

فاعلية تعديل المخطط المعرفي في خفض درجة العبء المحدث بمرض الربو

لطيفة عثمان الشعلان

قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن
الرياض، المملكة العربية السعودية

الملخص

أصبح مصطلح العبء Burden موضع اهتمام في الدراسات الغربية منذ قدم Hay et al. في 2014 تصورًا للعبء المرتبط بـ (15) مرضًا من أمراض الجلد، شمل جودة الحياة والحالة الانفعالية والاندماج الاجتماعي والاستخدام الفعال لإمكانيات الرعاية الطبية. والبحث الحالي يهدف إلى التحقق من فاعلية تعديل المخطط المعرفي في خفض درجة العبء المحدث بالربو لدى النساء السعوديات المصابات بالمرض.

تكونت عينة البحث من (44) امرأة مصابة بالربو، وقُسمت إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، كل منهما يتألف من (22) امرأة. طُبِق مقياس عبء الربو الذي أعدّه Salzes et al. في 2016 كـ (قياس قبلي) على كلا المجموعتين. تبع ذلك عبر غرفة محادثة Chat Room خضوع المجموعة التجريبية لمدة (8) أسابيع لتعديل المخطط المعرفي القائم على الأسس والأساليب التي قدمتها Judith Beck في 1995 أعقب ذلك تطبيق مقياس عبء الربو على كلا المجموعتين التجريبية والضابطة كـ (قياس بعدي). وقد توصل البحث إلى وجود فرق دالّ إحصائيًا بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء الربو في القياس البعدي لصالح درجات المجموعة التجريبية. ووجود فرق دالّ إحصائيًا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء الربو في القياس القبلي والبعدي لصالح متوسط درجات القياس البعدي.

وأوصى البحث بإجراء دراسات مقارنة لأساليب العلاج النفسي المختلفة، على مرضى الربو من الجنسين، وعلى مرضى الربو والمرضى باضطرابات الجلد الأخرى كالثعلبية والصدفية. الكلمات المفتاحية: اضطرابات الجلد، جودة الحياة، علاج معرفي.

المقدمة

(30% - 40%) (Yaghoobi et al., 2011).

ولوحظ بين المرضى نزعة إلى عزو الإصابة إلى الأحداث الضاغطة في العمل والحياة (Wei et al., 2013). وشارك الأطفال في هذا العزو (Barisic-Drusko and Rucevic, 2004)، فظهر من دراسة رومانية أن (53%) من الأطفال ربطوا الإصابة الأولى أو تقدم المرض بشدة المنافسة أو تغيير المدرسة (Manolache, 2011).

مع ذلك لا توجد حتى الآن براهين مثبتة على صحة هذا العزو (Yaghoobi et al., 2011). وبلغت بعض الباحثين الانتباه إلى ما يمكن اعتباره انحيازًا شاب هذا النوع من الدراسات (Shah et al., 2013).

ويُعدّ مصطلح العبء الشامل Global Burden من بين المصطلحات التي طرحتها «منظمة الصحة العالمية» (WHO) لتحديد صحة قطاع من قطاعات المجتمع (WHO, 2016)، لكن مصطلح العبء Burden المستخدم في هذا البحث يرتبط بتقييم رعاية اضطرابات الجلد (Chren and Weinstock, 2004). ثم حدث توسع لمفهوم العبء وصار يشير إلى قياس العجز النفسي والاجتماعي والاقتصادي

لمرض الربو تاريخه الطويل الذي يمتد لـ (3000) عام، فأولى الإشارات للمرض ظهرت في بعض الكتابات المصرية والهندوسية (Millington and Levell, 2007).

ويُحدث المرض تشوهات مرتبطة بفقدان الميلانين الذي يعطي البشرة لونها المحدد. (Ameri-can Academy of Dermatology, 2016) ولا يوجد حتى اليوم شفاءً نهائيًا من الربو مع توفر علاجات قد تؤخر تطوره أو تخفف من حدة التصبغ (Shah et al., 2013).

فيما يتعلق بمعدل الإصابة بالربو فهو يتراوح ما بين (0.1% - 2%) بغض النظر عن العمر والجنس والعرق والمجموعة الاثنية ونمط الجلد. ومع أن (50%) من الحالات تُشخص قبل عمر العشرين، إلا أن المرض يمكن أن يظهر في أي مرحلة عمرية (Torello et al., 2008).

وتؤدي الوراثة دورًا في الإصابة بالمرض لدى أقارب المرضى من الدرجة الأولى. ووجد الباحثون أن هناك تاريخًا عائليًا في (19%) من المرضى، وارتفعت النسبة لدى آخرين فبلغت ما بين

انخفاض تقدير الذات وارتفاع الاكتئاب بنسبة دالة لدى المرضى (Kokcam *et al.*, 1999, and Bala-*ban et al.*, 2011). وبالمثل خلصت دراسة أجريت في السودان إلى أن ثلث مرضى البهاق يعانون من الأعراض النفسية (Osman *et al.*, 2009). كذلك أظهرت دراسة هندية أن البهاق يتسبب في الاكتئاب وانخفاض تقدير الذات، واعترف بعض المرضى أن الأفكار الانتحارية راودتهم (Pahwa *et al.*, 2013). وفي دراسة بريطانية ظهر أن (35%) من مرضى البهاق يعانون من انخفاض جودة الحياة (Kent and Al-Abadie, 1996). وبلغت النسبة في إيطاليا (25%) (Picardi *et al.*, 2000).

مع ذلك فإن مشاعر الوصمة لدى المرضى في بعض المجتمعات التقليدية أعلى منها في مجتمعات الدول الغربية، بسبب مقدار التشوه الذي يحدثه التعارض بين البقع البيضاء وبين لون البشرة الأصلي، إضافة إلى شيوع الاتجاهات والمعتقدات السلبية المرتبطة بالمرض. فقد تبين معاناة المرضى في كثير من المجتمعات الإفريقية والآسيوية والشرق أوسطية من ردود أفعال المحيطين التي تتراوح ما بين التجنب والتحديق إلى إلقاء التعليقات القاسية (Borimnejad *et al.*, 2006, and Olasode *et al.*, 2007).

والمفقت أن الاتجاهات السالبة تجاه المرضى لا تتأثر بتوفر المعلومات الصحيحة عن المرض، ففي دراسات آسيوية ظهر أن الأفراد حتى مع علمهم أن المرض ليس معدياً، لا زالوا يمانعون في بناء صداقات مع المرضى أو مشاركتهم وجبة طعام، وتراوحت مشاعرهم تجاه المصابين ما بين الخوف والكرهية والازدراء (Asati *et al.*, 2016).

الخلاصة أن البهاق يؤثر سلباً في جودة الحياة ويرتبط بالقلق والحرج وانخفاض تقدير الذات والانسحاب الاجتماعي. وتزداد حدة هذه الآثار لدى النساء وذوي البشرة الملونة وكلما تركزت الإصابة في مناطق مكشوفة من الجسم، وكلما كان المصاب فرداً في مجتمع تقليدي.

وعلى الرغم من أن الآثار النفسية المترتبة على البهاق كثيراً ما تستدعي التدخل، فقد لاحظت الباحثة فقراً شديداً في الدراسات السابقة التي اختبرت فاعلية أشكال العلاج النفسي المختلفة مع مرضى البهاق. وهي ملاحظة استرعت نظر

والفيزيولوجي لدى المرضى وعائلاتهم (Salzes *et al.*, 2016).

مشكلة البحث

البهاق اضطراب جمالي cosmetic ليس معدياً ولا يحمل تهديداً لحياة المصابين به، إلا أن تأثيره في جودة الحياة قد يكون شديداً يستوجب التدخل. ولأحظت الباحثة الحالية أن جملة دراسات أجريت في مناطق مختلفة من العالم أظهرت ما يواجهه المرضى من كلا الجنسين من تمييز ووصمة Stigmatization. مع ذلك فإن معاناة النساء قد تفوقت على معاناة الرجال. ففي دراسة سعودية ظهر أن التأثير السلبي للبهاق على جودة الحياة أصاب النساء أكثر من الرجال (Al-Mubarak *et al.*, 2011). فالنساء المصابات بالبهاق في الشرق الأوسط يعانين من انخفاض تقدير الذات ومشكلات التوافق الجنسي والرفض من الشركاء الذي قد ينتهي بالطلاق (Borimnejad, *et al.*, 2006, Saleki and Yazdan-*far*, 2015, and Hedayat *et al.*, 2016).

