التذمر الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة

م.م. هدى كاظم جارة

huda93kadhim@gmail.com

هيئة البحث العلمي/ مركز البحوث النفسية

الملخص

أستهدف البحث الحالي التعرف على التذمر الصحي ، والتعرف على الفروق في التذمر الصحي وفقاً لمتغير العمر(٣١- ٤٠)، (٤١-٥٠)، (٥١-٦٠) سنة لدى مرضى الأمراض المزمنة في مستشفى بغداد التعليمي، ومستشفى دار التمريض الخاص، ومستشفى الجراحات التخصصية، المركز العراقي لأمراض القلب، ومستشفى ابن النفيس في مدينة بغداد للعام ٢٠٢٢، في مجمع مدينة الطب للعام (٢٠٢٠)، من الذكور والإناث، والبالغ عددهم (٧١٣٣) مريض ومريضة وقد تم تبنى الباحث الأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Rieffe & (Koutamanis, 2023) كأطار مرجعي للدراسة الحالية، في حين أستعملت عينة متيسرة للبناء والتطبيق النهائي بلغت (٣٠٠) مريض ومريضة، وقد قامت الباحثة بناء أداة لقياس التذمرالصحي لدى المصابين بالأمراض المزمنة، كما تم استخراج الخصائص السيكومترية للمقياس من صدق وثبات إذ بلغ ثبات المقياس بطريقة الفا كرونباخ (٠,٧٦)، أشارت نتائج الدراسة أن المرضى لديهم تذمر صحي اعلى من المتوسط الفرضي للمقياس، وأن هناك فرق دال احصائيا في التذمر الصحي وفقاً لمتغير (العمر) ولصالح(٥١-٦٠) ، وفي ضوء نتائج البحث قدمت الباحث عدداً من التوصيات والمقترحات التي توسع من مديات البحث لدراسات لاحقة .

الكلمات المفتاحية : التذمر الصحي،مرضى، الأمراض المزمنة.

Health complaints in patients with chronic diseases

Huda khadhim jara

Psychological Research Center /Scientific Research Commission, Baghdad, IRAQ.

Abstract

The current research aims to identify health discontent, and to identify the differences in health discontent according to the age variable (31-) 40), (41-50), (51-60) years among patients with chronic diseases at Baghdad Teaching Hospital, Dar Al-Tamreed Private Hospital, Specialized Surgery Hospital, Iraqi Center for Heart Diseases, and Ibn Al-Nafis Hospital in Baghdad for the year 2022, in the Medical City Complex for the year (2020), of males and females, numbering (7133) male and female patients. The researcher adopted the biological, psychosocial model (Rieffe & Koutamanis, 2023)) as a reference framework for the current study, while an available sample of (300) male and female patients was used for construction and final application. The researcher built a tool to measure health discontent among patients with chronic diseases. The psychometric properties of the scale were also extracted from validity and reliability, as the reliability of the scale reached (0.76) using the Cronbach's alpha method. The results of the study indicated that Patients have a higher health complaint than the hypothetical average of the scale, and there is a statistically significant difference in health complaint according to the variable (age) in favor of (51-60). In light of the research results, the researcher presented a number of recommendations and proposals that expand the scope of the research for subsequent studies.

Keywords: Health complaints, Patients,Chronic diseases.

مشكلة البحث:

تمثل الأمراض المزمنة، كمرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة والسرطان، عبئاً كبيراً على أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، وغالباً ما ترتبط هذه الحالات بتذمر صحي طويل الأمد يمكن أن يؤثر بشدة على جودة حياة المرضى، وعلى الرغم من التقدم في العلاجات الطبية واستراتيجيات الإدارة، لا يزال العديد من المرضى يعانون من مجموعة من الشكاوي الصحية التي تظل غير معالجة بشكل كاف، إذ تنتشر هذه الأمراض عالمياً، وتؤثر على ملايين الأفراد وتمثل نسبة كبيرة من الأمراض

والوفيات، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن الأمراض المزمنة مسؤولة عن حوالي ٧١% من جميع الوفيات في جميع أنحاء العالم، إذ تعد أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطانات الأسباب الرئيسية (World Health Organization, 2021).

يمتد تأثير الأمراض المزمنة ومنها أمراض المفاصل إلى ما هو أبعد من الصحة الجسمية، وغالباً ما يشير المرضى الى تذمر صحي، بما في ذلك الألم المزمن والتعب والاكتئاب والقلق واضطرابات النوم، ويمكن أن يؤدي هذا التذمر إلى انخفاض القدرة الوظيفية والعزلة الاجتماعية وانخفاض جودة الحياة فضلاً عن ذلك، قد يؤدي الى عبء إدارة الأمراض المفاصل وإلى زيادة استعمال الرعاية الصحية وتكاليفها، مما يزيد من تعقيد حياة الأفراد المتضررين (p197, Bodenheimer et al .,2002).

ويمثل التهاب المفاصل المزمن، الذي يشمل أشكالاً مختلفة مثل التهاب المفاصل الروماتويدي (RA)، وهشاشة العظام (OA)، والتهاب المفاصل الصدفي (PsA)، تحدياً صحياً عالمياً كبيراً، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، يؤثر التهاب المفاصل على مئات الملايين من الأفراد في جميع أنحاء العالم، مما يؤدي ليس فقط إلى إعاقات جسمية ولكن أيضاً إلى عواقب عاطفية واجتماعية عميقة، وغالبا ما يعاني المرضى من مجموعة من التذمر الصحي المنهك، بما في ذلك الألم، والتصلب، والتعب، والقيود الوظيفية (Fazal et al., 2018,p.98) .

