحلة، كانت تعتقد أن ما تعانيه قد يكون بنسبة كبيرة مرتبطًا بالعين والحسد، وبنسبة أقل بالسحر، أكثر من كونه مرضًا عضويًا.

وعليه فان الحالة (ب.س)،قبل التشخيص الطبي، أظهرت تصورا ذهنيا للمرض اتسم بالتذبذب وعدم الاستقرار، حيث أرجعت الحالة الأعراض أحيانًا إلى الإجهاد أو الابتلاء، وأحيانًا إلى تفسيرات غيبية. كما

لم تكن تمتلك معرفة طبية مسبقة حول طبيعة المرض، وظلت تعيش حالة من الغموض والتيهان إلى غاية الوصول إلى تشخيص واضح.

وأفادت الحالة بأنها عاشت مشاعر متداخلة من القلق والخوف والحزن خلال فترة ما قبل التشخيص، خاصة مع استمرار الأعراض وعدم وضوح السبب، حيث سيطرت عليها أفكار مرتبطة بالخوف من الموت وترك أبنائها، كما شعرت بأن المرض أثر على نظرتها إلى نفسها وجعلها تحس بتقدم عمرها مقارنة بحالتها السابقة.

أما فيما يخص تأثير المرض على الحياة اليومية، فقد أشارت الحالة إلى أن معاناتها الصحية انعكست بشكل واضح على سلوكها، حيث أصبحت تميل إلى الصمت وقلة التفاعل الاجتماعي، مع انخفاض مستوى النشاط، وتأثر عادات النوم والأكل نتيجة الألم. كما كانت تشعر أحيانًا باليأس والاستياء بسبب تكرار الزيارات الطبية دون الوصول إلى تشخيص واضح.

وفيما يتعلق بالدعم الاجتماعي، فقد كان للزوج دور مهم في متابعة المسار العلاجي، مستفيدًا من علاقاته مع بعض الأطباء، كما أبدى أفراد الأسرة اهتمامًا وقلقًا على حالتها الصحية. ورغم تأثرها بآراء المحيطين بها، فإنها لم تتعرض للتشكيك في معاناتها، وظلت علاقاتها الأسرية مستقرة.

ومن خلال المعطيات المتحصل عليها من المقابلة، يتضح أن الحالة مرت بتصورات ذهنية هشة قبل التشخيص الطبي، حيث انتقلت من حالة الغموض وعدم الفهم، إلى تبني تفسيرات غيبية مرتبطة بالعين والسحر، قبل أن تصل في النهاية إلى تفسير طبي واضح بعد التشخيص، وهو ما يعكس مسارًا تدريجيًا في بناء معنى المرض تحت تأثير التجربة الشخصية والعوامل الاجتماعية والثقافية.

4.3 تحليل المقابلات:

من خلال المعطيات المستخلصة من المقابلة الإكلينيكية، يتضح أن التصور الذهني للمرض لدى الحالة قبل التشخيص اتسم في بدايته بالغموض وعدم الوضوح، حيث لم تكن الحالة تمتلك أي معرفة مسبقة حول طبيعة الأمراض المناعية، الأمر الذي انعكس على طريقة تفسيرها للأعراض التي كانت تعاني منها، والتي اعتمدت فيها أساسًا على خبراتها الشخصية وتصوراتها الذاتية.

فقد بدأت التجربة المرضية بظهور أعراض جسدية أولية خلال صيف 2024، تمثلت في تخدر وضعف على مستوى الأطراف العلوية، حيث صرحت الحالة: ("كان يديا يتنملوو يرقو و مكنتش نحس بيهم و مكنتش نقدر نزير على الصوالح حتى كانو يطيحو من يدي")، وهي مؤشرات تدل على خلل وظيفي واضح، غير أنها لم تكن مصحوبة بفهم دقيق لطبيعتها المرضية، مما جعل الحالة في مرحلة أولى تتعامل معها دون تأطير معرفي واضح.

ومع تفاقم الأعراض، لجأت الحالة إلى استشارة طبيب الأعصاب بناءً على نصيحة محيطها، حيث خضعت لفحوصات طبية أفضت إلى تشخيص أولي بمتلازمة النفق الرسغي(canal carpien)، وهو ما تقبلته الحالة دون مقاومة تُذكر، حيث كان هدفها الأساسي، كما صرحت، هو معرفة طبيعة المرض ("المهم عرفت مرضي")، مما يعكس وجود استعداد لتبني التفسير الطبي في حال توفره. وقد دفعها هذا التشخيص إلى الخضوع لتدخل جراحي، في قولها ("درت العملية في فيفري 2025")، غير أن غياب التحسن بعد العملية ساهم في زعزعة هذا التفسير الأولي.

ومع استمرار الأعراض وتفاقمها، خاصة بعد امتدادها إلى الأطراف السفلية في حين صرحت ("وصلت مقدرتش نمشي خطرا في رمضان فالسحور جيت نوقف طحت مقديتش نتمشا قعدت نتوغ وحسبت روحي تعوقت ")، بعدما اشتدت الأعراض، دخلت الحالة في مرحلة من الغموض التشخيصي، حيث تنقلت بين عدة أطباء مختصين ("كنت من طبيب لطبيب") وخضعت لسلسلة من الفحوصات التي لم تقدم تفسيرًا نهائيًا، الأمر الذي أعاق بناء تصور معرفي منظم للمرض، وأبقى الحالة في حالة بحث مستمر عن معنى لما تعيشه. حيت يعد مرض الميوباثي الالتهابي من الأمراض المناعية التي تصيب العضلات بشكل مباشر، ويؤدي إلى ضعف عضلي تدريجي قد يظهر في البداية على شكل تعب أو إرهاق عادي. هذا التشابه في الأعراض في المراحل الأولى يجعل المرض غير واضح للمريض قبل التشخيص، مما يخلق حالة من الغموض وصعوبة تفسير ما يحدث للجسم.

وفي ظل هذا الغموض، تبنت الحالة مجموعة من التفسيرات الذاتية والثقافية، حيث أرجعت حالتها أحيانًا إلى الحسد والمشاكل الاجتماعية في محيط العمل حيث قالت ("من بعد عرفت صحبتي كانت تخدم معايا هيا لي كانت ديريلي المشاكل مع المدير ")، كما لجأت إلى التفسيرات الغيبية، وهو ما دفعها إلى زيارة عدد من الرقاة ("زرت شحال من راقي"). غير أن ما يميز هذه الحالة هو عدم انخراطها الكامل في هذه

التفسيرات، إذ أبدت نوعًا من الوعي النقدي تجاه بعض ممارسات الرقية ("حسيته يَسْتغلْ في مرضي ودايرها تجارة")، مما يعكس وجود صراع بين التفسير العلمي والتفسير الثقافي، ويُبرز دينامية في بناء التصور الذهني للمرض.

كما يظهر من خلال المقابلة أن الحالة حافظت على مستوى مرتفع من الثقة في الأطباء، حيث لم يكن تنقلها بين المختصين ناتجًا عن فقدان الثقة، بل عن رغبتها في الوصول إلى تشخيص واضح ("باش نعرف مرضي وصاي")، وهو ما يعكس نمط مواجهة قائم على البحث والفهم أكثر من الرفض أو الإنكار.

كما اتسمت تجربة الحالة بمشاعر القلق والخوف، خاصة في ظل تدهور حالتها الصحية وعدم وضوح التشخيص، حيث عبرت عن مخاوفها المرتبطة بالموت وفقدان الدور الأسري ("كنت نخاف نموت ونخلي ولادي بلا لي يرفدهم")، وهو ما يعكس إدراكًا مرتفعًا لخطورة المرض وتهديده لاستقرارها الأسري.

و قد تبنت الحالة في البداية نمط مواجهة نشط، تمثل في التنقل المستمر بين الأطباء وإجراء الفحوصات الطبية، إلى جانب اللجوء إلى الطب البديل كاستجابة للغموض التشخيصي. غير أن هذا المسار لم يكن عشوائيًا، بل كان مدفوعًا برغبة واضحة في الفهم والوصول إلى تفسير مقنع للحالة.

في حين لعب الزوج دورًا محوريًا في مرافقة الحالة، حيث وفر لها دعمًا عاطفيًا وماديًا واضحًا، إذ صرحت: ("راجلي وقف معايا وكان يجري بيا من طبيب لطبيب ومن راقي لراقي")، كما تجلى هذا الدعم في سلوكيات رعاية مباشرة ("مرة لبسلي الصباط")، مما يعكس مستوى عالٍ من التقبل والمساندة. كما لم تشعر الحالة بوصمة اجتماعية، حيث حرصت على الحفاظ على صورتها أمام العائلة ("كنت نزير روحي باش منحسش بالنقص")، وهو ما يدل على استخدام استراتيجيات نفسية للحفاظ على التوازن الذاتي.

كما أن الدعم الأسري، خاصة من طرف الزوج، ساهم في توفير نوع من الاحتواء النفسي والاعتراف الاجتماعي بمعاناة الحالة، حيث لم تواجه إنكارًا لمرضها كما في الحالة السابقة، بل حظيت بالمساندة والتفهم، وهو ما خفف نسبيًا من الشعور بالرفض والعزلة النفسية.

غير أن شدة الأعراض، وتفاقم المعاناة، واستمرار الغموض التشخيصي رغم الثقة في الطب والمتابعة العلاجية، أدت إلى حالة من القلق والخوف وعدم اليقين، دفعت الحالة إلى البحث عن تفسيرات إضافية لمعاناتها. وفي هذا السياق، ظهر اللجوء إلى التفسيرات الغيبية والعلاج البديل ليس بوصفه رفضًا للتفسير الطبي، وإنما كمحاولة نفسية ومعرفية لإيجاد معنى للمعاناة وتخفيف حالة الغموض المرتبطة بالمرض

وبناءً على ما سبق، يتضح أن تصورات المرض لدى الحالة قبل التشخيص مر بعدة مراحل، بدأ بغياب المعرفة والغموض، ثم الانتقال إلى تبني التفسير الطبي الأولي، قبل أن يدخل في مرحلة من عدم اليقين نتيجة فشل التشخيص الأولي، مما فتح المجال أمام تفسيرات ثقافية وغيبية، غير أنها لم تُعتمد بشكل مطلق، بل خضعت لنوع من التقييم النقدي. ويعكس هذا المسار أن بناء المعنى المرضي لدى الحالة لم يكن ثابتًا، بل تشكل تدريجيًا من خلال التفاعل بين الخبرة الشخصية، المعطيات الطبية، والمحيط الاجتماعي، مع الحفاظ على توجه عام نحو التفسير العلمي.

5.3 عرض وتحليل نتائج مقياس إدراك المرض:

عرض نتائج مقياس إدراك المرض للحالة الثالثة:

جدول رقم (09): يوضح نتائج مقياس إدراك المرض للحالة (ب.س)

نوع البعد	اسم البعد	درجات البعد	البنود الخاصة بالبعد	النتيجة	الدلالة
إدراك الهوية	الهوية	**14**	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14	10	مرتفع
إدراك المرض	الزمانية	**30**	21 ، 18، 5، 4، 3، 1،2	19	مرتفع
	العواقب	**30**	11 ، 10، 9، 8، 6،7	24	مرتفع

	السيطرة الذاتية	30	17 ، 16، 15، 14، 12،13	18	مرتفع
	الـــتحكم فـــي العلاج	25	23 ، 22، 21، 19،20	14	مرتفع
	تساوق المرض	25	28 ، 27، 26، 24،25	05	منخفض
	الدورية	20	32 ، 31، 30،29	06	منخفض
	الانفعالية	30	38 ، 37، 36، 35، 33،34	30	مرتفع
بعد الأسباب	أسباب نفسية	15	14 ، 1،12	07	متوسط
	أسباب سلوكية	40	16 ، 11، 10، 9، 6، 5، 3،4	12	منخفض
	أسباب وراثية	20	15 ، 8، 2،7	08	منخفض
	أسباب اعتقادية	15	18 ، 13،17	09	مرتفع

تحليل نتائج مقياس إدراك المرض(IPQ-R) :

تشير نتائج مقياس إدراك المرض إلى أن الحالة تمتلك إدراكًا مرتفعًا لبعد الهوية (14/10)، مما يدل على وعيها الكبير بالأعراض المرتبطة بمرضها وربطها المباشر بين حالتها الصحية ومظاهرها الجسدية والنفسية، وهو ما يعكس تمثّلًا مرضيًا واسعًا.