وظهرت نتائج مماثلة بالنسبة للنساء في كوريا والهند (Kim *et al.*, 2009, and Pahwa *et al.*, 2013). وظلت وصمة البهاق المرتبطة بمعتقدات ثقافية تؤثر كذلك على النساء الأوربيات المنحدرات من أصول آسيوية (Thompson *et al.*, 2010). ومن الملفت أن تأثير البهاق في جودة الحياة لدى النساء الأوربيات البيض كان أعلى بشكل دال مقارنة بالرجال، كما تبين من دراسات بريطانية وإيطالية وبلجيكية (Thompson *et al.*, 2002, Ongenae *et al.*, 2005, and Sampogna *et al.*, 2008).

وبشكل عام ارتبط البهاق بانخفاض جودة الحياة، وكان تأثيره أسوأ لدى المرضى الذين تركزت إصابتهم في المناطق المكشوفة من الجسم كالوجه والعنق واليدين (Ongenae *et al.*, 2005). وتكاد تتطابق نتائج الدراسات السابقة، ففي دراسات إيرانية تبين انخفاض جودة الحياة وارتفاع إدراك الضغوط والاكتئاب لدى المرضى (Saleki and Yazdnafar, 2015, Karimi, *et al.*, 2016, and Hedayat *et al.*, 2016)، وهي النتيجة ذاتها التي انتهت إليها دراسات أجريت في تركيا، وأظهرت

لا زالت غير كافية، سواء للحكم على فعالية التدخلات النفسية أو عدم فعاليتها، مع التوصية بإجراء مزيد من البحوث (Forfham et al., 2013). بل إن مراجعة لـ (16) دراسة أثبتت فاعلية التدخلات النفسية في تحسين جودة الحياة لدى مرضى الجلد، قد انتهت إلى وجود ضعف منهجي Methodological weakness شاب غالب هذه الدراسات، وأوصت باستمرار الدراسات المحكمة (Chen et al., 2014).

ومن جهة أخرى أشار Janowski and Pietr- zak (2008) إلى أن الموضوع أكثر تعقيداً، فنحن حتى اليوم لا نعرف من هم هؤلاء المرضى الذين يمكن أن يستفيدوا حقاً من التدخلات النفسية. وتضيف الباحثة الحالية من رصدها للدراسات السابقة نقطة أخرى جدلية، وهي أن التدخل النفسي يمكن أن يكون مفيداً لجودة الحياة في الحالات التي يعاني فيها مريض الجلد من القلق والضغط، لكن من المشكوك فيه أن يؤدي هذا التدخل إلى تراجع شدة المرض الجلدي المستثار بواسطة الضغوط.

بناء على جميع ما تم عرضه، يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في التحقق من فعالية تعديل المخطط المعرفي في خفض العبء المحدث بمرض البهاق.

فروض البحث

1. يوجد فرق دالّ إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس عبء مرض البهاق في القياس البعدي لصالح متوسط درجات المجموعة التجريبية.
2. يوجد فرق دالّ إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس عبء مرض البهاق قبل تعديل المخطط المعرفي وبعده لصالح متوسط درجات القياس البعدي.

هدف البحث

يهدف البحث إلى التحقق من فاعلية تعديل المخطط المعرفي في خفض درجة العبء المحدث بالبهاق لدى عينة من مريضات البهاق السعوديات.

الباحثين (Shah et al., 2014) وتعدّ دراسة (Papadopoulos et al., 1999) إحدى الدراسات المرجعية النادرة التي تتم الإشارة إليها كثيراً. وفي تلك الدراسة تبين بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي أن مرضى البهاق حققوا تحسناً في صورة الجسم وتقدير الذات وجودة الحياة. لكن دراسة أخرى قارنت بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج المتمركز حول العميل، لم تتوصل إلا لفائدة محدودة لكلا النوعين من العلاج (Papadopoulos, et al., 2004)، في حين ناقضتها نتائج دراسات أخرى أثبتت فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض درجة القلق وتحسين جودة الحياة (Jha et al., 2016).

وتتضح ندرة دراسات التدخل التي أجريت على مرضى البهاق من المراجعة التي قام بها (Lavda et al., 2012) إذ تبين اقتصار البهاق على دراستين فقط من مجموع (22) دراسة مشابهة. وخلصت هذه المراجعة إلى وجود درجة متوسطة من التأثير الإيجابي للتدخل النفسي على مرضى الجلد.

ومن تأمل الدراسات السابقة يتضح أن مرضى الصدفية نالوا الجزء الأكبر من عناية الباحثين مقارنة بمرضى البهاق. وتلك الدراسات لا يمكن إغفالها في البحث الحالي لتشابه اضطرابات الجلد من ناحية تأثيرها في المظهر وفي جودة الحياة. على سبيل المثال وجد بعض الباحثين أن العلاج السلوكي المعرفي يُخفف شدة الصدفية ويُحسن جودة الحياة (Fortune et al., 2002). كما أظهرت دراسات أخرى أثر العلاج السلوكي المعرفي عبر الإنترنت في تخفيف القلق وتحسين جودة الحياة، بخلاف الشدة الفيزيولوجية للمرض إذ لم يكن له تأثير في هذه الناحية (Bundy et al., 2013). وظهر كذلك أن سماع المرضى أثناء العلاج بالأشعة فوق البنفسجية لتعليمات موجهة لممارسة التأمل Meditation يؤدي إلى رفع معدل تراجع الصدفية (Kabat-Zinn et al., 1998). الشيء نفسه ظهر بالنسبة للعلاج الأسري، إذ تراجعت معه شدة المرض ومشاعر الوصمة وانخفاض تقدير الذات (Shah and Bewley, 2014).

ورغم هذه النتائج الإيجابية، فإن مراجعة تمت لـ (10) دراسات، خلصت إلى أن البراهين

أهمية البحث

يستمد البحث أهميته من كونه -حسب علم الباحثة- البحث الأول الذي ينقل للبيئة العربية مصطلح العبء Burden الذي أصبح موضع اهتمام في الدراسات الغربية منذ قدم Hay et al. (2014) تصورًا للعبء المرتبط بـ (15) مرضًا من أمراض الجلد شمل جودة الحياة والاندماج الاجتماعي والاستخدام الفعال لإمكانيات الرعاية الطبية. كما يكتسب البحث أهميته من كونه يقدم للبيئة العربية مقياسًا فرنسيًا حديثًا ذا مصداقية عالية، بعد إجراء الملاءمة الثقافية له والتحقق من صدقه وثباته. وأخيرًا، يستمد البحث أهميته من كونه يختبر فاعلية تعديل المخطط المعرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى البهاق الذين يعدون من العينات الصعبة، لما يرتبط بالبهاق من وصمة اجتماعية، في ظل ندرة شديدة في البحوث المشابهة في البيئتين العربية والغربية.

مصطلحات البحث

فاعلية Effectiveness:

تشير إلى قياس الأداء ومدى القدرة على تحقيق الأهداف في ظل القيود البيئية، وعلى المدى الطويل تتضمن القدرة على النمو والتكيف (Farahbakhsh, 2007). وتعرف الباحثة الفاعلية إجرائيًا على أنها مدى تأثير التعديل المعرفي المستخدم في هذا البحث على العينة من ناحية خفض درجة العبء المحدث بالبهاق.

المخطط المعرفي Cognitive Schema:

بناء معرفي كامن مستقر يشكل أساس نظام معالجة المعلومات، من خلال ترميز وإدراك وتفسير المثيرات. والمخطط أشبه ببناء هرمي يتكون من المعتقدات الجوهرية Core Beliefs تليها المعتقدات التوسيطية Intermediate Beliefs ثم الأفكار التلقائية Automatic Thoughts. ويحدد المخطط طرق استجابة الفرد وردود أفعاله السلوكية والانفعالية، بحيث إن المخطط المعرفي السلبي يميل بالفرد نحو تشكيل معاني الأحداث بطريقة مشوهة، ويؤثر في قدرته على

التفكير والتعليل والتمثيل والتعميم والحكم. (Beck et al., 1990, and Beck, 1996).

