إدراك المرض ومصدر الضبط والرضا عن الحياة لدى مرضى القلب.

Illness perception and Life Satisfaction and Locus of control for heart Patients

تاريخ الاستلام: 2022/09/13 تاريخ القبول: 2022/12/21 تاريخ النشر: 2022/12/31

بهيـــة بقـــــار [1*]
جامعة عمـــــار ثليجـــي – الأغـــواط (الجزائر)
Email : b.beggar@lagh-univ.dz

عبد الحليم خلفـــي [2]
المركز الجامعي سي الحـــواس – بريـكة (الجزائر)
Email : Abdelhalim.khalfi@cu-barika.dz

الملخص:

تهدف الدراسة لمعرفة العلاقة بين إدراك المرض ومستويات مصدر الضبط الصحي والرضا عن الحياة باستخدام مقياس الدسوقي 1996 ومدى ارتباط ذلك بكل من إدراك المرض باستخدام مقياس (IPQ-R) لموس موريس 2002، ومصدر الضبط الصحي بمقياس والستون 2007 لدى المرضى المشخيصين بأمراض القلب، وذلك باستخدام المنهج الوصفي، على عينة قصدية قوامها 30 مريض بمصلحة الأمراض الباطنية لمستشفى مصطفى بغدادي بتمنراست، وبالاستعانة ببرنامج SPSS, 25، أسفرت النتائج على:

كلما زاد إدراك المرضى لمرضهم ببناء تصورات حول طبيعة مرض القلب وكيفية التعامل معه كلما قلت معاناتهم ومن ثم زادت مستويات الرضا لديهم، كما أن لمصدر الضبط الصحي الداخلي للمرضى دور مهم في زيادة الرضا عن حياتهم، وعدم إرتباط مصدر الضبط الخارجي (الحظ والنفوذ) بالرضا عن الحياة، أما بالنسبة لإدراك المرض فهو الآخر يزيد عند ذوي مصدر الضبط الصحي (الداخلي)، ولا يرتبط بمصدر ضبط الحظ والنفوذ لدى مرضى القلب في تمنراست. تمت مناقشة النتائج من خلال الواقع ونموذج المعنى المشترك لليفنثال.

الكلمات المفتاحية: *إدراك المرض ، مصدر الضبط الصحي ، الرضا عن الحياة ، مرض القلب.*

Abstract:

The current study aims to find out the relationship between the illness perception and the dimensions of the Locus of control and life satisfaction using the Desouki Scale 1996 and the extent to which this is related to each of the illness perception using (IPQ-R) Mos. Morris Scale 2002, and the Locus of control on the Wellston scale 2007 among diagnosed heart patients, using the descriptive approach, on an intended sample of 30 patients in the Department of Internal Medicine at Mustafa Baghdadi Hospital in Tamanrasset, and using the SPSS 25 program, the hypotheses resulted the following:

The more patients become aware of their disease by building perceptions about the nature of heart disease and how to deal with it, the less they suffer, and the higher their levels of satisfaction. The source of internal health control for patients also has an important role in increasing satisfaction with their lives, The external source of control (luck and influence) is not related to life satisfaction, As for illness perception, it also increases in those who have the (internal) Locus of control. There is no relationship to the Locus of control for luck and influence among heart patients in Tamanrasset.

The results were discussed by the reality and Leventhal Common- Sense model.

Keywords: *Illness perception– Life Satisfaction -Locus of control- heart patients.*

[*] المؤلف المرسل: بهيـــة بقـــــار

مجلة البحوث والدراسات الإنسانية المجلد 16/ العدد 02 –السنة 2022 ص ص 299-324
EISSN : 2588-2317 ISSN : 1112-8151

المقدمة:

الأمراض المزمنة في ازدياد مطرد حتى أنها سجلت عام 2020 نسبة 80% من عبئ المرض في البلدان النامية، حيث ستنصب الجهود من أجل خفض التكلفة الكبيرة التي يفرضها الإزمان وعبئه النفسي والمادي وإرهاقه للعائلات والمجتمع واقتصاد الدول، وهو الأمر الذي يفرض عليهم مجتمعين إيجاد خطط للتدبير العلاجي لمثل هذه الحالات لكي لا يقتصر على معالجة الأعراض عند ظهورها فقط (منظمة الصحة العالمية، 2002، ص1).

فهذا العبئ إمتد تأثيره إلى المؤسسات المشرفة على الصحة كالهياكل والكوادر المرهقة وتكاليف الأدوية دون إحداث نتائج صحية فعالة، فلهذه النتائج عدة مخرجات منها المباشرة وهي عدم إدراك المرضى لمرضهم وعدم رضاهم عن حياتهم وعن الخدمات الصحية المقدمة، فيحاولون إعطاءه صورة واعتقاد خاص بهم على أمل معايشته ومسايرته، كما قد يأخذ مسارا معاكسا من خلال الهروب من المرض بالإستسلام للألم وهو الأمر الذي يزيد من معاناتهم، وخاصة في بداية الإصابة أين تكون أساليب التدبر غير واضحة ومتخبطة غالبا.

حيث يؤكد المجدلاوي عام 2012 أن تعرض الأفراد للإصابة بمثل هذه الأمراض يقلل من مستوى رضاهم عن الحياة، وخصوصاً لدى الأفراد الذين هم في حالة نشاط، فتؤديمثل هذه الأمراض إلى عدم قدرتهم على ممارسة حياتهم وأعمالهم بشكل طبيعي، وعدم قدرتهم على إشباع حاجاتهم الجسمية والاقتصادية، وهو الذي يحرمهم العديد من الحاجات، ويشعرهم بالإحباط، والقلق، وسوء التوافق، واليأس والنظرة التشاؤمية نحو المستقبل، مما يجعلهم غير راضين عن حياتهم، وتظهر لديهم الأعراض النفسجسمية (طشطوش، 2015، ص 451)، والتي قد تكون من مسببات عموم الأمراض المزمنة وخاصة منهما أمراض القلب، حيث تمتد هذه التكلفة إلى الآثار النفسية

