وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس

المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بالملائمة العلاجية لدى الراشدين ذوي الأمراض المزمنة

دراسة ميدانية بمستشفى " محمد بوداود" بدلس

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس الصحة

من اعداد :

- أقشيش نسرين
- بلقاسم شيماء

تحت اشراف:

- د.بوحوي نادية

السنة الجامعية: 2023/2024

شكر وعرفان

الحمد لله منير الدرب ملهم الصبر الحمد لله الذي أنعم علينا بنعمة العلم نشكر الله عزوجل الذي مكننا من تخطي المصاعب و إعانتنا على إتمام هذا العمل على أحسن حال الحمد لله الذي هدانا لهذا و الصلاة و السلام على خير الأنام رسول الله.

يطيب لنا أن نتقدم بجزيل الشكر و فائق التقدير و الامتنان الى الأستاذة المشرفة "بوحوي نادية" لتفضلها بالإشراف على هذه المذكرة و الشكر الجزيل لمجهوداتها لإنجاح هذه المذكرة.

كما لا ننسى أن نتقدم بالشكر أيضا لأعضاء اللجنة على قبولهم مناقشة هذاالبحث.

و لا يفوتنا أن نتوجه بالشكر و التقدير إلى كل من قدم لنا يد المساعدة أو ساهم في ابداء النصح أو المشورة في هذا البحث.

الإهـــــداء

الهي لا تطيب اللحظات إلا بذكرك وشكرك ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك.... ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك بعد مسيرة دراسية دامت لسنوات حملت في طياتها الكثير من الصعوبات والمشقة والتعب، ها أنا اليوم أقف على عتبة تخرجي اقطف ثمار تعبي وارفع قبعتي بكل فخرا فاللهم لك الحمد قبل أن ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضا، لأنك وفقتني على إتمام هذا العمل وتحقيق حلمي.

أهدي ثمرة جهدي إلى من هو جزء من القلب والفؤاد إلى أجمل و أروع إنسان إلى قدوتي وخير مثال ، إلى أجمل اسم بكل فخر وشرف إلى أبي العزيز "رحمة الله عليه " يا حبا أهواء يا شمسا تشرق في أفقي ، يا زهرة تفتحت لترويا بعطر صفائها الزكي يا نبع الحنان، إلى أمي حبيبة قلبي" التي لطالما كانت بجانبي ، أتمنى وجودك معي إلى آخر العمر ، أتمنى من الله أن يرزقك الصحة والعافية وطول العمر إلى خيرة أيامي وصفوتها وقرة عيني " أخواتي" و من كان أيضا عونا لي " زوج أختي"

ولكل من كان عونا لي في هذا الطريق أهديكم هذا الإنجاز وثمرة نجاحي الذي لطالما تمنيته .

"**شيماء** "

إهـــداء

بسم الله الرحمن الرحيم، الحمد لله الذي وفقني وأعانني عل تحقيق هذا الإنجاز.

أود أن أهدي هذا النجاح إلى والدي العزيزين، اللذان كانا دوما السند القوي و الدعم الأكبر لي في كل خطوة على هذا الطريق. شكرا لكما على الحب اللامحدود، و التشجيع المستمر،

والتفاني الذي لا يقدر بثمن.

كما أهدي هذا الإنجاز إلى إخوتي الأحباء، الذين شاركوني كل لحظة من التحديات والفرح، شكرا لكم جمعيا على دعمكم، إلهامكم، وصبركم، هذا النجاح هو ثمرة جهودكم وتضحياتكم،

وأسأل الله أن يجعل هذا الإنجاز بداية لمزيد من النجاحات والتقدم.

نسرين

فهرس المحتويات

العنوان **الصفحة**

كلمة الشكر

إهداء

ملخص

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة .....أ

الفصل الأول الإطار العام لإشكالية الدراسة

1-إشكالية الدراسة.....6

2-فرضيات الدراسة.....10

3-أهداف الدراسة.....11

4- أهمية الدراسة.....11

5- أسباب اختيار موضوع الدراسة.....11

6- تحديد المفاهيم الإجرائية.....11

الجانب النظري

الفصل الثاني: المعتقدات الصحية التعويضية

تمهيد 15

أولا: المعتقدات الصحية.....16

1- تعريف المعتقدات.....16

2- تعريف المعتقدات الصحية.....17

3- تطور المعتقدات الصحية.....17

4- خصائص المعتقدات الصحية..... 18
5- أنواع المعتقدات الصحية..... 19
6- نموذج المعتقد الصحي العام..... 21
ثانيا: المعتقدات الصحية التعويضية..... 22
1- تعريف المعتقدات الصحية التعويضية..... 22
2- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية..... 23
3- النظريات المفسرة المعتقدات الصحية التعويضية..... 24
4- مجالات المعتقدات الصحية التعويضية..... 27
خلاصة الفصل..... 28

الفصل الثالث: الملائمة العلاجية

تمهيد 31
1- تعريف الملائمة العلاجية..... 32
2- النماذج النظرية المفسرة للملائمة العلاجية..... 32
3- العوامل المعرفية في سلوك الملائمة العلاجية..... 43
4- استراتيجية تحسين الملائمة العلاجية..... 44
5- العوامل المحددة للملائمة العلاجية..... 45
خلاصة الفصل..... 52

الفصل الرابع: الأمراض المزمنة

تمهيد 54
1- تعريف الأمراض المزمنة..... 55
2 - خصائص الأمراض المزمنة..... 55
3 - أنواع الأمراض المزمنة..... 56

4 – المشكلات الناتجة عن الأمراض المزمنة..... 73

5 – الأمراض المزمنة في الجزائر 75

خلاصة الفصل 77

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد..... 81

1–الدراسة الاستطلاعية..... 82

2–منهج الدراسة..... 82

3–مجموعة البحث..... 83

4–حدود الدراسة 85

5–أدوات الدراسة..... 85

6–أساليب المعالجة الاستطلاعية..... 90

خلاصة الفصل..... 91

الفصل السادس: عرض وتحليل و مناقشة النتائج

تمهيد..... 94

1– عرض و مناقشة الفرضية الأولى..... 95

2– عرض و مناقشة الفرضية الثانية..... 97

3– عرض و مناقشة الفرضية الثالثة..... 99

الخاتمة..... 102

قائمة المراجع.....

الملاحق

فهرس الجداول:

جدول	العنوان	ص
01	عينة الدراسة حسب متغير الجنس	83
02	عينة الدراسة حسب متغير المرض	84
03	المقياس الخماسي لتحديد درجات الموافقة على كل عبارات مقياس التمرد النفسي	86
04	المؤشرات الإحصائية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية	87
05	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والأبعاد	89
06	معامل ثبات ألفا(α) كرونباخ لمقياس الملائمة العلاجية	89
07	نتائج معامل ارتباط بيرسون	95
08	نتائج اختبار (ت) الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية حسب متغير الجنس (ذكور وإناث)	97
09	نتائج اختبار (ت) الفروق في الملائمة العلاجية حسب متغير الجنس (ذكور و إناث)	99

فهرس الأشكال:

الشكل	العوان	ص
01	النموذج المعرفي للملائمة العلاجية	33
02	تلخيص أهم نقاط النموذج المعرفي	35
03	نموذج النشاط العقلاني	38
04	نموذج السلوك المخطط	39
05	نموذج الملائمة العلاجية	42

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى معرفة العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية لدى عينة من الأفراد ذوي الأمراض المزمنة بمستشفى "محمد بوداود" بدلس و كذلك التعرف على الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية بين الجنسين (ذكور و إناث) و التعرف على الفروق في الملائمة العلاجية بين الجنسين (ذكور و إناث).

استخدمنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي، و تكونت عينة الدراسة من 50 مريض (30 ذكر و 20 إناث)، و لجمع المعلومات تم تطبيق مقياس المعتقدات الصحية التعويضية للباحثتين بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة (2021) و مقياس الملائمة العلاجية للباحثة ايت حمودة ديهية (2018) .

وبعد التأكد من خصائصها السيكومترية و صلاحيتها للتطبيق على عينة الدراسة و بعد جمع البيانات تم تفريغها و معالجتها احصائيا باستخدام الحزمة الإحصائية، و من خلاله تم التوصل الى النتائج التالية:

– وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية لدى الأفراد ذوي الأمراض المزمنة.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية لدى الأفراد ذوي الأمراض المزمنة تعزى لمتغير الجنس.

– عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الملائمة العلاجية لدى الأفراد ذوي الأمراض المزمنة تعزى لمتغير الجنس.

الكلمات المفتاحية: المعتقدات الصحية التعويضية، الملائمة العلاجية، الأمراض المزمنة.

Summary:

The current study aimed to investigate the relationship between compensatory health beliefs and therapeutic congruence among individuals with chronic illnesses at "Mohamed Boudaoud" Hospital in Dellys. Additionally, the study sought to identify differences in compensatory health beliefs and therapeutic congruence between genders (male and female).

A descriptive research method was employed in this study, which included a sample of 50 patients (30 males and 20 females). To collect information, the study utilized the Compensatory Health Beliefs Scale developed by Bouskara Mustapha and Boudissa Hakima (2021) and the Therapeutic Congruence Scale developed by Ait Hamouda Dihia (2018). After verifying their psychometric properties and suitability for the study sample, data was collected, processed, and analyzed statistically using the statistical package. The following results were obtained:

- There is a significant correlation between compensatory health beliefs and therapeutic congruence among individuals with chronic illnesses.
- There are statistically significant differences in compensatory health beliefs among individuals with chronic illnesses based on gender.
- There are no statistically significant differences in therapeutic congruence among individuals with chronic illnesses based on gender.

Keywords: Compensatory Health Beliefs, Therapeutic Congruence, Chronic Illnesses.

مقدمـــــة

خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان وكرمه على سائر المخلوقات بحيث أنعم عليه بنعم عديدة لا تعد ولا تحصى وفي مقدمتها نعمة الصحة فهي نعمة عظيمة يصفها الناس بأنها تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلا من يعاني من فقدانها، فالحفاظ عليها يمنع شعور الفرد بالألم، وذلك من خلال المحافظة على طاقة وقدرات الجسمية والعقلية، فاهتمامه بصحته وسلوكه الصحي هي مسؤولية هو لأنها تعدا على ما يمتلكه الإنسان وتعرف بأنها حالة من المعافاة والخلو من المرض بدنيا ونفسيا واجتماعيا وروحيا ، وهذا مصداقا لقوله صلى الله عليه وسلم: من أصبح منكم معافى في جسده آمنا في سربه عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها".

(الحامدي والبخاري في الأدب المفر)

وعلى هذا الأساس أصبح موضوع الصحة من محور اهتمام الكثير الخبراء والباحثين في كل التخصصات والمهتمين بمحاولة أهمية الاعتناء بها بين شرائح المجتمع وفئاته المتنوعة وذلك بالقيام بسلوكيات صحية وتطوير نظام صحي والمحافظة عليه ، فالفرد عندما ، يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه يؤدي ذلك إلى تغيير سلوكه والقيام ببعض الممارسات والفعاليات كتعويض عن السلوك الغير صحي وهذا التغيير يبدأ عندما يحدث المرء نفسه عن عوائق الإصابة بالأمراض أو ما يترتب عليه من اعتلالات صحية، فقدرته على إجراء سلوك التغيير التعويضي بنجاح يعد عاملا مهما في اتخاذ القرارات الصحية لأنه يؤدي إلى شعور الفرد بالاتزان والتوافق والتخلص من مسألة التأرجح عند مواجهة المشكلات الصحية، وهذا ما يعرف بالمعتقدات الصحية التعويضية فهي اشبه بعملية تثقيف وبرنامج لتغيير السلوك وتعديله عن طريق تدخل خارجي مثل الاستماع إلى محاضرة معينة توعوية أو الخضوع لمنهج توعوي معين، وعلى هذا الأساس تختلف سلوكات وتصرفات الناس حسب معتقداتهم بالنسبة لمختلف مجالات حياتهم معتقدات صحية، تربوية ثقافية والالتزام بهذه السلوكيات مصدر اهتمام العديد من الدراسات في علم النفس الصحة في السنوات العشر الأخيرة خاصة بنمط الحياة الذي يؤثر

على الصحة الجسمية والوقاية من الأمراض التي تعد عبئا ثقيلا على كامل الأفراد والمجتمعات عامة فكلما زاد التزام المريض بنظام علاجي زادت فرصة شفائه وتحسنت وهذا ما يمكن تلخيصه من خلال الملائمة العلاجية التي تعتبر عنصر أساسي لتحقيق نتائج صحية أفضل و تشير إلى درجة التوافق بين سلوك المريض من حيث أخذ الدواء و الحمية و تغيير السلوكيات الضارة من جهة والامتثال للتعليمات الطبية من جهة أخرى ومدى التزام الشخص بتعليمات الطبيب والخطة العلاجية المحددة له وإتباعها بشكل صحيح خاصة مع تزايد عن الأمراض عامة والمزمنة خاصة على نطاق العالم، حيث شهدت أرقامها منذ العقود الأخيرة من القرن العشرين ارتفاعا ملحوظا فهي تتسبب سنويا في قرابة مليون وفاة عالميا، حيث تسمى أيضا بالأمراض الغير معدية "وهي أمراض لا تنتقل بالعدوى من شخص لآخر، وتأخذ عادة إصابة الشخص بها وتطورها فترة طويلة ضمن عملية بطيئة نسبيا، منها: أمراض القلب، السرطانات ، أمراض الجهاز التنفسي ، داء السكري ..... إلخ.