على الرغم من العبء الكبير لهذا التذمر الصحي، فإن العديد من المرضى يبلغون عن عدم معالجة مخاوفهم بشكل كاف من قبل مقدمي الرعاية الصحية، تشير الأبحاث ومنها دراسة ماكوي وآخرون، ٢٠١٦ إلى أن عددا كبيرا من المرضى المصابين بأمراض المفاصل يشعرون بالرفض أو سوء الفهم عند مناقشة أعراضهم، مما يؤدي إلى الإحباط والانفصال عن رعايتهم, وقد يؤدي هذا الانفصال بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية إلى ضعف الالتزام بأنظمة العلاج، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية، وتدهور النتائج الصحية، ويمكن أن يؤدي الألم المزمن والقيود الوظيفية المرتبطة بالتهاب المفاصل إلى الشعور بالعجز والإحباط، مما يساهم في تدهور الصحة العقلية (McCoy et al., 2016,p.145).

فضلاً عن ذلك، يرتبط التهاب المفاصل المزمن ارتباطاً وثيقاً بالصحة النفسية، وخاصة الاكتئاب والقلق، وتشير الدراسات إلى أن الأفراد المصابين بالتهاب المفاصل يعانون من معدلات أعلى من الاكتئاب مقارنة بأفراد المجتمع بشكل عام، مع تقديرات انتشار تتراوح من ٢٠٪ إلى ٤٠٪ (Osailan, 2017,p.23).

كما أظهرت الأبحاث ومنها دراسة دايفز وآخرون أن مرضى التهاب المفاصل يشيرون عن درجات أقل في جودة الحياة المرتبطة بالصحة مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من حالات مزمنة،

إذ يساهم الألم والتعب والقيود الوظيفية في هذا الانحدار، مما يجعل من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية التركيز على استراتيجيات الإدارة الشاملة (Dusad et al., 2013,p.2503).

بناءاً على ما تقدم تتضح مشكلة البحث الحالي بالتعرف على التذمر الصحي لدى مرضى آلام المفاصل المزمن .

أهمية البحث:

في حين أن هناك مجموعة متزايدة من الأبحاث التي تتناول الأمراض المزمنة وإدارتها، لا تزال هناك فجوة ملحوظة في الأدبيات فيما يتعلق بالتذمر الصحي المحدد الذي يعاني منه المرضى. تركز العديد من الدراسات على الجوانب السريرية للأمراض المزمنة، مثل تطور المرض ونتائج العلاج، وغالباً ما تهمل التجارب الذاتية للمرضى والعوامل النفسية الاجتماعية التي تساهم في تذمرهم الصحي.

إن فهم التذمر الصحي لدى المرضى المصابين بالتهاب المفاصل المزمن أمر محوري لتعزيز استراتيجيات العلاج، وذلك من خلال تحديد التذمر الصحي المحدد ومعالجته، إذ يمكن لمقدمي الرعاية الصحية تصميم التدخلات لتلبية احتياجات المريض الفردية، إذ أظهرت دراسة أن إدارة التذمر الصحي بشكل فعال يمكن أن يؤدي إلى تحسين نتائج المرضى، فقد كشفت دراسة (ميرزويف وكين ٢٠١٨). أن معالجة التعب لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي من خلال التدخلات المستهدفة أدت إلى تحسين نوعية حياتهم وحالتهم الوظيفية بشكل كبير(Mirzoev & Kane, 2018,p.145).

كما يمكن للبحث في التذمر الصحي أيضاً أن يساعد في تطوير استراتيجيات التكيف للمرضى، إذ يمكن أن يؤدي فهم التأثير الأنفعالي للألم إلى تنفيذ تدخلات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) التي تهدف إلى مساعدة المرضى على إدارة أعراضهم بشكل أكثر فعالية، من خلال معالجة الجوانب الجسمية والنفسية للتذمر الصحي، يمكن لمقدمي الرعاية الصحية تعزيز المرونة وتحسين الصحة النفسية العامة للمرضى (Scheenen et al., 2007,p. 1019).

فضلاً عن ذلك، أن فهم التذمر الصحي يمكن أن يساعد في تدريب مقدمي الرعاية الصحية، ومن خلال التأكيد على أهمية التعرف على الأعراض الذاتية للمرضى ومعالجتها، يمكن لمقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا مجهزين بشكل أفضل لتقديم رعاية متعاطفة وفعالة، ويمكن لهذا التدريب أن يعزز مهارات الاتصال ويعزز علاقة علاجية أكثر تعاوناً بين المرضى ومقدمي الرعاية (Horne & Weinman, 2002 ,p. 17).

كذلك تساعد دراسة التذمر الصحي لدى المرضى المصابين بالتهاب المفاصل المزمن في تحديد الفجوات في المعرفة الحالية وإبلاغ اتجاهات البحث المستقبلية، في حين ركزت الأبحاث المهمة على إدارة الألم، إلا أنه لا يعرف الكثير عن التفاعل بين اضطرابات النوم والتعب لدى مرضى

التهاب المفاصل، إذ يمكن أن يؤدي التحقيق في هذه العلاقات إلى استراتيجيات علاج أكثر شمولاً، إذ يمكن أن تركز الأبحاث المستقبلية أيضاً على تطوير تدخلات مستهدفة لمعالجة تذمر صحي محددة ، إذ يمكن للدراسات استكشاف فعالية برامج التمارين المصممة لتخفيف التعب وتحسين وظيفة المفاصل، ويتم ذلك من خلال التركيز على التذمر الصحي، يمكن للباحثين إنشاء تدخلات قائمة على الأدلة تعمل على تعزيز رعاية المرضى Geenen et al., (2018,797).