عبء Burden:

يشير إلى الإعاقة Disability النفسية والاجتماعية والاقتصادية والفيزيولوجية المرتبطة بأمراض مختلفة من بينها أمراض الجلد. (Salzes et al., 2016) وتعرف الباحثة العبء إجرائيًا: أنه المجموع الكلي لدرجات عبء البهاق على المقياس المستخدم في هذا البحث.

البهاق Vitiligo:

اضطراب جلدي مزمن يهاجم فيه جهاز المناعة الذاتي الخلايا الصباغية Melanocytes ويقوم بتدميرها مسببًا بقعًا بيضاء على الجلد مختلفة عن باقي لون الجسم، كما قد يؤثر المرض على الأغشية المخاطية المبطنة للفم والأنف والعينين (American Academy of Dermatology, 2016).

منهج البحث

أخذ البحث بالمنهج التجريبي الذي يعد أكثر المناهج اتساقًا مع مشكلة البحث وهدفه.

حدود البحث

تتمثل الحدود المكانية للبحث في العاصمة الرياض. وتتمثل الحدود البشرية في مجموعة من مريضات البهاق السعوديات. وتتمثل الحدود الزمانية لإجراء الجزء التطبيقي، من منتصف شهر أكتوبر حتى منتصف شهر ديسمبر من عام (2016). كما يتحدد البحث بالأدوات المستخدمة، وبالمتغيرين موضع الدراسة.

مجتمع وعينة البحث

تشكل مريضات البهاق من السعوديات البالغات المجتمع الأصلي للبحث. أما عينة البحث فبلغ تعدادها (44) امرأة مصابة بالبهاق، ممن حصلن على درجة أعلى من المتوسط على مقياس عبء البهاق المستخدم في هذا البحث. وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية التي خضعت لتعديل المخطط المعرفي،

ذلك إلى ارتفاع درجة العبء المحدث بمرض البهاق. وأثبت المقياس في أصله الفرنسي صدقاً وثباتاً عاليين. وتمت ترجمة المقياس الفرنسي إلى اللغة الإنجليزية والتحقق من صدقه وثباته. قامت الباحثة الحالية بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وإجراء بعض التعديلات للملاءمة اللغوية والثقافية، وعرضته على عدد من المحكمين، كما عرضته على ثلاثة من مرضى البهاق للتأكد من وضوح مضمون العبارات. وقامت الباحثة بالتحقق من ثبات وصدق المقياس، من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية فكانت النتائج كما يلي:

حساب ثبات مقياس عبء البهاق:

(1) تم حساب ثبات عبارات مقياس عبء البهاق بطريقتين هما:

أ. معامل الثبات بطريقة Alpha-Cronbach لكل بُعد من أبعاد المقياس الثلاثة (بعدد عبارات كل بُعد)، وفي كل مرة يتم حذف درجات إحدى العبارات من الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه العبارة، وأسفرت تلك الخطوة عن أن جميع العبارات ثابتة، حيث وُجد أن معامل Alpha-Cronbach لكل بُعد في حالة غياب العبارة أقل من أو يساوي معامل Alpha-Cronbach العام للبعد في حالة وجودها، أي أن تدخل عبارات البعد لا يؤدي إلى انخفاض معامل ثباته الكلي، وهذا يشير إلى أن كل عبارة تسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للبعد الذي تقيسه.

ب. حساب معاملات الارتباط بين درجات العبارة والدرجات الكلية للبعد الذي تقيسه، فوجد أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) أو (0.05)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي وثبات جميع عبارات مقياس عبء البهاق. ويوضح الجدول (1) معاملات ثبات عبارات المقياس بهاتين الطريقتين.

وتكونت من (22) امرأة أبدين رغبة كاملة في التعاون. والمجموعة الضابطة وتكونت من (22) امرأة تكافئ المجموعة التجريبية في جميع المتغيرات باستثناء عدم خضوعهن لتعديل المخطط المعرفي. وانطبقت على جميع أفراد العينة الشروط التالية: عمرها لا يقل عن (18) عاماً ولا يزيد عن (60) عاماً. ومؤهلها العلمي لا يقل عن شهادة الثانوية العامة. وتم تشخيصها بشكل نهائي بمرض البهاق منذ فترة لا تقل عن (12) شهراً. ولا تخضع لأي شكل من العلاج النفسي. ولا تتناول أية عقاقير نفسية. وزادت المجموعة التجريبية بشرط إضافي وهو توفر اتصال يومي سريع بالإنترنت في المنزل من خلال جهاز شخصي.

أدوات البحث

أولاً: مقياس عبء البهاق - The Vitiligo Bur- den Patient Scale من إعداد (Salzes et al., 2016) مقياس فرنسي حديث لقياس عبء البهاق وفقاً لنمط الجلد، وهو أول مقياس من نوعه. وتم تطبيق المقياس في نسخته الأولية المكونة من (35) عبارة على (301) مريض بالبهاق، (235) من ذوي نمط الجلد الفاتح المتراوح ما بين (I) إلى (III)، و (66) مريضاً من ذوي نمط الجلد الداكن المتراوح ما بين (IV) إلى (VI) المتحدرين من أصول شرق أوسطية وهندية وكاريبية. وقد تشكل المقياس في شكله الأخير من (29) عبارة: (19) عبارة مشتركة بين المرضى من جميع أنماط الجلد، و (3) عبارات خاصة لذوي الجلد الفاتح و (7) عبارات خاصة لذوي الجلد الداكن. بناءً على ذلك فإن المقياس النهائي لذوي الجلد الداكن صار قوامه (26) عبارة، ولذوي الجلد الفاتح صار قوامه (22) عبارة.

كشفت التحليل العاملي الذي قام به معدو المقياس عن (3) أبعاد للمقياس هي: بُعد التأثيرات السيكولوجية على الحياة اليومية، وبُعد العلاقات والحياة الجنسية، وبُعد التقييمات الاقتصادية والسيطرة على المرض والعناية به. ويُجاب عن المقياس باختيار من بين ستة بدائل هي: أبداً، نادراً، أحياناً، كثيراً، كثيراً جداً، دائماً. وكلما ارتفعت درجة المفحوص على المقياس أشار

جدول (1): معاملات ثبات عبارات مقياس عبء البهاق لدى المريضات بمرض البهاق (ن = 40)

معامل ارتباط درجة السؤال بالدرجة الكلية للبعد	معامل Alpha-Cronbach	أرقام عبارات البعد	البعد	
**0.74	0.875	1	التأثيرات السيكولوجية على الحياة اليومية معامل ألفا العام للبعد = 0.886	
**0.62	0.879	2		
**0.57	0.881	3		
**0.59	0.880	5		
**0.57	0.881	7		
**0.69	0.876	8		
**0.67	0.877	10		
**0.71	0.875	15		
**0.61	0.880	16		
**0.67	0.877	17		
**0.55	0.882	18		
**0.60	0.880	19		
**0.47	0.886	20		
*0.38	0.893	21		
**0.66	0.878	22		
**0.52	0.884	24		
**0.66	0.877	25		
**0.72	0.770	9		التقييدات الاقتصادية والسيطرة على المرض والعناية به معامل ألفا العام للبعد = 0.795
**0.83	0.715	12		
**0.60	0.795	13		
**0.75	0.752	14		
**0.82	0.715	26		
**0.83	0.509	4	العلاقات والحياة الجنسية معامل ألفا العام للبعد = 0.692	
**0.73	0.692	6		
**0.72	0.614	11		
**0.65	0.655	23		

* دال عند مستوى (0.05) ** دال عند مستوى (0.01)

النصفية لـ Spearman-Brown. ويوضح الجدول (2) معاملات ثبات العبارات والثبات الكلي لمقياس عبء البهاق.