تأتي هذه الدراسة في اطار استكشاف العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و مدى توافقها مع العلاج لدى مرضى الأمراض المزمنة، و ذلك لتحقيق الدراسة بشكل متكامل، يتطلب هذا الدمج بين الجانبين رئيسين: يتمثل المحور الأول في الجانب نظري الذي يتطلب مراجعة شاملة واطلاعا واسعا و مكيفا على المصادر العلمية المتعلقة بمتغيرات الدراسة، في حين يركز المحور الثاني على الجانب التطبيقي الذي يتناول استخلاص النتائج المستهدفة ، فالجانب النظري يتضمن الفصول التالية:

الفصل الأول: الذي يمثل تمهيدا عاما للدراسة و يتضمن مشكلة الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف و أهمية الدراسة، تحديد المفاهيم و الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: المخصص لموضوع المعتقدات الصحية التعويضية.

الفصل الثالث: خاص بموضوع الملائمة العلاجية.

الفصل الرابع: خاص بموضوع الأمراض المزمنة.

أما الجانب التطبيقي فيتضمن فصلين و هما:

الفصل الأول: خاص بالإجراءات الميدانية للدراسة و يتضمن تمهيد، منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، حدود و عينة الدراسة الأساسية، أدوات الدراسة و خصائصها السيكو مترية، و كذا أساليب المعالجة الإحصائية المتبعة في الدراسة.

الفصل الثاني: خاص بعرض و تحليل و تفسير النتائج، و يتضمن عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضيات، الاستنتاج العام، الخاتمة.

المراجع.

الملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

4.أهداف الدراسة

5. أهمية الدراسة

6. أسباب اختيار موضوع الدراسة

7. تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة

الإشكالية:

المرض موقف ضاغط طارئ يهدد سلامة الكيان الإنساني جسميا و اجتماعيا و نفسيا و اقتصاديا، بشكل يعيق المريض على أدائه لأدواره الاجتماعية و الاندماج في حياته الطبيعية، و يمثل تهديدا حقيقيا لتوافقه الاجتماعي النفسي، و يعتبر من أصعب التجارب خاصة اذا كان من الأمراض المزمنة و التي حددتها منظمة الصحة العالمية و منها (السرطان – الفشل الكلوي – السكر – القلب و الامراض التنفسية – الامراض النفسية). كما ان لها النسبة الأكبر من الوفيات في العالم فمعدل الإصابة بها في تسارع مستمر إذ يتوقع الدارسين أن مرض السكري مثلا يمكن ان يصيب 300 مليون كهل في عام 2025 مقابل 143 مليون في عام 1997 و في دراسة نشرت عام 1998 بمجلة الشباب كانوا مصابين بارتفاع الكوليستيرول بالدم. (بن غدفة،2007 ص1-2).

وتعد الأمراض المزمنة إحدى سمات عصرنا الحالي، و هي أمراض معقدة الأسباب تتطلب بصفة عامة علاج طويل المدى، و تدخل طبي مستمر، و غالبا ما تستمر الى نهاية الحياة، و يتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصحية و من ثم تؤثر على جودة الحياة لدى المريض حيث يترتب تغيير نمط و أسلوب الحياة، صعوبة في أداء الأدوار الاجتماعية، صعوبة اتخاذ القرارات، مشكلات العزلة و الشعور بالوحدة، عدم القدرة على التحكم في الضغوط و مشاعر القلق و الخوف، و مشكلات العلاقات الاجتماعية مع الاخرين و المشكلات الاقتصادية وتفرض عليه قيود مرتبطة بأدوية معينة و نظام غذائي معين وممارسة أنشطة معينة. (الطملاوي، 2012، ص1743).

إن معتقدات الفرد حول صحته تؤثر على اتجاهاته الصحية فيما يعرفه و ما يجب أن يمارسه و يتحلى به من نظافة ة تغذية و علاج و كذلك في مواجهة ضغوط الحياة الحديثة و التوافق الاجتماعي و السلوك و الالتزام بالعادات الصحية و أساليبها. (الفرا،1973، ص130).

إذ أصبح المعتقد الغير صحي من أهم العوامل المسببة للأمراض الذي يجب أخذه بعين الاعتبار كمتغير من خلاله التنبؤ أو التحكم في ديناميكية انتشار الأمراض مما يجعلنا نعدَّ المعتقدات الصحية تؤثر بشكل مباشر في استحداث و تغيير المعتقدات و الإدراكات و الممارسات، إذ أنه المصدر للمعلومات و المهم في بناء الفرد و تكوينه المعرفي و الوجداني و السلوكي. (تايلور، 2008، ص125).

و تشير الأدبيات بأن الفرد عندما يقوم بسلوك غير صحي فإنه يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه تؤدي الى تغيير سلوكه و القيام ببعض السلوكيات و الفعاليات كتعويض عن السلوك الغير الصحي و ذلك لرفع قدرته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية.

هذا التغيير الذي يحدث لدى الأفراد (التغيير في السلوك كتعويض عن السلوك الغير صحي) اتجاه السلوك الخاطئ يبدأ عندما يحدث المرء نفسه عن عوائق الإصابة بأمراض أو ما يترتب عليه من اعتلالات صحية و يتساءل ماذا يمكن أن يفعل؟ و كيف يمكن تغيير سلوكياته؟ ويشير المعالجون النفسيون أن هذا الوقت الأكثر ملائمة لإجراء تغيير في سلوك الفرد و الحصول على المساعدة للانتقال الى مرحلة الفعل و التعويض، و بالتالي يحتاج الى الدعم (المعنوي) في التخلص من الشعور بالتأرجح و التناشز و إدراكه لخطورة الأمراض و يضاف على ذلك إدراك المنافع و المعوقات، كما ترتبط المدركات الصحية التعويضية بإدراكه بفاعليته الذاتية . (شامة، 2009، ص1-12).

كما تعد المعتقدات الصحية التعويضية أشبه بعملية تثقيف فهي كبرنامج لتغيير السلوك و تعديله عن طريق تدخل خارجي مثل الاستماع الى محاضرة صحية أو الخضوع الى برنامج صحي توعوي أو غيرها، وقد أثبتت الدراسات عن أثر التثقيف الصحي في زيادة وعي المجتمع بالمشكلات الصحية و الذي يساعد على الوقاية منها، مثلا توعية و تثقيف شخص مصاب بالسكري و عائلته بكيفية التحكم بالمرض و أنه قد يساهم في ضمان حياة أطول و أكثر طبيعية. (المسعد، 2005، ص3).

و من المفاهيم التي اعتاد العلم أن يتناولها عند دراسة الأمراض المزمنة هي الملائمة العلاجية . فعملية الالتزام بنظام معين مفروض على من يعاني من مرض مزمن تجابهه عدة عراقيل و معيقات تحول بينه و بين العلاج.

وتعرف الملائمة العلاجية على أنها سلوك. كما أنها درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض من حيث (أخذ الدواء، اتباع الحمية، تغيير سلوك الحياة) من جهة و التعليمات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى (زناد دليلة، 2013). الأمر الذي يؤدي الى تحقيق السلوكيات الصحية للمرضى و إقبالهم على الاستقلال الذاتي و التحرر من المضاعفات السلبية التي يولدها المرض على الجسم و التي قد تؤدي إلى الموت.

و في الممارسات الميدانية غالبا ما يواجه الأطباء مشكلات اتباع المريض لنصائحهم و تعليماتهم العلاجية (الملائمة العلاجية)، فهناك العديد من المرضى لا يمتثلون بصفة صحيحة للتعليمات الطبية رغم المجهودات المبذولة من طرف الأطباء (معلومات – حوار) سواء تعلق الأمر بمرضى مصابين بأمراض حادة أو أمراض مزمنة.(Assal, 1996, p2) .

حول الملائمة (OMS, 2003)وفقا لتقرير صادر من منظمة الصحة العالمية العلاجية لحالات المرض المزمن (علاج طويل المدى)، أوضحت المنظمة ان تعزيز التزام المرضى بخطط العلاج يعد أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي آخر، فهذا الالتزام يعتبر العامل الأهم في تحسين نتائج العلاج على المدى الطويل مما يجعله أحد محاور الرئيسية في الرعية الصحية . .(OMS, 2003, p24)

نستخلص مما سبق أن الملائمة العلاجية تشكل و تعتبر مسألة دقيقة و معقدة في الأمراض المزمنة، كما لوحظ ارتباط مستوى الملائمة العلاجية بالعديد من العوامل منها العوامل السوسيوديمغرافية كالجنس، السن، و المستوى التعليمي، و عوامل أخرى بمدة المرض و بالمعتقدات الصحية التعويضية للمريض اتجاه مرضه و علاجه. و كما أوضحت **موفق ديهية** في دراستها لعام (2014) كانت حول أثر المعتقدات الصحية على الملائمة العلاجية عند مرضى السكري هدفت الدراسة الى الكشف عن مدى انتشار سلوك الملائمة عند المصابين

بداء السكري ؟و معرفة ما إذا كان لمعتقدات الفرد و تصوراته الصحية دور في ظهور سلوك الملائمة العلاجية لدى المصاب بالسكري. حيث تم استخدام مقياس المعتقدات الصحية التعويضية الذي أعده كل)و مقياس Knauper, B.Rabiau, M.cohenمن (كنوبر، رابيوا، و كوهن

تم الاعتماد في هذه لدراسة على (CRS= compliance Rating scale).

المنهج الوصفي، حيث أجريت هذه الدراسة في المستشفى العمومي" إبراهيم تريشين (مصلحة داء السكري) بمدينة البليدة. على عينة مقدرة ب(30) مريضا بداء السكري.

تلخص الدراسة إلى ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف الفئات المتعلقة بمعتقدات العلاج لدى مرضى السكري، حيث تباينت مستويات الالتزام بالاعتقاد الصحي. كما تبين ان الفئة الأكثر التزاما تتبع استراتيجيات علاجية معينة، مثل تقليل تناول المشروبات الضارة و ممارسة الأنشطة البدنية، بينما كانت الفئة الأقل التزاما تعتمد على سلكيات أقل صحية.

(موفق ديهية، ص167 – 182).

بالإضافة الى ذلك، نجد دراسة **سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المفتي (2010)** حيث قاما الباحثان بدراسة حول المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، وقد هدفت إلى قياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى أفراد عينة الدراسة من موظفي الدولة. والتعرف على الفروق في المعتقدات الصحية على وفق النوع الاجتماعي و التحصيل الدراسي. و كذلك التعرف على الفروق في التنظيم الذاتي الصحي على وفق متغيري النوع الاجتماعي و التحصيل الدراسي. و قياس العلاقة الارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي. و كانت النتيجة انه هناك علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و التنظيم الذاتي.

و في دراسة أخرى **دراسة زناد دلية 2013:**"العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديااليز نموذجا". وهدفت هذه الدراسة الى معرفة تشخيص سلوك عدم الملائمة العلاجية و معرفة الأسباب و العوامل المؤدية الى ضهوره لدى مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم، و التعرف على معاناتهم الجسمية و النفسية و الاجتماعية، و أجريت الدراسة في الجزائر

حيث بلغ عدد أفراد العينة 30 حالة من الذكور ة الإناث، و قد أسفرت هذه الدراسة على ما يلي:

ان مرضى العجز الكلوي المزمن و الخاضعين لتصفية الدم لا يمتثلون لتعليمات طبية ولا يستجيبون لشروط العلاج.

– يعود سلوك عدم الملائمة الى الادراك المشوه للمرض و العلاج لدى مرضى الديالیز. (الداغستاني، المفتي، 2010، ص78).

و في دراسة أخرى ل **ويب وكريستنسنو& آلان 2000**

خلصت هذه الدراسة الى ان المعتقدات التي يكونها مرضى العجز الكلوي حول مرضهم هي التي تحدد لديهم سلوك الملائمة أو عدم الملائمة العلاجية. كما وجد هؤلاء الباحثون أن سلوك عدم الملائمة يرتبط بالفشل في اختيار استراتيجيات

)Allan2000 &Christensen Weib(. المقامة.

و بناءا على ذلك تستهدف هذه الدراسة الكشف عن العلاقة المحتملة بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة. سنحاول في هذه الدراسة الإجابة على مجموعة من التساؤلات التالية:

– هل توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية والملائمة العلاجية لدى الافراد الذين يعانون من الامراض المزمنة؟

– هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير الجنس؟

– هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الملائمة العلاجية تعزى لمتغير الجنس؟

2. فرضيات الدراسة:

– توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية والملائمة العلاجية لدى الافراد الذين يعانون من الامراض المزمنة؟

– توجد فروق ذات دلالة احصائية في المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير الجنس؟

– توجد فروق ذات دلالة احصائية في الملائمة العلاجية تعزى لمتغير الجنس؟

3. أهداف الدراسة

– التعرف على مدى وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والملائمة العلاجية لدى الافراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة.