أما فيما يخص أبعاد إدراك المرض، فقد أظهرت الحالة مستوى مرتفعًا في البعد الزماني (30/19)، مما يشير إلى إدراكها لطبيعة المرض كحالة مستمرة أو طويلة الأمد ومثال عن ذلك البند القائل "ربما يصبح مرضي مزمنا" و"مرضي سيدوم طويلا". كما سجلت درجة مرتفعة في بعد العواقب (30/24)، وهو ما يدل على وعيها بتأثير المرض على حياتها كالبند القائل"لمرضي آثار هامة على حياتي"وإن كان هذا التأثير بدرجة أقل حدة مقارنة بباقي الأبعاد المرتفعة.

وفي نفس السياق، جاء بعد السيطرة الذاتية مرتفعًا (30/18)، مما يعكس اعتقاد الحالة بقدرتها على التأثير في مسار مرضها والتحكم النسبي في أعراضه "لدي القدرة في التأثير على مسار مرضي". كما سجلت الحالة مستوى مرتفعًا في التحكم في العلاج (25/14) وهو مؤشر إيجابي يدل على ثقتها في فعالية العلاج وإدراكها لدوره في تحسين حالتها الصحية مثال على ذلك البند"سيكون العلاج فعالا في شفاء مرضي".

في المقابل، سجلت الحالة مستوى منخفضًا في بعد فهم المرض (25/05)،"أنا لا أفهم مرضيٍ،يشكل مرضي لغزا بالنسبة لي" مما يدل على ضعف فهمها لطبيعة مرضها وغموضه بالنسبة لها، وهو ما يعكس نقصًا في التمثّل المعرفي الدقيق للمرض. كما جاء بعد الدورية منخفضًا (20/06)، مما يشير إلى أن الحالة لا تدرك المرض كحالة متقلبة أو دورية، بل تميل إلى رؤيته كحالة مستقرة نسبيًا.

أما فيما يتعلق بالبعد الانفعالي، فقد سجلت الحالة مستوى مرتفعًا (30/30)، مما يدل على تأثرها النفسي الكبير بالمرض، حيث تعاني من مشاعر القلق والخوف والضيق المرتبطة به و يظهر ذلك من خلال البنود: "أشعر بالاكتئاب حين أفكر في مرضي"" **و** "مرضي يجعلني أشعر بالغضب "،" مرضي يقلقني"

وتشير نتائج بعد الأسباب إلى أن الحالة تُرجع مرضها بدرجة مرتفعة إلى الأسباب الاعتقادية (15/09)، مما يدل على حضور واضح للتفسيرات الدينية في إدراكها للمرض حيث ركزت الحالة على البند "القضاء والقدر". كما تُرجعه بدرجة متوسطة إلى الأسباب النفسية (15/07)، وهو ما يعكس إدراكًا جزئيًا لدور العوامل النفسية.

في حين أظهرت النتائج مستوى منخفضًا في إرجاع المرض إلى الأسباب السلوكية (40/12)والوراثية (20/08)، مما يدل على ضعف تبنيها للتفسيرات العلمية المرتبطة بنمط الحياة أو العوامل البيولوجية.

التحليل العام للحالة الثالثة:

أظهر تحليل المقابلة نصف الموجهة انسجامًا واضحًا مع نتائج استبيان إدراك المرض(IPQ-R) ، حيث عبّرت الحالة عن إدراك مرتفع للأعراض، من خلال ربطها لعدة شكاوى جسدية بالمرض، وهو ما يتطابق مع ارتفاع بعد "الهوية" في الاستبيان. كما كشفت المقابلة عن تصور الحالة للمرض باعتباره مستمرًا ومزمنًا، الأمر الذي تؤكده درجاتها المرتفعة في بعد "المدة الزمنية."

وفيما يتعلق بالتحكم، بيّنت الحالة خلال المقابلة نوعًا من الثقة في إمكانية السيطرة على المرض، سواء من خلال الجهود الشخصية أو عبر العلاج، وهو ما ينسجم مع نتائج بعد"التحكم العلاجي" في الاستبيان. غير أن هذا الإدراك الإيجابي يقابله ضعف في الفهم الدقيق لطبيعة المرض، حيث أظهرت الحالة صعوبة في تقديم تفسير واضح ومتكامل له، وهو ما يتوافق مع انخفاض بعد "التماسك المعرفي." خصوصا في حالة الأمراض المناعية الالتهابية (الميوباتي) التي تتميز بتعدد الأعراض وتغيرها عبر الزمن، مما يجعل بناء تصور واضح وثابت عن المرض أكثر صعوبة لدى المريض.

كما أظهرت المقابلة ميل الحالة إلى تبني تفسيرات اعتقادية (مثل التفسيرات الغيبية أو الشعبية)، مقابل ضعف في التفسيرات العلمية (البيولوجية أو السلوكية)، وهو ما تدعمه نتائج بعد "أسباب المرض" في الاستبيان، حيث برزت العوامل الاعتقادية على حساب العوامل الأخرى.

من جهة أخرى، عبّرت الحالة عن مستوى مرتفع من القلق والانشغال بالمرض، وهو ما يتماشى مع ارتفاع بعد "الاستجابة الانفعالية"، مما يعكس تأثيرًا نفسيًا واضحًا للحالة المرضية.

يتضح من خلال الربط بين المعطيات الكيفية (المقابلة) والكمية (الاستبيان) وجود اتساق عام بينهما، حيث تدعم نتائج كل أداة الأخرى، وتكشفان معًا عن تصورات سلبية ذات بنية إدراكية تتسم بارتفاع إدراك الأعراض وخطورة المرض، مقابل ضعف في الفهم المعرفي، وارتفاع في التأثر الانفعالي، مع حضور واضح للتفسيرات الاعتقادية.

4.عرض وتحليل الحالة الرابعة:

1.4 البيانات الأولية:

-الجنس: ذكر

-الاسم: ب. ع.

-السن: 45 سنة

-عدد الإخوة:3 أخوات وهو الوحيد

-ترتيبه: المرتبة الثالثة

-الحالة الاجتماعية: متزوج

-الحالة المهنية: عامل (سائق)

-المستوى الدراسي: سنة 9 أساسي

-مكان الإقامة: بني صاف عين تموشنت

-الحالة الاقتصادية: متوسطة

-مدة الإصابة: 6 سنوات

-نوع الإصابة: تاكاياسو (TakauasuArtritis) نوع من أمراض المناعة الذاتية النادرة يصيب الأوعية الدموية

-السوابق المرضية: احتشاء عضلة القلب أو الجلطة القلبية

-المظهر الخارجي: مرتب الهندام وتناسق الألوان

-اللغة: تكلم بطلاقة ، التواصل سلس.

-الذاكرة: تمتاز الحالة بذاكرة قوية .

-الاتصال: كان الاتصال مع الحالة سهل، فقد كانت متعاونة وهذا ما سهل علينا العمل مع الحالة.

2.4 جدول المقابلات مع الحالة (ب. ع):

جدول رقم(10) : يوضح المقابلات مع الحالة (ب. ع)

رقم المقابلة	مدة المقابلة	تاريخ المقابلة	الهدف من المقابلة
المقابلة الأولى	30 دقيقة	2026/02/24	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية.

المقابلة الثانية	45 دقيقة	2026/03/05	التعرف على التاريخ المرضي .
المقابلة الثالثة	ساعة	2026/03/12	التعمّق في فهم تمثلات المريض وتصوراته حول تجربته المرضية من خلال إجراء دليل المقابلة.
المقابلة الرابعة	30دقيقة	2026/03/19	تطبيق استبيان إدراك المرض (IPQ-R).
المقابلة الخامسة	30 دقيقة	2026/03/21	تقديم نصائح و إرشادات للحالة .

3.4 ملخص المقابلات:

الحالة ذكر يبلغ من العمر 45 سنة، متزوج وأب لطفلين، مستواه التعليمي السنة التاسعة أساسي. تم تشخيصه بمرض Takayasuarteritis بعد مسار طويل من المعاناة الصحية استمر حوالي ست سنوات قبل الوصول إلى التشخيص النهائي.

تعود بداية الأعراض إلى سنة 2014حيث بدأ يشعر بآلام في مختلف أنحاء الجسم وضعف جسدي عام .غير أن هذه الأعراض لم تكن واضحة بالنسبة له في البداية، إذ كان يفسرها على أنها أعراض عادية لا تتناسب مع سنه، حيث صرح بأنه كان في الثلاثينات من عمره ويعتقد أن مثل هذه الأعراض تظهر عادة لدى كبار السن .وبسبب تذبذب الأعراض بين الظهور والاختفاء، لم يعطها اهتمامًا كبيرًا في تلك المرحلة.

في سنة 2017تعرض لانسداد مفاجئ في شرايين القلب(IDM) ، الأمر الذي شكل نقطة تحول في مسار حالته الصحية، حيث بدأت بعدها رحلة طويلة من الفحوصات الطبية والاستشارات مع عدد من الأطباء المختصين في أمراض القلب وجراحة الشرايين وخلال هذه المرحلة خضع لعدة فحوصات طبية مثل التحاليل البيولوجية، الأشعة، وتخطيط القلب(EEG) ، الأشعة المقطعية(TDM) ، إضافة إلى إجراء عملية القسطرة القلبية سنة 2018

ورغم هذه الفحوصات المتعددة، فإن معظم النتائج كانت غير حاسمة أو سلبية، الأمر الذي أدى إلى استمرار حالة الغموض حول طبيعة المرض .لاحقًا تم اكتشاف وجود انسداد في شرايين الأطراف السفلية والتهابات وعائية لم تُعرف أسبابها في البداية. وقد قام الدكتور المعالج بتوجيه الحالة إلى طبيبة الأمراض

الداخلية، التي قامت بإجراء تحاليل إضافية ساعدت على الوصول إلى التشخيص النهائي لمرض تاكاياشو(مرض مناعي ذاتي نادر، يصيب الأوعية الدموية الكبيرة، خصوصًا الشريان الأورطي وفروعه الرئيسية)، ثم تم توجيهه إلى مستشفى بن زرجب بعين تموشنت لمتابعة حالته الطبية.

كما أشار المريض إلى أنه أُبلغ بوجود التهاب مرتبط بمرض السل في الأوعية الدموية (TBC) ، الأمر الذي أثار لديه خوفًا كبيرًا خاصة على أطفاله، غير أن الطبيبة طمأنته بأن المرض غير معدٍ في حالته.

من الناحية النفسية والاجتماعية، ذكر المريض أنه كان يعاني خلال هذه الفترة من مشاكل عائلية وضغوط زوجية أدت في مرحلة معينة إلى الطلاق، وهو ما أثر سلبًا على حالته النفسية وزاد من شعوره بالتوتر .إلا أن العلاقة الزوجية عادت لاحقًا بعد حوالي أربع سنوات من الانفصال سنة 2020، حيث رجعت الزوجة إلى المنزل واستعادت الأسرة نوعًا من الاستقرار، كما رزق بعدها بطفله الثاني.

قبل الوصول إلى التشخيص الطبي، حاول المريض تفسير الأعراض التي يعاني منها بطرق مختلفة، حيث أرجعها في بعض الأحيان إلى الإجهاد والعمل المبكر في سن صغيرة، كما اعتبر أن الضغوط النفسية والمشاكل العائلية قد تكون سببًا في ظهور المرض.إضافة إلى ذلك، تأثر ببعض التفسيرات الثقافية التي تشير إلى احتمال تأثير العين أو السحر في الحالة الصحية .كما لجأ إلى بعض الممارسات العلاجية غير الطبية مثل الرقية والطب البديل.