الوخيمة على حياتهم، فالرضا عن الحياة *Life Satisfaction* كثيرا ما يرتبط بالصحة النفسية، والتكيف الشخصي والاجتماعي وقد تم حصر العديد من المجالات التي تسهم في تعزيزه والمتمثلة في كل من "الحالة الاقتصادية، والصحية، والعلاقات الأسرية، والصداقات، والعمل المجزي، والمسكن، الأنشطة الترفيهية، وشريك الحياة، والتدين، ووسائل الموصلات، وتقدير الذات، والمستوى التعليمي"، كما تباينت نتائج الدراسات في أي من العوامل التي لها التأثير الحاسم في ارتفاع مستويات الرضا عن الحياة، حيث أشارت بعض منها إلى ارتباط الرضا عن الحياة بالصحة الجسمية كما في دراسة (*Canda*, 2003)، في حين أشارت دراسة شو وشي عام 2002 *Chou & chi,* إلى التأكيد على أنه لا توجد أية علاقة بين الرضا عن الحياة والصحة الجسمية للأفراد (مقدادي، والإبراهيم، 2014، ص 321)، فمن خلال هذا التضارب في النتائج وهذه الندرة في عدد الدراسات التي تناولت متغير الرضا عن الحياة عند المرضى المزمنين عامة ومرضى القلب خاصة زاد الإهتمام بمفهوم الرضا عن الحياة على اعتبار أنه "الدرجة التي يقيم بها الشخص بشكل إيجابي الجودة الشاملة لحياته ككل، أو بمعنى آخر إلى أي مدى يحب الشخص الحياة التي يعيشها (Saris, W.E, Veenhoven, R, 1996, p 17).

وما يزيد من تضارب النتائج نجد دراسة السبيعي عام 2007 التي تؤكد من خلال عنوانها على أن الشعور بالسعادة علاقتها بكل من الرضا عن الحياة والتفاؤل ووجهة الضبط لدى المتزوجات في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، "كالحالة الزواجية، العمر، مستوى التعليم وعدد الأبناء" حيث تكونت عينة الدراسة من 204 سيدة تم اختيارهن عشوائيا بين سن 25- 60 سنة، المستوى الدراسي لديهن بين الثانوية العامة وما فوق، حيث تم بناء مقياس للشعور بالسعادة، كما تم الإستعانة بمقياس دينر

للرضا عن الحياة الذي نقله للغة العربية وقننه العنزي، ومقياس التفاؤل لعبد الخالق 1996، ومقياس وجهة الضبط لجوليان روتر والذي قننه إبن سيديا وترجمه كفافي، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق في درجة السعادة والرضا عن الحياة والتفاؤل تعزى للعمر، بحيث أنه كلما تقدمن في العمر كلما زادت درجتهن على مقياس السعادة والرضا عن الحياة والتفاؤل، كما وجدت علاقة ارتباطية دالة وموجبة بين السعادة ووجهة الضبط (شقورة، 2012، ص 64).

فوجهة الضبط أو مصدر الضبط الصحي الذي تعود جذوره التاريخية لأعمال جوليان روتر عام 1966 في إطار نظرية التعلم الاجتماعي– المعرفي وعن مصدر الضبط "الداخلي/ الخارجي" للسلوك والذي طور في إطار علم نفس الصحة لمصدر الضبط الصحي الذي يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث والمواقف التي يخبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها (عزوز، 2009، ص 05)، حيث نجد أن ذوي الاعتقاد في الضبط الصحي الداخلي يرون أن العوامل الداخلية أو السلوك الفردي على اعتبار أنه هو المسؤول عن صحتهم أو مرضهم، في حين يدرك ذوي الضبط الصحي الخارجي بتأثير "الحظ، أو الآخرين، أو القدر". وعليه فصحتهم تتحكم فيها عوامل أخرى خارجة عن نطاق سيطرتهم، لذلك يتسمون بالعصابية والقلق والسلبية في التفاعل الاجتماعي، على عكس ذوي الضبط الداخلي الذين يميلون أكثر للتوافق النفسي.

حيث ذهبت الدراسات التي تناولته إلى ربطه بعينات ومتغيرات مختلفة حيث نجد العديد من الدراسات ركزت تارة على مصدر الضبط الصحي عند فئات تعاني من الإضطرابات والمشكلات الصحية والعديد من الأمراض المزمنة، على غرار دراسة كل من هالنتوف وزملاؤه عام 2000 *Haltinhof & al* في ألمانيا على عينة من 45 مريضا يعانون من مرض الرعاش العصبي *Parkinsons*، ودراسة ماركس وزملاؤه عام 1986

Marks & al التي تناولت علاقته بالتكيف مع مرض السرطان (يخلف، 2001: 91)، كما ربط مصدر الضبط الصحي بفعالية الذات في دراسة *Hu-ju young,* 2007 ودراسة *Waller & Battes,* 1992 ، ودراسة رحاحلية عام 2010 على مرضى السرطان حيث أكدت جميعها على وجود علاقة بين مصدر الضبط الداخلي وفعالية الذات، كما ربط تأثير الضبط الصحي بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم، في دراسة *Omeje et Nebo* عام 2011 وخلصت نتائجها إلى أن المرضى ذو مصدر الضبط الصحي الداخلي أكثر التزاما بالدواء من ذوي مصدر الضبط الخارجي (قارة، 2015، ص 6- 7).

فهذا الإلتزام، وتلك الإعزاءات مرتبط أساسا بمتغير إدراك المرض؛ والذي يعد مفهوم مرتبط بالنظريات ذات المعنى المشترك Common- Sense Model ونظرية الضبط الذاتي*Self- Regulation Model* وميدان البحث في التصورات المعرفية للمرض للباحث (*Leventhal*) عام 1980 باعتباره يغطي مختلف المعتقدات الشخصية للفرد وهذا لإعطاء معنى للمرض ويكون ذلك من خلال التشخيص أو حين ظهور الأعراض المرضية عنده، ومن ثم يعطي المريض معنى لحياته الجديدة وهذا بعد جمعه لكافة المعلومات حول حالته الصحية (أبركان، 2015، ص 25) إذ يفترض بأن الأشخاص يولدون تصورات معرفية واستجابات إنفعالية إزاء المرض ومحاولة إيجاد طرق لتعزيز إدارة هذه التصورات والاستجابات في شكل جهود للتدبر ومواجهة المرض هذه الجهود تقودهم إلى المنطق العام لسلوكات صحة كزيارة الطبيب وتناول الأدوية، ونوع آخر يعتقد أن أسلوب التعامل مرتبط بنوع التصورات (أبركان، 2015، ص 61) التي يبنيها المريض حول مرضه.