– دراسة الفروق في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير الجنس،

–دراسة الفروق في مستوى الملائمة العلاجية وفقا لمتغير الجنس.

4. أهمية الدراسة

– تبرز أهمية دراستنا في كونها تبحث عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية لدى الافراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة.

–التعرف على أهمية و دور المعتقدات الصحية التعويضية و تأثيرها على فئة المصابين بأمراض مزمنة و علاقتها بسير الملائمة العلاجية لديهم.

– تسليط الضوء على أهمية العناية بفئة الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة، نظرا لكون هذه الأمراض من أكثر الحالات انتشارا.

– الاستفادة من نتائج الدراسة في البحث العلمي.

5. أسباب اختيار موضوع الدراسة

– إشباع الفضول العلمي من حيث تناول هذا الموضوع.

– استكشاف تأثير المعتقدات الصحية التعويضية على إدارة الأمراض المزمنة.

– تسليط الضوء على العلاقة المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية.

6. التحديد الاجرائي لمفاهيم الدراسة:

6-1 المعتقدات الصحية التعويضية:

اصطلاحا: يرى كل من مارجوري رابيو و باربال كنوبر

Knauper Barbel & Marjorie Rabiau

انها"اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك اخر طوعي وصحي خلال وقت معين. حيث ترتبط الطواعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه."

، ص157.)2017 (بهلول و جبالي،

اجرائيا: هي الدرجة التي يتحصل عليها مرضى الامراض المزمنة في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية الذي أعده كل من (كنوبر، و رابيو، و كوهن) و المقياس عبارة عن17 عبارة. والمستخدم في هذه الدراسة.

6-2 الملائمة العلاجية:

مصطلح الملائمة Tourette-turgis **اصطلاحا:** يعرف توريت تورجيز العلاجية "بقدرات الفرد في أخذ أدويته حسب الوصفة المقدمة، وهذه لقدرات تتأثر إيجابيا أو سلبيا بعوامل انفعالية، إجتماعية، سلوكية التي تتفاعل مع بعضها البعض."

(Tourette-turgis , 2005,p01.)

إجرائيا: هي الدرجة التي يتحصل عليها الافراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة في مقياس تقدير الملائمة العلاجية، الذي أعدته فيرونيكا شاتو والمطبق في هذه الدراسة.

6-3 الأمراض المزمنة:

اصطلاحا: وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها أمراض تصيب الأفراد، و تتطور خلال فترة طويلة ضمن عملية بسيطة نسبيا، تلازم الإنسان فترة طويلة من حياته. و تحدث تأثيرات مباشرة و سيئة على صحته بشكل عام، كأمراض القلب، و السكتة الدماغية، السرطان، و لأمراض لتنفسية المزمنة، و السكري و ضغط الدم.

(Report of Who / Fa, 2002.)

اجرائيا: هي تلك الامراض التي تلازم الانسان طوال حياته وهي غير معدية لا تنتقل بين الافراد، مثل أمراض القلب، الضغط، السرطان، السكري وغيرها.

الفصل الثانـي

المعتقدات الصحية التعويضية.

الفصل الثاني: المعتقدات الصحية التعويضية.

تمهيد

أولا: المعتقدات الصحية

1-تعريف المعتقدات.

2-تعريف المعتقدات الصحية.

3-تطور المعتقدات الصحية.

4-خصائص المعتقدات الصحية.

5-أنواع المعتقدات الصحية.

6-نموذج المعتقد الصحي العام.

ثانيا: المعتقدات الصحية التعويضية

1-تعريف المعتقدات الصحية التعويضية.

2-نموذج المعتقدات الصحية التعويضية.

3-النظريات المفسرة للمعتقدات الصحية التعويضية.

4-مجالات المعتقدات الصحية التعويضية.

خلاصـة

تمهيـد

يهدف الافراد في الجانب الصحي خصوصا للوصل الى تحقيق التوازن بين أقصى مستوى من المتعة وأقل مستوى من الضرر ويفترض أن الاستراتيجية المعرفية التي يستخدمها الناس للوصول الى هذا التوازن هي تفعيل ما يعرف بالمعتقدات الصحية التعويضية. فقد انبثق هذا المفهوم من العديد من النظريات والمسلمات حول السلوك الصحي والمعتقدات الصحية حيث تتداخل العديد من النظريات في نشأت هذا المفهوم ففي الوهلة الأولى يبدو هذا المصطلح من المفاهيم الإيجابية حول الصحة، ولكنه يحمل في طياته سيرورة معرفية معقدة ويؤدي إلى عواقب سلبية صحية.

وعلى هذا الأساس جاء هذا الفصل الذي سوف نتطرق فيه الى شرح مفهوم المعتقدات الصحية التعويضية، وكذلك التطرق الى نماذج المعتقدات الصحية بنوعيها العام و التعويضي.

أولا :المعتقدات الصحية.

1- تعريف المعتقدات:

داشازير: مجموعة من الحقائق حول الذات و الاخرين عن العالم **(deshazer, 1996)**تعريف

و المحيط، و هي تعطي نظام من الأفكار الخاصة بالفرد، و هي في الغالب مكتسبة أحيانا بطريقة "حدسية" انطلاقا من ملاحظات ذاتية، و في الغالب يتم تعلمها في العائلة، الثقافة و التكوين. تتعلق المعتقدات بكيفية السلوك في وضعيات معينة و كذا ما يمكن قوله عنها.

(سايل حدة وحيدة، 2019، ص46.)

- تعريف **محمد جلال حسين:** يقصد بالمعتقدات مجموعة من الموروثات المتعلقة بالعالم الخارجي و فوق الطبيعي، و التي احتلت عقول الناس و شغلت حياتهم و ملكت قلوبهم، و أصبحت مسلم بها بها لديهم، و غالبا ما تحاط هذه المعتقدات بقدر من السرية و تظل خبيئة في صدور أفرادها، و بالتالي لا مجال للمناقشة أو المحاكمة العقلية بها.

(محمد جلال حسين،2018، ص55.)

المعتقدات: انها تنظيم يتسم Krech) & (Crutchfieled - يعرف كريتش و كرتشفلد بالثبات للمدركات و المعارف حول جانب معين من حياة الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد, و يتسع المعتقد ليشمل كلا من الرأي و المعرفة و الايمان.

(خليفة،1998، ص52.)

- نستخلص من هذه التعاريف ان: المعتقدات الصحية التعويضية هي الفكرة التي تفترض ان السلوكيات الصحية يمكن ان تعوض عن الاضرار الناتجة عن التصرفات الغير صحية. بمعنى اخر يعتقد الفرد ان الأنشطة الصحية يمكن ان تعادل الاثار السلبية لتصرفات غير صحية.

2- تعريف المعتقدات الصحية:

بأنه المعلومات و المعارف التي توجدAjzen & Fishbein- يعرفها **فيشباين** و **آجزن** لدى الشخص عن موضوع الاتجاه بمعنى ان المعتقد يربط بين موضوع ما و خاصية معينة Ajzen, 1975 & Fishbein تميز هذا الموضوع.

- عرفت **شيلي تايلور** المعتقدات الصحية بأنها تنبؤ بممارسة الفرد، لعادة صحية معينة وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها وجود تهديد صحي ما، و يدرك أن ممارسة صحية معينة تكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد. (تايلور، 2008، ص888.)

- تنقسم المعتقدات الصحية الى مفهومين رئيسيين وهما المعتقد الصحي العام والمعتقد الصحي التعويضي، بحيث تعرف أنها تصورات و إحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض.

(Knauper et Rabian, 2007,P100.)

- تعريف **عبد الله و رضوان(2009)**: هي مجموعة من المعارف و التصورات و المدركات و المعلومات التي توجد لدى الفرد حول الصحة.

(علي بن هويشل الشعيلي وناصر بن ياسر الرواحي.2013. ص74.)

- تعريف **كارين رودهام (2009)**:و هي طريقة تفكيرنا في الصحة، لها تأثير ملحوظ في انخراطنا الاحق في ممارسة السلوك الصحي. فاعتقاداتنا الصحية يمكن أن تتشكل من خلال عوامل متعددة مختلفة، منها فهمنا الدارج للمقصود بما هو صحي.

(شويخ هناء،2022. بدون صفحة)

- تعريف **Autchfeil&Krech (1998)**: هي تنظيم يتسم بالثبات للمدركات حول جانب معين من حياة الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد.

(سايل حدة وحيدة، 2019، ص46.)

3- تطور المعتقدات الصحية:

3-1 تطور نموذج المعتقدات الصحية:

تطور نموذج المعتقدات الصحية في الخمسينيات من قبل علماء علم النفس الاجتماعي

. الذينLrwinRosenstock. Godfrey Hochbaum. Stephen Kegels كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا.

لذلك فالنموذج طور ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرضى السل، و في ذلك في الوحدات المتنقلة المتواردة فيX تزود فحص السل للبالغين بأشعة الفحص السينية الأماكن التي يعاني أفرادها من ارتفاع عدد الإصابات بمرض السل.

ان الأكثرية من سكان الحي لم يخرجوا لإجراء الفحوصات Hochbaum فلاحظ ، فبحث عن أسباب امتناع البعض من الخضوع للكشوفات بواسطةX بالأشعة السينية و عن الأسباب التي حفزت البعض لإجراء الفحوصات. Xأشعة

فوجد ان خطرهم المحسوس للمرض ومن العدوى و مخاطر الاشعة كانت من بين العوامل الحاسمة في سلوكهم.

و منذ ذلك الحين عرف نموذج المعتقدات الصحية بدايات ظهوره حيث بدأ يكيف و يطور استكشاف السلوكيات الصحية طويلة المدى، و قصيرة المدى، بما فيها سلوكيات المخاطر الخبيثة و انتشار مرض السيدا بحيث قدم النموذج في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية:

- سهولة التأثير المحسوسة.
- الشدة المحسوسة.
- المنافع المحسوسة المدركة.
- الحواجز أو الموانع المدركة أو المحسوسة.

و في سنة 1988 أضيف مصطلح جديد للمعتقدات الصحية و هو مفهوم فاعلية الذات و ذلك نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية الغير صحية كالتدخين. (خشاب، 2011، ص42- 43.)

4- خصائص المعتقدات الصحية:

للمعتقد عدة خصائص تتمثل فيما يلي:

- المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدركاته.

– المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع بيئته.

– تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.

– يمكن ان ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن ان ترتبط بعدة جوانب في نفس الوقت.

– يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد و تقييمه للأمور.

– يعكس مفهوم الفرد تصوراته و مدركاته و طبيعة معرفته، و بهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الافراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

– يمكن الاستدلال عن طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد و طريقة تفكيره، و هي تقترن عادة بعبارة: انا اعتقد.

(خليفة،2000، ص95.)

5- أنواع المعتقدات:

للمعتقدات عدة أنواع ذكر منها:

1-5La croyance Religieuse: المعتقد الديني

يعرف المعتقد بأنه أول أشكال التعبيرات الجمعية التي خرج من حيز الانفعال العاطفي الى حيز التأمل الذهني، و يبدوا ان توصل الخبرة الدينية الى تكوين المعتقد هو حاجة سيكولوجية ماسة، لأن المعتقد هو الذي يعطي الخبرة الدينية شكلها المعقول، الذي يعمل على ضبط و تقنين أحوالها.

تحدث هناك فترة صراع بين ما يراه الفرد غيبيا صعب التفسير فيصنفه في عقله على أنه قدسي، خارج حدود السيطرة و بين ما يثيره هذا المقدس من انفعالات تحاول التأمل و التفسير و الكشف و التوصل الى حقائق معينة، الى حين يتولد عن هذا مخاض ما يدعي بالمعتقد الذي تشترك الجماعة في صياغته و هو محاولة دمج أو تصالح الإنسانية مع مخارج المقدس بالإحساسات و الانفعالات، وهنا يتم فرز موضوعات معينة، أو خلق شخصيات و

قوى معنوية، تستقطب الإحساس بالمقدس، و تجتذبه الى خارج النفس و بذلك تتكون الصيغ الأولية للمعتقدات ، و تتوجه الى ذلك الهيكل السابق الذي ندعوه الدين.

المعتقد الديني شأن جمعي بالضرورة، و هو يوضح العلاقة و الصلة بين عالم المقدسات، و عالم الانسان الدنيوي المادي، و يرسم صورة ذهنية لعالم المقدسات و الذهنيات و الأفكار التي غالبا ما تصاغ في شكل صلوات وتراتيل.

(السواح،1994، ص47.)

2-5La croyance populaire: المعتقد الشعبي

ترتبط المعتقدات الشعبية بطرق التفكير والمعيشة التي يتميز بها الإنسان للتكيف مع ظروف حياته الجديدة وأسهمت ظروف تطور الشعوب العربية الإسلامية في تعلقها بالاعتقادات الشعبية والتعبير عن مستواها العقلي الساذج.

هي بعبارة أخرى ما يؤمن بها الشعب فيما يتعلق بالعالم الخارجي والعالم فوق الطبيعي خاصة، فهي تنبع من نفوس أبناء الشعب عن طريق الكشف أو الروائية أو الإلهام أو أنها كانت أصلا معتقدات البني إسلامية أو مسيحية أو غير ذلك، ثم تحولت في صدور الناس

إلى أشكال أخرى جديدة بفعل التراث القديم الكامن على مدى الأجيال.