وقد عبر عن شعوره بالحزن أحيانًا نتيجة المعاناة الصحية وطول فترة الغموض التشخيصي، اذ سيطر عليه الخوف والقلق خاصة بسبب مسؤوليته تجاه أسرته وأطفاله، كماأشار إلى أنه أصبح أكثر غضبًا وانفعالًا في بعض المواقف، كما انخفض مستوى نشاطه الجسدي مقارنة بما كان عليه في السابق.

من جهة أخرى، أظهرت المعطيات وجود دعم عائلي مقبول، خاصة من طرف الزوجة وبعض أفراد الأسرة، الذين عبروا عن خوفهم وقلقهم على حالته الصحية وقدموا له الدعم المعنوي خلال فترة المرض.

4.4 تحليل المقابلات:

من خلال المعطيات المستخلصة من المقابلة الإكلينيكية، يتضح أن الحالة عاشت تجربة مرضية طويلة ومعقدة امتدت لحوالي 6 سنوات قبل الوصول إلى التشخيص النهائي بمرض التهاب الشرايين

(Takayasu arteritis)، وهي فترة اتسمت بغموض تشخيصي مزمن كان له تأثير عميق في تشكيل التصور المرضي.

في المرحلة الأولى، تعود بداية الأعراض إلى سنة 2014، حيث ظهرت على الحالة مجموعة من الأعراض الجسدية غير المحددة تمثلت في آلام شديدة ومتفرقة وإحساس عام بالإعياء، حيث صرحت الحالة: ("كان عندي آلام لا تطاق وكلشي فيا مكسر، ما نقدرش وما نعرفش نشرح ضري")، وهو ما يشير إلى معاناة جسدية واضحة لكنها غير مؤطرة معرفيًا. وقد تميزت هذه المرحلة بنوع من التقليل من خطورة الأعراض، حيث فسرتها الحالة بعوامل طبيعية مرتبطة بالإجهاد والعمل المبكر ("خدمت صغير كان عمري 18 سنة")، كما اعتبر أن هذه الأعراض لا تتناسب مع سنه ("كنت jeune في les trentaines وهاذ الأعراض تاع شيباني")، وهو ما يمكن تفسيره كآلية دفاعية قائمة على التقليل من التهديد المرضي.

غير أن هذا التصور عرف تحولًا جذريًا سنة 2017 بعد تعرض الحالة لأزمة صحية حادة تمثلت في إحتشاء عضلة القلب، حيث صرح: ("طحت IDM كان صدري يزير عليا وضر في دراعي ليسرا وأنا مريح ما ندير والو")، وهو حدث شكل نقطة مفصلية في مسار المرض، إذ انتقلت الحالة من إدراك بسيط للأعراض إلى إدراك مرتفع لخطورتها، مما دفعها إلى الدخول في مسار علاجي مكثف.حيث يبدأ هذا المرض المناعي بأعراض عامة جدًا (تعب، وحرارة، وألم) تشبه أمراضًا بسيطة، لكنها تتطور تدريجيًا وببطء وتزداد حدة وخطورة.

وفي هذا السياق، خضعت الحالة لسلسلة طويلة من الفحوصات الطبية (تحاليل الدم، تخطيط القلب، الأشعة، الأشعة المقطعية، القسطرة القلبية سنة 2018)، وتنقلت بين عدة أطباء مختصين في أمراض القلب وجراحة الشرايين، غير أن النتائج كانت في معظمها غير حاسمة في حين صرح ("فوت و رحت عند شعال من طبيب من قاع الولايات ")، مما أدى إلى استمرار حالة الغموض التشخيصي. وقد تزامن ذلك مع تفاقم الأعراض، حيث صرحت الحالة: ("ما بقاش النبض في ذراعي، تجيني الدوخة وما بقيتش نشوف مليح")، إضافة إلى ظهور مضاعفات أخرى مثل التجلط على مستوى الرجل ("ظهر عندي thrombose في رجلي")، وهو ما يعكس تدهورًا تدريجيًا في الحالة الصحية مقابل غياب تفسير طبي واضح، ما يدخل ضمن ما يُعرف بعدم اليقين التشخيصي.

وفي ظل هذا الغموض الممتد، لجأت الحالة إلى بناء تفسيرات متعددة للأعراض، حيث أرجعتها في البداية إلى عوامل جسدية مرتبطة بالإجهاد والعمل المبكر، ثم إلى عوامل نفسية ("الضغط والمشاكل العائلية")، خاصة في ظل مسؤوليته كإبن وحيد ("كنت أنا الولد الوحيد في دارنا وما نقدرش نولي في وجه والديا")، إضافة إلى الضغوط الزوجية التي انتهت بالطلاق في مرحلة معينة. كما تبنت الحالة تفسيرات ذات طابع اعتقادي (العين، السحر)، وهو ما دفعها إلى اللجوء إلى الطب البديل و الرقية الشرعية، مثل الحجامة التي كانت تؤدي إلى الإغماء ("كي كنت نحجم كنت نروح فيها ونتغاشا و كنت نروح نرقي درت كلشي")، واستعمال الأعشاب ،("كنت نشوفهم من الأنترنت و نشيرهم ونشربهم ")،هو ما يعكس محاولة مستمرة لإيجاد معنى للمعاناة في غياب تفسير طبي مقنع.

ويُظهر هذا التعدد في التفسيرات أن التصور الذهني للمرض لم يكن ثابتًا، بل كان ديناميكيًا يتغير حسب تطور الحالة وغياب اليقين، حيث سعت الحالة إلى تنظيم تجربتها المرضية من خلال مزج التفسيرات البيولوجية والنفسية والثقافية.

كما اتسمت تجربة الحالة بارتفاع حدة القلق والخوف، خاصة بعد الأزمة القلبية، حيث أصبح المرض يُدرك كتهديد حقيقي للحياة. كما ارتبطت هذه المشاعر بمخاوف اجتماعية واقتصادية، خاصة بعد التوقف عن العمل حيث صرح ("ديت Les congés maladies وبقى المصروف غير على الزوجة")، وهو ما يعكس إدراكًا قويًا لتأثير المرض على الدور الاجتماعي والاقتصادي. كما عاشت الحالة فترة من الحزن والاضطراب النفسي نتيجة تداخل الضغوط الصحية والعائلية، وظهرت لديه مظاهر انفعالية مثل الغضب وسرعة الانفعال، ما يدل على استنزاف نفسي ناتج عن طول مدة المعاناة في قوله ("قعدت نتنارفا على ابسط الأشياء و وليت عدواني و تاعي قالي الضغط عدو الإنسان").

فقد تبنت الحالة نمط سلوك مواجهة نشط تمثل في البحث المستمر عن التشخيص من خلال التنقل بين الأطباء وإجراء الفحوصات، غير أن غياب نتائج واضحة دفعها إلى اللجوء إلى الطب البديل كاستراتيجية تعويضية لاستعادة الإحساس بالتحكم. ويعكس هذا السلوك محاولة مستمرة للتكيف مع وضعية مرضية غير مفهومة.

وقد أظهرت المعطيات وجود دعم عائلي معتبر ، خاصة من طرف الزوجة وبعض أفراد الأسرة، الذين ساهموا في مرافقة الحالة نفسيًا وماديًا. كما أن عودة العلاقة الزوجية سنة 2020 بعد فترة من الانفصال تشير إلى وجود تأثير متبادل بين المرض والعلاقات الاجتماعية، حيث ساهم هذا الدعم في التخفيف من حدة المعاناة النفسية وتعزيز قدرة الحالة على التكيف في حين قال ("من مور لي ولين انا و المرا قعدت نلتقا روحي شويا وفقت معايا و وخقت عليا") .

وبناءً على ما سبق، يتضح أن تصورات المرض لدى الحالة قبل التشخيص اتسم بطابع هش وسلبي حيث مر بعدة مراحل، بدأ بمرحلة التقليل من الأعراض وعدم إعطائها أهمية، ثم الانتقال إلى إدراك خطورة المرض بعد الأزمة القلبية، قبل أن يدخل في مرحلة طويلة من الغموض وعدم اليقين، مما أدى إلى تبني تفسيرات متعددة (بيولوجية، نفسية، وثقافية). ويعكس هذا المسار أن بناء المعنى المرضي كان عملية تدريجية ومعقدة، تشكلت تحت تأثير التفاعل بين الخبرة الشخصية، المعطيات الطبية، والضغوط الاجتماعية، إلى غاية الوصول إلى التشخيص النهائي الذي وضع حدًا لحالة الغموض.

5.4 عرض وتحليل نتائج مقياس إدراك المرض:

بعدما قمنا بمقابلة مع الحالة، طبقنا مقياس إدراك المرض، وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول عرض نتائج مقياس إدراك المرض للحالة الرابعة :

جدول رقم (11):يوضح نتائج مقياس إدراك المرض للحالة (ب.ع)

نوع البعد	اسم البعد	درجات البعد	البنود الخاصة بالبعد	النتيجة	الدلالة
إدراك الهوية	الهوية	14	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14	06	متوسط
إدراك المرض	الزمانية	30	21 ، 18، 5، 4، 3، 1،2	08	منخفض
	العواقب	30	11 ، 10، 9، 8، 6،7	17	متوسط
	السيطرة	30	17 ، 16، 15، 14، 12،13	26	مرتفع

	الذاتية				
	التحكم في العلاج	25	23 ، 22، 21، 19،20	21	مرتفع
	تساوق المرض	25	28 ، 27، 26، 24،25	05	منخفض
	الدورية	20	32 ، 31، 30،29	15	مرتفع
	الانفعالية	30	38 ، 37، 36، 35، 33،34	27	مرتفع
بعد الأسباب	أسباب نفسية	15	14 ، 1،12	09	مرتفع
	أسباب سلوكية	40	16 ، 11، 10، 9، 6، 5، 3،4	26	مرتفع
	أسباب وراثية	20	15 ، 8، 2،7	14	مرتفع
	أسباب اعتقادية	15	18 ، 13،17	10	مرتفع

تحليل نتائج مقياس إدراك المرض (IPQ-R):

تشير نتائج مقياس إدراك المرض إلى أن الحالة تمتلك إدراكًا متوسطًا لبعد الهوية (14/06)، مما يدل على أنها تربط جزءًا محدودًا من الأعراض بمرضها، وهو ما يعكس تمثّلًا مرضيًا غير شامل مقارنة بشدة المرض، أما فيما يتعلق بأبعاد إدراك المرض، فقد أظهرت الحالة مستوى منخفضًا في البعد الزماني (30/08) مما يشير إلى أنها لا تدرك المرض كحالة مزمنة أو طويلة الأمد، بل تميل إلى اعتباره مؤقتًا أو غير مستمر، وهو تصور غير متوافق مع طبيعة مرض تاكاياشو كمرض التهابي مزمن. كما سجلت درجة متوسطة في بعد العواقب (30/17) مما يدل على إدراك جزئي لتأثير المرض على حياتها دون وعي كامل بخطورته. في المقابل، أظهرت الحالة مستوى مرتفعًا في بعد السيطرة الذاتية (30/26) مما يعكس اعتقادًا قويًا بقدرتها على التحكم في المرض والتأثير في مساره. كما سجلت درجة مرتفعة في التحكم في العلاج (25/21) وهو ما يدل على ثقتها الكبيرة في فعالية العلاج ودوره في تحسين حالتها الصحية.

غير أن هذا التصور الإيجابي يقابله مستوى منخفض جدًا في بعد تساوق المرض (الفهم المعرفي) (25/05) مما يدل على ضعف فهمها لطبيعة المرض وغموضه بالنسبة لها، وهو ما يكشف عن نوع من التناقض المعرفي بين الإحساس المرتفع بالتحكم وضعف الفهم الحقيقي للمرض.

كما سجلت الحالة مستوى مرتفعًا في بعد الدورية(20/15) مما يعكس إدراكها لتقلب الأعراض وعدم استقرار الحالة الصحية. وفي نفس السياق، أظهرت مستوى مرتفعًا جدًا في البعد الانفعالي(30/27) مما يدل على معاناة نفسية واضحة تتمثل في القلق والخوف والانشغال بالمرض.