حيث يبرز صاحب النموذج Leventhal عام 1980 إدراك المرض واستراتيجيات التعامل معه؛ بأن الأفراد يبنون تصورات و/ أو تمثلات معرفية ووجدانية لمرضهم لإضفاء معنى رمزي عليه، ومساعدتهم في التحكم في أعراضه وتأثيراته عليه، فيستعين كل مريض في بناء هذه الإدراكات بالمعلومات المتاحة لهم من ثلاثة مصادر رئيسية وهي؛ موزعة بين المعارف المستقاة من التصورات الإجتماعية حول المرض، والمعلومات والمعطيات المقدمة من قبل الأقارب في الأسرة والهيئات الصحية خاصة، ومصدرها الثالث كونها تتشكل من خلال خبرة المريض وكيفية معايشته للمرض والتي تتجلى من أعراضه الحالية أو التي سايرت عملية تطور المرض بما فيها الوسائل العلاجية وطرق التعامل مع المضاعفات الفعالة للمرض، علما أن البناء الشخصي للمريض يعد مؤشرا فعالا لكيفية تفاعله الحالي (Pupat, 2007, p 123).

علما أن هذه التصورات "*Representations*" تقع على مستويين شخصي وآخر إجتماعي؛ فالتصورات الشخصية تقوم بترجمة التصرف المراد القيام به، أما التصورات الإجتماعية فهي مجموعة من التصورات الشخصية التي تعكس نظام القيم والمعايير والمواقف والمعتقدات التي يتم تقاسمها جماعيا، وعليه فالتصورات الشخصية تبنى من خلال خبرات وتفاعلات الفرد في حياته وتنشئته الإجتماعية (أبركان، 2013، ص 371).

2- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

ونظرا لغياب دراسات مباشرة تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة أو حتى في شكل ثنائيات في حدود علم الباحثان، ومن خلال المعطيات السالفة الذكر والمتعلقة بواقع الأمراض المزمنة عامة وأمراض القلب على وجه التحديد في الجزائر ومنطقة تمنراست خاصة وغياب الوعي بها من كافة الشرائح سواء من المرضى أو عائلاتهم، والرضا عن الحياة والنتائج المتناقظة حوله، فضلا عن إعزاءات الضبط الصحي ومستوياته لدى عينات مختلفة، وتداعياتها على مستوى إدراكهم للمرض، ومن خلال

ذلك هل توجد علاقة بين إدراك المرض ومستويات مصدر الضبط الصحي والرضا عن الحياة لدى مرضى القلب في تمنراست؟

- هل مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى القلب مرتفعة؟
- هل توجد علاقة بين الرضا على الحياة وإدراك المرض لدى مرضى القلب؟
- هل توجد علاقة بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي الداخلي لمرضى القلب؟
- هل توجد علاقة بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي للحظ عند مرضى القلب؟
- هل توجد علاقة بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي للنفوذ عند مرضى القلب؟
- هل توجد علاقة بين إدراك المرض والضبط الصحي الداخلي عند مرضى القلب؟
- هل توجد علاقة بين إدراك المرض والضبط الصحي للحظ عند مرضى القلب؟
- هل توجد علاقة بين إدراك المرض والضبط الصحي للنفوذ عند مرضى القلب؟

3- مصطلحات الدراسة:

3. 1- إدراك المرض *Illness perception*: هو إعطاء المريض معنى لحالته الجديدة بعد جمعه لكافة المعلومات والمصادر حول وضعيته الصحية بإتخاذه تصورات معرفية واجتماعية لمرضه.

يعرف إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها مريض القلب على مقياس (*IPQ-R*) للموس موريس عام 2002. والتي تأخذ فيها استجابات الفرد على بنود الاختبار محور عام لإدراك المرض يتضمن سبعة أبعاد وهي: بعد الوقت، دورية المرض، الضبط الصحي، ضبط العلاج، الانسجام مع المرض، نتائج المرض، بعد الصور الانفعالية (أبركان، 2015، ص 21- 22)، وهوية المريض، وأسباب المرض.

3. 2- الرضا عن الحياة *Life Satisfaction*: هو تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها تبعا لنسقه القيمي، ويعتمد هذا التقييم على مقارنته لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته.

ويعرف إجرائيا بالدرجة المتحصل عليها مريض القلب على مقياس الرضا عن الحياة لمجدي الدسوقي (قنون، 2015، ص 127).

3.3- مصدر الضبط: (*Locus of control*) الطريقة التي يدرك بها الفرد العوامل المسببة لنتائج سلوكه سواء كانت هذه النتائج مُرضية كالثواب بجميع أنماطه، أو غير مُرضية كالعقاب بجميع أشكاله، أهي كامنة في نفسه أم صادرة عن ظروف وأحداث خارجية هي فوق قدرته وطاقته وإمكانياته (أفنان، 2007، ص 445).

ويعرف إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على مقياس الضبط الصحي المستخدم في الدراسة الحالية.

4- أهية الدراسة:

- الوقوف على وضعية مرضى القلب في منطقة تمنراست من خلال أدوات الدراسة الحالية، لأنهم يتميزون من خلال الملاحظة والمقابلات بالخلو من كل مظاهر ومؤشرات الضغوط النفسية، من جهة ومن جهة أخرى يتميز سكانها خاصة بالهدوء والسكينة وراحة البال.

- إبراز متغير إدراك المرض ودراسة مدى إرتباطه بمرضى القلب فضلا عن علاقته بكل من الرضا عن الحياة ومصدر الضبط الصحي.

- خصوصية الأمراض المزمنة وخاصة أمراض القلب بالنسبة لسكان منطقة تمنراست نتيجة حداثة إنتشار هذه الأمراض من جهة ومن جهة أخرى غياب الوعي والثقافة الصحية لديهم حول سبب نشوء مثل هذه الأمراض وطرق التعامل معها، وتدني المستوى التعليمي لدى عموم أفراد العينة.

5- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- التعرف على مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى القلب في منطقة تمنراست.
- التعرف على العلاقة بين الرضا على الحياة وإدراك المرض المزمن لمرضى القلب.
- التعرف على علاقة الرضا عن الحياة بمستويات الضبط الصحي (الداخلي، الحظ، والنفوذ) عند مرضى القلب.
- مدى وجود علاقة بين إدراك المرض ومستويات الضبط الصحي (الداخلي، الحظ، والنفوذ) عند مرضى القلب.

6- إجراءات الدراسة الميدانية:

6. 1- منهج الدراسة:

تم اعتماد الدراسة على المنهج الوصفي لكونه الأنسب لموضوع الدراسة الحالية.

6. 2- مجتمع الدراسة:

نظرا لعدم وجود إحصائيات رسمية دقيقة تبين مجموع الأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة على غرار (القلب، وضغط الدم، ...) "مع وجود تقديرات فقط حيث تحصي الجزائر أكثر من عشرة أمراض مصاب بها ما مجموعهم 20 مليون جزائري" (ابركان، 2015، ص 01)، علما أن مثل هذه الإحصائيات نادرة بالنسبة لمنطقة تمنراست، نتيجة لحداثة إنتشار مثل هذه الأمراض في المنطقة وخاصة أمراض القلب.

6. 3- عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بطريقة قصدية، من مرضى القلب المشخصين طبيا والمراجعين لمصلحة الأمراض الباطنية لمستشفى مصطفى بغدادي بتامنغست، حيث قدرت العينة

بـ 30 فرد، 21 إناث، 09 ذكور، تتراوح أعمرهم بين (33- 80) سنة، وفقا للخصائص التوزيعية التالية:

جدول رقم (01) يبين توزيع عينة الدراسة بحسب متغيرات الدراسة.

المتغير	فئة المتغير	العدد	النسبة المؤوية
العمر	أقل من 39 سنة	12	40 %
	أكبر من 40 – 59 سنة	09	30 %
	أكبر من 60 سنة	09	30 %
عدد الأبناء	أقل من 4 أبناء	12	40 %
	أكثر من 5 أبناء	18	60 %
المستوى التعليمي	المستوى الأمي	18	60 %
	المستوى المتعلم	12	40 %
مدة الإصابة	سنة فأقل	06	20 %
	من سنة إلى ثلاثة سنوات	12	40 %
	من أربعة إلى ستة سنوات	09	30 %
	من سبعة إلى عشرة سنوات	03	10 %
المجموع		30	% 100

الجدول من إعداد الباحثين.

6. 4– حدود الدراسة:

تم تطبيق الدراسة في الإطار الحدود الزمانية "بين بداية شهر نوفمبر 2016 إلى غاية نهاية شهر جانفي 2017" أما الحدود المكانية فقد تمت بمستشفى مصطفى بغدادي بتامنغست، وبمصلحة الأمراض الباطنية.

6. 5– أدوات الدراسة:

تم تطبيق مقاييس الدراسة الحالية من خلال العديد من المقابلات العيادية بسبب المستوى التعليمي المنعدم "أميين" أما باقي العينة فقد تم توزيع الإستبيانات عليها.

6. 5. 1– مقياس مصدر الضبط الصحي وخصائصه السيكومترية:

تم إعداد المقياس في إطار نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر عام 1966، وقد لاحظ معدو الاختبار على الذين تم تشخيصهم حديثا بالإصابة بالسكري أن الأطباء يصرون على كون المريض مسؤول عن حالته الصحية، وينصحون مرضاهم بتبني اتجاه داخلي للضبط، وهو ما شجعهم على إعداد مقياس لمصدر الضبط الصحي، وقد نقل معدو المقياس اهتمامهم إلى المؤتمر السنوي للجمعية النفسية الأمريكية في سان فرانسيسكو حيث قدم والستون ومعاونوه ورقة حول التربية الصحية وبرنامجا للتدريب حول الضبط الداخلي (خلفي، 2013، ص 274).

لقد وضع المقياس كلا من بربرا وكينيث والستون (1974، 1978) والذي يهدف إلى قياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم وكشف تقديراتهم حول صحتهم ويعرف هذا المقياس باسم (*Multidimensionnel Health Locus of Control Scale*) فهو يتكون من 18 عبارة من عبارات التقدير الذاتي يتم الإجابة عليه بطريقة سلم ليكرت من 5 درجات تبدأ من موافق بشدة إلى معارض بشدة تنصب في 3 أبعاد.

1- البعد الداخلي لمركز ضبط الصحة وبتضمن 6 بنود (1، 6، 8، 12، 13، 17).
2- بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الصحة ويتضمن 6 بنود (3، 5، 7، 10، 14، 18).
3- بعد الحظ لمركز ضبط الصحة ويتضمن 6 بنود (2، 4، 9، 11، 15، 16).

وتعتبر الدرجات المحصل عليها في كل مقياس على اتجاه الفرد في مصدر ضبطه الصحي، تم ترجمة المقياس إلى العربية من قبل جبالي نور الدين– الجزائر، وقد كانت نسب الصدق والثبات مرتفعة جدا، وذلك بحساب الصدق التكويني والذي تم حسابه من خلال معامل الارتباط الخطي لكارل بيرسون بين كل من البند والدرجة

الكلية لكل بعد وقد كانت النتائج مرتفعة، حيث تراوحت بين 0,65 و0,75 وهي دالة إحصائيا عند مستوى 0,05 و0,01.

أما الثبات فقد تم حسابه بمعادلة ألفا كرومباخ والتي بلغت 0,69 للداخلي، 0,65 للحظ و0,63 لنفوذ الآخرين (خلفي، 2013، ص 274).