(جوهري، 1978، ص42)

3-5:La Croyance Cognitive المعتقد المعرفي

المعتقدات المعرفية كما تحدد من قبل علماء النفس التربويين، هي معتقدات عن طبيعة المعرفة والتعلم، و لكن ليس بحس أو اتجاه فلسفي صارم، ويعتبر " بري" Perry

هو الرائد في صياغة المعتقدات المعرفية داخل علم النفس التربوي و هو يعتبرها بعدا فرديا.

ترى هوفر: أن المعرفة الشخصية هي مجموعة محددة من الأبعاد الخاصة بالمعتقدات حول المعرفة و التعلم و المنظمة كنظريات و التي تتقدم في اتجاهات قابلة للتنبؤ بها بشكل عقلي، وتنشط في السياق، وتعمل بطريقة معرفية وما وراء معرفية.

ويختلف الباحثون في تناول مفهوم المعتقدات المعرفية فمنهم من تناوله على أنه:

– بنية نمائية معرفية.

– مجموعة من المعتقدات، والاتجاهات، أو الافتراضات التي تؤثر في العمليات المعرفية في حد ذاتها.

(خشاب،2011، 41)

4-5:La Croyance Sante المعتقد الصحي

هو بدوره ينقسم إلى مفهومين رئيسيين وهما المعتقد الصحي العام، والمعتقد الصحي التعويضي وهو ما يهمنا في هذه الدراسة.

تعرف المعتقدات الصحية على أنها: "تصورات وإحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض".

)Kazarian et Evans 2001,p120(

اما المعتقد الصحي التعويضي تعرف بأنها القناعات العميقة والمبادئ الراسخة والمكتسبة والتي شكلتها التجارب الأولى في حياتنا أو هي التصور الداخلي للطريقة التي يعمل بها العالم والناس من حولنا وهذا التصور هو البرنامج الذي يفهم ويحكم به على العالم ومن خلاله يقوم الإنسان بتفسير الأحداث وتوقع الأفعال وهي تعد معتقدات محورية وأساسية.

الدغستاني .عوني، المفتي، (د.س. 87)

6- نموذج المعتقدات الصحية العام:

طور نموذج المعتقدات الصحية ليفسر و ينبئ بالسلوك المتعلق بالصحة وقد طور بداية للتنبؤ بسلوك الوقاية الصحية، كما يستخدم النموذج أيضا للتنبؤ بسلوك كل من المرضى العاديين و المزمنين.

(فرج صفوت، 2000، ص571)

ان نموذج المعتقدات الصحية يرتكز (**Janz& Becker.1984**)يرى كل من **جانز و بيكر** على مجموعة من المسلمات القاعدية الضرورية لتنفيذ السلوك الصحي و التي تلتقي كلها حول فكرة إدراك الصحة على انها قيمة لها أهميتها و ان الحفاظ عليها مرهون بمدى قبول

الفرد للالتزام بالنشاطات التي تقود الى ذلك. و يشير هذان الباحثان الى ان هناك خمس متغيرات تتحكم في تبني السلوك الصحي:

- الخطر العام المدرك على الصحة.
- شدة خطورة بعض الامراض.
- الاعتقاد الذاتي بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة السلوك الصحي الوقائي.
- الاعتقاد الذاتي بارتفاع احتمالات الإصابة بالمرض في حال التخلي عن ممارسة السلوك الصحي الوقائي.
- وجود دوافع داخلية معززة للسلوك الوقائي كظهور بعض الاعراض المرضية مثلا (و أخرى خارجية) كالإرشادات الطبية العامة المتناولة في وسائل الاعلام و الاشهار المختلفة مثلا.

(فاطمة الزهراء، الزروق،2015، ص19)

ثانيا: المعتقدات الصحية التعويضية

1- تعريف المعتقدات الصحية التعويضية:

يعرفها كل من :

- **بيكر Becker (1984)**: نموذج نظري يقر بأن الفرد ينخرط في ممارسة الأفعال الصحية فقط في حال: اعتقد بأنه عرضة للمرض ويشعر بأن المرض شيء خطير ووافق على ان الإجراءات الوقائية ذات فعالية و أن فوائد القيام بها ستفوق تكلفة القيام بها.
- **دكليمنت (Diclemente, 1991)**: هي معتقدات يقوم بها الافراد و هي جزء من المعتقدات الشخصية تتعلق بنتائج سلوك سلبي كتعويض له.

(Diclement, 1991, pp.50_59)

- **تايلور (Taylor 1999)**: هي ممارسات صحية يقوم بها الناس و التي تتأثر بعاملين ادراك الشخص للتهديد الصحي و إيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد.

(Taylor, 1999, p.55)

: هي الفعل الصحي الذي يقوم به (**Rabiau& Patricia 2004**)-**رابياو و باتريسيا** الفرد و الذي ينشأ من الانخراط في سلوك غير صحي.

(Rabiau&Patricia ,2004,p.30)

: هي قناعات يكونها الافراد عن الجوانب السلبية (**Rabiau2006**)- **عرفت رابياو** للسلوك و تمثل تعويضات بديلة عن السلوك السلبي مثل تناول طعام دسم يمكن التعويض بالتخلص منه في ممارسة الرياضة.

Rabiau, 2006,p.3)(

2- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

"Lewinتأثر نموذج المعتقدات الصحية التعويضية بالنظريات المجالية ل "ليفين و الذي أكد على أن إدراك الواقع هو الذي يؤثر على السلوك لا الواقع نفسه و كما هو، كما تأثر بالنظرية السلوكية (المثير الاستجابة) و التي امتد تأثيرها لفترة زمنية طويلة في كيفية تشكيل السلوك من خلال البيئة و من خلال آليات التعزيز و التي يمكن التنبؤ بها فيما بعد، ثم جاءت النظرية المعرفية في ستينات القرن العشرين و التي أكدت على أهمية أفكار الفرد و مدركاته و عملياته العقلية في تشكيل السلوك، حيث ان (الاتجاه الظاهري) يذهب الى ان سلوكيات الانسان مرتبطة ارتباطا وثيقا بما يمر به من خبرات وهذه الخبرات كما يدركها هو و ليس كما يدرها الآخرون، فالكيفية التي يدركها بها الفرد و خبراته الحالية هي التي تعزز سلوكياته صحية أم مرضية و قد أخذت نظريا المعتقدات الصحية شوطا تطوريا ابتداءا من الخمسينيات من القرن الماضي و لحد الان و جميعها تدور ضمن أفكار تكاد تكون ثابتة نسبيا مع تغيرات في بعض الأفكار بشكل يتواكب مع حاجة المجتمع و تبعا للتطور الذي حدث على كافة الأصعدة الحياتية.

(مرسي،1988،ص53).

3- النظريات المفسرة لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

3-1 نظرية روزنستوك و جونز 1958:

طرحت هذه النظرية متغيرات مهمة قامت على أساسها كيفية اتخاذ القرار من ناحية السلوك الصحي و هذه المتغيرات هي التهديد المدرك و المعوقات المدركة و فاعلية الذات إضافة الى دلائل الفعل. و قد رأى روزنستوك و جونز ان الشخص يتبع سلوكا وقائيا صحيا استنادا الى الموازنات و المقارنات التي يقوم بها في حساب المنافع و الأضرار نتيجة لقيامه بفعل غير صحي، و المتغيرات هي: (مرسي،1988،ص53)

1) إمكانية الإصابة: و هو حكم المرء على مخاطر اصابته بالمرض فقد يسأل نفسه السؤال التالي "ماهي فرص إصابتي بالأمراض"

2) إدراك الحالة (سريريا): العوق، الألم (الموت) و تأثيرهما النوعي على أسلوب الحياة، القدرة على العمل، العلاقات الاجتماعية و غيرها، و يتجلى ذلك من خلال إدراك الشخص و اهتماماته اتجاه الإصابة بالأمراض.

3) التهديد المدرك: و يقصد به الضعف أمام المرض (ضعف المناعة) و هو مكون معرفي يتأثر بالمعلومات التي يتلقاها الفرد و التي تولد ضغطا نفسيا يدفع الى (السلوك الصحي) وهذا يخلق موازنة بين الكفاءة المدركة للشخص و كلفة السلوك.

4) المنافع المدركة للفعل: و هذه المنافع تعني فاعلية السلوك في خفض المخاطر الصحية و أيضا تأثير المعتقدات الثقافية و الاجتماعية للفرد من خلال اعتقاده بوجود أي شيء يمكن بواسطته تجنب هذا الوضع المرضي له و درجة فعالية ذلك الشيء.

5) معوقات الفعل المدرك: و هو المعتقد الأخير و يدور في نتائج هذه المنافع مع تكاليف الفعل المدرك و هل هناك واجز أمام الفعل او هل ينطوي على تكاليف مالية، الآلام، كذلك الصعوبات التي يواجهها في أداء هذا الفعل.

و قد أشار "روزنستوك و جونز" الى وجود عوامل عدة يتأثر فيها السلوك الصحي و كما تم ذكره سابقا وهي المخاطر المدركة و التي تتضمن احتمالية الإصابة بمرض عضال مثلا، و

المنافع و المعوقات و هي النتائج السلبية التي قد تنشأ في اتخاذ إجراءات صحية معينة منها (جسمانية، نفسية، مالية) و أضاف اليها الأحداث البيئية التي تصادف الفرد كالإعلام التلفزيوني و الإعلانات التي تؤدي الى التحرك في اتجاهات معينة.

أما فعالية الذات فهي جزء من العملية الادراكية الصحية التي تم التركيز عليها كما ركز على متغيرات ديموغرافية و متغيرات اجتماعية و بنيوية تؤثر في إدراك الفرد و التي بدورها تؤثر على السلوك ذي الصلة بالصحة وهذا يعني ان ممارسة الشخص سلوكا صحيا معينا يمكن فهمه بمعرفة عاملين و هما:

1) إدراك الشخص التهديد الصحي. أي طريقة ادراك الفرد و تقييم المخاطر الصحية التي قد تواجهه.

2) ايمانه و اعتقاده بان ممارسة صحية معينة ستكون مؤثرة في خفض هذا التهديد المدرك.

(rosenstock and jons.1985.p-p1-6)

3-2 نظرية أنطونسكي وكاتس 1958:

تضمنت هذه النظرية ثلاثة دوافع هي:

1) الدافع الاستعدادي : و هو الرغبة في تجنب الإصابة بالمرض و الحصول على استحسان الآخرين.

2) الدوافع المشروطة: و هي إمكانية الإصابة المدركة و تتضمن السعي لتحقيق قيم أو أغراض شخصية.

3) خبرة المرض السابقة: يستخدم الشخص العتبة الحسية لديه للتحسس بالأمراض الناتجة عن خبرة سابقة للمرض.

و قد أضاف ديفيد ميكانيك عددا من المؤثرات التي تؤثر على السلوك معظمها يفيد المراحل الأولى من المعتقدات الصحية التعويضية الخاصة بتكرار الاعراض المرضية و إمكانية تخيلها و خطورتها و عتبة التحمل الشخصي و المستوى المعرفي و إمكانية علاجها من عدمه و العوائق امام الفعل. (hochboum.1958.p-p3-7)

3-3 نظرية دودليو شنايدر:

و هي نظرية في تحديد اتجاهات الناس و التي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية عن طريق:

1) إدراك التهديد الصحي .

2) اختزال التهديد المدرك.

و يتأثر إدراك التهديد الصحي بمجموعة عوامل هي:

- القيم الصحية و تتضمن:

أ) الاهتمام بالصحة و رعايتها.

ب) معتقدات الشخص عن سهولة التعويض عن الأذى.

ج) معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا فمثلا قد يغير الناس حميتهم في أي دقيقة ليضيفوا الى جدول تغذيتهم أغذية تحتوي على القليل من الكولسترول فيما إذا كانوا يقدرون الصحة كثيرا و يشعرون بتهديد إمكانية إصابتهم بأمراض القلب مع إدراكهم ان لأمراض القلب تهديد خطير و قاسي.

اختزال التهديد المدرك و هو اعتقاد (الشخص) بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي يتربصه و ذلك باحتمالين:

أ) ان كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده.

ب) إذا كانت سلبيات الوسيلة الصحية أكثر من ايجابياتها، و أيد ذلك روزنستوك (1974)في نظريته، على سبيل المثال الرجل الذي يشعر بانه مهدد بالإصابة بأمراض القلب ا و هو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية و قد يعتقد بأن تغيير نوع الغذاء و حده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه، و ان تغيير غذائه سيؤثر على مدى تمتعه بالحياة بحيث تصبح نيته (غايته)في تغيير الغذاء مبررة و عليه يكون متأكدا بان الريجيم يفيد في تقليل المرض و لكنه يفتقر الى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد و سوف لن يقوم بأي تغيير و كذا ينطبق الحال

على السلوكيات الصحية التي يمارسها الأشخاص المدخنين بقصد وقف التدخين لما له من خطر على الصحة و الإصابة بأمراض القلب.

– الاعتقاد بان سلوك صحي معين قد يقلل من التهديد بالخطر (سلوك صحي_ سوف اتوقف عن التدخين).

– الاعتقاد بان مراعاة معايير صحية معينة ربما يكون لها تأثير فعال في إيقاف الخطر الناجم عن تهديد معين (إذا توقف عن التدخين الآن، لن أصاب بسرطان الرئة).