وتشير نتائج بعد الأسباب إلى أن الحالة تُرجع مرضها بدرجة مرتفعة إلى مختلف أنواع الأسباب، حيث سجلت مستويات مرتفعة في: الأسباب النفسية، السلوكية، الوراثية والاعتقادية، وهذا يدل على أن الحالة تتبنى تفسيرًا متعدد الأبعاد وشاملاً للمرض، يجمع بين التفسيرات العلمية (البيولوجية والسلوكية) والتفسيرات النفسية والاعتقادية، وهو ما يعكس محاولة لفهم المرض من زوايا مختلفة، لكنها قد تفتقر إلى تنظيم معرفي دقيق.

التحليل العام للحالة الرابعة

يُظهر الربط بين معطيات المقابلة نصف الموجهة ونتائج استبيان إدراك المرض (IPQ-R) أن الحالة قد بنت تصورًا مرضيًا معقدًا ومتدرجًا، تأثر بشكل واضح بطول فترة الغموض التشخيصي.

فيما يتعلق ببعد الهوية المرضية، كشفت المقابلة أن الحالة في بداية مسارها كانت تميل إلى التقليل من الأعراض وعدم ربطها بمرض خطير، حيث فسّرتها بالإجهاد أو بعوامل مرتبطة بالسن. ويتوافق ذلك مع نتائج الاستبيان التي أظهرت مستوى متوسطًا في هذا البعد، مما يدل على أن إدراك الحالة للأعراض ظل جزئيًا وغير شامل، رغم تطور الوضع الصحي.

أما بخصوص البعد الزمني (المدة)، فقد بيّنت المقابلة أن الحالة لم تكن تدرك في البداية الطابع المزمن للمرض، خاصة في ظل تذبذب الأعراض وغياب تشخيص واضح، وهو ما تؤكده الدرجة المنخفضة في هذا البعد، حيث تميل الحالة إلى تصور المرض كحالة غير مستقرة أو مؤقتة، رغم طبيعته المزمنة.

وفيما يتعلق بالعواقب، أظهرت المقابلة أن الحالة أصبحت، خاصة بعد الأزمة القلبية، أكثر وعيًا بتأثير المرض على حياتها، سواء من الناحية الصحية أو المهنية أو الأسرية، وهو ما يتماشى مع النتيجة المتوسطة في هذا البعد، التي تعكس إدراكًا جزئيًا لخطورة المرض دون تمثّل كامل لتداعياته.

من جهة أخرى، عبّرت الحالة خلال المقابلة عن ثقة واضحة في قدرتها على التحكم في المرض، سواء من خلال الالتزام بالعلاج أو عبر مجهوداتها الشخصية، وهو ما ينسجم مع النتائج المرتفعة في بعدي "السيطرة الذاتية" و"التحكم في العلاج". غير أن هذا الإحساس المرتفع بالتحكم يقابله ضعف في الفهم المعرفي (تساوق المرض)، حيث أظهرت الحالة صعوبة في تقديم تفسير علمي دقيق لطبيعة المرض، وهو ما تؤكده الدرجة المنخفضة جدًا في هذا البعد.

كما كشفت المقابلة عن إدراك الحالة لتقلب الأعراض وعدم استقرارها، وهو ما يتوافق مع الارتفاع في بعد "الدورية"، حيث تعيش الحالة المرض كخبرة متذبذبة وغير مستقرة.

وقد عبّرت الحالة عن مشاعر قوية من الخوف والقلق والانشغال بالمرض، خاصة في ظل المسؤوليات الأسرية والضغوط المهنية، وهو ما يتطابق مع الارتفاع الكبير في بعد "الاستجابة الانفعالية"، ويعكس تأثيرًا نفسيًا واضحًا للمرض.

أما فيما يخص أسباب المرض، فقد أظهرت المقابلة تبني الحالة لتفسيرات متعددة، شملت العوامل النفسية (الضغوط)، والسلوكية (العمل المبكر)، إلى جانب التفسيرات الاعتقادية (العين والسحر)، وهو ما تؤكده نتائج الاستبيان التي سجلت ارتفاعًا في جميع أبعاد الأسباب، مما يدل على بناء تمثل سببي متعدد، يجمع بين التفسيرات العلمية والثقافية، دون تنظيم معرفي دقيق.

5.تحليل عام للحالات الأربعة:

يتبين من المعطيات الإكلينيكية للحالات الأربع أن تصورات المرض قبل التشخيص يتشكل ضمن مسار ديناميكي معقد، يبدأ غالبًا بظهور أعراض جسدية غير محددة أو مفاجئة، تتسم بالغموض وشدة الإرباك، ما يجعل الحالة في وضعية عدم يقين صحي مبكر. وقد شكل هذا الغموض نقطة الانطلاق الأساسية في بناء تمثلات مرضية سلبية، حيث لم تكن الأعراض في بدايتها مؤطرة بتفسير طبي واضح، مما فتح المجال أمام تدخل الخبرات الشخصية والسياق الاجتماعي في إعادة تأويلها.

على مستوى التمثلات المعرفية، يتضح أن أغلب الحالات تمر في البداية بمرحلة تتسم بضعف الفهم وعدم القدرة على تفسير الأعراض بشكل واضح، مما يؤدي إلى حالة من الغموض والارتباك المعرفي. ومع استمرار الأعراض وغياب تشخيص طبي دقيق في المراحل الأولى، تبدأ الحالات تدريجيًا في بناء تفسيرات متعددة ومتداخلة للمرض، يغلب عليها الطابع الاعتقادي أو الغيبي. ولا يعكس هذا التعدد وجود فهم معرفي مستقر بقدر ما يعبر عن محاولة مستمرة لإيجاد معنى للأعراض وفهم طبيعتها. كما تظهر فروق بين الحالات في مستوى النضج المعرفي، إذ تتجه بعض الحالات نحو فهم أكثر واقعية وتنظيمًا مع مرور الوقت، في حين تبقى حالات أخرى أسيرة الغموض والتناقض في تفسير المرض.

أما على المستوى الانفعالي، فتُجمع الحالات على وجود استجابة انفعالية واضحة ومرتفعة تتراوح بين القلق، والخوف، والتوتر، وأحيانًا الإحساس بالتهديد الوجودي، خاصة مع استمرار الأعراض وتدهور الحالة الصحية أو طول فترة الغموض التشخيصي. ويلاحظ أن شدة الانفعال ترتفع كلما طال عدم التفسير الطبي أو ازدادت حدة الأعراض، ما يعكس ارتباطًا مباشرًا بين الإدراك غير الواضح للمرض والاستجابة الانفعالية السلبية.

وفيما يتعلق بالتحكم في العلاج، تُظهر الحالات نمطًا غير ثابت، يبدأ غالبًا بضعف الالتزام أو رفض جزئي للعلاج في المراحل الأولى، نتيجة غياب الاقتناع بخطورة المرض أو ضعف تفسيره، ثم يتطور لاحقًا نحو الالتزام النسبي مع تدهور الحالة أو اتضاح خطورتها. كما يبرز نمط آخر يتمثل في التذبذب بين العلاج الطبي والطب البديل، حيث تلعب التفسيرات الاجتماعية والثقافية دورًا في توجيه اختيارات العلاج، خاصة في سياقات الغموض التشخيصي.

وبشكل عام، تنتهي الحالات إلى بناء تصور غير مستقر للمرض، يتسم بتعدد المرجعيات التفسيرية (طبية، نفسية، اجتماعية، اعتقادية)، مع ميل أكثر للتفسير الاعتقادي مع ضعف نسبي في التكامل المعرفي، واستمرار حضور قوي للبعد الانفعالي. كما يظهر أن هذا التصور لا يتشكل بشكل فردي

خالص، بل يتأثر بشكل واضح بتفاعل معقد بين الأعراض الجسدية والنفسية، السياق الاجتماعي والثقافي، ومسار التعامل الطبي مع المرض.

ثانيا: مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج:

انطلاقًا من فرضيات الدراسة وبالاعتماد على المنهج الإكلينيكي من خلال دراسة الحالة، باستخدام المقابلة نصف الموجهة ومقياس إدراك المرض(IPQ–R) ، تم التوصل إلى النتائج التالية:

مناقشة الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أن:" تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص تتسم بطابع سلبي" .

تشير نتائج الحالات إلى أن تصورات المرض لدى مرضى أمراض المناعة الذاتية تتسم عمومًا بطابع سلبي، مما يؤكد صحة الفرضية، غير أن هذا الطابع يختلف في مظاهره ودرجته من حالة إلى أخرى حسب طبيعة المرض ومساره وتجربة المريض معه. فقد أظهرت الحالات إدراكًا مرتفعًا للأعراض والانشغال المستمر بها، إلى جانب تصور المرض باعتباره مزمنًا، غامضا، وخطيرا، ومؤثرا بصورة واضحة على الحياة اليومية، وهو ما انعكس في مشاعر القلق والخوف وعدم اليقين تجاه المستقبل الصحي.

فعلى المستوى المعرفي، اتسمت تصورات المرض بالغموض وعدم الوضوح، حيث لجأت الحالات إلى تفسيرات متعددة تراوحت بين التفسيرات العلمية والاعتقادية. فقد أرجعت الحالة الأولى أعراضها إلى تعاطي المخدرات قبل أن تتبنى تفسيرات غيبية مرتبطة بالسحر، كما فسرت الحالة الثانية مرضها بالسحر والأذى من طرف الأقارب، بينما ربطت الحالة الثالثة والرابعة المرض بالحسد والعين والضغوط النفسية.

ويبدو أن الطبيعة المعقدة والمتقلبة لأمراض المناعة الذاتية، وما يرافقها من تذبذب الأعراض وصعوبة تفسيرها طبيا، تساهم في بناء تصورات يغلب عليها الغموض والتهديد وفقدان الإحساس بالسيطرة.

ويمكن تفسير هذه النتائج من خلال الطبيعة البيولوجية والفسيولوجية المعقدة لهذه الأمراض، والتي تتميز بخلل داخلي في الجهاز المناعي، يؤدي إلى مهاجمة أنسجة الجسم السليمة بدل حمايتها. هذا الخلل لا ينتج عن عامل واحد مباشر، بل عن تفاعل متعدد الأبعاد بين الاستعداد الوراثي والعوامل البيئية والهرمونية، ما يجعل تحديد سبب المرض بدقة أمرًا صعبًا، ويخلق لدى المريض إحساسًا بالغموض وعدم اليقين حول مصدر مرضه ومساره.**(Davidson &Diamond, 2001)**

ومن الناحية الفسيولوجية، تميّز أمراض المناعة الذاتية بطابع انتكاسي–هجوعي، –Relapsing remittingdisease حيث تتناوب فترات نشاط المرض مع فترات هدوء نسبي للأعراض. ففي مرض التصلب اللويحي مثلًا، يهاجم الجهاز المناعي غمد الميالين مما يسبب اضطرابات عصبية مختلفة، غير أنّ الجهاز العصبي يمتلك قدرة جزئية على إعادة ترميم الميالين (Remyelination)، فتخف الأعراض مؤقتًا. لكن هذا التحسن غالبًا لا يدوم بسبب عودة النشاط الالتهابي وحدوث انتكاسات جديدة. و هذا التذبذب في الأعراض يضعف قدرة المريض على التنبؤ بمسار مرضه، ويعزز إدراكه لعدم استقرار حالته الصحية، مما يؤثر على العمليات المعرفية والانفعالية فيزيد من القلق والتفسيرات غير العلمية أو الغيبية للمرض. **(Compston&Coles, 2008)**

كما يظهر ذلك جليا في الحالة التي تعاني من اعتلال العضلات المناعي (الميوباثي الالتهابي) الذي يمثل نموذجًا واضحًا للأمراض التي تسهم طبيعتها البيولوجية في تشكيل تصورات مرضية مضطربة لدى المريض. فباعتباره مرضًا مناعيًا يهاجم فيه الجهاز المناعي الألياف العضلية، يؤدي إلى ضعف عضلي

تدريجي ومتقلب في شدته، وقد تتداخل أعراضه في بدايته مع الإرهاق العادي أو الإجهاد الجسدي مما جعل الحالة تفسر الأعراض في البداية بإجهاد ناتج عن العمل. كما أن تعدد الأعضاء المستهدفة واختلاف الأعراض بين المرضى، بل وحتى لدى نفس المريض عبر الزمن، يزيد من تعقيد التجربة المرضية ويجعلها غير قابلة للاختزال في نموذج سببي بسيط.