6. 5. 2- مقياس إدراك المرض وخصائصه السيكومترية:

من خلال المقابلات العيادية مع المرضى تم تمييز تصورات المرض والتي أرجعها لفنثال في نموذجه النظري المسمى الضبط الذاتي والذي من خلاله تم بناء إختبار للإدراك المرضي (*IPQ-R*)، والذي يبين العلاقة بين مختلف الأبعاد التي تمثل إدراك المرض وخاصة الفرضية التي تربط بين إدراك المرض مع بعض الإستراتيجيات النفسية المستعملة على نطاق واسع، الأمر الذي أدى إلى ظهور النسخة المعدلة والذي قدمه موس مورسي عام 2002 والذي يرتبط ببعدي الضبط/ الشفاء والذي قسمه إلى قسمين: الأول يقيم الضبط الذاتي أو الشخصي للمريض ومشاعر الكفاءة الذاتية أما الثاني فيقيس معتقدات المريض حول العلاج أو آراء المختصين في الصحة كالطبيب أو مقدم الرعاية الطبية، ويختلف الإختبار المعدل عن الأصلي في زيادة بعض البنود المتعلقة بالبعد الزمني (حاد/ مزمن)، وزيادة في بنود بعد دورية المرض، كما نجد البعد الذي يمثل الهوية والذي يميز التصورات الشخصية حول الخبرات، حيث يتكون الاختبار المعدل من 38 بند ومقسم إلى سبعة مستويات؛ البعد المتعلق بزمنية المرض، ودورية المرض، ونتائج المرض، والضبط الذاتي، ضبط العلاج، الإنسجام مع المرض، والصور الإنفعالية، كما تقيم كل البنود إيجابيا ما عدا كل من البند 1، 4، 6، 13، 20، 22، 23، 27، 28، 29، 30، 31، 36 عكسيا، ويحتوي الإختبار المعدل على بنود تكون فيها الإجابة على سلم ليكرت بخمسة نقاط حسب الدرجات: 5 أوافق تمام، 4 أوافق، 3 حيادي، 2 لا أوافق، 1 لا أوافق تماما.

أما الجزء الآخر من المقياس فيشمل الإجابة بنعم أو لا حول مجموعة من خبرات المريض إزاء أعراضه، ومجموع الإجابات بنعم تمثل سلم هوية المريض، والأبعاد السببية

للمرض ممثلة في سلم مستقل يحتوي على 18 بند تكون فيه الإجابة على سلم ليكرت بخمسة نقاط كما هو الشأن بالنسبة ل *IPQ-R* (أبركان، 2015، ص 74- 75).

6. 5. 2. 1- صدق المحكمين:

قام الصالح أبركان بعرض المقياس بعد ترجمته من لغته الأصلية "الإنجليزية" إلى اللغة العربية على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس والمتقنين للغة الإنجليزية في كل من جامعة باتنة وسطيف وبسكرة، للكشف عن مدى ملائمتها، وكذا مدى سلامة ووضوح صياغة عباراته اللغوية للبنود، وقد أظهرت النتائج درجة عالية من إتفاق المحكمين حيث تراوحت بين 80 و100%.

6. 5. 2. 2- الثبات: تم حساب ثبات مقياس إدراك المرض بمعامل آلفا كرونباخ.

جدول رقم (02) يبين نتائج حساب الثبات لأبعاد مقياس إدراك المرض باستخدام معامل آلفا كرونباخ.

الأبعاد	معامل آلفا كرونباخ	بنود كل بعد	أرقام البنود لكل بعد
زمنية المرض	0,80	6	1، 2، 3، 4، 5، 6.
نتائج المرض	0,57	6	11، 12، 13، 14، 15، 16
الضبط الذاتي	0,45	6	17، 18، 19، 20، 21، 22
ضبط العلاج	0,58	5	23، 24، 25، 26، 27
الانسجام مع المرض	0,80	5	28، 29، 30، 31، 32
دورية المرض	0,54	4	7، 8، 9، 10
الصور الإنفعالية	0,80	6	33، 34، 35، 36، 37، 38
هوية المريض	0,77	14	مقياس مستقل 13 بند.
أسباب المرض	0,88	18	مقياس مستقل 18 بند.

المصدر: (أبركان، 2015، ص 76- 77).

من خلال الجدول يتبين أن كل الدرجات الممثلة لكل بعد مقبولة وتعكس ثبات الإختبار

6. 5. 3- مقياس الرضا عن الحياة وخصائصه السيكومترية: أعده مجدي الدسوقي عام 1996، يتكون من 29 عبارة تقيس عدة أبعاد هي السعادة، الإجتماعية، الطمأنينة، الإستقرار النفسي، التقدير الإجتماعي، القناعة، له خمسة بدائل هي (تنطبق تماما- 5، تنطبق - 4، أحيانا - 3، لا تنطبق -2، لا تنطبق أبدا - 1).

6. 5. 3. 1- الصدق التمييزي: استعملنا صدق المقارنة الطرفية للتأكد من الصدق التمييزي له، حيث قمنا بترتيب النتائج تصاعديا وقسمناها إلى فئتين عليا ودنيا بنسبة 27% لكل فئة والجدول.

جدول رقم (03) يبين نتائج إختبار "ت" لحساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية.

الفئة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العليا	30,45	10,68	9,44	0,01
الدنيا	68,18	9,65		

المصدر: (قنون، 2015، ص 39- 40).

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة "ت" تساوي 9,44 وهي دالة إحصائيا عند مستوى 0,01، مما يدل على صدق الإختبار.

6. 5. 3. 2- الثبات بالتطبيق وإعادة التطبيق: حيث أعيد التطبيق على نفس العينة بعد خمسة عشرة يوما من التطبيق الأول، على عينة مكونة من 40 فرد، حيث كانت قيمة معامل الإرتباط بيرسون "ر" هو 0,80 وهو دال على ثبات المقياس (قنون، 2015، ص 39- 40).

6. 6- المعالجة الإحصائية:

تم الإستعانة بالبرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية *SPSS, 25* من أجل الإجابة على تساؤلات الدراسة، وبالإستناد للإحصاء البارامتري كالإرتباط الخطي لكارل بيرسون.

7- عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

7. 1- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:تنص الفرضية الأولى على ما يلي: مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى القلب منخفض.

ولإختبار هذه الفرضية تم الإستعانة بالوسط الفرضي لإستبيان الرضا عن الحياة والمقدر بـ "87" حيث أسفر عن ما يلي:

جدول رقم (04) يبين كل من المتوسط الحسابي للعينة والوسط الفرضي للإستبيان.