الاعتقاد بأن الفائدة التي تحققها مراعاة معايير صحية معينة تفوق التكاليف (مع انني سأجد صعوبة في التوقف عن التدخين، إلا أن الامر يستحق العناء لتجنب خطر الإصابة بسرطان الرئة).

(Dudley & Schneider,1991,pp.55_57)

4- مجالات المعتقدات الصحية التعويضية:

1- **الامتناع عن التدخين والكحول:** سلوك تجنبي حول ممارسة عملية التدخين و النرجيلة و تعاطي الكحول لما لهما من آثار صحية وخيمة على الفرد.

2-عادات الاكل والنوم: أفعال صحية مكتسبة يعتاد عليها الفرد كي يضمن البرنامج الغذائي المناسب وتحديد أوقات النوم بما يتناسب وتحقيق الصحة العامة له.

3-الإجهاد: محاولة الفرد لإيجاد موقف تعويضي اتجاه ما واجهه من مواقف قاسية وضغوط نفسية.

4- تنظيم الوزن: رغبة في اتباع سلوكيات صحية تساعده في الحصول على الوزن المثالي دون افراط و تفريط من خلال الانغماس بنشاطات سلوكية سليمة.

(Rabiau et all,2006,p.141)

خلاصـــــة:

المعتقدات هي أنماط فكرية تشكل تصور الفرد للعالم من حوله و تؤثر على تقييمه و توقعاته للأحداث. هذه المعتقدات تلعب دورا أساسيا في توجيه سلوك الأفراد و ردود أفعالهم اتجاه مختلف المواقف. في مجال الصحة، تكتسب هذه المعتقدات أهمية خاصة لأنها تؤثر بشكل مباشر على السلوكيات الوقائية المتعلقة بالصحة، و هو ما تتناوله النماذج النظرية التي تدرس المعتقدات الصحية التعويضية.

نموذج المعتقدات الصحية التعويضية هو أحد النماذج الحديثة التي تركز على فهم السلوكيات الصحية الخطرة. يهدف هذا النموذج الى تطوير استراتيجيات و برامج صحية وقائية يمكن أن تكون فعالة في تعزيز الصحة العامة، و تساعد الجهات المختصة في تحسين الرعاية الصحية المقدمة.

الفصل الثالث

الملائمة العلاجية.

الفصل الثالث: الملائمة العلاجية.

تمهيد

1) تعريف الملائمة العلاجية.
2) النماذج النظرية المفسرة للملائمة العلاجية.
3) العوامل المعرفية في سلوك الملائمة العلاجية.
4) استراتيجية تحسين الملائمة العلاجية
5) العوامل المحددة للملائمة العلاجية.

خلاصة

تمهيـــد:

الالتزام بالعلاج يمثل تحديا كبيرا في المجال الطبي، خاصة في حالات الأمراض المزمنة غالبا ما يواجهها الطبيب في علاقاته مع المريض، وبالخصوص في الأمراض المزمنة ، فمدى التزام المريض بالتعليمات الطبية يؤثر على بشكل كبير على نجاح العلاج. هذا الالتزام الضروري ليس أمر مفروغ منه، بل يتطلب جهدا شخصيا من المريض، و تأثيرا من عدة عوامل، منها العوامل النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية.

وهذا ما يزيد من احتمال تعقيد الحالة الصحية وبروز المضاعفات التي تهدد صحة الفرد وتعرضه لخطر الموت وهذا ما دفع الباحثين إلى طرح إشكالية سلوك الملائمة العلاجية والأسباب الكامنة وراء نجاح أو فشل المريض في تبني هذا السلوك.

ونظرا لأهمية مفهوم الملائمة العلاجية في بحثنا خصصنا له فصلا كاملاً تطرقنا فيه إلى تعريف الملائمة العلاجية، العوامل المعرفية في سلوك الملائمة العلاجية، استراتيجية تحسين الملائمة العلاجية والمتغيرات المؤثرة في سلوك الملائمة العلاجية العوامل المحددة للملائمة العلاجية) وأخيرا النماذج النظرية المفسرة للملائمة العلاجية .

1) تعريف الملائمة العلاجية:

الملائمة العلاجية هي إتباع التوصيات والإرشادات الطبية طوال فترة العلاج و هو مفتاح نجاح الخطة العلاجية. (رشيدة رزقي ،2012، ص 49).

وعرفها (Hangimes etall 1979) على أنها التلاؤم بين الوصفة الطبية (حمية، أدوية. إلخ) وتطبيقها من قبل المريض.

(In Jacquine et Levine 2008, p 76) .

في حين ذهب كل من(غال وآخرون ,Galetal2003,)إلى ان الامتثال لسلوك الملائمة يتعلق كذلك بالعلاج التوصيات ، أهمية نشاط بدني) واحترام مواعيد المعانية)

(حدار،2008، ص 48) .

كما تعرف بأنها درجة الاتفاق والمطابقة بين سلوك الفرد المريض (متابعة العلاج، أخذ الأدوية، إتباع حمية ، إحداث تغيرات في أسلوب الحياة) والتعليمات والنصائح الطبية.

(Tashkin, Jame 1995, P 176)

ومنه نستخلص أن الملائمة العلاجية هي مدى توافق العلاج مع احتياجات المريض و توقعاته. تعني كيف يتناسب العلاج مع الحالة الصحية للمريض و كيف يستجيب له بناء على حالته و معتقدات التي يؤمن بها.

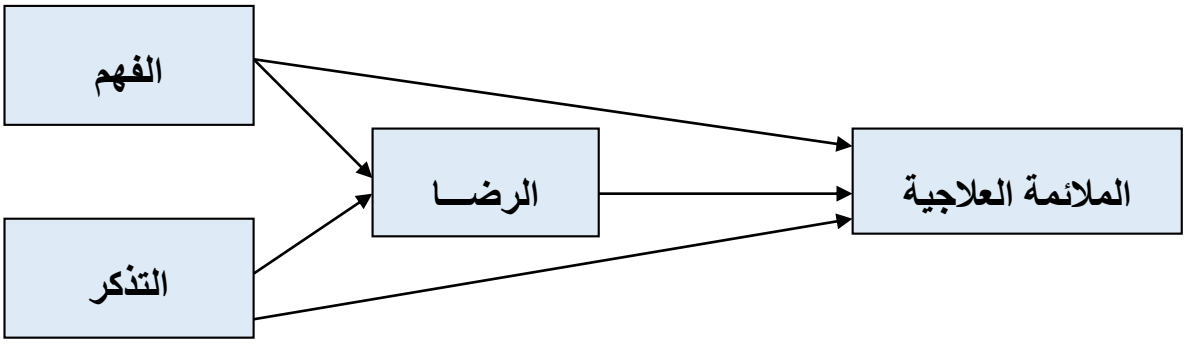
2 – النماذج النظرية المفسرة للملائمة العلاجية:

هناك العديد من النظريات التي تفسر السلوك الصحي بصفة عامة، وفي السنوات الأخيرة تم تفعيل عدة دراسات حول ارتباطها بسلوك الملائمة العلاجية، ولعل من أهم هذه النماذج النظرية نجد ما يلي:

2-1:النموذج المعرفي (Cognitif Model):

طور هذا النموذج من طرف لاي (Ley, 1981-1989) والتي تعتمد على فرضية مفادها أنه يمكن التنبؤ بالملائمة العلاجية من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة،

فهم المعلومات المعطاة والتذكير بالمعلومات والشكل التالي يوضح مختلف عناصر هذا النموذج.



شكل رقم (01) النموذج المعرفي للملائمة العلاجية لـ (Ley Ogden, 2007, p74)

ومن خلال الشكل التالي يتضح أن رضا المريض يتوافق مع نوعية الاستشارة الطبية ولاسيما الجوانب العاطفية الدعم والتفاهم الجوانب السلوكية (التفسير الكافي، وصف الأدوية)، الكفاءة التشخيص الملائمة الإحالة) للقائم على الرعاية. وهذا ما وضحته دراسة لاي (Ley, 1988)، حول مدى رضا المرضى عن الفحص الطبي وأسفرت الدراسة على أن41% من المرضى غير راضين عن علاجهم و 28% غير راضين عن المعاملة العامة.

وهذا ما أثبتته دراسة أخرى لـ لاي (1989) Lay) أن رضا المريض يرتبط بمحتوى الفحص أن المرضى يريدون معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات، ويزيد الرضا من خلال تحسين علاقة طبيب مريض أما الفهم فقد اختبرت العديد من الدراسات علاقة الفهم بالملائمة العلاجية عن طريق تحديد مدى فهم المريض لمضمون الاستشارة الطبيبة، بحيث قام بويل (Boyle 1970) باختبار مدى معرفة المرضى لتعريف الأمراض المزمنة، وذكر أن عند إعطائهم قائمة تحتوي على مجموعة الأمراض المزمنة ووجد أن 85% فقط من يعرفون بشكل صحيح التهاب المفاصل و 80% من يعرفون بشكل صحيح التهاب الشعب الهوائية ... إلخ.

كما بحث أيضا عن تصورات المريض لموقع الأجهزة ووجد أن 42% يعرفون موقع القلب بشكل صحيح، و 20% يعرفون موقع المعدة بشكل صحيح، و 49% يعرفون موقع الكبد بشكل صحيح، ورجح ذلك إلى تدني فهم المرضى مضمون الاستشارات.

وفي دراسة أخرى التي قام بها رووث (Roth, 1979) حول مدى معرفة المرضى أسباب الإصابة بالأمراض المزمنة، ووجد أن معظم المرضى لا يعرفون السبب الحقيقي الذي أدى إلى إصابتهم بالمرض.

(In Ogden, 2007)

وعلى هذا الأساس إذا كان الطبيب يقدم النصح للمريض ويطلب إتباع برنامج علاج خاص، فيما لا يفهم المريض أسباب المرض، موقع الجهاز المصاب والعمليات التي يطلبها العلاج فإن هذا النقص في الفهم سوف يؤثر على الملائمة العلاجية.

أما فيما يخص التذكر فقد قام عدة باحثون بفحص عمليات استرجاع المريض للمعلومات المقدمة من طرف الطبيب. ومن بين تلك الدراسات نجد دراسة باين (1977) Bain وأسفرت نتائج دراستها على أن 37% منهم لا يتذكر اسم الدواء، و 23% لا يتذكرون

عدد الجرعات و 25% لا يمكنهم تذكر مدة العلاج. وفي نفس السياق، توصلت دراسة كريشتون وآخرون (Crichton et al. 1979)إلى أن نسبة 22% من المرضى ينسون نظام العلاج الموصي به من قبل الطبيب. فيما توصلت الدراسة التحليلية لـ لاي (Ley) حول مدى تذكر المريض معلومات الفحص الطبي، ووجد أن التذكر يتأثر بالعديد من العوامل منها القلق المعرفة الطبية المستوى الفكري، كما خلص إلى أن التذكر ليس له علاقة بعمر المريض على عكس بعض التوقعات التي تقر بتأثير (In Ogden, 2007, p76) الشيخوخة على الذاكرة فحسب كل من لاي و سبيلمان (Lay et Spelman, 1976) ومن الأشياء التي تؤثر على التذكر ما يلي: . تأثير المعلومات التي ينظر إليها على أنها مهمة أحسن تذكرا من تلك التي ينظر إليها على أنها أقل أهمية.

كمية المعلومات كلما زاد عدد المعلومات كلما قل التذكر.

يميل المرضى الى نسيان المعلومات مع مرور الوقت، لكن ما يتذكره المريض بعد مـدة(In Broome et al, 1992) قصيرة قد يميل إلى تذكره والاحتفاظ به لفترة أطول ونستنتج من خلال ما سبق أن للرضا تأثير مباشر على الملائمة العلاجية، أما الفهم والتذكر فهما يؤثران بطريقة غير مباشرة على الملائمة العلاجية ولكنهما يؤثران على رضا المريض، وبالتالي تؤثر في الملامة العلاجية. ويمكن توضيح أهم ما سبق ذكره في الجدول التالي:

شكل رقم (02) تلخيص أهم نقاط النموذج المعرفي لـ لاي (Ley)

In Russell, 2005, p 104)

الرضـــا: -عندما يكون المريض راض يميل إلى أن يكون ملتزما، وهذا بدوره يؤثر على الفهم والتذكر. - الرضا والاتصال الفعال يرتبطان بالأطباء.
الفهـــم: -كثير من المرضى لا يفهمون المعلومات التي تقدم لهم بحيث لا يمكنهم الالتزام بها. - تحسين الفهم لا يرتبط دائما بتحسين الملائمة العلاجية.
التذكـــر : - لا يمكن للمريض الالتزام عندما لا يمكنه تذكر المعلومات. - تذكر المعلومات يختلف حسب نوعها. - تذكر النصائح المتعلقة بالأدوية أحسن منها المتعلقة بالحمية أو التمارين. - تكرار عدد من العوامل تؤثر على قدرة المريض على التذكر كثرة المعلومات استخدام المصطلحات الطبية، أفكار غير مألوفة وغير مفهومة.