ومن منظور أنثروبولوجي، فإن غموض المرض وصعوبة تفسيره طبيًا يدفع بعض المرضى إلى توظيف أنماط تفسير ثقافية واجتماعية جاهزة، بما في ذلك التفسيرات الغيبية أو الدينية، كآلية لإعادة إنتاج معنى للمرض وتقليل الإحساس باللايقين. وهو ما يتفق مع نموذج "Helman" و نموذج "Clements " اللذان أكدا على دور التفسيرات الشعبية و الاعتقادية في فهم المرض وتفسير المعاناة الصحية في ظل غياب تفسير طبي واضح.كما أظهرت الحالات أن الغموض التشخيصي وعدم الوصول إلى تفسير طبي دقيق لعب دورًا أساسيًا في بناء هذه التصورات السلبية، حيث تنقلت الحالات بين عدد كبير من الأطباء وخضعت لفحوصات متعددة دون الوصول إلى تشخيص واضح في المراحل الأولى، الأمر الذي أدى إلى ارتفاع الشعور بالحيرة وعدم اليقين. ويتفق ذلك مع دراسة "Bhise" و آخرين حول عدم اليقين التشخيصي، التي أكدت أن غياب تفسير طبي واضح للمشكلة الصحية يؤدي إلى شعور المريض بعدم اليقين، ويدفعه إلى البحث عن تفسيرات بديلة لمعاناته. وقد ظهر هذا بوضوح في الحالة الرابعة التي عاشت حوالي ست سنوات من الغموض التشخيصي، وكذلك في الحالة الثانية التي بقيت دون تشخيص واضح رغم تكرار الفحوصات والمتابعات الطبية.

أما من الناحية الانفعالية، فقد اتسمت التصورات بطابع سلبي واضح، حيث سيطرت مشاعر الخوف والقلق والانشغال بالمستقبل الصحي على أغلب الحالات، خاصة مع تدهور الحالة الصحية واستمرار الغموض التشخيصي. فقد عبّرت الحالة الأولى والثانية عن الخوف من فقدان القدرة على الحركة والجلوس

على الكرسي المتحرك، بينما سيطر على الحالة الثالثة الخوف من الموت وترك الأبناء، في حين ارتبطت الحالة الرابعة بالخوف من فقدان الدور الأسري والمهني. وقد دعمت نتائج الاستبيان هذه المعطيات الكيفية ، حيث سجلت الحالات درجات مرتفعة في البعد الانفعالي والعواقب و الزمانية، ما يدل على إدراك المرض كحالة مزمنة ومهددة للحياة.كما أظهرت النتائج أن هذه التصورات السلبية أثرت على السلوك الصحي للحالات، حيث ظهر في بعض الحالات ضعف الالتزام بالعلاج أو اللجوء إلى الرقية وبعض أساليب العلاج البديل، خاصة في المراحل الأولى من المرض، وهو ما يعكس محاولة المرضى استعادة الإحساس بالتحكم وتقليل الغموض المرتبط بالحالة الصحية. وقد بدا ذلك واضحًا في الحالة الأولى والثانية والثالثة، حيث تم اللجوء إلى الرقية والتفسيرات الغيبية بالتوازي مع المتابعة الطبية.

وتتفق هذه النتائج مع نموذج "Howard Leventhal" (1984) الذي يرى أن الأفراد يبنون تمثلات معرفية وانفعالية للمرض تؤثر بشكل مباشر على سلوكهم الصحي وطرق تكيفهم مع المرض، كما تتوافق مع دراسة "Hagger"و"Orbell" (2003) التي أكدت أن التمثلات المعرفية والانفعالية للمرض تؤثر بصورة مباشرة على استجابات الفرد النفسية وسلوكياته الصحية، خاصة في الأمراض المزمنة التي يحيط بها الغموض وعدم اليقين.كما تتوافق أيضًا مع" دراسة صولا" (2014) التي بينت أن تمثلات المرض السلبية ترتبط بارتفاع القلق والانشغال بالحالة الصحية وتؤثر على التكيف النفسي والاجتماعي للمريض. إضافة إلى ذلك، تتفق هذه النتائج مع دراسة "Moss-Morris"و دراسة"Gonca" اللتان أكدتا أن الغموض وشدة الأعراض وطول مدة المرض تسهم في بناء تصورات سلبية وزيادة التأثر النفسي لدى المرضى. وفي السياق نفسه، بينت دراسة "Khidir" وآخرون (2024) أن التمثلات المرضية تتشكل حتى قبل التشخيص وتتأثر بالغموض، مع ميل الأفراد إلى تبني تفسيرات غير طبية للأعراض. كما أظهرت

الدراسة أن هذه التمثلات تتغير حسب تطور الحالة، إذ تتحسن عند عدم تطور المرض وتبقى أكثر استقرارًا عند تطوره ، مما يؤكد دور الغموض التشخيصي في تشكيل التمثلات المرضية.

وعليه، يتضح أن تصورات المرض قبل التشخيص لدى الحالات المدروسة تتشكل في سياق نفسي واجتماعي وثقافي اتسم بالغموض وعدم اليقين والخوف والتفسيرات الاعتقادية، مما جعل هذه التصورات تتسم بطابع سلبي على المستويين المعرفي والانفعالي.

مناقشة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على:" أن الأسرة ونقص المعرفة الطبية و المعتقدات تساهم في تشكيل تصورات المرض" .

أظهرت نتائج الدراسة أن الفرضية الفرعية الأولى قد تأكدت كليا، حيث تبين أن الأسرة، والمعتقدات الثقافية والدينية تلعب دورًا مهمًا في تشكيل تصورات المرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص.

فمن خلال تحليل الحالات الأربع، اتضح أن المحيط الأسري كان عنصرًا مؤثرًا في بناء التفسيرات الأولية للمرض، إذ ساهمت ردود فعل الأسرة في تعزيز بعض التفسيرات الاعتقادية أو النفسية للأعراض، خاصة في ظل غياب تفسير طبي واضح. كما أن بعض أفراد الأسرة كانوا يلجؤون بدورهم إلى تفسيرات تقليدية مثل السحر، الحسد، أو العين، مما ساهم في ترسيخ هذه المعتقدات لدى المرضى أنفسهم، وزاد من ترسيخ الطابع غير الطبي للتفسير الأولي للمرض.

كما بينت النتائج أن نقص المعرفة الطبية لدى المرضى حول طبيعة المرض وأعراضه وآليات تطوره ساهم بشكل كبير في خلق حالة من الغموض، مما دفعهم إلى البحث عن تفسيرات بديلة لفهم حالتهم

الصحية. وقد انعكس هذا النقص في تكرار التنقل بين الأطباء دون الوصول إلى تشخيص واضح في المراحل الأولى، وهو ما عزز الشعور بعدم اليقين وأدى إلى بناء تصورات ذاتية غير دقيقة حول المرض.

و دعمت نتائج استبيان التصور الذهني للمرض هذه المعطيات، حيث أظهرت الحالات درجات مرتفعة في بعد التمثلات الاعتقادية والانفعالية ، مع ارتفاع واضح في إدراك المرض كحالة غامضة ومهددة، إضافة إلى ضعف في الفهم الطبي لطبيعة المرض. كما بينت النتائج ارتفاعًا في بُعد التمثلات الشخصية المرتبطة بالأعراض، مما يعكس اعتماد المرضى على خبراتهم الذاتية والمحيط الاجتماعي في تفسير حالتهم الصحية أكثر من اعتمادهم على التفسير الطبي. كما أكدت دراسة"Helman" أن التفسيرات الثقافية والاجتماعية داخل الأسرة والمجتمع تلعب دورًا محوريًا في تشكيل فهم الفرد للمرض، خاصة في السياقات التي يغيب فيها التفسير الطبي الواضح. كما تتوافق مع نموذج Clements الذي يوضح أن المعتقدات الشخصية والاجتماعية تُعد عنصرًا أساسيًا في بناء تمثلات المرض.

إضافة إلى ذلك، تتفق هذه النتائج مع دراسة "Bhise" التي بينت أن غياب المعرفة الطبية الدقيقة وصعوبة الوصول إلى تشخيص واضح يؤديان إلى حالة من عدم اليقين، مما يدفع المرضى إلى تبني تفسيرات بديلة لمعاناتهم الصحية. وقد ظهر هذا بوضوح في الحالات المدروسة التي عاشت فترة من الغموض التشخيصي قبل الوصول إلى تشخيص نهائي.كما يمكن تفسير هذه النتائج أيضًا في ضوء نموذج "Leventhal" الذي يوضح أن المريض يبني تمثلاته حول المرض اعتمادًا على المعلومات المتاحة له، سواء كانت طبية أو اجتماعية أو ثقافية، وهذه التمثلات تؤثر لاحقًا على انفعالاته وسلوكياته الصحية.وعليه، يتضح أن الأسرة، ونقص المعرفة الطبية، والمعتقدات الثقافية والدينية تشكل مجتمعة عوامل أساسية في بناء تصورات المرض لدى الحالات المدروسة، حيث ساهمت في إنتاج تفسيرات أولية

غالبًا ما كانت غير طبية، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الفرعية الأولى ويبرز الدور التفاعلي بين العوامل الاجتماعية والمعرفية في تشكيل خبرة المرض قبل التشخيص.

وتتوافق هذه النتائج مع دراسة "صولا فيروز" (2014) التي أكدت أن التصورات المرضية تتشكل تحت تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية، كما تتفق مع دراسة "بورنان سامية" (2007) التي أبرزت هيمنة التصورات التقليدية المرتبطة بالثقافة الشعبية ، ويمكن تفسير ذلك إكلينيكيًا بأن الفرد في حالة الغموض يلجأ إلى النظام التفسيري الأكثر توفرًا في بيئته، والذي يكون في مثل هذه الحالات هو النظام الثقافي الشعبي أكثر من التفسير الطبي.

مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية على:" لا تختلف تصورات المرض باختلاف المستوى التعليمي."

أظهرت نتائج الدراسة أن هذه الفرضية تحققت ، حيث لم يظهر تأثير المستوى التعليمي بشكل مباشر في بداية التجربة المرضية، إذ اتسمت جميع الحالات بالغموض وعدم وضوح المعنى المرضي نتيجة غياب التشخيص الطبي، مما دفعها إلى تبني تفسيرات اعتقادية وثقافية مشتركة.

فعلى مستوى الحالات، اتضح أن جميع المرضى، سواء ذوو المستوى التعليمي المرتفع أو المتوسط، مرّوا بنفس التجربة تقريبًا من حيث الغموض التشخيصي، وتعدد التفسيرات الأولية للأعراض. فقد لجأت الحالات، بغض النظر عن مستواها التعليمي، إلى تفسيرات غير طبية في البداية مثل السحر، والحسد، أو الضغوط النفسية، ثم الانتقال لاحقًا نحو البحث الطبي دون تغيير جوهري في طبيعة التصور خلال المرحلة الأولى من المرض. وهذا يدل على أن شدة الأعراض وغموض التشخيص كانا عاملين أقوى تأثيرًا من المستوى التعليمي في تشكيل تصورات.وقد دعمت نتائج استبيان إدراك المرض (IPQ-R) هذه

المعطيات، حيث لم تُسجل فروق واضحة بين الحالات حسب المستوى التعليمي في الأبعاد الأساسية مثل البعد الانفعالي، وإدراك العواقب، و التمثلات الزمنية للمرض. كما أظهرت النتائج تقاربًا في إدراك المرض كحالة مزمنة ومهددة، إضافة إلى تشابه في مستوى القلق والخوف المرتبط بالحالة الصحية، مما يعزز فكرة أن التصور الذهني تشكل بشكل موحد تقريبًا لدى جميع الحالات بغض النظر عن مستواهم التعليمي.