(2) ثبات الأبعاد الفرعية والثبات الكلي لمقياس عبء البهاق: وتم حسابه بطريقتين هما: طريقة معامل Alpha-Cronbach وطريقة التجزئة

جدول (2): معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والثبات الكلي لمقياس عبء البهاق (ن = 40)

م	البعد	عدد العبارات	معامل AI-pha-Cronbach	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية Spearman-Brown ل
1	التأثيرات السلوكية على الحياة اليومية	17	0.886	0.888
2	التقييدات الاقتصادية والسيطرة على المرض والعناية به	5	0.795	0.846
3	العلاقات والحياة الجنسية	4	0.692	0.740
	المقياس ككل	26	0.907	0.909

الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد (في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه) دالة إحصائياً (عند مستوى 0.01 أو مستوى 0.05) حيث امتدت معاملات الارتباط من (0.36) إلى (0.71) مما يدل على صدق جميع عبارات المقياس.

يتضح من الجدول (2) أن معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والثبات الكلي لمقياس عبء البهاق بطريقتي Alpha-Cronbach وطريقة التجزئة النصفية ل Spearman-Brown مرتفعة مما يدل على ثبات الأبعاد الفرعية والثبات الكلي للمقياس.

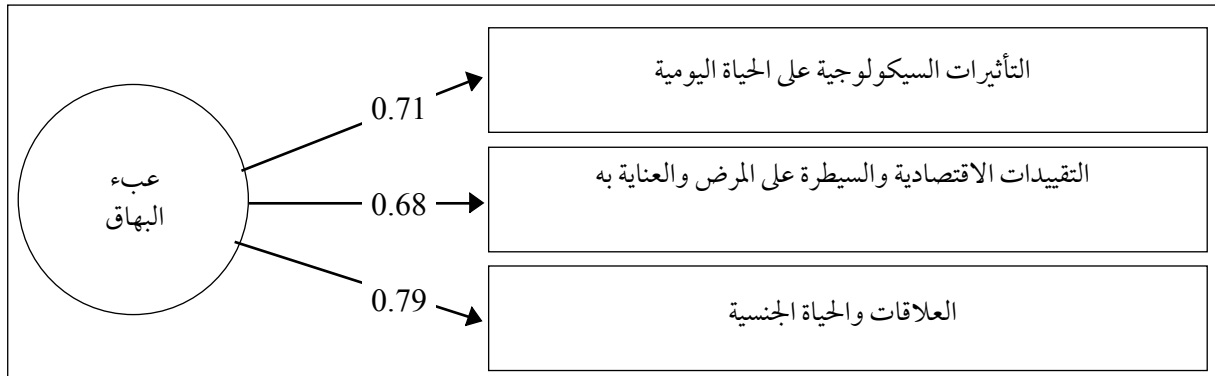
(2) الصدق العاملي لمقياس عبء البهاق:

تم التحقق من الصدق العاملي أو صدق البناء الكامن لمقياس عبء البهاق عن طريق استخدام أسلوب التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis حيث تم افتراض أن جميع الأبعاد المشاهدة Observed Factors الثلاثة لمقياس عبء البهاق تنظم حول عامل كامن واحد هو (عبء البهاق)، كما بالشكل (1).

صدق مقياس عبء البهاق:

(1) صدق العبارات:

تم حساب صدق عبارات مقياس عبء البهاق عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد باعتبار أن بقية عبارات البعد محكاً للعبارة، فأسفرت تلك الخطوة عن أن جميع معاملات



شكل (1): نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس عبء البهاق

(1) الأرقام المرتبطة بكل سهم في الشكل تمثل التشبعات أو معاملات الصدق بعد حساب النموذج بواسطة برنامج Lisrel 8.8.

لنموذج المشبع، وإن قيم بقية المؤشرات وقعت في المدى المثالي لكل مؤشر، مما يدل على مطابقة النموذج الجيدة للبيانات موضع المقياس.

وكما يتضح من الجدول (3) أن نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس عبء البهاق حظي بمؤشرات حسن مطابقة جيدة، إذ إن قيمة مربع كاي (كا²) غير دالة إحصائياً، وقيمة مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج الحالي أقل من نظيرتها

جدول (3): مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس عبء البهاق

م	اسم المؤشر	قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر
1	المقياس الإحصائي كا ² X ²	0.02	أن تكون قيمة كا ² غير دالة إحصائياً
	درجات الحرية df	1	
	مستوى دلالة كا ²	0.89	
2	نسبة كا ² / df X ²	0.01	(صفر) إلى (5)
3	مؤشر حسن المطابقة GFI	1.00	(صفر) إلى (1)
4	مؤشر حسن المطابقة المصحح AGFI	0.99	(صفر) إلى (1)
5	جذر متوسط مربعات البواقي RMSR	0.01	(صفر) إلى (0.1)
6	جذر متوسط خطأ الاقتراب RMSEA	0.00	(صفر) إلى (0.1)
7	مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج الحالي ECVI	0.28	أن تكون قيمته للنموذج الحالي أقل من نظيرتها للنموذج المشبع
	مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج المشبع	0.31	
8	مؤشر المطابقة المعياري NFI	0.99	(صفر) إلى (1)
9	مؤشر المطابقة المقارن CFI	1.00	(صفر) إلى (1)
10	مؤشر المطابقة النسبي RFI	0.99	(صفر) إلى (1)
11	مؤشر المطابقة التزايدى IFI	1.00	(صفر) إلى (1)

قويًا على صدق البناء الكامن لهذا المقياس، وأن عبء البهاق عبارة عن عامل كامن عام تنتظم حوله الأبعاد الثلاثة المشاهدة. ومن الإجراءات السابقة تأكد للباحثة ثبات وصدق مقياس عبء البهاق.

ويتضح من الجدول (4) أن كل معاملات الصدق أو تشبعات أبعاد مقياس عبء البهاق بالعامل الكامن الواحد دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يشير إلى صدق جميع أبعاد مقياس عبء البهاق؛ أي أن التحليل العاملي التوكيدي قدم دليلاً

جدول (4): تشبعات أبعاد مقياس عبء البهاق بالعامل الكامن الواحد

م	الأبعاد	التشبع	الخطأ المعياري لتقدير التشبع	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
1	التأثيرات السيكولوجية على الحياة اليومية	0.71	0.15	4.72	0.01
2	التقييدات الاقتصادية والسيطرة على المرض والعناية به	0.68	0.16	4.12	0.01
3	العلاقات والحياة الجنسية	0.79	0.16	4.93	0.01

ثانياً: تعديل المخطط المعرفي من إعداد الباحثة:

صممت الباحثة تعديل المخطط للتطبيق الجماعي من خلال غرفة محادثة Chat Room مغلقة، تتيح التواصل الصوتي والمرئي. يستند التدخل إلى تطبيقات العلاج المعرفي كما قدمته Beck (1995)، ويتكون من (16) جلسة علاجية على مدى (8) أسابيع، بمعدل جلستين كل أسبوع،

طول كل منها ساعة ونصف الساعة، وبذلك يستغرق التدخل (24) ساعة علاجية. وقامت الباحثة بتحكيم محتوى التدخل بعرضه على عدد من الأكاديميين والأخصائيين الممارسين. والهدف العام من التدخل هو خفض درجة العبء المحدث بمرض البهاق. وقد خضع

أهدافها: الوعي بأهمية الاسترخاء في خفض مشاعر التوتر والقلق في مواقف التفاعل الاجتماعي، التدريب على تمارين التنفس والاسترخاء، استثارة الدافعية لإتقان الاسترخاء في سبيل التحكم الذاتي في التوتر المصاحب لعبء البهاق.

الأساليب: محاضرة قصيرة عن تاريخ الاسترخاء ومفهومه وهدفه الرئيس المتمثل في التحكم الذاتي ورفع الشعور بالثقة في مواقف التفاعل الاجتماعي، الإعداد والتدريب على تمارين التنفس والاسترخاء.

الواجبات المنزلية: التدرب يوميًا على ممارسة تمارين التنفس والاسترخاء.

الجلسات (6-8): تعرّف الأفكار التلقائية وتعديلها: **أهدافها:** التدريب على كيفية رصد الأفكار التلقائية وتنفيذها، تعرّف ردود الأفعال الانفعالية والسلوكية والفيزيولوجية، التعريف بالتشوهات المعرفية وتصحيحها، التدريب على تبني استجابات تكيفية بديلة.