العدد "ن"	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الفرضي
30	99,40	27,83	87

من إعداد الباحثين.

يتبين من الجدول رقم (04) أن مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة مرضى القلب مرتفع، حيث قدر المتوسط الحسابي 99,40 في حين أن المتوسط الفرضي للإستبان هو 87 وعليه فمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى القلب مرتفع.

7. 2- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تنص الفرضية على ما يلي:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة وإدراك المرض لدى العينة.

ولاختبار هذه الفرضية، تم الاستعانة بمعامل الإرتباط البسيط لبيرسون.

جدول رقم (05) يبين نتائج معامل الإرتباط لبيرسون بين الرضا عن الحياة وإدراك المرض.

المتغيرات	إدراك المرض	الرضا عن الحياة
إدراك المرض		$0,828^{**}$
الرضا عن الحياة	$0,828^{**}$	

** تعني أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0,001.

يتبين من الجدول رقم (05) أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والرضا عن الحياة لدى الأفراد من ذوي أمراض القلب عند مستوى 0,001، وهذا ما يعني أن الفرضية تحققت.

7. 3– عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة والرابعة والخامسة:

تنص الفرضية الكلية الثالثة على ما يلي:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة ومستويات أو مصادر الضبط الصحي (الداخلي، الحظ، والنفوذ) عند مرضى القلب.

ولاختبار هذه الفرضية، تم إستخدام معامل الارتباط بيرسون بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي بمستوياته لدى عينة الدراسة من المرضى.

جدول رقم (06) يبين نتائج معامل الارتباط لبيرسون بين الرضا عن الحياة ومستويات الضبط الصحي.

المتغيرات	الضبط الصحي الداخلي	الضبط الصحي للحظ	الضبط الصحي للنفوذ
الرضا عن الحياة	0,609**	0,163-	0,256

** تعني أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0,001.

يتبين من الجدول رقم (06) أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة وذوي الضبط الصحي الداخلي للسلوك عند مستوى 0,001، كما أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي للحظ والذي قدر بـ (0,310–)، كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي للنفوذ والذي قدر بـ (0,118)، وهذا يعني أن الفرضية الثانية تحققت، فيما لم تتحقق الثالثة والرابعة.

7. 4– عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة والسابعة والثامنة:

تنص الفرضية الكلية الرابعة على ما يلي:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض ومستويات الضبط الصحي (الداخلي، الحظ، والنفوذ) عند أفراد العينة من مرضى القلب.

ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام معامل الارتباط الخطي لبيرسون بين إدراك المرض والضبط الصحي لدى عينة الدراسة من مرضى القلب.

جدول رقم (07) يبين نتائج معامل الارتباط لبيرسون بين إدراك المرض والضبط الصحي.

المتغيرات	الضبط الصحي الداخلي	الضبط الصحي للحظ	الضبط الصحي للنفوذ
إدراك المرض	- 0,702**	0,218	- 0,269

** تعني أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0,001.

يتبين من الجدول رقم (07) أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والضبط الصحي الداخلي وهي علاقة عكسية ودالة عند مستوى 0,001، كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والضبط الصحي للحظ، ولا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والضبط الصحي للنفوذ، وهذا ما يعني تحقق الفرضية الخامسة وعدم تحققت الفرضية السادسة والسابعة.

8- مناقشة النتائج: في حدود علمنا لا توجد دراسات سابقة مباشرة تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة.

8. 1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

توصلت الفرضية الأولى ومن خلال الجدول رقم (04) أن مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة مرضى القلب مرتفع، حيث قدر المتوسط الحسابي 99,40 في حين أن المتوسط الفرضي للإستبان هو 87 وعليه فمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى القلب مرتفع.

هذا ما يعني أن أفراد العينة من مرضى القلب قد توافقوا وتكيفوا مع وضعية الإزمان في إصابتهم، وأصبح لديهم تقدير عام لنوعية حياتهم، وهذا إنطلاقا من حكمهم الشخصي المبني على معايير تم انتقائها من الجوانب المعرفية، وتحقيقا لتطلعاتهم المستقبلية وهذا وفقا لتناول أحمد عبد الخالق للرضا عن الحياة، والنتيجة الحالية تتعارض ولا تتفق مع ما توصل إليه من عديد الدراسات حول تأثير درجة ومدة الإصابة بالمرض في مستويات الرضا (طشطوش، 2015، ص 450).

8. 2- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

توصلت الفرضية الثانية ومن خلال الجدول رقم (05) أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والرضا عن الحياة قدرت بـ (0,828**) لدى الأفراد من ذوي أمراض القلب عند مستوى دلالة 0,001، مما يعني أنه كلما زاد إدراك المرض كلما زادت مستويات الرضا عن الحياة والعكس صحيح، "كما يرتبط الرضا عن الحياة بكل من التقبل والتوقع، فكلما زاد تقبل الفرد لوضعه كلما زادت مستويات الرضا لديه، وكلما كان توقع الفرد إيجابيا كلما كانت مستويات رضاه عن حياته أعلى" (شقورة، 2012، ص 38).

8. 3- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الكلية الثالثة (الثالثة والرابعة والخامسة):

بينت النتائج في الجدول رقم (06) أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي الداخلي للسلوك عند مستوى 0,001، ومن خلال هذه النتيجة يربط صلاح مخيمر عام 1978 التوافق النفسي بالرضا عن الحياة بواسطة الرضا بالواقع المستحيل على التغيير (على غرار وضعية الإزمان) من جهة، ومن جهة ثانية تغيير للواقع القابل للتغيير، حيث يرى أن عملية التوافق النفسي التي تعد من أهم مؤشرات الرضا عن الحياة تتضمن إما تضحية الفرد بذاتيته نزولا عند مقتضيات العالم الخارجي وثمنا للسلام الإجتماعي (الضبط الخارجي)، أو تتضمن تشبث الفرد بذاتيته وفرضها على العالم الخارجي (الضبط الداخلي للسلوك) (شقورة، 2012، ص 38)، وهذا إقرار بفاعلية ودور الضبط الداخلي على اعتبار أن الفرد وعن طريق سلوكه الفردي هو المسؤول عن إدراك وضعيته الصحية ومن خلال ذلك التأثير في مستويات رضاه عن حياته.