وتتفق هذه النتائج مع نموذج "Leventhal" الذي يوضح أن التمثلات الذهنية للمرض لا تعتمد فقط على المعرفة الأكاديمية، بل تتشكل أساسًا من خلال الخبرة الشخصية، والأعراض المدركة، والسياق العاطفي والاجتماعي. وبالتالي، حتى الأفراد ذوو المستوى التعليمي المرتفع يمكن أن يبنوا تصورات مشابهة لغيرهم في حالات الغموض التشخيصي.كما تتماشى هذه النتائج مع دراسة "Moss–Morris" التي بينت أن إدراك المرض يتأثر أساسًا بشدة الأعراض وطبيعة المرض المزمن أكثر من تأثره بالمستوى التعليمي، خاصة عندما يتعلق الأمر بالأمراض المزمنة أو غير الواضحة تشخيصيًا مما تؤكد نتائج دراسة""Hagger" و"Orbell" التي أكدت أن التمثلات المرضية تبقى متقاربة بين الأفراد عندما تتشابه الخبرة المرضية، حتى مع اختلاف الخلفيات المعرفية.

كما يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نموذج "Helman" الذي يوضح أن الثقافة والتجربة المرضية المباشرة قد تكون أكثر تأثيرًا من المستوى التعليمي في تشكيل تفسير المرض، حيث يلجأ الأفراد إلى نفس المخزون الثقافي والاجتماعي لفهم أعراضهم. وتتقاطع هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة " لعجاج والماحي" (2024)، التي أكدت وجود فروق دالة تعزى للمستوى التعليمي في التصورات الاجتماعية للمرض، حيث يميل الأفراد ذوو المستوى التعليمي المرتفع إلى تبني تفسيرات أكثر علمية مقارنة

بغيرهم،كما تدعمها نتائج دراسة صولا فيروز التي أبرزت دور العوامل الاجتماعية والثقافية والمستوى التعليمي في تحديد فهم المرض واختيار نمط العلاج.

مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على:" أن تصورات المرض لا تختلف باختلاف الجنس".

أظهرت نتائج الدراسة أن الفرضية الفرعية الثالثة قد تحققت، حيث تبين أنه لا توجد فروق واضحة في تصورات المرض تبعًا لاختلاف الجنس لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص. فقد أظهرت الحالات المدروسة، رغم اختلاف الجنس (ذكور وإناث)، تشابهًا كبيرًا في طريقة إدراك المرض وبناء تمثلاته خلال مرحلة ما قبل التشخيص، وهي مرحلة تتسم أساسًا بالغموض التشخيصي وتعدد التفسيرات الذاتية للأعراض.

فعلى مستوى الحالات، لم يُلاحظ اختلاف جوهري بين الذكور والإناث في طبيعة التصورات، إذ عبّر كلا الجنسين عن نفس المشاعر تقريبًا، خاصة القلق والخوف من تطور المرض والانشغال بالمستقبل الصحي. كما لجأ كلاهما إلى تفسيرات متقاربة للأعراض، تراوحت بين التفسيرات الطبية غير المكتملة والتفسيرات الثقافية مثل الحسد، السحر أو الإرهاق النفسي، مما يدل على أن عامل الجنس لم يكن محددًا أساسيًا في تشكيل التصور الذهني للمرض مقارنة بالغموض التشخيصي وشدة الأعراض. كما يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء دراسة "Bhise" التي أكدت أن الغموض التشخيصي وعدم اليقين حول الحالة الصحية يُعدان من العوامل الأساسية في تشكيل تجربة المريض وتصوره للمرض، حيث يدفعان الأفراد إلى بناء تمثلات متقاربة للمرض بغض النظر عن اختلافاتهم الفردية مثل الجنس، لأن عامل الغموض التشخيصي يطغى على باقي المتغيرات الديموغرافية.

وتتفق هذه النتائج مع نموذج "Leventhal"الذي يوضح أن التمثلات الذهنية للمرض تُبنى أساسًا على الخبرة الشخصية والإدراك الذاتي للأعراض، وليس على الخصائص الديموغرافية مثل الجنس، حيث يلعب إدراك المرض وشدته والغموض المحيط به الدور الأكبر في تشكيل الاستجابات المعرفية والانفعالية.

كما تتماشى هذه النتائج مع دراسة "Moss–Morris" التي بينت أن التصورات تتأثر بشكل أساسي بطبيعة المرض المزمن وغموضه وشدة الأعراض أكثر من تأثرها بالمتغيرات الديموغرافية مثل الجنس. وتدعم هذه النتائج كذلك دراسة "Hagger" و "Orbell"اللتان أكدتا أن التمثلات المرضية والانفعالات المرتبطة بها تتشكل بشكل متقارب بين الأفراد عندما تتشابه الخبرة المرضية، حتى في وجود اختلافات فردية مثل الجنس أو العمر. وتتفق أيضا مع دراسة "لعجاج جميلة والماحي" (2024) التي لم تجد فروقًا ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في التصورات الاجتماعية للمرض، مما يؤكد أن هذا المتغير لا يُعد محددًا أساسيًا في تشكيل التصور الذهني.

كما يمكن دعم ذلك بنموذج Helman الذي يوضح أن تفسير المرض في مراحله الأولى يتأثر أكثر بالسياق الثقافي والاجتماعي والخبرة المرضية المشتركة، وليس بالاختلافات البيولوجية أو الديموغرافية مثل الجنس.وعليه، يتضح أن تصورات المرض المناعي قبل التشخيص لدى الحالات المدروسة لم يتأثر باختلاف الجنس، بل تشكل بشكل متقارب لدى الذكور والإناث تحت تأثير الغموض التشخيصي وشدة الأعراض والسياق الثقافي والاجتماعي.

الخاتمة :

في ختام هذه الدراسة، يتضح أن التصور الذهني للمرض لدى مرضى المناعة الذاتية قبل التشخيص الطبي يمثل بناءً نفسيًا معقدًا يتشكل في سياق يتسم بالغموض وعدم اليقين التشخيصي، حيث يسعى الفرد إلى فهم الأعراض وإضفاء معنى عليها من خلال تفسيرات متعددة.وقد بينت النتائج أن هذه التصورات تتسم بتداخل الأبعاد المعرفية والانفعالية والاجتماعية والثقافية، حيث يظهر القلق والخوف وتعدد التفسيرات في ظل غياب تفسير طبي واضح. كما تبين أن مرحلة ما قبل التشخيص تُعد مرحلة حساسة في المسار المرضي، تلعب فيها الخبرة الشخصية والسياق الاجتماعي دورًا مهمًا في تشكيل إدراك المرض.

وتؤكد الدراسة أن عدم اليقين التشخيصي يعد عاملًا أساسيًا في توجيه التصور الذهني وسلوك المريض، مما قد يؤثر على طريقة تكيفه مع المرض ومسار التكفل العلاجي. وعليه، تبرز أهمية إدماج البعد النفسي والاجتماعي ضمن المقاربة العلاجية، إلى جانب البعد الطبي، من خلال تدخلات مبكرة ومتكاملة.

وفي الأخير، تسلط هذه الدراسة الضوء على مرحلة ما قبل التشخيص باعتبارها مرحلة حاسمة غالبًا ما يتم إغفالها، مما يستدعي مزيدًا من البحث العلمي والتدخلات الإكلينيكية بهدف تحسين جودة التكفل الصحي وتعزيز فهم تجربة المريض بشكل شامل.

التوصيات:

انطلاقًا من نتائج الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية:

- ✓ ضرورة تعزيز الوعي لدى الأطباء بأهمية التصورات الذهنية للمرض، خاصة في المراحل التي تسبق التشخيص، لما لها من تأثير على سلوك المريض .
- ✓ تنظيم حملات توعوية حول الأمراض المناعية الذاتية لتقليل الغموض المرتبط بها.
- ✓ إدماج المقاربة النفسية في التكفل بالمرضى الذين يعانون من أعراض غامضة، وعدم الاقتصار على الجانب العضوي فقط .
- ✓ العمل على تحسين التواصل بين الطبيب والمريض، من خلال تقديم تفسيرات واضحة ومبسطة للأعراض .
- ✓ توعية المرضى بخطورة التفسيرات الخاطئة أو الغيبية التي قد تؤخر طلب العلاج .
- ✓ التقليل من الإفراط في الفحوصات غير الضرورية ، مع توضيح مبررات الإجراءات الطبية للمريض .
- ✓ توعية الأسرة بأهمية تقديم دعم نفسي إيجابي بعيدا عن التفسيرات المقلقة أو غية العلمية مع المشاركة في العملية العلاجية .

المقترحات:

- ✓ يُقترح إجراء دراسات طولية تتبعية لنفس الحالات عبر مراحل ما قبل التشخيص وأثناءه وبعده، بهدف فهم تطور التصورات الذهنية للمرض بشكل ديناميكي عبر الزمن .

- ✓ يُقترح دراسة العلاقة بين التصورات الذهنية للمرض ومدى الامتثال العلاجي لدى المرضى، للكشف عن تأثير هذه التصورات في الالتزام بالعلاج أو رفضه .
- ✓ يُقترح إجراء دراسات مقارنة بين الوسط الحضري والريفي، من أجل استكشاف الفروق في طبيعة التصورات الذهنية للمرض، خاصة فيما يتعلق بالتفسيرات الثقافية والغيبية .
- ✓ يُقترح دراسة دور وسائل التواصل الاجتماعي والإنترنت في تشكيل التصورات الذهنية للمرض، وتحديد مدى مساهمتها في رفع الوعي الصحي أو تعزيز الفهم الخاطئ للأعراض .
- ✓ يُقترح التوجه نحو دراسة تمثلات الأطباء أنفسهم للمرضى في مرحلة ما قبل التشخيص، لما لذلك من أثر محتمل على مسار التشخيص ونوعية العلاقة العلاجية .
- ✓ يُقترح تصميم وتطبيق برامج نفسية توعوية موجهة للمرضى الذين يعانون من أعراض غير مشخصة، مع تقييم فعاليتها في تحسين الفهم المرضي وتقليل القلق المرتبط بالغموض التشخيصي.
- ✓ يُقترح اعتماد المقاربة الثقافية من خلال دراسة تأثير الثقافة المحلية على تفسير المرض، خاصة ما يتعلق بالتفسيرات المرتبطة بالعين والسحر والقدر، وذلك لفهم طبيعة التصورات الذهنية في المجتمعات العربية.
- ✓ يُقترح إجراء دراسة حول تمثلات الأطباء أنفسهم للمرضى في مرحلة ما قبل التشخيص، من خلال استكشاف الكيفية التي ينظرون بها إلى الحالات المرضية، لما لذلك من تأثير محتمل على طريقة التشخيص وطبيعة التواصل مع المريض.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر و المراجع:

- أغا، شرين، وعبد القادر (2024). المعاش النفسي لدى النساء المصابات بمرض الكرون. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، جامعة عين تموشنت .
- أبركان، الصالح (2015). إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرضى السليكوز. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، 7 .
- أمراض المناعة الذاتية (2022). تعريب الطب، مجلة دورية تعنى بشؤون التعريب في الطب والصحة العامة، العدد الخامس والستون، يونيو 2022 .
- الصدفي، عصام حمدي (2001). مبادئ علم وبائيات الصحة. عمان، الأردن: دار الفكر .
- العلوم والتقنية (1996). المناعة. مجلة علمية فصلية تصدرها مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، السنة العاشرة، العدد السابع والثلاثون، محرم 1417هـ/نوفمبر 1996م .
- القايد، أحمد (2023). التصورات الثقافية للمرض العقلي بين المنظور العلمي والمنظور الثقافي لدى الأسر المستغانمية. شهادة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم .
- المكاوي، علي (1990). علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
- بن هادية وآخرون (1991). القاموس الجديد للطلاب. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب .
- بومدين، سليمان (2004). التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر، حالة مدينة سكيكدة. رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، جامعة منتوري، قسنطينة، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية.