الأساليب: الأسئلة السقراطية، التجارب السلوكية، استخدام الآخرين كنقاط مرجعية، العمل بقاعدة «كما لو».

الواجبات المنزلية: استخدام سجل الأفكار التلقائية، استخدام بطاقات التعايش، الاستمرار في تمارين التنفس والاسترخاء.

الجلسات (9-11): تعرّف المعتقدات الوسيطة وتعديلها:

أهدافها: التدريب على تحديد المعتقدات الوسيطة غير التكيفية وتفكيكها، دعم المعتقدات الوسيطة الجديدة ذات الطبيعة التكيفية.

الأساليب: التشتت وإعادة التركيز، لعب الدور المنطقي/العاطفي، المتصل المعرفي.

الواجبات المنزلية: الاستمرار في استخدام سجل الأفكار التلقائية، استخدام سجل المعتقدات الوسيطة، الاستمرار في تمارين التنفس والاسترخاء.

الجلسات (12-14): تعرّف المعتقدات الجوهرية وتعديلها:

أهدافها: التعريف بالثالوث المعرفي، تحديد المجموعتين الرئيسيتين للمعتقدات الجوهرية وهي المجموعة المرتبطة بالإحساس بالعجز، والمجموعة

التدخل إلى عدد من المبادئ الفنية والأخلاقية تمثلت في قيم السرية والمحافظة على مواعيد الجلسات. وكذلك التزام أفراد المجموعة بالمشاركة الفعالة خلال الجلسات وتنفيذ الواجبات المنزلية، وقيام الباحثة بتقديم تغذية راجعة بشكل منتظم للتأكد من مدى استيعاب المجموعة لمهارات الجلسة السابقة، وللعمل على ربطها بمهارات الجلسة الجديدة. وفيما يلي عرضٌ مختصرٌ لمحتوى جلسات التدخل الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية:

الجلسة (1): تكوين المجموعة المعرفية:

أهدافها: انطلاق وتدعيم العلاقة العلاجية بين الباحثة والمجموعة، الإعداد والتهيئة وغرس الأمل، التخفيض من حدة التوتر المترتب على الجلسة الأولى.

الأساليب: الافتتاح والترحيب والتعارف، تقديم نبذة عن التدخل، مناقشة وتعديل التوقعات، استخدام الدعابة الخفيفة والمرح.

الواجبات المنزلية: تحديد «أجندة» بأهداف واقعية والحث على بلوغها.

الجلستان (2-3): الإفصاح وفحص المشكلة وتقويم الدافعية:

أهدافها: تأسيس الوعي بمفهوم عبء البهاق، إثارة دافعية المجموعة للتعبير عن المشكلات الجمالية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالبهاق، تنمية الشعور بالمشاركة وتبادل الخبرات، تقديم المخطط المعرفي وتوضيح دوره في زيادة درجة الإحساس بالعبء المحدث بالبهاق.

الأساليب: عرض مرئي يتناول مرض البهاق وتأثيراته على جودة الحياة، تأكيد أن هذه التأثيرات السلبية للبهاق يمكن التخفيف منها من خلال تعديل المخطط المعرفي، طرح الأسئلة، الربط والاستنتاج.

الواجبات المنزلية: كتابة نص سردي عن التغيير الذي أحدثه البهاق في الحياة الشخصية والاجتماعية، مع التركيز على وصف المشاعر والانفعالات أثناء كتابة الأفكار.

الجلستان (4-5): تمارين التنفس والاسترخاء العضلي العميق:

الخبرات، التغذية الراجعة حول مجمل ما تم في جلسات التدخل.
الأساليب الإحصائية:

للتحقق من صحة فروض البحث تم استخدام الأساليب التالية: اختبار (ت) T-test للعينتين المستقلتين، اختبار (ت) T-test للعينتين المرتبطتين، اختبار مربع إيتا Eta Square لدراسة حجم تأثير (تعديل المخطط المعرفي)، نسبة الكسب المعدلة Blake Modified Gain Ratio لـ حساب فاعلية (تعديل المخطط المعرفي) في خفض درجة العبء المحدث بالبهاق لدى المجموعة التجريبية.

نتائج البحث

أولاً: التحقق من التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي: يوضح الجدول (5) نتائج اختبار (ت) T-test للعينتين المستقلتين لدراسة الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي:

المرتبطة بالإحساس بعدم الحب، تعديل المعتقدات الجوهرية غير التكيفية ودعم المعتقدات الجديدة التكيفية.

الأساليب: استخدام التباين الشديد، تكوين الاستعارات، استخدام الاختبارات التاريخية للمعتقد الجوهرية، إعادة تشكيل الذكريات الأولى.

الواجبات المنزلية: استخدام سجل المعتقدات الجوهرية، الاستمرار في استخدام سجل المعتقدات الوسيطة، الاستمرار في تمارين التنفس والاسترخاء.

الجلستان (15-16): مراجعة المخطط المعرفي وإنهاء التدخل:

الأهداف: التأكد من إتقان القدرة على فحص مخطط الأفكار التلقائية والمعتقدات الوسيطة والمعتقدات الجوهرية، وإعادة تشكيله، تأكيد أن نهاية الجلسات لا يعني التوقف عن التدريب المنزلي على الأساليب المعرفية، تعزيز ودعم التغييرات الإيجابية.

الأساليب: استخدام مخطط التسلسل الهرمي بطريقة قبل/بعد، الحوار والمناقشة، تبادل

جدول (5): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق في القياس القبلي

م	الأبعاد	المجموعة التجريبية ن = 22		المجموعة الضابطة ن = 22		قيمة (ت) ودالتها
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
1	التأثيرات السيكولوجية على الحياة اليومية	70.27	7.34	69.50	7.30	0.35 غير دالة
2	التقييدات الاقتصادية والسيطرة على المرض والعناية به	19.50	2.65	18.82	4.00	0.67 غير دالة
3	العلاقات والحياة الجنسية	15.18	2.44	15.64	3.51	0.50 غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	104.95	9.64	103.95	8.70	0.36 غير دالة

ثانياً: نتائج الفروض نتائج الفرض الأول:

للتحقق من صحة الفرض الأول الذي ينص على أنه: «يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس عبء مرض البهاق في القياس البعدي

يتضح من الجدول (5) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق في القياس القبلي. وهذا يشير إلى أن المجموعتين التجريبية والضابطة متجانستان في القياس القبلي لمقياس عبء البهاق.

- اختبار مربع إيتا Eta Square لدراسة حجم تأثير (تعديل المخطط المعرفي) في عبء مرض البهاق لدى المجموعة التجريبية، كما بالجدول (6).
- اختبار (ت) T-test للعينتين المستقلتين.

جدول (6): مربع إيتا ونتائج اختبار (ت) لدلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس عبء البهاق

م	الأبعاد	المجموعة التجريبية ن = 22		المجموعة الضابطة ن = 22		مربع إيتا (η^2)	قيمة (ت) ودالتها
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
1	التأثيرات السيكولوجية على الحياة اليومية	26.64	3.81	63.73	5.10	0.9467	***27.32
2	التقييدات الاقتصادية والسيطرة على المرض والعناية به	7.41	1.30	16.73	2.75	0.8314	***14.39
3	العلاقات والحياة الجنسية	6.05	1.17	12.59	2.50	0.7462	***11.11
	الدرجة الكلية للمقياس	40.09	4.64	93.05	6.42	0.9591	***31.37

** دال إحصائياً عند مستوى (0.01)

بواسطة (تعديل المخطط المعرفي). ومن إجمالي نتائج الفرض الأول يتضح أنه قد تحقق، أي تم قبول الفرض البديل الأول.

نتائج الفرض الثاني:

للتحقق من صحة الفرض الثاني الذي ينص على أنه: «يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس عبء مرض البهاق قبل تطبيق تعديل المخطط المعرفي وبعده لصالح متوسط درجات القياس البعدي» تم استخدام:

- اختبار (ت) T-test للعينتين المرتبطتين.
- حساب نسبة الكسب المعدلة Modified Gain Ratio ل Blake التي يتم حسابها من المعادلة التالية:

$$MG_{Blake} = \frac{M_2 - M_1}{P - M_1} + \frac{M_2 - M_1}{P}$$

حيث: MG_{Blake} = نسبة الكسب المعدلة ل Blake

M_1 = متوسط القياس القبلي.