أهداف البحث Aims of the research :

يهدف البحث الحالي التعرف على ما يأتي:

١- **التذمر الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة.**

٢- **دلالة الفرق في التذمر الصحي وفقاً لمتغير العمر)٣١- ٤٠، ٤١-٥٠، ٥١-٦٠(سنة لدى مرضى الأمراض المزمنة.**

حدود البحث: Limits of the research :

تحدد البحث الحالي بدراسة التذمر الصحي لدى مرض المفاصل المراجعين في م.بغداد التعليمي، م دار التمريض الخاص، م.الجراحات التخصصية، المركز العراقي لأمراض القلب، م. ابن النفيس في مدينة بغداد للعام ٢٠٢٢.

تحديد المصطلحات: definition the term

التذمر الصحي Health complaints :

١- **تعريف ريف وكوتامانيس (Rieffe & Koutamanis, 2023)**

بأنه "تجارب ذاتية من الانزعاج أو الضيق يبلغ عنها الأفراد، والتي قد تنشأ عن عوامل جسمية أو نفسية أو اجتماعية"، وأن هذا التذمر يمكن أن تؤثر بشكل كبير على جودة حياة الفرد وقد لا يرتبط دائماً بالنتائج السريرية (Rieffe & Koutamanis, 2023,p.29) .

٢- شميدت وزملاؤه (Schmidt et al. 2019

بأنه "أعراض ذاتية الإبلاغ يدركها الأفراد كمؤشرات على مشكلات صحية، والتي يمكن أن تؤثر على سلوكهم وأنماط البحث عن الرعاية الصحية"(Schmidt et al., 2019,p.591).

التعريف النظري :تبنت الباحث تعريف **(Rieffe & Koutamanis, 2023)** تعريفاً نظرياً في البحث الحالي وذلك لكون الباحثة قد اعتمد الأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي كخلفية نظرية في دراستها لتفسير ظاهرة التذمر الصحي .

- **التعريف الأجرائي:** هو محصلة استجابات الأفراد- مرضى الأمراض المزمنة- على مقياس التذمر الصحي، الذي بنته الباحثة .

الفصل الثاني: الأطار النظري: الأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Rieffe & (Koutamanis, 2023)

تمثل الأمراض المزمنة، التي تتميز بقضايا صحية مستمرة وموهنة في كثير من الأحيان، تحديات كبيرة ليس فقط للأفراد ولكن أيضاً لأنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، تتطلب تعقيدات الأمراض المزمنة اتباع نهج شامل لفهم وإدارة التذمر الصحي الذي نشأ لدى الأفراد المصابين، يقدم النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، وكما صاغه ريف وكوتامانيس (Rieffe & Koutamanis, 2023)، إطاراً شاملاً لتفسير التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في التذمر الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة.

نشأ الأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي من الحاجة إلى تجاوز الأنموذج الطبي الحيوي التقليدي، والذي يركز في المقام الأول على العوامل البيولوجية مع إهمال الأبعاد النفسية والاجتماعية للصحة، إذ يؤكد ريف وكوتامانيس (٢٠٢٣) على أن التذمر الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة لا يمكن فهمه بالكامل دون النظر في كيفية تفاعل الاستعدادات البيولوجية والحالات النفسية والسياقات الاجتماعية.

تشمل العوامل البيولوجية الاستعدادات الوراثية والحالة الصحية الجسمية والعمليات الفسيولوجية التي تساهم في ظهور الأمراض المزمنةم، وغالباً ما يكون للحالات مثل مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية ومتلازمات الألم المزمن آليات بيولوجية أساسية يمكن أن تتفاقم بسبب اختيارات نمط الحياة، مثل النظام الغذائي وممارسة الرياضة، وقد أظهرت الدراسات أن العلامات البيولوجية، مثل الالتهابات واختلال التوازن الهرموني، يمكن أن تؤثر بشكل كبير على شدة وإدراك التذمر الصحي لدى المرضى (Rieffe & Koutamanis, 2023,p.29).

كما تشمل العوامل النفسية الحالات الأنفعالية والعمليات المعرفية وأنماط السلوك التي يمكن أن تؤثر على كيفية إدراك الأفراد لتذمرهم الصحي والاستجابة له. على سبيل المثال، يعد القلق والاكتئاب شائعين بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة ويمكن أن يؤديا إلى تفاقم مشاعر الألم والإعاقة، ويؤكد ريف وكوتامانيس (٢٠٢٣) على دور استراتيجيات التكيف في إدارة التذمر الصحي ، مشيرين إلى أن الأفراد الذين يستعملون آليات التأقلم التكيفية يميلون إلى الإبلاغ عن مستويات أقل من الضيق ونتائج صحية أفضل بشكل عام.

وفضلاً عن ذلك، تم ربط المرونة النفسية – قدرة الفرد على التكيف مع الإجهاد والشدة – بتحسين إدارة الحالات المزمنة، فالمرضى الذين يمتلكون مستويات أعلى من المرونة مجهزون بشكل أفضل للتعامل مع العبء الأنفعالي والنفسي لأمراضهم، مما يؤدي في النهاية إلى نظرة صحية أكثر إيجابية (Rieffe & Koutamanis, 2023,p.29).