- بـن خلفـة ،محمد (2018).التصـورات الاجتماعيـة للمـرض فـي الثقافـة الشـعبية :دراسـة تحليليـة لمحتوى الأمثال الشعبية العربية المتداولة بمنطقة بسكرة .أطروحة دكتورة ، تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، الجزائر.
- خليل، أحمد خليل (1995). معجم المصطلحات. ط1، بيروت: الفكر اللبناني .
- دالكـه ، روديفر (2001). المرض بوصـفه طريقًا: تفسير الصـورة المرضـية ومعناهـا. ترجمـة إلياس حاجوج، دمشق: منشورات وزارة الثقافة .
- د. صحراوي، عقيلة (2020). المنهج العيادي ودراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة. ماستر 1 تربية خاصة، مارس 2020 .
- دهنـون، نجمـة (2000). اسـتراتيجيات مواجهـة الضـغوط النفسـية لـدى التلاميـذ ذوي صـعوبات التعلم الأكاديمية في مرحلة التعليم المتوسط. مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة .
- رشـوان، حسـن عبـد الحميـد أحمـد (1995). العلـم والبحـث العلمـي: دراسـة فـي منـاهج البحـث. المكتب الجامعي الحديث .
- زرواتي، رشيد (2002). تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية. الجزائر: دار هومة .
- زنـاد، دليلـة (2013). علـم النفس الصـحي: تنـاول حـديث للأمـراض العضـوية المزمنـة، العجـز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديـاليز نموذجًا. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع .
- سرغيني، يونس (2020). إدراك المرض وعلاقتـه بنوعيـة الحيـاة لـدى حـاملي الصـمامة القلبيـة الاصطناعية. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 5(2) .

- سيد الحديدي (2004). الإيدز بين المناعة والفيروس. الطبعة الأولى، بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة .
- سليبا، جميل (1994). المعجم الفلسفي. بيروت: الشركة العالمية للكتاب .
- سوهيلة، عزي، وفاطمة فلاك (2022). إدراك المرض والصحة النفسية لدى المصابين باضطراب الغدة الدرقية. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس الصحي، جامعة مولود معمري، تيزي وزو .
- سرحان محمد ،علي الحمودي (2019)، مناهج البحث العلمي، الطبعة الثانية دار الكتب الجمهورية اليمنية صنعاء.
- سرحان محمد ، علي الحمودي (1441هـ/2019م). مناهج البحث العلمي. الطبعة الثانية، صنعاء: دارالكتب، الجمهورية اليمنية.
- مودن، بدرة (د.س). إدراك المرص و علاقته باستجابتي القلق و الإكتئاب عند مرضى السلطان :دراسة عيادية لأربع حالات لمستشفى بن زرجب .مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس العيادي ،قسم علم النفس و الأرطوفونيا ، كلية العلوم الاجتماعية ن جامعة وهران 1 أحمد بن بلة.
- فياض ، سهام راشد (2023). أمراض العظام والمفاصل. إربد، الأردن: دار الكتاب الثقافي .
- فياض ، سهام (2023). الجهاز المناعي. إربد، الأردن: دار الكتاب الثقافي .
- صويلح، سمية (2019). إدراك وتسيير المرض العضوي المزمن: مرض الباركنسون نموذجًا. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، العدد 17، ص 261–274 .
- عباس، فيصل (1994). أضواء المعالجة النفسية بين النظرية والتطبيق. لبنان: دار الفكر للطباعة والنشر .

- يعقوبي ، محمد (1999). دروس في المنطق الصوري. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون .
- منقوشي، فاطمة (2023). سيكوباتولوجية التوظيف النفسي والإنتاج الإسقاطي لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري. أطروحة دكتوراه، جامعة بلحاج بوشعيب، عين تموشنت .
- عاطف خليل ، نجلاء (2006). في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
- عمر، نادية (1993). العلاقات بين الأطباء والمرضى: دراسة في علم الاجتماع الطبي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
- هانين، عبد الرحمان مكروم (1999). التصور العقلي. القاهرة: مكتبة وهبة.
- صليبا، ج. (1994) المعجم الفلسفي (بالألفاظ العربية والفرنسية والإنكليزية واللاتينية) .بيروت: الشركة العالمية للكتاب.

المراجع الأجنبية :

- Ajzen, I., &Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2005). *The Brief Illness Perception Questionnaire*. University of Auckland & Institute of Psychiatry, London.

- Compton A et coles A, 2008 Multiple scleiosis .the lancet 372 (9648) ,1502-1517.
- Davidson, A. J., & Diamond, B. (2001). *Autoimmune diseases New England journal of Medecine*, *345(5)* ,340-50
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184.
- Heijmans, M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(1), 39–51.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
- Krech, D., & Crutchfield, R. S. (1952). *Theory and Problems of Social Psychology*. McGraw-Hill.
- Khidir, S. J. H., de Jong, P. H. P., Willemze, A., van der Helm-van Mil, A. H. M., & van Mulligen, E. (2024). Clinically suspect arthralgia and rheumatoid arthritis: patients' perceptions of illness. Journal of Joint Bone Spine, 91(6), 105751.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology* (Vol. 2, pp. 7–30). Pergamon Press.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–163.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Lawrence Erlbaum.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. PUF.

- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In Farr & Moscovici (Eds.), *Social Representations*. Cambridge University Press.
- Murdock, G. P. (1980). *Theories of illness: A world survey*. University of Pittsburgh Press.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (1997). Perceptions of health and illness. In Baum et al. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). Guilford Press.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 77–78.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression,* development, *and death*. W. H. Freeman.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire. *Psychology & Health*, 11(3), 431–445.
- Sameer Al-Ghamdi, S., Al Muaddi, A. M., Alqahtani, N. A., Alhasoon, T. Y., Basalem, A. A., & Altamimi, A. A(2022). Validity and reliability of the Arabic version of the revised illness perception questionnaire for patients with hypertension. Frontiers in Public Health, 10, 874722
- BOUSSENIOU, M., & LATRACHE, A. (2019). Recherche des auto-anticorps antinucléaires dans les maladies auto-immunes dans la région du Sahara Septentrional Est algérien. Mémoire de Master académique.
- KEHILI, H. E. (2023). *Cours de l'immunologie*. Institut des Sciences et de la Technologie, Centre Universitaire Abdelhafid Boussouf, Mila.
- Melanie Sloan, R., Harwood, R., Sutton, S., D'Cruz, D., Howard, P., Wincup, C., Brimicombe, J., & Gordon, C. (2020). Medically unexplained

symptoms: a mixed methods study of diagnostic, symptom and support experiences of patients with lupus and related systemic autoimmune diseases. *Rheumatology Advances in Practice*, 2020, 1–11. doi:10.1093/rap/rkaa006.

- University of Anbar. *Immunology notes (علم المناعة)*.

المواقع الإلكترونية:

- Maladies auto-immunes pdf ;https://facmed.unvconstantine3.dz
- Serie Dites-m'enplus :les anticorps/sante publique (9fevrier 2023)

https://www.publichealthontario.ca

- University of Anbar :https ://basiceducationcollege.uoanbar. علم المناعة pdf Autoimmunediseaselinked to doubling in depression ,anxiety, bipolarrisks, BMJ Group https://bmjgroup.com./autoimmune-disease-linked-to-doublingin-depression-anxiety-bipolar-resks (2025) مجلةMental health.

الملاحق

الملحق الأول : دليل المقابلة

الأسئلة
المحور الأول:البيانات الأولية
الجنس
العمر
المستوى التعليمي
الحالة الاجتماعية
نوع المرض المناعي الذاتي
مدة الإصابة
المحور الثاني : تاريخ الحالة
1 متى بدأت تشعر لأول مرة بأن هناك شيئًا غير طبيعي في صحتك؟
2 ما هي الأعراض الأولى التي لاحظتها؟ و هل كانت واضحة (غامضة)
3 هل تذكُر أول فكرة خطرت ببالك حول سبب ما يحدث لك؟
4 قبل مراجعة الطبيب، كيف كنت تشرح حالتك لنفسك أو للآخرين؟
5هل مررت بفترة إنكار أو تقليل من شأن الأعراض؟ حدّثني عنها.
6 هل مررت بمرحلة شعرت فيها بأن الأطباء لا يفهمون حالتك؟
7 هل كانت لديك سوابق مرضية في الطفولة و المراهقة ؟
8 هل لديك إصابات مرضية في العائلة بنفس الأعراض ؟
9 متى قمت بالكشف الطبي ؟ ما نوع هذا الكشف (تحليل ، سكانار ..) و هل شخصه (التشخيص الأولي)
المحور الثالث: المحور المعرفي (التصورات والأفكار حول المرض)
7 قبل التشخيص، كيف كنت تفسّر المرض؟
8 حدثني كيف كنت تفسّر سبب ظهور الأعراض؟ (إجهاد، عين، نفسية، وراثة،سحر ، عين ، إبتلاء ،أم حالة نفسية ،أو أمر عادي)

9 هل تغيرت نظرتك لجسمك أو نفسك قبل و بعد مرضك ؟ كيف؟
10 هل كنت تقارن حالتك بحالات أخرى سمعت عنها؟
11 ما أكثر فكرة كانت تسيطر على تفكيرك بخصوص المرض؟
12 هل كنت تعتقد أن حالتك مؤقتة أم دائمة؟ ولماذا؟
13 هل ترى أن مستواك التعليمي ساعدك على فهم حالتك؟ لماذا؟
14كيف كنت تفسّر تغيّر الأعراض من يوم لآخر؟
المحور الرابع : الحالة الوجدانية أو النفسية
15 ما هي أكثر المشاعر التي سيطرت عليك قبل معرفة التشخيص ؟(خوف ، حزن ،لا مبالاة..)
16 ماذا كنت تتوقع أن يقول لك الطبيب ؟
17ما أكثر فكرة كانت تتكرر في ذهنك قبل سماع النتيجة ؟
18 كيف كنت تتعامل مع هذه المشاعر؟
19هل مررت بحالة حزن أو يأس خلال تلك الفترة ؟(قلق ..)
المحور الخامس : الحالة السلوكية
20 كيف أثّرت حالتك الصحية على سلوكك اليومي ؟
21 هل تغيّرت عاداتك اليومية (النوم، الأكل، النشاط...) قبل التشخيص؟
22 هل لجأت إلى سلوكيات معينة بسبب الخوف أو القلق؟
23 كيف كان تعاملك مع الأطباء قبل معرفة التشخيص؟
24 هل قمت بسلوكيات علاجية غير طبية؟ وإذا كان نعم ؟ أذكرهم ، إذا كان لا ما هي السلوكيات البديلة ؟
25 هل انعكس ما كنت تعتقده عن المرض على علاقاتك الاجتماعية ؟
26كيف كان تعامل أسرتك مع مرضك قبل التشخيص ؟
المحور السادس : العوامل الإجتماعية و الثقافية
27من ساعدك في تفسير أعراضك (عائلتك ، أصدقاء ، مجتمع ، الأنترنت ..) ؟
28هل لاحظ أحد من حولك تغيرًا في حالتك النفسية ؟
29كيف كان رد فعل العائلة أو المقربين حول حالتك الصحية ؟

30هل أثرت آراؤهم في تصورك لما تعانيه؟
31 هل لديك معرفة مسبقة حول هذه الأعراض ؟
المحور السابع :الجانب العلائقي
32 هل واجهت تشكيكا أو تقليلا من معاناتك من طرف الأسرة ؟(زوج ، زوجة، أم الزوج)
33 كيف أثر ذلك على علاقتك بهم ؟
34 هل كنت تميل إلى إخفاء ما تشعر به عنهم ؟
35 هل شعرت أن الآخرين يصدقون شكواك ؟

استبيان إدراك المرض(IPQ-R)

جامعه بلحاج بوشعيب عين تموشنت / كليه العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس/ تخصص علم النفس الصحة

الاستبيان:

أخي، أختي تحيه طيبة أما بعد:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف الأعراض النفسية والجسمية المختلفة حول موضوع إدراك المرض، فقط تكون لديك هذه الأعراض أو ينعدم وجودها، منك أن تجيب بصدق وصراحة على من كل العبارات التالية.