M_2 = متوسط القياس البعدي.

P = الدرجة الممكنة للمقياس (النهاية العظمى).

ويمتد مدى نسبة الكسب المعدلة ل Blake من (0) إلى (2)، بحيث:

يتضح من الجدول (6) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق في القياس البعدي لصالح متوسط درجات المجموعة التجريبية في جميع الحالات؛ أي أن متوسطات درجات المجموعة التجريبية في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق في القياس البعدي انخفضت بدلالة إحصائية عن نظائرها لدى المجموعة الضابطة.

وتشير قيم مربع إيتا⁽¹⁾ التي بلغت: (0.9467)، (0.8314)، (0.7462)، (0.9591) إلى أن (تعديل المخطط المعرفي) له حجم تأثير كبير في خفض الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق لدى المجموعة التجريبية. كما تشير قيم مربع إيتا أيضاً إلى أن (تعديل المخطط المعرفي) يُفسر ما قيمته 94.67%، 83.14%، 74.62%، 95.91% من التباين في درجات الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق على الترتيب لدى المجموعة التجريبية، وهي كمية كبيرة من التباين المُفسر

(1) إذا كان مربع إيتا = 0.01 فإنه يقابل حجم تأثير ضعيف، وإذا كان مربع إيتا = 0.059 فإنه يقابل حجم تأثير متوسط، وفي حالة مربع إيتا = 0.138 فإنه يقابل حجم تأثير كبير، وإذا كان مربع إيتا = 0.232 فإنه يقابل حجم تأثير كبير جداً.

- إذا كانت: قيمة نسبة الكسب المعدلة $1 >$ يعتبر التدخل غير فعّال، أو غير مقبول الفعالية، أو منخفض الفعالية.
- إذا كانت: $1 \geq$ قيمة نسبة الكسب المعدلة $1.2 >$ يعتبر التدخل معقولاً أو متوسط الفعالية. أي أن الحد الأدنى المقبول لنسبة الكسب المعدلة هو الواحد الصحيح.
- إذا كانت: قيمة نسبة الكسب المعدلة $1.2 \leq$ يعتبر التدخل فعّالاً ومقبولاً، وهي القيمة التي اقترحها Blake للحكم على فاعلية التدخل. فكانت النتائج كما بالجدول (7).

جدول (7): نسبة الكسب المعدلة ل Blake ونتائج اختبار (ت) لدلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس عبء البهاق (ن = 22)

م	الأبعاد	القياس القبلي		القياس البعدي		نسبة الكسب المعدلة ل Blake	قيمة (ت) ودلالاتها
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
1	التأثيرات السيكولوجية على الحياة اليومية	70.27	7.34	26.64	3.81	1.26	**23.99
2	التقييدات الاقتصادية والسيطرة على المرض والعناية به	19.50	2.65	7.41	1.30	1.11	**15.65
3	العلاقات والحياة الجنسية	15.18	2.44	6.05	1.17	1.17	**13.73
	الدرجة الكلية للمقياس	104.95	9.64	40.09	4.64	1.22	**25.77

** دال إحصائياً عند مستوى (0.01)

مناقشة وتفسير النتائج

يظهر من نتائج البحث الحالي فاعلية تعديل المخطط المعرفي في خفض العبء المحدث بمرض البهاق لدى المجموعة التجريبية، وذلك عند مقارنة متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي بنظيرتها لدى المجموعة الضابطة، وأيضاً عند مقارنة درجات القياس القبلي بدرجات القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية نفسها. إن هذه النتيجة تتفق مع نتائج الدراسة المرجعية (Papadopoulos et al. 1999)، كما تتفق كذلك مع نتائج دراسة (Jha et al. 2016)، التي أثبتت كل منهما فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض القلق وتحسين جودة الحياة لدى مرضى البهاق. كذلك تتفق النتيجة الحالية مع نتيجة (Fortune et al. 2002)، وتتفق أيضاً بشكل جزئي مع المراجعة التي قام بها (Lavda 2012) et al. وانتهت بوجود فاعلية متوسطة للتدخلات النفسية مع مرضى اضطرابات الجلد عامة ومنهم مرضى البهاق. إضافة إلى ذلك تتفق النتيجة الحالية

يتضح من الجدول (7) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق في القياسين القبلي والبعدي لصالح متوسط درجات القياس البعدي في جميع الحالات. أي أن متوسطات درجات المجموعة التجريبية في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق في القياس البعدي انخفضت بدلالة إحصائية عن نظائرها في القياس القبلي.

كما يتضح من الجدول (7) إن قيم نسبة الكسب المعدلة ل Blake امتدت من (1.11) إلى (1.26) وجميعها قيم قريبة جداً من القيمة (1.20) أو أكبر منها؛ حيث القيمة (1.20) هي القيمة التي اقترحها Blake للحكم على فاعلية التدخل. مما يشير إلى أن (تعديل المخطط المعرفي) فعّال في خفض جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عبء البهاق لدى المجموعة التجريبية. ومن إجمالي نتائج الفرض الثاني يتضح أنه قد تحقق، أي تم قبول الفرض البديل الثاني.

الأسئلة الفضولية، وسلوك الرفض والتجنب من قبل الآخرين، كما أصبح أكثر قدرة على تنفيذ الأفكار اللاعقلانية التي تدور حول الدونية وعدم استحقاق التقدير والاحترام.

كما يمكن أن يكون تعديل المخطط المعرفي قد ساعد النساء من جهة على التحكم في درجة القلق والمخاوف المرتبطة بتقدم ومآل المرض. كما ساعدهن من جهة ثانية على التقييم الواقعي لإمكانيات العلاج في ظل عدم وجود شفاء نهائي من المرض حتى اليوم، بحيث ينجح إلى الاستخدام الفعال للعلاجات المتاحة، والتكيف مع نتائجها، مهما كانت أقل من المأمول. كما أن إعادة تشكيل المخطط المعرفي للنساء ربما انعكس بما أحدثه من توافق على خفض معدل الهدر الاقتصادي المرتبط بالإنفاق على مستحضرات وعلاجات تجارية لم يثبت جدواها وما يرتبط بذلك من ضغوط مادية. وقد تكون تدريبات الاسترخاء في البحث الحالي أدت إلى مساعدة النساء في السيطرة على القلق والتوتر المرتبط برؤية الآخرين لآثار المرض في الأماكن الظاهرة من أجسامهن كالوجه والعنق والكفين. فيمكن أن الاسترخاء قد أحدث تأثيرات فسيولوجية مرغوبة مثل التحكم في التنفس والتعرق والتلثم وغير ذلك من أعراض الحرج حين يواجهن ردود الأفعال في الحياة الاجتماعية والأماكن العامة وفي اللقاءات الأولى بالناس، بمعنى أن الاسترخاء أحدث ضبطاً للاستجابة الانفعالية، وخفف من الميل إلى الانسحاب، وعزز الشعور بالثقة والكفاية. من جهة أخرى تُرجح الباحثة أن فعالية التعديل المعرفي قد تعود إلى الخصائص التي وفرها العلاج من خلال الإنترنت كالراحة في الحصول على المساعدة المتخصصة من المنزل، إضافة إلى المحافظة على الخصوصية وإخفاء الهوية، وقد أكد هذا عديد من الباحثين الذين تناولوا العلاج النفسي غير التقليدي مثل العلاج من خلال الإنترنت (Griffiths, 2005, and Liebert et al., 2006). وترى الباحثة أن نساء المجموعة التجريبية تحررن من تأثير بعض العوامل السلبية في العلاج التقليدي مثل طلب الاستحسان والخشية من الشعور بالوصمة المرتبطة في الثقافات التقليدية بالتردد على مراكز العلاج النفسي وهذا ما أثبتته نتائج الدراسات (Griffiths, 2005, and Ybar-

مع نتائج دراسات أخرى استخدمت أشكالاً أخرى من العلاج النفسي كالتأمل والعلاج الأسري (kabat-Zinn et al., 1998, Shah and Bewley, 2014). وكذلك تتفق نتيجة البحث الحالي مع نتائج دراسات مشابهة في استخدامها للإنترنت كوسيط وأثبتت فعالية العلاج عن طريقه في تحسين جودة الحياة لدى مرضى الجلد (Bundy et al. (2013).