2-2: نموذج مراحل التغيير (The Stage of change model) :

لقد بلور كل من (Diclimente et Prochaska (1994 نموذج يهدف إلى فهم أكثر للمراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين، وبناء على ذلك تم اقتراح أهداف علاجية

وإجراءات تدخل خاصة بكل مرحلة. وقد استعمل في عدة مجالات الإدمان التدخين وتغيير العادات السلوكية مثل: الفحص الطبي والملائمة العلاجية لدى المرضى، وحسب هذا النموذج فإن رغبة الأفراد عامة والمرضى خاصة للتخلي عن العادات السيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية وتمر بخمس مراحل للتغيير وهي:

– مرحلة ما قبل الوعي (Pre Contemplation Stage) خلال هذه المرحلة لا توجد لدى المفحوص إرادة أو رغبة قوية في تغيير السلوك الغير سوي في المستقبل حيث أن كثير من الناس في هذه المرحلة غير واعين بوجود مشكلة صحية لديهم (مثلا سلوك الإدمان على المخدرات وبالتالي لا يفكرون في التغيير رغم حث الأصدقاء والأقارب على ذلك.

– مرحلة الوعي (Contemplation Stage) تشمل هذه المرحلة الأفراد الذين على وعي بوجود مشكلة لديهم ويفكرون جديا في كيفية التغلب عليها ولو أنهم غير مقبلين بعد على اتخاذ أي إجراء عملي من شأنه أن يقضي على المشكلة الصحية وحسب بعض الدراسات المتوفرة في مجالي الصحة العامة وعلم نفس الصحة فإن أغلبية المدمنين الذين شملتهم البحوث الإكلينيكية يستقرون في هذه المرحلة لمدة زمنية تتراوح بين سنتين وأربع سنوات بدون أي تغيير يذكر في استعدادهم للانتقال إلى مرحلة جديدة.

–مرحلة الاستعداد والتخطيط (Préparation Stage) تعرف بمرحلة اتخاذ القرار وتشمل رغبة الفرد القوية في التغيير ويصاحب ذلك اتخاذ إجراءات عملية كالتخلي عن بعض المأكولات مثلا أو تخفيض عدد السجائر المستهلكة يوميا يخلف 2001، ص 38–39)

–مرحلة التنفيذ (Action Stage) خلال هذه المرحلة يغير المفحوص فعلا سلوكه وكذا المتغيرات المحيطة به ويلتزم بهذه التغيرات التي حصلت، ويكون التغيير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظه الجميع، ويصب المفحوص اهتماماته في الفعل والتغيير، ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، لأن استمرار السلوك الايجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة ويحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة فعالية الذات وكذلك التعزيزات الايجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج، وهذا ما يضمن عدم الانتكاسة . (زناد 157) 2008.

-مرحلة التثبيت والاحتفاظ (Maintenance Stage) يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك الايجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب والالتزام به كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياته الأخرى.

(عبد العزيز، 2010، ص 39 .40)

ونستنتج من خلال ما سبق أن تغيير السلوك يمر بخمس مراحل هي:

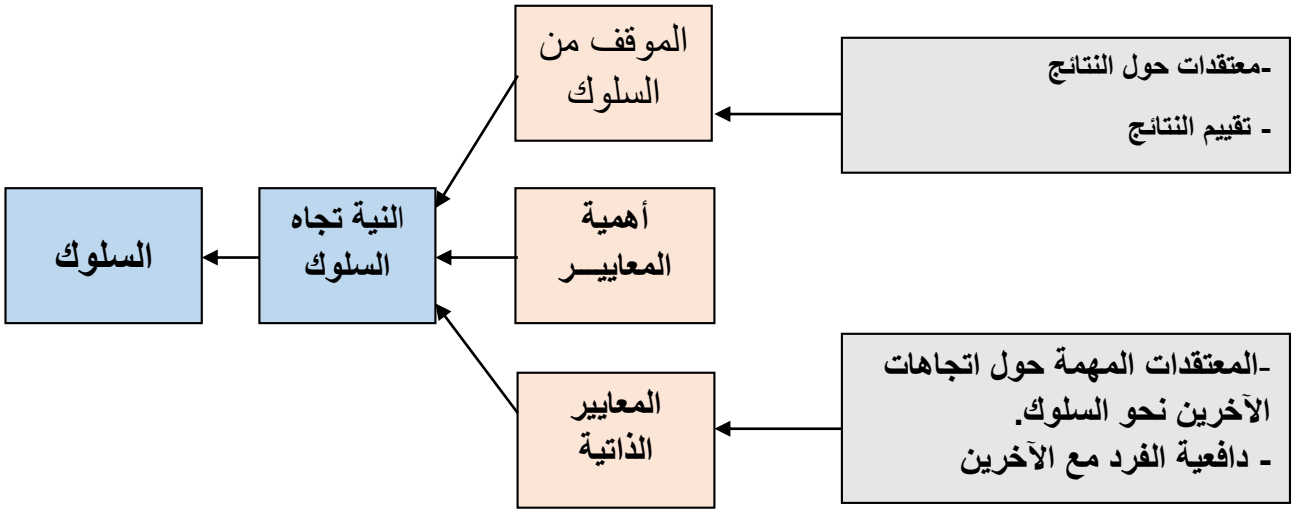
- مرحلة ما قبل الوعي لا رغبة في التغيير السلوك.
- مرحلة الوعي النظر في الإجراءات المستقبلية.
- مرحلة الاستعداد والتخطيط وضع جدول زمني واتخاذ القرار بالتغيير.
- مرحلة التنفيذ: القيام بالسلوك الجديد..
- مرحلة التثبيت والاحتفاظ اعتماد التغيير وتجنب الانتكاس ولكن يعتمد ذلك على اعتقاد الفرد بأنه قادر على قيام بالسلوك المطلوب والحفاظ عليه مثلا إذا كان الفرد عرضة للإصابة بمرض الربو، يفهم أن تغيير سلوكه سوف يحميه من الإصابة بالمرض.
- و تلعب البيئة دور مهم في مساعدة الفرد على الحفاظ على السلوك وتجنبه الانتكاسة.

3-2 نظرية النشاط العقلاني:Theory of reasoned action:

وضع أسس هذه النظرية كل من أجزن وفيشيين (Ajzen et Fishbien, 1980) ثم بلورها (Terry et al. (1993) للتنبؤ بسلوك الفرد في سياقه النفسي الاجتماعي.

تهدف نظرية النشاط العقلاني إلى تفسير سلوك الملائمة العلاجية بمنظور معرفي يتمثل في أن الأفراد يستخدمون أفكار عقلانية ومنطقية فمن تقنيات العلاج العقلاني إدراك الفرد للمرض والتخطيط لدواعي العلاج بعقلانية ومنطقية قبل أن يلجأ للملائمة العلاجية فحسب هذا النموذج إن سلوك المريض يتأثر بنواياه وبالتالي بعدما يدرك مرضه ويخطط للعلاج و يلتزم بسلوكيات صحية واقية، ويعتبر هذا النموذج مفيد للتنبؤ بمدى امتثال الفرد للسلوكيات صحية انطلاقا

من أفكاره، لكن لابد أن تتدخل عوامل محددة أخرى للتلاؤم مع العلاج، وسنوضح ذلك في الشكل التالي:



شكل رقم (03) نموذج النشاط العقلاني (Ogden, 2007, p30) (T .R .A)

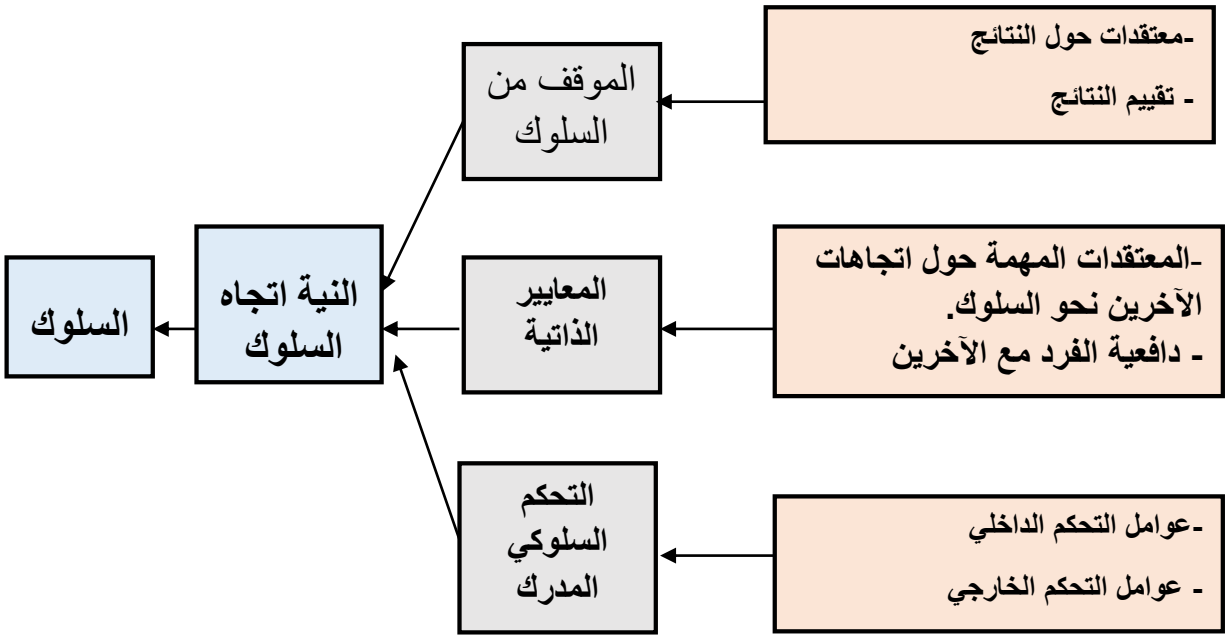
أن الأشخاص عادة ما يستخدمون أساليب تفكير عقلانية في تبني سلوك ما إذ يستعملون المعلومات المتوفرة لديهم ويعتبرون بالانعكاسات قبل أن يقدموا على هذه السلوكيات، فالسلوك الإرادي يتأثر بالنوايا، وهذه الأخيرة تحددها الاتجاهات نحو السلوك والمعايير الذاتية، وهكذا فإن تبني سلوك صحي أو التلاؤم مع العلاج يقوم على نوايا الإقدام على ذلك، وهذه النوايا تستند أولا إلى الاتجاهات العامة للفرد نحو الصحة، والمعايير الذاتية التي تشجع الأشخاص ذوي الأهمية السيكولوجية على تبني هذا السلوك) (حدار، 2008، ص53-55).

2-4 نموذج السلوك المخطط : (The Theory of plannedBehavior):

صاغ هذه النظرية (Ajzen, 1985-1991) وهي تكمل نموذج نظرية النشاط العقلاني بإدماج التحكم السلوكي المدرك كمفهوم أساسي وعامل من العوامل المنبئة لنوايا السلوك و تتكون هذه العوامل المتفاعلة من المعتقدات التالية:

الموقف من السلوك تتأثر بمعتقدات المرضى حول نتائج السلوك المتبنى، وكذلك تقييم هذه النتائج سواء كانت إيجابية أو سلبية مثلا: (إن التمارين الرياضية هي ممتعة وسوف تحسن من صحتي).

المعايير الذاتية تجمع بين معتقدات المريض بالنسبة لما يتوقعه الآخرون اللذين لهم أهمية بالنسبة له، والدافعية إلى قيامه بهذا السلوك حسب توقعات الآخرين مثال: الأشخاص المهمين بالنسبة لي سوف يوافقون إذا ما فقدت الوزن وأنا أريد موافقتهم). . التحكم السلوكي المدرك الذي يعني الاعتقاد في استطاعة تبني سلوك صحي أو وقائي وهذا التحكم المدرك يتوقف على عوامل داخلية (مؤهلات، معلومات جهود أو عوامل خارجية العوائق والفرص) . 31- Ogden, 2007, p30). وسنوضح ذلك في الشكل التالي:



شكل رقم (04) نموذج السلوك المخطط (..) (Ogden, 2007, p31)

حسب هذا النموذج إن الأشخاص لديهم استعداد لتبني سلوك صحي خاص، إذا ما اعتقدوا أن هذا السلوك سيفضي إلى نتائج و هذه النتائج التي يتمنونها هم والأفراد ذوي الأهمية السيكولوجية لديهم، ويعتبرون أن النشاط المنشود متحكم فيه (حدار، 2008، ص (59). وكقاعدة عامة كلما كان (الموقف تجاه السلوك) أكثر إيجابية من قبل الفرد والأهل والأصدقاء

(المعايير الذاتية) وكلما كان إدراك الفرد التحكم السلوكي المدرك في مدى قدرته في السيطرة الفعلية على سلوكه أكبر كان المتوقع أن تكون قدرة الأفراد لتنفيذ
نياتهم أكبر، عندما تسنح لهم الفرصة لذلك.