من فضلك ضع علامة (X) في العمود الذي يعبر عن درجة وجود الأعراض أو عدم وجودها، ولعلمك انه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ولا يذكر اسمك، إضافة إلى السرية في المعلومات التي لا تستخدم إلا لغرض علمي وشكرا جزيلا على تعاونك.

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

السن:.....

المستوى التعليمي: .....

المستوى الاجتماعي: متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

المستوى الاقتصادي: بدون دخل ☐ قل من 20000 ☐ من 20000 إلى 50000 ☐ أكثر من 50000 ☐

نوع المرض المناعي: .....موضعه من الجسم: .....

نوع العلاج الحالي: دوائي ☐ تقليدي ☐

مدة المرض: .....

نوع العلاج الحالي: دوائي ☐ تقليدي ☐

أعرض عليك فيما يلي بعض الأعراض والعلامات التي يمكن أن تشعر بها أو حدثت لك منذ مجيء المرض، أرجو أن تجيب حسب ما تعتقد بـ "نعم" أو " لا":

الرقم	الحالة	نعم	لا	لا أدرى
01	الإرهاق			
02	الألم			
03	نقص الوزن			
04	السعال، ضيق التنفس			
05	الحمى والتعرق الليل ي			
06	الإمساك أو الإسهال			
07	التهاب الفم والحل ق			
08	نزيف			
09	بحة وصعوبة في البل ع			
10	دوخة أو شعور بالدوار ن			
11	الأرق			
12	قيء أو غثيا ن			
13	قلق			
14	اكتئاب			

أخي أختي المريضة، يهمنا أن نتعرف على أريك أو معتقداتك حول مرضك، لذلك نطلب منك ما إذا كانت العبارات الآتية تصف أريك أو ما تعتقده، وذلك حسب السلم التالي:

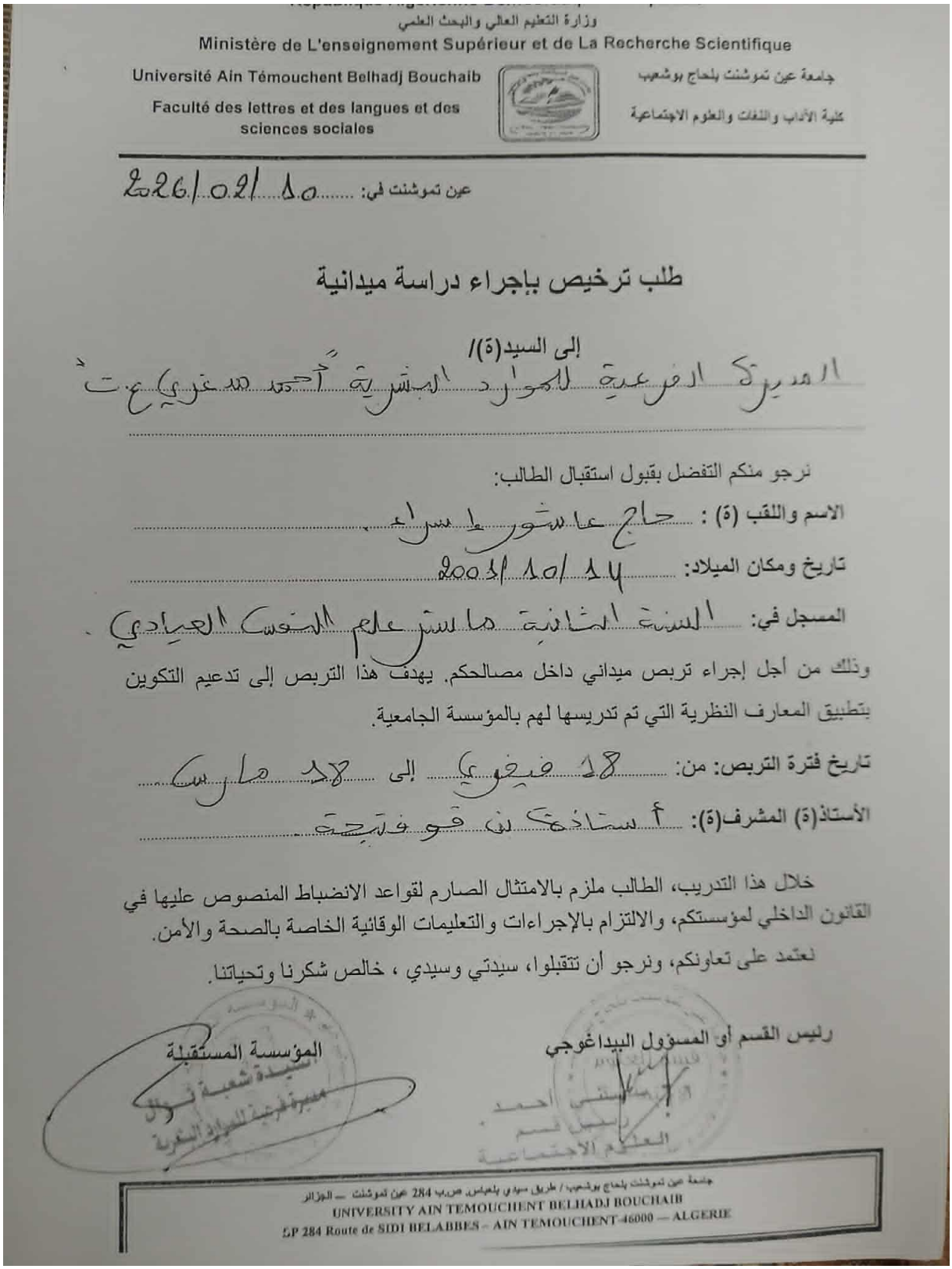
الرقم	رأيك في المرض	موافق تماما	موافق	لا ادري	لست موافق	لست موافق تماما
01	مرضي لن يطول كثيرا					
02	ربما سيصبح مرضا مزمنا					
03	مرضي سيدوم طويلا					
04	سأشفى من مرضي بسرعة / سيمر مرضي بسرعة					
05	أتوقع أن يصاحبني هذا المرض مدى العمر					
06	مرضي خطير جدا					
07	لمرض آثار هامة على حياتي					
08	مرضي لا يؤثر على حياتي					
09	أثر المرض في صورتي لدى الناس / أثر مرضي فيكيفية رؤية الآخرين لي					
10	لمرض آثار مادية خطيرة					
11	يسبب لي مرضي مشاكل مع أهلي وأصدقائي					
12	أستطيع القيام بأمور كثيرة للتحكم في أعراض مرضي					
13	تحسن حالتي أو تدهورها مرتبط بتصرفاتي (سلوكاتي)					
14	مسار مرضي مرتبط بي أنا					
15	مهما فعلت فلن أؤثر في مسار مرضي					
16	لدي القدرة في التأثير على مسار مرضي					
17	ما سأفعله لن يؤثر على تطور مرضي					
18	سوف يتحسن مرضي مع الوقت					

19	هناك القليل جدا مما يمكن القيام به لتحسين مرضي					
20	سيكون العلاج فعالا في شفاء مرضي					
21	يمكنني تجنب الآثار السلبية لمرضي عن طريق العلاج					
22	يمكنني السيطرة على مرضي عن طريق العلاج					
23	لا شيء يمكنه أن يساعدني					
24	أعراض مرضي تحيرني					
25	يشكل مرضي لغزا بالنسبة لي					
26	انا لا أفهم مرضي					
27	لا أجد عندي معنى لمرضي					
28	لدي فهم وصورة واضحة عن حالتي					
29	تتغير أعراض مرضي كثيرا من يوم لآخر					
30	أعراض مرض ي تظهر وتختفي دوريا					
31	لا يمكنني التنبؤ بمرضي					
32	تمر على فترات دورية يتحسن أو يسوء فيها مرضي					
33	أشعر بالاكتئاب حين أفكر في مرض ي					
34	عندما أفكر في مرضي أشعر بالضيق					
35	مرضي يجعلني أشعر بالغضب					
36	مرضي لا يقلقني					
37	إصابتي بهذا المرض جعلتني أشعر بالقلق					
38	مرضي يجعلني أشعر بالخوف					

نريد أن نعرف أريك في سبب مرضك، لكل إنسان نظرة خاصة به ويهمنا أن تحدد الأسباب التي تعتقد أنها تسببت لك في هذا المرض بغض النظر عن أري الأطباء أو الأشخاص الآخرين أو الأصدقاء:

الرقم	السبب	موافق تماما	موافق	لا أدرى	لست موافق	لست موافق تماما
01	المشاكل والضغوط					
02	أسباب وراثية وعائلية					
03	جراثيم أو سمو م					
04	نوعية الغذاء					
05	التدخين					
06	الوزن الزائد					
07	نقص المناعة					
08	كبر السن					
09	قلة النشاط والرياضة					
10	سلوك الإنسان وشخصيته: سلوكي الشخصي					

11	عدم الالتزام بالعلاج من قبل					
12	الإرهاق بسبب العمل الزائد					
13	الصدفة أو الحظ السيء					
14	حالتي العاطفية					
15	المشاكل العائلية					
16	الحوادث والجروح					
17	الذنوب والسيئات					
18	القضاء والقدر					



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique

Université Ain Témouchent Belhadj Bouchaib
Faculté des lettres et des langues et des sciences sociales

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

عين تموشنت في: 2026/02/10

طلب ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

إلى السيد(ة)/
المديرة الفرعية للموارد البشرية أحمد مغربي ع ت

نرجو منكم التفضل بقبول استقبال الطالب:

الاسم واللقب (ة) : حاج عاشور اسراء

تاريخ ومكان الميلاد: 2003/10/14

المسجل في: السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي

وذلك من أجل إجراء تربص ميداني داخل مصالحكم. يهدف هذا التربص إلى تدعيم التكوين بتطبيق المعارف النظرية التي تم تدريسها لهم بالمؤسسة الجامعية.

تاريخ فترة التربص: من: 18 فيفري إلى 28 ماي

الأستاذ(ة) المشرف(ة): أستاذة بن فوزية

خلال هذا التدريب، الطالب ملزم بالامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن.

لعتمد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي وسيدي ، خالص شكرنا وتحياتنا.

رئيس القسم أو المسؤول البيداغوجي

المؤسسة المستقبلة

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب / طريق سيدي بلعباس، ص.ب 284 عين تموشنت – الجزائر
UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADJ BOUCHAIB
BP 284 Route de SIDI BELABBES – AIN TEMOUCHENT-46000 — ALGERIE

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

Université Ain Témouchent Belhadj Bouchaib
Faculté des lettres et des langues et des sciences sociales

عين تموشنت في: 2026/02/08

طلب ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

إلى السيد(ة)/
المدير العام للمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب
المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب

نرجو منكم التفضل بقبول استقبال الطالب:

الاسم واللقب (ة) : دايي رحاوية

تاريخ ومكان الميلاد: 16/01/1992 عين تموشنت

المسجل في: سنة ثانية ماستر علم النفس العيادي

وذلك من أجل إجراء تربص ميداني داخل مصالحكم. يهدف هذا التربص إلى تدعيم التكوين بتطبيق المعارف النظرية التي تم تدريسها لهم بالمؤسسة الجامعية.

تاريخ فترة التربص: من: 2026/02/01 إلى 2026/03/01

الأستاذ(ة) المشرف(ة): بن قوبيحة

خلال هذا التدريب، الطالب ملزم بالامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن.

نعتمد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي وسيدي ، خالص شكرنا وتحياتنا.

رئيس القسم أو المسؤول البيداغوجي
مسؤول فريق شعبة تكوين علوم اجتماعية - علم النفس -

المؤسسة الاستقبال

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب / طريق سيدي بلعباس، ص.ب 284 عين تموشنت – الجزائر
UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADJ BOUCHAIB
BP 284 Route de SIDI BELABBES – AIN TEMOUCHENT-46000 — ALGERIE