من جهة أخرى تختلف نتيجة البحث الحالي مع عدد من النتائج السابقة؛ فهي تختلف على سبيل المثال مع دراسة (2004) Papadopoulou et al.، كما تختلف مع مراجعة (2013) Forfham et al. التي خلصت إلى أن البرهان العلمي للحكم بفعالية أو عدم فعالية التدخلات النفسية لا زال غير كاف.

وتفسر الباحثة النجاح في خفض العبء المحدث بالبهاق في البحث الحالي إلى كفاءة الأساليب المتعددة القائمة على أسس العلاج المعرفي لدى (Beck (1995. فقد أسهم تعديل كل من الأفكار التلقائية والمعتقدات الوسيطة والمعتقدات الجوهرية في تعديل كامل المخطط المعرفي، الذي يعد الأساس في نظام معالجة المعلومات. وبما أن الدراسات السابقة أثبتت أن الاكتئاب أحد أهم الأعراض المترتبة على عبء البهاق (Balaban et al., 2011, and Pahwa et al., 2013) فإنه - أي الاكتئاب - في نظر العلاج المعرفي ليس سوى نتاج عملية خاطئة في التفكير وترميز المعاني لوجود مخطط معرفي منحاز أو مشوه، بالتالي فعلاج الاكتئاب يكمن في تعديل المخطط (Beck et al. (1993).

إن تعديل المخطط المعرفي لدى النساء في البحث الحالي ترتب عليه أنهن أصبحن أكثر مقدرة على التمحيص وتعرّف الأفكار السلبية واللاعقلانية وتفنيدها، وتبني أفكار أخرى بديلة أكثر تكيفاً وتلاؤماً مع المثيرات البيئية، فالأساليب والمهارات المستخدمة ربما عززت قدرة النساء على تقبل التشويه الجمالي المترتب على البهاق، وكذلك رفعت من مقدرتهن على إدارة الضغوط المرتبطة بالمرض. وتذهب الباحثة إلى أن تعديل المخطط المعرفي ربما ساهم في تخفيف حدة مشاعر الإحباط والانزعاج والحجل المبنية على وصمة المرض. لقد دربتهن الأساليب العلاجية على مواجهة

المراجع

- Al-Mubarak, L., Al-Mohanna, H., AL-Issa, A., Jabak, M., and Mulekar, S.V. 2011. Quality of life in Saudi vitiligo patients. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 4(1): 33-37.
- American Academy of Dermatology. 2016. Vitiligo. Retrieved on 15-9-2016 from: <<https://www.aad.org/public/diseases/color-problems/vitiligo>>.
- Asati, D.P., Gupta, C.M., Tiwari, S., Kumar, S., and Jamra, V. 2016. A hospital-based study on knowledge and attitude related to vitiligo among adults visiting a tertiary health facility of central India. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 7(1): 27-32.
- Balaban, O., Atagun, M., Ozguven, H., and Ozsan, H. 2011. Psychiatric morbidity in patients with vitiligo. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 24: 306-313.
- Barisic-Drusko, V., and Rucevic, I. 2004. Trigger factors in childhood psoriasis and vitiligo. *Collegium Antropologicum*. 28(1): 277-285.
- Beck, A. T. 1996. Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. p.1-25. *In: Salkovskis, P. M. (Ed.) Frontiers of Cognitive Behavior*. Guilford Press, New York.
- Beck, A. T., Brown, G.K., Berchick, R. J., Stewart, B. L., and Steer, R. A. 1990. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric patient. *American Journal of Psychiatry*. 147: 190-195.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J.S., and Newman, C. F. 1993. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23: 139-145.
- Beck, J.S. 1995. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York.
- Borimnejad, L., Yekta, Z.P., and Nikbakht, A. 2006. Lived experience of women suffering from Vitiligo: A Phenomenological study. *The Qualitative Report*. 11: 335-349.
- Bundy, C., Pinder, B., Bucci, S., Reeves, D., Griffiths, C., and Tarrier, N. 2013. A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic Targeted Intervention for psoriasis (eTIPs) study. *British Journal of Dermatology*. 169: 329-336.
- ra and Eaton, 2005). وفي المجتمع السعودي لا زال طلب العلاج النفسي التقليدي يُعدّ من أكثر الأمور حرَجًا للأفراد.
- وقد وصف المشاركون في أبحاث سابقة العلاقة مع المعالج عبر الإنترنت بأنها كانت إنسانية ودرجة الرضا عنها عالية (Cook and Doyle, 2002) لذا حرصت الباحثة الحالية على ترسيخ مشاعر القبول غير المشروط للنساء، مما يرجح رضاهن عن العلاقة العلاجية، وبالتالي التزامهن بأداء المهام والواجبات وتعلم الأساليب والمهارات لتحقيق أهداف كل جلسة. كما أن نجاح تعديل المخطط قد يعود إلى أن التطبيق عبر غرفة المحادثة ساهم في سيادة روح الدفء والألفة بين النساء مما أشعرهن بالمشاركة الوجدانية وتقاسم الخبرات، وأن كل منهن ليست وحيدة أو متفردة في معاناتها، مما رفع من شعورهن بالمساندة. كما أن التدخل وفرّ للنساء فرصة الإفصاح عن الذات والتعبير عن المشكلات الداخلية في جو جماعي مشترك، بينما بدأ أفراد المجتمع السعودي مع تأثيرات العولمة والثورة التقنية أكثر ميلاً للاستغراق في الشؤون الذاتية.
- وترى الباحثة أن تلقي النساء للتغذية الراجعة وكذلك استمرار الواجبات المنزلية ساهم في فاعلية تعديل المخطط، وهذا الدور أثبتته الدراسات السابقة (Kazantzis, et al., 2000). وقد يكون عامل الجندر من أسباب نجاح التدخل في البحث الحالي، فالعينة جميعاً من النساء، وقد اتفقت الدراسات السابقة على أن معاناة النساء في جميع الثقافات من البهاق تغلبت على معاناة الرجال، وعليه ربما تكون استفادتهن كذلك من التدخلات النفسية أكبر من استفادة الرجال.

التوصيات المقترحة

توصي الباحثة بإجراء دراسات على مرضى البهاق من الجنسين، للمقارنة بين تعديل المخطط المعرفي وأساليب أخرى من العلاج النفسي، سواء كانت تطبيقات علاجية منبثقة من النظرية السلوكية المعرفية، أو من المناهج العلاجية المختلفة كالعلاج الجشطلتي أو العلاج المتمركز حول العميل. كما توصي الباحثة بمقارنة فعالية أشكال العلاج النفسي المتنوعة على مرضى البهاق، والمرضى باضطرابات الجلد الأخرى، كالثعلبة والصدفية.