كذلك تتضمن العوامل الاجتماعية تأثير الشبكات الاجتماعية والوضع الاجتماعي والاقتصادي والمعتقدات الثقافية والظروف البيئية على الصحة. ويؤكد ريف وكوتامانيس (٢٠٢٣) أن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً حاسماً في كيفية تجربة المرضى وإدارة تذمرهم الصحي، إذ يميل الأفراد الذين لديهم أنظمة دعم اجتماعي قوية إلى الإبلاغ عن أعراض أقل ونتائج صحية أفضل مقارنة بأولئك الذين يفتقرون إلى مثل هذا الدعم.

فضلاً عن ذلك، يمكن أن يؤثر الوضع الاجتماعي والاقتصادي على الوصول إلى الرعاية الصحية والموارد اللازمة لإدارة المرض وجودة الحياة بشكل عام، وغالباً ما يواجه المرضى من خلفيات اجتماعية واقتصادية أدنى تحديات إضافية، مثل الوصول المحدود إلى خدمات الرعاية الصحية والتثقيف الصحي، مما قد يؤدي إلى تفاقم تذمرهم الصحي (Rieffe & Koutamanis، 2023).

وبناءً على ذلك، يوفر الأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إطاراً شاملاً لفهم التذمر الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة، من خلال النظر في التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، إذ يمكن لمقدمي الرعاية الصحية تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية تعالج الطبيعة المتعددة الجوانب للأمراض المزمنة.

وفي الصدد نفسة، فأن أحد التطبيقات المهمة للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو الحاجة إلى التقييمات الشاملة للمرضى، فغالباً ما تركز التقييمات الطبية التقليدية في المقام الأول على العوامل البيولوجية، مثل الاختبارات المعملية والفحوصات البدنية ومع ذلك، يدعو ريف وكوتامانيس (٢٠٢٣) إلى نهج أكثر شمولاً يتضمن التقييمات النفسية والتقييمات الاجتماعية. يمكن أن يساعد هذا التقييم الشامل في تحديد المجالات المحددة التي قد يحتاج فيها المرضى إلى دعم إضافي.

كما يعد تمكين المرضى من القيام بدور نشط في الرعاية الصحية الخاصة بهم مبدأً أساسيا للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، ويؤكد ريف وكوتامانيس (٢٠٢٣) أنه عندما يشارك المرضى في اتخاذ القرار بشأن خطط علاجهم، فإنهم يكونون أكثر ميلاً إلى الالتزام بالعلاجات الموصوفة والانخراط في استراتيجيات الإدارة الذاتية، ويمكن تيسير هذا التمكين من خلال التعليم وبرامج الدعم والتواصل الفعال بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية.

مجتمع البحث:

ويشمل البحث الحالي على المرضى المصابين بالأمراض المزمنة مستشفيات مجمع مدينة الطب للعام (٢٠٢٠)، من الذكور والإناث، والبالغ عددهم (٧١٣٣) مريض ومريضة، إذ بلغ عدد الذكور (٣٥٩٦) مريض بنسبة (٥٠,٤١٣%) في حين بلغ عدد الإناث (٣٥٣٧) مريضة بنسبة (٤٩,٥٨٦%) كما موضح في الجدول (١).

جدول (١)يمثل توزيع أفراد مجتمع البحث حسب المرضى الذكور والإناث في مستشفيات مدينة الطب

المستشفى	اعداد الذكور	اعداد الاناث	المجموع
م.بغداد التعليمي	1003	1071	2074
م دار التمريض الخاص	360	690	1050
م.الجراحات التخصصية	428	668	1096
المركز العراقي لأمراض القلب	1805	1108	2913
المجموع الكلي	368	221	7133

عينة البحث sample of the search:

ولاختيار عينة البحث اختيرت عينة المتيسرة (Available Sample) للبناء والتطبيق النهائي، إذ بلغت (٣٠٠) مريض ومريضة, للتأكد من تمثيل العينة تمثيلا حقيقيا للمجتمع استخرجت الباحثة فيه معادلة ستيفن ثامبوس (Thom psosk, 2012, p.40)، كما موضح في الجدول (٢) وهي نفسها كانت عينة التطبيق النهائي.

جدول (٢)عينة التطبيق النهائي على وفق المستشفى حسب الجنس (ذكور – اناث)

المستشفى	الجنس		المجموع
	ذكور	اناث	
م. بغداد التعليمي	40	35	75
م دار التمريض الخاص	40	35	75
م. الجراحات التخصصية	40	35	75
المركز العراقي لأمراض القلب	40	35	75
المجموع	160	140	300

مقياس التذمر الصحي :

نظرا لعدم توفر اداه محليه أوعربيه مناسبه وعدم توفر مقياس أجنبي يعتمد اهداف البحث الحالي أرتأت الباحثة بناء أداة لقياس التذمرالصحي لدى المصابين بالأمراض المزمنة متبعتآ الخطوات التالية:

١. **تحديد المفهوم للمقياس:** اشتقت الباحثة مفهوم التذمر الصحي من الأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي وقد تم تحديد المفهوم بانه (بأنه "تجارب ذاتية من الانزعاج أو الضيق يبلغ عنها الأفراد، والتي قد تنشأ عن عوامل جسمية أو نفسية أو اجتماعية"، وأن هذا التذمر يمكن أن تؤثر بشكل كبير على جودة حياة الفرد وقد لا يرتبط دائماً بالنتائج السريرية Rieffe & (Koutamanis, 2023,p.29) .