كما أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي للحظ والذي قدر بـ (-0,310)، والذي يعني أن اعتقادات الأفراد بأن

وضعيتهم المرضية هي محصلة الحظ والصدفة لا ترتبط برضاهم عن حياتهم، فهم يعتقدون أنهم تحت رحمة الظروف وغير قادرين على السيطرة والتحكم بالأحداث التي تمر بهم، كما أنهم أكثر مسايرة وأقل ثقة بالنفس مترددين وحذرين في تفكيرهم ولا يملكون القدرة على توجيه الذات أو ضبط النفس كما أشارت دراسة هنتراس وشارف *sharf & heuntras* (عليوة، 2015، ص 61).

كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي للنفوذ والذي قدر بـ (0,118)، حيث يرتبط هذا الأخير بمفهوم المرض والإزمان ويتحكم فيها الآخرون كالأسرة والأطباء والممرضين ومع ذلك لا يؤمن بها المرضى في منطقة تمنراست لأن إعزائاتهم كلها مبنية على أن أحد أقاربهم قد أصيب بأحد أنواع مرض القلب، والتي كما أشرنا سابقا من خلال المقابلات تغيب عندهم مؤشرات الضغوط بكل أنواعها، على خلاف الرضا عن الحياة الذي يرتبط في كثير من الأحيان بمفهوم القضاء والقدر عند أفراد العينة، وتتعارض هذه النتيجة ودراسة السبيعي عام 2007 والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين السعادة والرضا ووجهة الضبط الصحي عند عينة من النساء السويات (شقورة، 2012، ص 64) فالرضا عن الحياة يعني تحمس الفرد للحياة والإقبال عليها، والرغبة الحقيقية في عيشها.

8. 4- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الكلية الرابعة (السادسة والسابعة والثامنة):

توصلت النتائج في الجدول رقم (07) إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والضبط الصحي الداخلي عند مستوى 0,001، فعينة مرضى القلب في تمنراست ومن خلال أبعاد إدراك المرض ومن خلال كل من البعد المتعلق بزمنية المرض، ودورية المرض، ونتائج المرض، والضبط الذاتي، ضبط العلاج،

الإنسجام مع المرض، والصور الإنفعالية ترتبط بالضبط الصحي الداخلي، تتفق هذه النتيجة مع دراسة *Omeje et Nebo* عام 2011 التي ربطت تأثير الضبط الصحي بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم، وخلصت نتائجها إلى أن المرضى ذو مصدر الضبط الصحي الداخلي أكثر التزاما بالدواء من ذوي مصدر الضبط الخارجي (قارة، 2015، ص 6- 7)، على اعتبار أن الإلتزام بالدواء من أهم مؤشرات إدراك المرض، كما تتفق ودراسة *Lovwery, Ducette*, 1974, *Ducette*, 1976 على عينة من مرضى السكري، حيث أكدوا أن لدى ذوي مصدر الضبط الداخلي معلومات عن حالتهم الصحية وأنهم أكثر إتباعا للسلوكات الصحية مقارنة بالمرضى ذوي مصدر الضبط الخارجي (قارة، 2015، ص 32).

كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والضبط الصحي للحظ، فبعد الضبط الصحي للحظ ينتمي للضبط الخارجي فبالرغم من كون معظم أفراد العينة أميين إلا أنهم لديهم من القدرات المعرفية ما يؤهلهم لتصور أبعاد ومصادر ومكونات الضغط النفسي عن المريض القلب، ومن جهة ثانية غياب الثقافة الصحية لديهم إلا أن دور وأهمية ومكانة الحظ غير موجودة، حيث تتفق نتائج الدراسة الحالية مع بعض النتائج التي توصلت إليه دراسة *Lovwery, Ducette*, 1974, *Ducette*, 1976 المذكورة أعلاه.

كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والضبط الصحي للنفوذ، وهي نتيجة مخالفة لما توصلت إليه دراسة *Gillibrand & fiynn* عام 2001 التي هدفت لوصف العلاقة بين إدراك المصابين لمصدر الضبط الصحي والإصابة بالسكري، على عينة مكونة من 18 مريضا راشدا، وقد كشفت النتائج أن السكريين يتمتعون بمصدر ضبط خارجي على بعد نفوذ الآخرين، وذلك لإعتمادهم على توجيهات الأطباء أكثر (عليوة، 2015، ص 15)، وذلك عكس عينة الدراسة الحالية التي

يغيب عندهم الإتصال بكل أشكاله حتى اللغوي مع الأطباء والطواقم الطبية لكون معظمهم لايتقنون اللغة العربية إلا نادرا، وذلك لأسباب مرتبطة أساسا بالثقافة والتربية الصحية.

9- الاستنتاج العام:

من خلال النتائج المتوصل إليها من الفرضيات التي تقر في مجموعها على أنه كلما زاد إدراك المرضى لمرضهم ببناء تصورات مقبولة ومعقولة حول طبيعة مرض القلب وكيفية التعامل معه كلما قلت معاناتهم ومن ثم زادت مستويات الرضا والسعادة لديهم، كما أن لمصدر الضبط الصحي الداخلي عند مرضى القلب دور مهم في زيادة الرضا عن حياتهم، وعلى العكس من ذلك بالنسبة لعدم إرتباط مصدر الضبط الخارجي (الحظ والنفوذ) بالرضا عن الحياة، أما بالنسبة لإدراك المرض فهو الآخر يزيد عند ذوي مصدر الضبط الصحي (الداخلي)، ولا يرتبط بمصدر ضبط الحظ والنفود عند عينة من مرضى القلب في تمنراست.

فهذه النتائج تتماثل إلى حد كبير مع نموذج المعنى المشترك أو المنطق العام لتصورات المرض (*Common-Sense Model* (*CSM*) ومن خلاله نموذج الضبط الذاتي (*Self- Regulation Model* (*SRM*) الذي دافع عنه ليفنثال وماير ونيرنز عام 1980 بمعنى أنه ما يزال صامدا أمام التحولات العلمية والبحثية ولذلك يعد من ركائز النماذج المفسرة في علم نفس الصحة خاصة، والذي يعد أساس مرجعي نستطيع العمل من خلاله على مختلف المجالات، مع نماذج مفاهيمية أخرى متقدمة ومستندة لأساليب تحليلية عميقة في علم الانتروبولوجيا الطبية خاصة وعلم الإجتماع الطبي والصحي.