وقد ركزت الدراسات الحديثة على التمييز بين متغير إدراك الفرد في مدى قدرته في السيطرة على سلوكه التحكم السلوكي المدرك وبين متغير الفعالية الذاتية لـ باندورا (Bandura, 1977) ، فقد يتضمن متغير إدراك الفرد لسيطرته على سلوكه عنصرين، وهما شعوره بأنه قادر على القيام بالسلوك، فضلا عن عنصر إدراكه في مدى قدرته على التحكم والسيطرة على ذلك السلوك، أو بالمعنى إلى أمور أخرى خارجة عـن سيطرته

(Azjen ,2002, p 2-3)

ما يميز هذا النموذج أنه أدخل بعض المتغيرات الاجتماعية كالمعايير، وكذلك بعض الاتجاهات والادراكات مما قد يمكن الباحث والمعالج من التعرف على بعض الجوانب اللاعقلانية في المعتقدات غير أن ما ينتقد عليه هذا النموذج هو عدم اقتراحه اتجاه للسببية وانعكاسات محددة ذهنية (Bruchon-schweitzer 2014 ,p 410)

2- 5 نموذج تفسير سلوك المريض:

لقد بلور هذا النموذج هيبي و كارلسون (Heiby et Carlson, 1986) ويهدف إلى تفسير السلوكيات المتعلقة بإتباع المعالجة الطبية قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية ... إلخ)، بمعنى آخر الطريقة التي يعيش بها العميل ويستشعر امتثاله للعلاج من خلال تأثيرات هذا الأخير على حياته، ويتضمن هذا النموذج دراسة وتحليل ثلاثة أنماط من المتغيرات.

-1 السوابق أو المتغيرات الوضعية: وتتحدد حسب ما يلي:

- خصائص العلاج التركيز، الطعم اللون، تعقيد الجرعات تعبئة الدواء.
- نوعية المعارف المقدمة حول أهداف العلاج التكييف مع أسلوب الحياة الجديدة.
- نوعية المعلومات المقدمة سواء كانت كتابية أو شفهية، أشرطة ... إلخ.

- متابعة المريض وعدد المعاينات، وكذلك المساندة الاجتماعية من طرف العائلة الأصدقاء.
- ونوعية علاقة طبيب مريض.

2- العوامل الفردية الذاتية: متعلقة بادراك المريض لمرضه، ومعتقداته المرتبطة بفعالية العلاج، وكذلك الثمن المدرك والخطورة المقدرة ودرجة الرضا التي يشعر بها المريض.

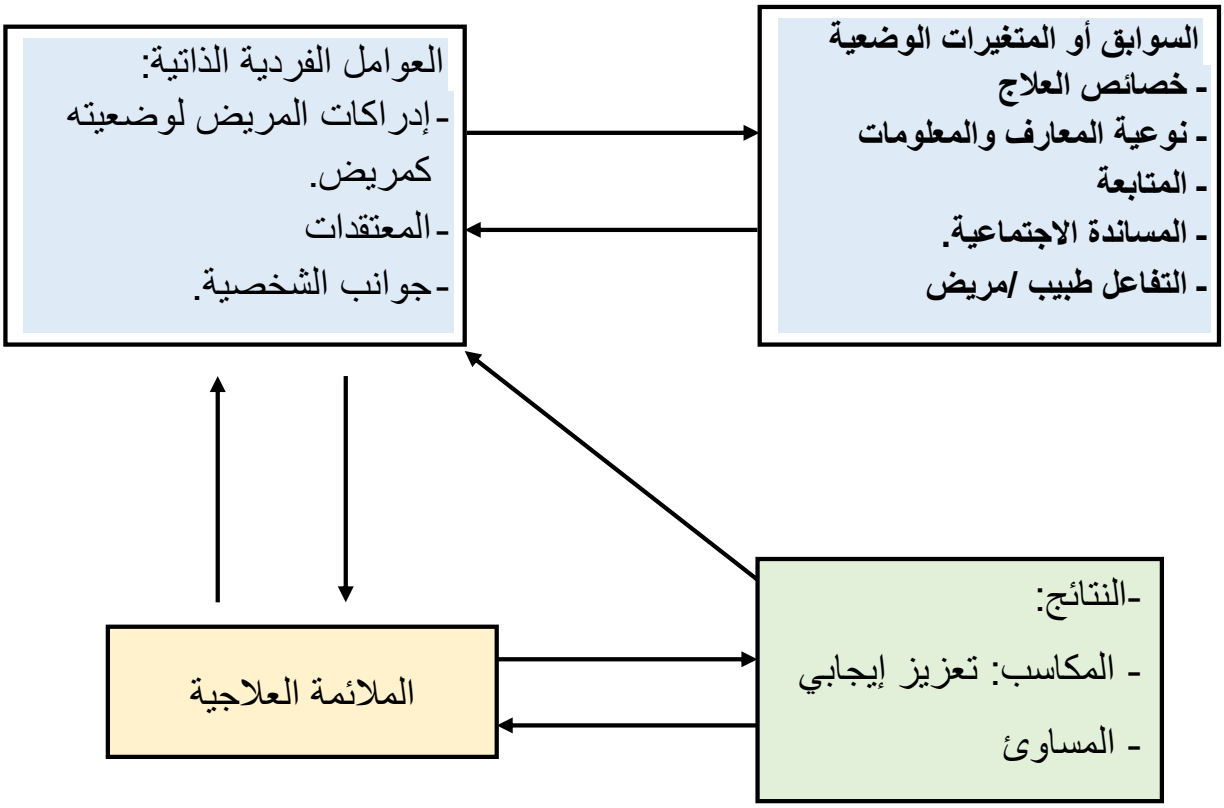
3- النتائج: وهي تتعلق بالمكاسب والمساوئ الناجمة عن العوامل الذاتية المختلفة بإدراكات المريض الذاتية، وهذه المكاسب قد تكون:

- اجتماعية كالتقدير من قبل الآخرين.
- جسدية أي تحسن الحالة الصحية للمريض.
- مادية أي مكاسب اقتصادية.

أما المساوئ فتكون:

- اجتماعية: صفة المرض وأعراضه في المجتمع.
- جسدية: زيادة حدة المرض ومضاعفاته.
- مادية زيادة تكاليف العلاج الباهظة.

وسوف نلخص كل ما سبق في الشكل التالي:



شكل رقم (05) نموذج الملائمة العلاجية (Gauchet, 2008, p 60) (H.C.M).

حسب هذا النموذج إن الملائمة العلاجية تتم تبعا للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويحسون فيها بالملائمة العلاجية عبر الآثار النتائج المباشرة أو غير المباشرة التي تحدث في حياتهم، وهناك مستويين للعوامل مكاسب مساوئ للملائمة العلاجية في إطار العوامل الفردية للملائمة العلاجية هناك مكاسب ومساوئ مدركة قبل السلوك هذا الإدراك يعد بمثابة محدد للملائمة العلاجية.

في إطار النتائج : يتعلق الأمر بالمكاسب والمساوئ المدركة و المعاشة بعد السلوك المتبني للملائمة أو عدم الملائمة العلاجية أي نتائج الامتثال للعلاج.

وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية رجعية وتؤثر على والسلوكيات الداخلية المرتبطة بالعلاج في حد ذاته أو غيرها من و السلوكيات الأخرى.

وتسمح هذه المقاربة بدينامكية النموذج وبالأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيره وهو ما لم لا يطرح في باقي النماذج الأخرى .

(Gauchet, 2008, p60)

3) العوامل المعرفية في سلوك الملائمة العلاجية:

يحتاج المرضى لتبني سلوك الملائمة العلاجية إلى مراحل تتخللها عوامل و مهارات معرفية وهي:

3-1:في الأول يبدأ المريض بجمع المعلومات والمعطيات حول كيفية تناول الدواء، وذلك باستشارة الطبيب الصيدلي وقراءة الوصفة الداخلية)، وبالتالي قد يعود سلوك الملائمة في بعض الحالات إلى عدم الحصول على معلومات كافية وهكذا يتخلى المرضى عن تناول الأدوية.

3-2 :ثانيا يعمل المريض على تحليل تلك المعلومات والمعطيات المتعلقة بالمعرفة الأولية للعلاج المقترح عليهم (القصور الكلوي)مثلا وهذا ما يسمح ببناء نموذج عقلي يتضمن طريقة التعامل مع هذا العلاج الملائم (حيث يحتاج هذا النموذج الفعلي إلى تنظيم جيد للمعلومة التي تم جمعها ويخضع هذا التنظيم إلى فهم وتذكر تلك المعلومة ، فالتنظيم الضعيف يؤثر سلبا في عمليتي الفهم والتذكر فالمريض الذي يفهم جيدا المعلومات المقدمة له حول مرضه وعلاجه يتذكرها جيدا ويمتثل لها فالذاكرة كعملية معرفية ضرورية لتبلور سلوك الملائمة ، كما تتضمن الملائمة مهارات معرفية أخرى مثل : المراقبة أي كيف يتم فهم وتذكر التعليمات الطبية.

3-3 :تبلور المهمة لدى المريض في المرحلة الثالثة عندما يأخذ القرار بأنه يتبع التعليمات الطبية ذلك لان بعض الأطباء يعتقدون أنه مجرد إعلام المريض بالمواصفات الطبية سوف يتبعها، ولكن ينسون أن ذلك يخضع لعملية أخذ القرار أي هل قرر ذلك المريض إتباع تلك المواصفات ويؤكد(Rosentoch 1966) في نموذجه للاعتقادات الصحية، أن أخذ القرار هو مهارة معرفية ضرورية في مسار الملائمة.

3-4:أهم عملية معرفية أخرى في فهم تعليمات العلاج *(*الأدوية والحمية) أي أن المريض يفهم ما هو مطلوب منه، ذلك لأن أسباب عدم الملائمة هو أن المريض لم يفهم ما قال له الطبيب ، لم يستوعب مختلف الشروحات المقدمة له فيما يتعلق بعلاجه واستنادا إلى هذا، فإن

المرضى يتبعون تعليمات الطبيب عندما يقدم لهم الشروحات المستوفية حول تشخيص المرض، العلاج ، مآل المرض، خطوات تناول الأدوية ، ونوع الحمية ، وقد تكون هذه التعليمات مكتوبة أو مقروءة ، ويطلب من المريض إعادتها حتى تتأكد من فهمها، وهي طريقة لتعلم الملائمة، أما الأطباء الذين يظهرون الغضب، عدم الصبر عدم التقمص الوجداني فيؤدي ذلك إلى عدم الملائمة.

4- استراتيجية تحسين الملائمة العلاجية:

هناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التي يمكن توظيفها من قبل مقدمي الرعاية الصحية سواء كانت تعليمية – تنظيمية أو سلوكية من أجل تعزيز سلوك الملائمة العلاجية.

4-1:تعليم المرضى :

ينبغي أن تشمل التدخلات التعليمية تقييما لمستوى المريض التعليمي الثقافي وتحديد الأهداف، كما يجب أن تقدم المعلومات في أجزاء سهلة، مع معلومات إضافية لتعزيزها في لقاءات لاحقة، كما يجب التركيز على القضايا الرئيسية في إدارة المرضى مع تحديد أهم الجوانب اللازمة للحفاظ على الصحة .

يعتمد المريض في الكثير من الأحيان على أفراد الأسرة لتفسير تفاصيل العلاج في المنزل، وقد يشعرون بالإحراج نقص المعرفة الصحية لديهم ، لذلك ينبغي إشراك افراد الأسرة ومن يكون قادر على مساعدة المريض في الدورات التعليمية مع التركيز في العملية التعليمية ليس فقط على المعلومات الخاصة بالمرض ولكن تبسيط نظام العلاج قدر الإمكان

. (William et all, 2006, p24 -25)

4-2 تحسين المعرفة و الفهم :

يجب أن تكون الأهداف التربوية أوسع من اكتساب المعرفة وحدها، فالملائمة العلاجية (ComplianceThérapeutique) تعتمد على مشاركة المتعلم وليس فقط الاستماع واستيعاب المعلومة لا بد من الأطباء تشجيع المرضى للمشاركة في الرعاية الصحية الخاصة بهم .

4-3 الاستراتيجية السلوكية لتحسين سلوك الملائمة العلاجية :

تعتبر الاستراتيجيات السلوكية محاولة لتحسين الملائمة العلاجية باستخدام تقنيات مختلفة، ويمكن استخدام هذه الاستراتيجيات منفردة أو مجتمعة لتحقيق النتائج المرجوة ويعتقد أن الملائمة تزيد عند المرضى باشتراكهم في تنفيذ العلاج الموصوف .

(Im Lubkinet al, 2006, p 224 - 225)

- تبسط العلم من الممكن أن يكون المريض غير قادر على إدارة تعقيدات العلاج الموصوف، وبالتالي يجب تبسيط العلاج أكثر لتحسين تلاؤم المريض مع العلاج، وكقاعدة عامة يجب تقليل عدد الأدوية وتخفيض عدد الجرعات إلى الحد الأدنى قدر الإمكان .

- عملية التذكير تكون ذات فائدة عندما يتعلق فشل سلوك الملائمة بنسيان المريض لإجراء أو أكثر من العلاج (المنبه ملصقات للتذكير بمواعيد الدواء ، والغذاء) علها إجراءات قد تكون مفيدة .

ويمكن تعزيز الملائمة من خلال التدخل في إطار الرعاية الصحية المهنية وذلك بالتركيز على يوميات المريض أو التقارير الذاتية وتحسيس المريض بقيمة سلوك الملائمة العلاجية.