٢. **جمع فقرات المقياس:** اعتمادا على الاطار النظري المعتمد في البحث تم صياغه () فقره وتم تحديد البدائل المناسبة للإجابات على الفقرات

٣. صلاحية الفقرات

اصبح من الضروري عرضه على مجموعة من الخبراء للحكم على صلاحيته في قياس الخاصية التي وضع لأجلها (Ebel,1972 : 555)، وقد تحقق هذا النوع من الصدق من خلال عرض فقراته ال(22) فقرة على مجموعة من المحكمين في علم النفس لإبداء آرائهم حول صلاحية الفقرات (ملحق٢)، والجدول (٣) يوضح نتيجة ذلك

جدول (٣)نسبة موافقة المحكمين على فقرات مقياس التذمر الصحي

فقرات التذمر الصحي	عدد الموافقون	عدد المعارضون	النسبة المئوية
٢- ٥ -٧- ٨- ٩- ١٠- ١٢- ١٣- ١٤ -١٦ ١٧- ٢٢-	١٦	٠	%١٠٠
١- ٣- ٤- ٦- ١١- ١٥- ٢٠- ٢١	١٥	١	%٩٣،٧
١٨- ١٩	١٤	٢	%٨٧،٥

تصحيح المقياس : ويقصد به وضع درجة الاستجابة لكل مستجيب على كل فقرة من فقرات المقياس, واستخراج الدرجة الكلية من خلال جمع درجات الاستجابة على المقياس, ولتحقيق هذا الغرض, على الفقرات على وفق مدرج رباعي ، فقد تم اعطاء الدرجة (1) الاستجابة التي تشير الى البديل (لا تنطبق على)، والدرجة (2) الى الاستجابة التي تشير الى البديل (تنطبق علي إلى حد ما)، والدرجة (3) الى الاستجابة التي تشير الى البديل (تطبق علي بدرجة كبيرة)، والدرجة (4) الى الاستجابة التي تشير الى البديل (تطبق علي دائماً)، وللفقرات الأيجابية التي تتجه مع الظاهرة، علماً أن جميع الفقرات كانت ايجابية (ملحق)

.التحليل الاحصائي لفقرات المقياس :

يعد التحليل الاحصائي لفقرات المقياس من المتطلبات الأساسية لبناء المقاييس النفسية, كونه يكشف عن صلاحيتها وصدقها بدقة, وأن اختيار فقرات ذات خصائص سايكومترية جيدة, يؤسس لبناء مقياس يتصف بخصائص جيدة, لذا ينبغي التحقق من هذه الخصائص وانتقاء الفقرات المقياس استبعاد غير المناسبة منها (Chiselin et al ,1981,p421).

ولقد تحققت الباحثة من القوة التمييزية للفقرات ومعاملات ارتباط درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس وعلى النحو الاتي :

- **تمييز الفقرات :**
- **أسلوب المقارنة الطرفية :Terminal comparison method**
- إن هذا الأسلوب هو اختيار مجموعتين متطرفتين من الأفراد بناءاً على الدرجات الكلية التي حصلوا عليها في المقياس، ويتم تحليل كل فقرة من فقرات المقياس باستعمال الاختبار

التائ ي لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا، ان افضل نسبة لتحديد المجموعتين المتطرفتين العليا (Upper) والدنيا (lower) في حالة العينات الكبيرة ذات التوزيع الطبيعي هي نسبة (٢٧%) من حجم العينة، لأن هذه النسبة كما يشير (ستانلي) توافر أفضل ما يمكن من حجم مناسب في كل مجموعة وتباين جيد بينهما Stanley and (Hobkins, 1972 p. 268).

- ولتحقيق ذلك اتبعت الباحثة الخطوات التالية : ولتحقيق ذلك اتبعت الباحثة الخطوات

١ – طبقت الباحثة مقياس التذمر الصحي بصورته ما بعد الصدق الظاهري (ملحق/) على عينة قوامها (٣٠٠) مراجع ومراجعة، ثم قامت بتصحيح كل استمارة بإعطاء درجة لكل فقرة حسب الأوزان المعطاة واستخراج الدرجة الكلية لكل استمارة.

٢– ترتيب الاستمارات الـ (٣٠٠) تنازلياً حسب درجاتها من اعلى درجة الى ادنى درجة.

٣–تعيين الـ (٢٧%) من الاستمارات الحاصلة على الدرجات العليا والتي سميت بالمجموعة العليا والبالغ عددها (٨١) استمارة و(٢٧%) من الاستمارات الحاصلة على الدرجات الدنيا والتي سميت بالمجموعة الدنيا والبالغ عددها (٨١) استمارة ايضاً. وبذلك أصبح لدينا مجموعتان بأكبر حجم يقترب توزيعهما من التوزيع الطبيعي، وأقصى تباين.

وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الاستمارات التي خضعت للتحليل (١٦٢) استمارة وبعد تطبيق الاختبار التائي (t–test) لعينتين مستقلتين لاختبار الفرق بين المجموعتين العليا والدنيا، في درجات كل فقرة، وبعد استخراج المتوسط والانحراف المعياري لكلا المجموعتين العليا والدنيا وعند مقارنة القيمة التائية المحسوبة بالقيمة الجدولية البالغة (١.٩٦) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (١٦٠)، كانت جميع الفقرات مميزة والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤)القوة التمييزية لمقياس التذمر الصحي باستعمال العينتين المتطرفتين

رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدلالة
1	عليا	3.05	0.61	6.61	دالة
	دنيا	2.23	0.93		
2	عليا	3.36	0.48	11.07	دالة
	دنيا	2.10	0.90		
3	عليا	3.62	0.49	9.69	دالة
	دنيا	2.43	0.99		
4	عليا	3.04	0.74	8.01	دالة
	دنيا	2.05	0.84		
5	عليا	3.22	0.42	9.97	دالة
	دنيا	2.12	0.90		

6	عليا	3.78	0.42	18.18	دالة
	دنيا	1.79	0.89		
7	عليا	3.52	0.50	12.26	دالة
	دنيا	2.02	0.97		
8	عليا	3.26	0.44	6.75	دالة
	دنيا	2.32	1.17		
9	عليا	3.60	0.49	7.16	دالة
	دنيا	2.67	1.07		
10	عليا	3.22	0.61	9.84	دالة
	دنيا	2.12	0.80		
11	عليا	3.70	0.49	13.27	دالة
	دنيا	2.23	0.87		
12	عليا	3.25	0.46	8.17	دالة
	دنيا	2.40	0.82		
13	عليا	3.57	0.50	9.87	دالة
	دنيا	2.32	1.02		
14	عليا	3.23	0.48	9.03	دالة
	دنيا	2.52	0.53		
15	عليا	3.53	0.55	11.34	دالة
	دنيا	2.23	0.87		
16	عليا	3.41	0.49	8.50	دالة
	دنيا	2.33	1.02		
17	عليا	3.57	0.50	7.34	دالة
	دنيا	2.48	1.24		
18	عليا	3.44	0.50	6.77	دالة
	دنيا	2.65	0.92		
19	عليا	3.69	0.46	15.10	دالة
	دنيا	2.41	0.61		
20	عليا	3.30	0.49	7.17	دالة
	دنيا	2.28	1.18		
21	عليا	3.68	0.52	11.20	دالة
	دنيا	2.22	1.05		
22	عليا	3.04	0.73	8	دالة
	دنيا	2.05	0.84		

يتضح من الجدول (٤) ان جميع الفقرات حصلت على دلالة معنوية.

الخصائص السيكومترية للمقياس :

مؤشرات صدق المقياس (validity) ولقد تحقق الصدق لهذا المقياس باستعمال:

1-**الصدق الظاهري Face Validity:**

عرض المقياس بصورته الاولية المكون من (٢٢) فقرة على مجموعة المحكمين لتحكيم المقياس من المتخصصين في علم النفس، وذلك للتأكد من سلامة كل فقرة وملائمتها لمقياس التذمر الصحي وفقآ لتعريف (Rieffe & Koutamanis, 2023,p.29) ، وكما ذكر سابقآ في صلاحية الفقرات .

أ- **صدق البناء Construct Validity**

ولقد تحققت الباحثة من هذا النوع من الصدق، من خلال:

اسلوب المجموعتين المتطرفتين : Contrasted Groups Method

عد مقياس التذمر الصحي صادقاً بنائياً على وفق هذا المؤشر، حين تبين ان فقرات المقياس قادرة على المايزة بين الافراد ذو التذمر الصحي العالي، والافراد ذو التذمر الصحي المنخفض وكما ذكر سابقاً .

- **ثبات المقياس Reliability:** للتحقق من ثبات المقياس استعملت الباحثة معامل ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي، لحساب الثبات بهذه الطريقة استعملت استمارات عينة التحليل الاحصائي البالغة (٣٠٠)، وبعد تطبيق معادلة الفاكرونباخ للاتساق الداخلي بلغ معامل الثبات للمقياس(٠,٧٦)، وللحصول على الثبات المطلق تم تربيع قيمة الثبات اذ بلغ (٠,٥٨)، وهو بذلك يعد معامل ثبات مقبول.

الخصائص الاحصائية لمقياس التذمر الصحي من خلال استخراج المؤشرات الاحصائية لدرجات استجابات عينة البحث تبين أن توزيع درجات العينة على مقياس التذمر الصحي كانت أقرب الى التوزيع الاعتدال الجدول ()يوضح ذلك .

جدول رقم ()الخصائص الاحصائية الوصفية لعينة البحث لمقياس التذمر الصحي

ت	المؤشر	قيمتها	ت	المؤشر	قيمتها
1	المتوسط Mean	62.90	5	الالتواء Skewness	-0.23
2	الوسيط Median	63	6	التفلطح Kurtosis	-0.99
3	المنوال Mode	61	7	أقل درجة Minimum	38
4	الانحراف المعياري Std.Dev	9.96	8	أعلى درجة Maximum	77

الهدف الأول: التعرف على التذمر الصحي لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة:-

لغرض تحقيق هذا الهدف قامت الباحثة باستخراج متوسط درجات أفراد عينة البحث والبالغة (300) مريض على مقياس التذمر الصحي، إذ بلغ المتوسط الحسابي (62.90) درجة، والإنحراف المعياري (9.96) درجة وبمقارنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي (المعياري)[١] والذي يبلغ (55) درجة، نلاحظ أنه أكبر من المتوسط الفرضي، وعند اختبار دلالة الفرق بين المتوسطين باستعمال الاختبار التائي تبين أن هناك فرقاً دال معنوياً. إذ بلغت القيمة التائية المحسوبة (13.74)، وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96)، عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (299) وجدول (--) يوضح ذلك.