فهذا النموذج يرى أن الفرد عبارة عن عامل نشط وعازم على حل مشاكله الخاصة المتعلقة بالصحة والمرض وتبني تصوراته إزاء مشكلتي الصحة والمرض فهي دليل لإعداد مخطط عملي فعلي للتكيف مع الحالة المرضية (أبركان، 2013، ص 371).

هذا في الوقت الذي يتآلف فيه مع تقييم مستوى الرضا عن الحياة على اعتبار أنه من أهم المداخل العملية في مجال تقييم الخدمات النفسية الصحية للمصابين بالأمراض المزمنة على غرار مرضى القلب لأنه كلما زاد المستوى انعكست آثاره على تقبل البرنامج العلاجي أو الإرشادي أو التكفلي، "لأن الرضا عن الحياة لدى المرضى أصبح مرتبطا بمدى إلتزامهم بالبرامج العلاجية المقدمة لهم، إضافة إلى ذلك فقد أصبح أيضا أحد المخرجات الرئيسية التي تهدف معظم البرامج العلاجية لتحقيقها لدى المرضى" المزمنين خاصة (طشطوش، 2015، ص 450).

الخاتمة:

توصلت الدراسة إلى أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى القلب مرتفعة. كما توصلت أيضا إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا على الحياة وإدراك المرض المزمن عند مستوى 0,001. كما تأكدت من وجود علاقة بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي الداخلي للمرضى عند مستوى دلالة 0,001. كما تم التأكد أيضا من وجود علاقة بين إدراك المرض والضبط الصحي الداخلي عند مستوى 0,001.

في الوقت الذي لم يتم التأكد من وجود علاقة بين الرضا عن الحياة والضبط الصحي للحظ وللنفوذ عند المرضى القلب. وعدم وجود علاقة أيضا بين إدراك المرض والضبط الصحي للحظ وللنفوذ لدى مرضى القلب.

فإدراك المرض لدى مرضى القلب يتمثل هذا التقدير الذي يأخذ شكل الأبعاد التصورية ذات الطبيعة الإنفعالية للمرض، والضبط الشخصي للمريض، والظروف الخاصة بالمرض، والحالة الزمنية للمرض كونه حاد أو مزمن، كل هذه العوامل تقوم بتحديد حالة المريض، إذ تتداخل مع بعضها البعض لتشكل مفهوم إدراك المرض (أبركان، 2013، ص 372)، فلهذا المفهوم إذا بعد إجتماعي مرتبط بكينونة الفرد خاصة، والتي لا يمكن فصلها عن الرضا عن الحياة التي تعد حالة معرفية، تستند على حكم الفرد وتشير إلى كيفية تقييمه للحياة ككل (Tsou and Lui, 2001, p269).

وانطلاقا من النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية فإنه يمكن العمل على التوصيات التالية:

- العمل على توسيع البحث على مجموعات مختلفة من مرضى القلب وعينات أوسع من أجل الوصول إلى تعميم النتائج على النموذج الحالي وباقي النماذج السابق ذكرها، وفتح آفاق البحث في علم نفس الصحة.
- بناء برامج علاجية لتنمية الضبط الصحي الداخلي وإدراك المرض للتنمية الصحية لدى عينات من مرضى القلب بمختلف تشخيصاتهم.
- بناء برنامج إرشادي لتنمية الصحة النفسية لمرضى القلب في الجزائر.

قائمة المراجع:

01- أبركان، الصالح. (2014- 2015). إدراك المرض أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بالمرض المزمن، دراسة ميدانية بولاية باتنة. أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة باتنة، الجزائر.

02- أبركان، الصالح. (2013). إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي (السيليلوز). مجلة الدراسات التربوية والنفسية– جامعة السلطان قابوس، 07، (03)، ص ص (370- 385).

03- عزوز، إسمهان. (2014- 2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة باتنة، الجزائر.

04- أفنان، نظير دروزه. (2007). العلاقة بين مركز الضبط ومتغيرات أخرى ذات علاقة لدى طلبة الدراسات العليا في كلية التربية في جامعة النجاح الوطنية. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، 15، (01)، ص ص (443- 464).

05- يخلف، عثمان. (2001). علم نفس الصحة. ط1. دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع: قطر.

06- شقورة، يحي عمر شعبان. (2012). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة. ماجستير غير منشورة في علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

07- مقدادي، يوسف. الإبراهيم، أسماء. (2014). الصّلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن، مجلة المنارة. 20، العدد (2 ب)، الأردن، ص ص (317- 340).

08- عليوة، سمية. (2014- 2015). علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية المدركة بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول. أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة باتنة، الجزائر.

09- خلفي، عبد الحليم. (2013). أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتمنراست. مجلة كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية. (العدد 13)، جامعة ورقلة، ص ص 269- 284.

10- منظمة الصحة العالمية. (2002). الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة، ركائز العمل. تقرير عالمي، لدائرة الأمراض غير السارية والصحة النفسية / *www.Who.org/ar* تاريخ الإسترداد (15- 12- 2016).

11- قارة، السعيد. (2014- 2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة باتنة، الجزائر.

12- قنون، خميسة. (2012- 2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى السرطان. دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة باتنة، الجزائر.

13- طشطوش، رامي عبد الله. (1015). الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد 11، (04)، ص ص (449- 467).

14- Saris, W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C. & Bunting B. (1996). 'A comparative study of satisfaction with life in Europe. Eötvös University Press, ISBN963 463 081 2, pp. 11-48.

15- Pupat, Adeline. (2007). la perception de la maladie et le coping chez la personne fibromyalgies. these, université de Toulouse – le- Mirail, France.

16- Tsou, Meng-wen . Liu, jin- Tan. (2001). Happiness and Domain Satisfaction in Taiwan, Journal of happiness, 2(3), p p 269- 288.