- Ramam, M. 2016. Cognitive behavior therapy for psychosocial stress in vitiligo. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*. 82(3): 308-310.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T., Hosmer, D., and Bernhard, D. 1998. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*. 60: 625-632.
- Karimi, Z., Koolae, A. K., and Ehsani, A. H. 2016. Comparison of tendency to suicide and stress in patients with vitiligo and those without current skin diseases: A case-control study. *Journal of Dermatology and Cosmetic*. 7(3): 131-138.
- Kazantzis, N., Deane, F., and Ronan, K. 2000. Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(2): 189-202.
- Kent, G., and Al-Abadie, M. 1996. Factors affecting the responses on dermatology life quality index items among vitiligo sufferers. *Clinical and Experimental Dermatology*. 21: 330-333.
- Kim, D. Y., Lee, J. W., Whang, S. H., Park, Y. K., Hann, S. K., and Shin, Y. J. 2009. Quality of life for Korean patients with vitiligo: Skindex-29 and its correlation with clinical profiles. *Journal of Dermatology*. 36(6): 317-322.
- Kokcam, I., Akyar, N., Saral, Y., and Oguzhanoglu, N. k. 1999. Psychosomatic symptoms in patients with alopecia areata and vitiligo. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 29: 471-473.
- Lavda, A., Webb, T., and Thompson, A. 2012. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *British Journal of Dermatology*. 167: 970-979.
- Liebert, T., Archer, J., and Munson, J. 2006. An exploratory study of client perceptions of internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*. 28: 69-84.
- Chen, Y., Xin, T., and Cheng, S. K. 2014. Evaluating the effectiveness of psychological and/or educational interventions in psoriasis: A narrative review. *The Journal of Dermatology*. 41: 775-778.
- Chren, M. M., and Weinstock, M. A. 2004. Conceptual issues in measuring the burden of skin diseases. *The Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*. 9: 97-100.
- Cook, J. E., and Doyle, C. 2002. Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyber counselling and Behaviour*. 5: 95-105.
- Farahbakhsh, S. 2007. Managerial effectiveness in educational administration: Concepts and perspectives. *Management and Administration Society*. 21(2): 33-36.
- Forfham, B., Griffiths, C., and Bundy, C. 2013. Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review. *Psychology, Health and Medicine*. 18(5): 501-514.
- Fortune, D., Richards, H., Kirby, B., Bowcock, S., Main, C., and Griffiths, C. 2002. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*. 146: 458-465.
- Griffiths, M. 2005. Online therapy for addictive behaviors. *Cyber Psychology and Behavior*. 8(6): 555-561.
- Hay, R. J., Johns, N. E., Williams, H. C., Bolliger, I. W., Dellavalle, R. P., Margolis, D. J., Marks, R., Naldi, L., Weinstock, M. A., Wulf, S. K., Michaud, C. J. L., Murray, C., and Naghavi, M. 2014. The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *Journal of Investigative Dermatology*. 134: 1527-1534.
- Hedayat, K., Karbakhsh, M., Ghiasi, M., Goodarzi, A., Fakour, Y., Akbari, Z., Ghayoumi, A., and Ghandi, N. 2016. Quality of life in patients with vitiligo: A cross-sectional study based on vitiligo quality of Life index (VitiQoL). *Health and Quality of Life Outcomes*. 14(86): 2-9.
- Janowski, K., and Pietrzak, A. 2008. Indications for psychological intervention in patients with psoriasis. *Dermatology Therapy*. 21: 409-411.
- Jha, A., Mehta, M., Khaitan, B., Shama, V., and

- Salzes, C., Abadie, S., Seneschal, J., Whitton, M., Meurant, J. M., Jouary, T., Ballanger, F., Boralevi, F., Taieb, A., Taieb, C., and Ezzedine, K. 2016. The vitiligo impact patient scale (VIPs): Development and validation of a vitiligo burden assessment tool. *Journal of Investigative Dermatology*. 136: 52-58.
- Sampogna, F.L., Raskovic, D., Guerra, L., Pedicelli, C., Tabolli S., Leoni, L., Alessandroni L., and Abeni, D. 2008. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *British Journal of Dermatology*. 159(2): 351-359.
- Shah, R., and Bewley, A. 2014. Psoriasis: 'the badge of shame'. A case report of a psychological intervention to reduce and potentially clear chronic skin disease. *Clinical and Experimental Dermatology*. 39: 600-603.
- Shah, R., Hunt, J., Webb, T. L., and Thompson, A. R. 2014. Starting to develop self-help for social anxiety associated with vitiligo: Using clinical significance to measure the potential effectiveness of enhanced psychological self-help. *British Journal of Dermatology*. 171(2): 332-337.
- Shah, R. B., Thompson, A. R., and Hunt J. 2013. Introduction to the psychosocial impact and psychological treatment of vitiligo. *Dermatological Nursing*. 12(2): 51-54.
- Thompson, A., Kent, G., and Smith, J. 2002. Living with vitiligo: Dealing with difference. *British Journal of Health Psychology*. 7: 213-225.
- Thompson, A. R., Clarke, S. A., Newell, R. J. and Gawkrödger, D. J. 2010. Vitiligo linked to stigmatization in British South Asian women: A qualitative study of the experiences of living with vitiligo. *British Journal of Dermatology*. 163: 481-486.
- Torello, L., Alessia, G., Zanietti, F., Colucci, R., and Moretti, S. 2008. Vitiligo: New and emerging treatments. *Dermatologic Therapy*. 21: 110-117.
- Wei, Y. I., Yang, L. L., Liu, H. L., and Li, M. 2013. Investigation of stress events and stress disorders in patients with vitiligo. *Fudan University Journal of Medical Sciences*. 40(2): 169-173.
- Manolache, L. 2011. The psychological aspects of vitiligo: A focus on stress involvement in children with vitiligo. *In: Park, K. K., and Musase, J. E. (Eds.). Vitiligo: Management and Therapy*. Retrieved on 4-5-2016 from: <<http://bit.ly/2xvbnIM>>.
- Millington, G. W., and Levell, N. J. 2007. Vitiligo: The historical curse of depigmentation. *International Journal of Dermatology*. 46(9): 990-995.
- Olasode, O. A., George, A. O., and Soyinka, F. 2007. Psychological problems in patients with vitiligo in Nigeria. *Sudanese Journal of Dermatology*. 5(2): 51-58.
- Ongenaes, K., Dierckxsens, L., Brochez, L., VanGeel, N., and Naeyaert, J. M. 2005. Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. *Dermatology*. 210(4): 279-285.
- Osman, A. M., Elkordufani, Y., and Abdullah, M. A. 2009. The psychological impact of vitiligo in adult Sudanese patients. *African Journal of Psychiatry*. 12: 284-286.
- Pahwa, P., Mehta, M., khaitan, B. k., Sharma, V. k. and Ramam, M. 2013. The psychological impact of vitiligo in Indian patients. *International of Dermatology, Venereology and Leprology*. 79(5): 679-685.
- Papadopoulos, L., Bor, R. and Legg, C. 1999. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Medical Psychology*. 72: 385-396.
- Papadopoulos, L., Walker, C., and Anthis, L. 2004. Living with vitiligo: A controlled investigation into the effects of group cognitive-behavioural and person-centred therapies. *Dermatology and Psychosomatics*. 5: 172-177.
- Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C. F., Puddu, P., and Pasquini, P. 2000. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *British Journal of Dermatology*. 143(5): 983-991.
- Saleki, M., and Yazdanfar, A. 2015. Prevalence and frequency of depression in patients with vitiligo. *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences*. 4(3): 437-445.

Ybarra, M. L., and Eaton, W. W. 2005. Internet – based mental health interventions. *Mental Health Services Research*. 7(2): 75-87.

World Health Organization (WHO). 2016. Global Burden of Disease. Retrieved on 4-2-2016 from: <http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/>.

Yaghoobi, R., Omidian, M., and Bagherani, N. 2011. Vitiligo: A review of the published work. *Journal of Dermatology*. 38: 419-431.

Effectiveness of Cognitive Schema Modification in Reducing Vitiligo Burden

Latifah Othman Ashaalan

College of Education, Department of Psychology, Princess Nora Bint Abdulrahman University

ABSTRACT

The term “burden” has become a topic of interest since Hay *et al.* published their 2014 study on the burden associated with (15) skin diseases including their effects on the quality of life, emotional state, social integration, as well as the effective usage of medical care services. The aim of this research is to explore the effectiveness of cognitive schema modification in reducing vitiligo burden among Saudi women. The sample consisted of (44) women with vitiligo, divided into two groups: an experimental group and a control group, each with (22) women.

Salzes *et al.* Vitiligo Burden Scale (2016) was administered (as a pre-test) to both groups. This was followed by applying the modification based on the work of Judith Beck on 1995 via a chat room to the experimental group for (8) weeks. Afterwards, the Vitiligo Burden Scale was administered to both groups (as a post-test).

The study revealed significant differences in the average scores between the two groups in the post-test in all dimensions and total score of the vitiligo burden scale in favor of the experimental group. There was significant differences in the average scores of the experimental group between the pre- and post-test in all dimensions and total score of the scale in favor of the post-test.

In the light of the study's findings, it is recommended to execute comparative studies of different psychological treatment methods for vitiligo patients of both sexes, as well as for other skin disorders such as alopecia and psoriasis.

Key Words: Cognitive Therapy, Quality of Life, Skin Disorders