جدول ( )الاختبار التائي للفرق بين متوسط العينة والمتوسط الفرضي لمقياس التذمر الصحي

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
300	62.90	9.96	55	13.74	1.96	299	دال

يتبين من ذلك أن متوسط درجات المرضى أعلى من المتوسط الفرضي، مما يعني أن المرضى لديهم تذمر صحي اعلى من المتوسط الفرضي للمقياس ،

تفسر النتيجة الحالية وفقاً للأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي أن التذمر الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة ينشأ من تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، إذ أن يمكن أن يؤثر التأثير النفسي للعيش مع مرض مزمن بشكل كبير على أدراك المريض لصحته، إذ تعد حالات مثل القلق والاكتئاب شائعة لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة، والتي غالباً ما تكون ناجمة عن ضغوط إدارة حالاتهم أو الخوف من المضاعفات أو التغييرات في نمط الحياة. إن هذه الاستجابات الأنفعالية يمكن أن تعمل على تضخيم تجربة الأعراض الجسمية، مما يؤدي إلى زيادة التذمر الصحي، فضلاً عن ذلك، فإن العوامل المعرفية، مثل أنماط التفكير السلبية واستراتيجيات التكيف الرديئة، يمكن أن تؤدي إلى تفاقم مشاعر العجز أو الإحباط، مما يساهم في عدم الرضا العام عن الصحة.

كما تؤدي التأثيرات الاجتماعية دوراً حاسماً في تجربة الأمراض المزمنة، ويمكن لأنظمة الدعم، بما في ذلك الأسرة والأصدقاء ومقدمي الرعاية الصحية، أن تخفف أو تزيد من حدة التذمر الصحي، وغالباً ما يبلغ المرضى الذين لديهم شبكات دعم اجتماعي قوية عن نتائج صحية أفضل، في حين قد يعاني أولئك الذين يشعرون بالعزلة من مستويات متزايدة من الضيق والتذمر

[١] **تم استخراج المتوسط الفرضي لمقياس (التذمر الصحي) وذلك من خلال جمع أوزان بدائل المقياس الاربع وقسمتها على عددها ثم ضرب الناتج في عدد فقرات المقياس والبالغة (22) فقرة.**

الصحي، فضلاً عن ذلك، يمكن أن يؤثر الوضع الاجتماعي والاقتصادي على الوصول إلى الرعاية الصحية والموارد اللازمة لإدارة المرض والقدرة على الانخراط في سلوكيات صحية، كما تساهم العوامل البيئية، مثل ظروف المعيشة والوصول إلى الخدمات الاجتماعية، في التجربة الصحية الشاملة.

الهدف الثاني: تعرف دلالة الفرق في التذمر الصحي وفقاً لمتغير العمر(٣١- ٤٠، ٤١-٥٠، ٥١-٦٠) سنة لدى مرضى الأمراض المزمنة.

ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال تحليل التباين الاحادي لتعرف الفروق في التذمر الصحي تبعا لمتغير العمر والجداول ( ) يوضحون ذلك :

جدول ( )المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التذمر الصحي وفقاً لمتغير العمر

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
31-40	85	63.40	9.69
41-50	141	60.24	9.04
51-60	74	67.38	10.34
الكلي	300	62.90	9.96

جدول ( )تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في التذمر الصحي تبعا لمتغير العمر

مصدر التباين s.of.v	مجموع المربعات s.of.s	درجة الحرية D.F	متوسط المربعات M.S	القيمة الفائيةF	الدلالة Sig
بين المجموعات	2502.190	2	1251.095	13.69	دال
داخل المجموعات	27133.607	297	91.359		
الكلي	29635.797	299	---		

وتشير النتيجة أعلاه الى أن هناك فرق دال احصائيا في التذمر الصحي وفقاً لمتغير (العمر) ، إذ بلغت القيمة الفائية المحسوبة (13.69) وهي أعلى من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (3) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (2-297) .

ولمعرفة دلالة الفروق في التذمر الصحي بين كل مستويين عمريين قامت الباحثة بأستعمال أختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول ( ) يوضح ذلك :

جدول ( )قيم الفروق بين الاوساط وقيم شيفيه الحرجة لتعرف الفروق في التذمر الصحي تبعا لمتغير (العمر)

المقارنات	العدد	المتوسط الحسابي	الفرق بين الوسطين	قيمة شيفيه الحرجة	الدلالة
31-40	85	63.40	3.16	3.22	غير دال عند 0.05
41-50	141	60.24			

31-40	85	63.40	3.98	3.72	دال عند 0.05 لصالح 51-60
51-60	74	67.38			
41-50	141	60.24	7.14	3.36	دال عند 0.05 لصالح 51-60
51-60	74	67.38			

تقدم هذه النتائج دليلاً إضافيا على أن التذمر الصحي موجود لدى كل الأعمار الا أنه يزداد مع تقدم العمر ووفقاً للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي فأن الفروق الإحصائية في عدم الرضا عن الصحة بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة بناءاً على العمر، إذ تتفاعل التغيرات البيولوجية المرتبطة بالشيخوخة، والاستجابات النفسية التي تشكلها تجارب الحياة، والعوامل الاجتماعية مثل شبكات الدعم، للتأثير على كيفية إدراك الفئات العمرية المختلفة لصحتهم.

إذ يمكن أن يؤثر العمر على الاستجابات النفسية للأمراض المزمنة، وقد يكون لدى كبار السن نظرة مختلفة للحياة والصحة مقارنة بالأفراد الأصغر سناً، وغالباً ما تتشكل هذه النظرة من خلال تجاربهم الحياتية وآليات التكيف، فقد يكون المرضى الأكبر سناً أكثر استسلاماً لظروفهم الصحية، مما قد يؤدي إلى مستوى أعلى من التذمر الصحي بسبب العجز المدرك أو فقدان الاستقلال. في المقابل، قد يظهر المرضى الأصغر سناً مرونة وتفاؤلاً أكبر، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الذمر الصحي. فضلاً عن ذلك، يمكن للتغيرات المعرفية المرتبطة بالعمر أن تؤثر على كيفية معالجة الأفراد وردود أفعالهم تجاه تحدياتهم الصحية، مما يؤثر بشكل أكبر على عدم رضاهم.

كذلك تختلف الديناميكيات الاجتماعية أيضاً بشكل كبير مع تقدم العمر، مما يؤثر على الذمر الصحي، وقد يعاني كبار السن من العزلة الاجتماعية وفقدان الدعم الاجتماعي وانخفاض فرص المشاركة الاجتماعية، مما قد يساهم في الشعور بالتذمر الصحي. وعلى العكس من ذلك، قد يتمتع الأفراد الأصغر سناً بحياة اجتماعية أكثر نشاطًا وأنظمة دعم، والتي يمكن أن تحمي من الأدراكات الصحة السلبية. فضلاً عن ذلك، يمكن للمواقف المجتمعية تجاه الشيخوخة والأمراض المزمنة أن تشكل تجارب فردية، قد يواجه كبار السن وصمة عار أو صور نمطية سلبية تؤثر على أدراكهم لذواتهم ورضاهم عن صحتهم.

التوصيات : في ضوء نتائج البحث توصي الباحثة بما يلي :

توصي الباحثة وزارة الصحة والمستفيدين بما يلي :

١- ثقيف المرضى حول المرض المزمن المحدد الذي يصيبهم ، إذ إن فهم طبيعة المرض وأعراضه ومضاعفاته المحتملة يمكن أن يمكّن المستفيدين من تقديم دعم أفضل.

٢- أقامة ورش ومحاضرات حول التعرف على الأعراض الشائعة المرتبطة بالمرض المزمن، يمكن أن تساعد المرضى في التعرف على الوقت الذي يعاني فيه المرضى من التذمر الصحي والاستجابة بشكل مناسب.

٣- مراقبة الأعراض وتتبع أي تغييرات في التذمر الصحي لمشاركتها مع مقدمي الرعاية الصحية.

٤- تشجيع الفحوصات الدورية وتعزيز التقييمات الطبية الروتينية لمراقبة تأثير الشيخوخة على الأمراض المزمنة.

المقترحات: استكمالا للجوانب ذات العلاقة بهذا البحث ان الباحثة تقترح ما يلي :

١- دراسة التذمر الصحي وعلاقته بالرفاهية النفسية.

٢- دراسة التذمر الصحي وعلاقته بالمحددات الاجتماعية للصحة - مثل الوضع الاجتماعي والاقتصادي والتعليم والدعم الاجتماعي - لدى مرضى الأمراض المزمنة، لدى فئات عينات محددة، مثل الأفراد ذوي الدخل المنخفض أو المجموعات المهمشة.

٣- إجراء دراسات طولية لتتبع التذمر الصحي بمرور الوقت لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة.

المصادر :

Application of the Biopsychosocial Model in Chronic Disease Management

Bodenheimer, T., Bauer, L., & Pham, H. H. (2002). The Primary Care Physician and the Chronic Care Patient. Health Affairs, 21(5), 197-206

Dusad, A., Pedro, S., Mikuls, T. R., Hartman, C. W., Garvin, K. L., O'Dell, J. R., & Michaud, K. (2015). Impact of total knee arthroplasty as assessed using Patient-Reported pain and Health-Related quality of life indices: Rheumatoid arthritis versus osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatology*, *67*(9), 2503-2511.

Fazal, S. A., Khan, M., Nishi, S. E., Alam, F., Zarin, N., Bari, M. T., & Ashraf, G. M. (2018). A clinical update and global economic burden of rheumatoid arthritis. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Immune, Endocrine & Metabolic Disorders)*, *18*(2), 98-109.

Geenen, R., Overman, C. L., Christensen, R., Åsenlöf, P., Capela, S., Huisinga, K. L., ... & Bergman, S. (2018). EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory

arthritis and osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, *77*(6), 797-807.

Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in chronic illness: a review. Health Psychology Review, 1(1), 1-17.

McCoy, L., Theeke, L. A., & Garrison, W. (2016). The Experience of Chronic Pain in Patients with Chronic Illness. Pain Management Nursing, 17(3), 145-152

Mirzoev, T., & Kane, S. (2018). Key strategies to improve systems for managing patient complaints within health facilities–what can we learn from the existing literature?. *Global health action*, *11*(1), 1458938.

Osailan, A. (2017). *Investigation of factors associated with autonomic nervous system function in patients with rheumatoid arthritis* (Doctoral dissertation, University of Birmingham).

Rieffe, C., & Koutamanis, A. (2023). The Biopsychosocial Model: Health Complaints in Chronic Diseases. Journal of Health Psychology.

Rieffe, C., & Koutamanis, A. (2023). The Biopsychosocial Model: Health Complaints in Chronic Diseases. Journal of Health Psychology.

Scheenen, M. E., Visser-Keizer, A. C., van der Naalt, J., & Spikman, J. M. (2017). Description of an early cognitive behavioral intervention (UPFRONT-intervention) following mild traumatic brain injury to prevent persistent complaints and facilitate return to work. *Clinical rehabilitation*, *31*(8), 1019-1029.

Schmidt, M., Schmidt, S. A. J., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology*, 563-591.

World Health Organization. (2021). Noncommunicable Diseases. Retrieved from WHO website