4-4: تعليم القائمين على الرعاية الصحية :

هناك مبادئ عملية لتحسين العلاقة طبيب / مريض إذ يمكن للطبيب تعلم مختلف تقنيات الاتصال الخاصة (اللفظية وغير اللفظية) التي يمكن أن تحسن من عملية الاتصال بين المريض والطبيب كما يمكن تدريب الطبيب لتطوير صفات التعاطف ، الإصغاء الفعال ... الخ .

فنوعية الاتصال بين الطبيب والمريض هي الحجر الأساسي الذي يساعد المريض على الالتزام بالعلاج وتقبله (De Blic, 2007, p42 0_421) .

5- العوامل المحددة للملائمة العلاجية :

هناك العديد من العوامل والمتغيرات التي تجعل المريض يتبع التوصيات والتعليمات الطبية التي تتماشى ومرضه ومن بين هذه المحددات ما يلي:

5-1العوامل الشخصية: (Facteurs Personnels) أكدت العديد من الدراسات وجود علاقة ارتباطية دالة بين الملائمة العلاجية وتقدير الذات، خاصة في مرحلة المراهقة وفي السياق نفسه، فقد وجد ليفال (Leventhal1996) من خلال " نموذج الضبط الذاتي Self " (regulation model) أن سلوك الملائمة العلاجية يتحرر بمهارة الضبط الذاتي (Self-regulation model)حيث يتمسك المريض بعلاجه ويتابع حميته إذ يطور إستراتيجيات فعالة تشير إلى الضبط المراقبة والتحكم.)، المعتقدات والتصورات التي يحملها المريض حول مرضه تؤثر في درجة إمتثاله، إذ يفترض نموذج السلوك الصحب Heal (Behavior model) أن المرضى الذين ينشغلون أكثر بصحتهم ويهتمون بها هم الأكثر إمتثالا للعلاج) فيما يرى نموذج مصدر الضبط أن المريض الملتزم بالعلاج ، هو الذي يعتقد بأنه المسؤول والفاعل للأحداث التي تعنيه ويلجأ المرضى عادة إلى استخدام استراتيجيات المواجهة(copingstrategies) للتعامل مع وضعية المرض وتختلف استعمال هذه الاستراتيجيات من فرد إلى آخر خاصة استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال مثل الإنكار، وفي نفس الإطار أظهرت دراسة (Abbot et al 1996) أن أكثر من ثلث المرضى لا يقدرون خطورة مرضهم ويعتقدون أنهم ليسوا بحاجة إلى مجمل أساليب العلاج المقترحة . (حدار،2008 ، ص 49).

5-2: العوامل السوسيوديمغرافية (Socio- Démographique) :

يرى كل من (Corraze ,1992, Bender et al 1997)أن العوامل الاجتماعية ، الاقتصادية، العوامل الثقافية والتثقيفية ، الاضطرابات النفسية المرضية والخصائص النفسية –الاجتماعية، التصورات والمعتقدات الصحية، أحداث الحياة التجارب والخبرات السابقة، سيرورات تقبل المرض تمثل مجال بحث واسع و نقاش مثمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الدراسي تعتبر عوامل تنبؤية في هذا المجال .

توصلت دراسة كل من سالي وآخرون (Sally et al 2003,445)أنه يمكن للوضع الاجتماعي – الاقتصادي، مستوى التعليم والدخل أن تؤثر بشدة على الملائمة العلاجية لان

بعض المرضى المزمنين يجدون صعوبة في القيام بسلوك صحي، وهذا بسبب انخفاض الدخل، قلة التعليم ، تدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية على عكس ذوي الدخل المرتفع أما فيما يخص الوضع الاجتماعي – الاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الملائمة العلاجية ، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في ملائمته العلاجية وتقبله العلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة ، وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة حالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جوه الاستقرار العائلي.

(Gauchet, 2008, p 36)

3-5 :دور الأسرة :

إن دور الأسرة مهم جدا في التوازن العاطفي ، و السلوكيات بصفة عامة عند الأطفال والمراهقين المرضى، من الواضح أن أنواع الأسر تشكل عامل فعال لتحسين سلوك الملائمة العلاجية من خلال انتظار إيجابي للنتائج من طرف الوالدين، فتذكير الوالدين لمواعيد الدواء بالمقابل العديد من الدراسات أثبتت التأثير السلبي لاختلال الوظائف الأسرية (التعاملات التواصل، التماسك) على سلوك الملائمة العلاجية .

(Aloin, 2000, P 226)

ولقد أظهرت العديد من الدراسات أهمية الدور الذي تؤديه الأسرة في عملية العلاج :إذا الامتثال للعلاج يرتبط بانخراط الوالدين والتزامهم في تحديد العلاج المقترح، و أكدت بعض الدراسات et al, 1998 ,Eddy) وجود ارتباط سالب عكسي بين الامتثال والاحتلال الوظيفي للأسرة، إذ لوحظت صعوبات في الالتزام بالعلاج حينما يوجد مناخ غير سوي داخل الأسرة وسوء تفاهم بين الوالدين .

(INES Weiss 2003 .)

و من كل ما سبق يظهر دور العائلة مهم جدا في العلاج إذ تؤثر على مريضها بالإيجاب وتشجعه على إتباع النظام العلاجي وإذا كانت العائلة تتميز بالإهمال واللامبالاة للمريض قد تؤثر سلبا على إتباع المريض لتعليمات العلاج .

5- 4: العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب :

يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية وهذا لاستخدام مصطلحات علمية مختصة ومعقدة حيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب مع المريض كانسان له شخصية المميزة الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي وجودته لا ترتكز في كثير من الأحيان على مقومات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المريض بالأمور الطبية ومعايير الكفاءة وبالتالي عدم امتلاك ما تكفي من المعلومات ا المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إذ كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا (تايلور 2008، ص 531) وفي تقرير للمنظمة العالمية للصحة (ONS 2003) أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج والتي من شأنها تعزز عملية الملائمة العلاجية عند المريض، وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية على الطبيب إشراك المريض حول اختيار الحمية الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، حول اختيار الوسائل العلاجية البديلة .

إذن فالعلاقة طبيب / مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الملا أمة العلاجية خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة ، إذ كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض وإشراك المرضي في الخطة العلاجية وشرح المرض وأعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه ومضاعفاته وهذا ما يجعله مدرك أكثر لحالته

الصحية مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليم وبالتالي الرفع من درجة سلوك الملائمة العلاجية لديه.

(تايلور، 2008، ص541-542)

5-5: العوامل المتعلقة بالمرض : إن تشخيص الإصابة بالمرض وما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج، لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الداخلية والخارجية للفرد فحسب، فهذا التغيير بحكم المرض، وما يفرضه من اختلال في الوظائف البيولوجية ، وما ينجر عنها من آثار نفسية لا يكون تغير إراديا محض إرادة الفرد ، يحمل كذلك أبعاد اجتماعية وهذه التصورات الاجتماعية للأمراض لا تختلف كليا عن التصورات التي يكونها المرضى أنفسهم عن مرضهم فالإصابة بالسيدا مدة تحمل نفس الدلالة الاجتماعية للإصابة بالسرطان، لاسيما حين يصبح المرض باعثا على النبذ والتجريم ، فإن هاذين العاملين يشكلان عائقا هاما أمام الملائمة العلاجية.

) (تايلور ، 2008، ص 558

5-6: العوامل المرتبطة بالعلاج :

لا يمكن اعتبار الملائمة العلاجية أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف Fisher 2008,237 وهذا من خلال ملائمة المعلومات الجيدة مع المعتقدات السابقة لذلك تختلف استجابة المريض بناء على مدة العلاج وتعقيده وفعاليته والأعراض الجانبية الناتجة عنه وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية ومدى تلاؤم المريض ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

5-6-1: المعارف المرتبطة بالعلاج :

إن المعرفة الجيدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، أو وجود تفاعلات بين العلاج والأغذية أو الأدوية الأخرى التي يتناولها المريض في آن واحد مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد للملائمة العلاجية وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية. (Bauer et al, 2001, p 16)

5-6-2:تعقيد النظام العلاجي:

تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الملائمة العلاجية، سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاجات في وقت واحد، فقد أظهرت الدراسات أن عدم الانضباط يعادل 15 %عندما يقتصر العلاج على، دواء واحد و25 % عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3أدويةو 35% عند ما يفوق 05 أدوية .

ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الانضباط الصحي لدى المرضى، وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الانضباط والامتثال للعلاج صعبا لكون مدة العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة بالنسبة للبعض.

,DeBhic,2007,p422)(

5-6-3 : الاستشفاء :

عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، ويكون لديهم خلط وقلق حول ما يمكن أن يحدث لهم عند إدخالهم للمستشفى) وعندما يخضع المريض لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنه محجوز في غرفته وعليه التكيف مع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعبه، وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لاسيما القلق والكآبة، كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق ، والكوابيس وانعدام التركيز بصفة عامة . (تايلور، 2008،ص551) .

ولكن رغم هذا نجد أن المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى تنخفض ملائمتهم العلاجية ولا يحافظون على الاستقرار و تناول الأدوية والحمية الغذائية . إذ يؤكد هيبدلبورغو كوول (HeedlbergeCole)، أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثـــة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفـاء ، ويضيف كرووز و كوول

(kruse et coll) اعتمدت على التعداد الإلكتروني للأدوية على 300 مريض ماكث بالمستشفى أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال العشرة الأولى التي تلت خروجهم والتزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهممن انتهاء الاستشفاء ، في حين قدرت نسبة المتغيرات التي حدثها المرضى على علاجاتهم تقدر ب 30% بعد انتهاء نفس الفترة وترتفع نسبة ملائمتهم للعلاج خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة لهم.

(Baueret al, 2001, P16)

5-6- 4:تحسين الأعـراض :

يؤثر النظام العلاجي على الملائمة العلاجية وفي هذا الصدد بريبيادا و كوول (Bayada) et coll أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج تعد العامل الأول للانقطاع عنه.

(al,In Bawar et, 2001 ,p 17)

ويؤكد كوليس وآخرون (et al colis2003) في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي، يخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسين الأعراض بالرغم من تلقي العلاج ، عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج، ونقص الانضباط ومن جهة أخرى فان تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرضى إلى توقيف العلاج، وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج.

خلاصـــة الفصل:

الملائمة العلاجية تعني توافق العلاج مع احتياجات و ظروف المريض لضمان تحقيق أفضل للنتائج الصحية، تشمل هذه الملائمة تكييف العلاج ليعكس حالة المريض الجسدية و النفسية، ما يعزز التزامه بالعلاج و فعاليته. عوامل متعددة تؤثر على الملائمة العلاجية و قدرته على الالتزام به. عند تحسين التوافق بين العلاج و احتياجات المريض، يرتفع احتمال تحقيق نتائج إيجابية، بينما قد يؤدي نقص هذا التوافق الى فشل العلاج و زيادة تعقيد الحالة. لذلك ، يعد تحليل الظروف الشخصية والتفاعل بين المريض و فريق الرعاية الصحية ضروريا لتحقيق ملائمة علاجية فعالة.

الفصل الرابع

الأمراض المزمن

الفصل الرابع: الأمراض المزمن

تمهيـد

1- تعريف الأمراض المزمنة.

2 - خصائص الأمراض المزمنة

3 - أنواع الأمراض المزمنة

4 – المشكلات الناتجة عن الأمراض المزمنة

5 – الأمراض المزمنة في الجزائر

خلاصـة

تمهيـد

تعد الأمراض المزمنة من التحديات الصحية الرئيسية التي تواجه المجتمعات حول العالم، حيث تؤثر بشكل كبير على جودة حياة الأفراد و نظام الرعاية الصحية بشكل عام. سنناقش في هذا الفصل المشكلات الناتجة ع الأمراض المزمنة، بما في ذلك التأثيرات النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية. كما سنخصص جزءا من الفصل لتحليل وضع الأمراض المزمنة في الجزائر.

-الأمراض المزمنة:

1- تعريف الأمراض المزمنة:

هي الأمراض الملازمة للإنسان فترة طويلة من حياته والتي تحدث تأثرات مباشرة وسيئة على م صحته العامة وتسبب له مشكلات صحية واجتماعية .

(رشاد أحمد عبد اللطيف، بدر الدين كمال،2001، ص17).

- ويعرف زيت حسن و أيمن سلمان الأمراض المزمنة أنها الحالة المرضية التي وجب على الشخص أن يتعايش معها باستمرار مع تناول الأدوية بصورة مستمرة وأحيانا إلى الأبد. (زيت حسن، أيمن سلمان،2009، ص127)

- وتعرفها منظمة الصحة العالمية أنها أمراض طويلة الأمد وتتطور وتتقدم ببطء (Reinhard et al 2010,p 9)

كما تعرفها سمر : "أنها الأمراض التي تدوم لفترات طويلة "(سمر عبد المنعم، 2014 ،ص39)

- تعريف وبستر Webster's : المرض المزمن هو المرض الذي يستمر قائم لفترة طويلة من الزمن، وتكون ثلاثة أشهر فأكثر. (Waltz, 2008)

1- تعريف قاموس موسىMosby's : الأمراض المزمنة هي الأمراض التي تستمر على مدى فترة طويلة ، وهي قد تكون تدريجية في اثارها فتؤدي الى العجز الجزئي أو الكامل و قد تؤدي حتى الى الموت. (Mosby's, 2008)

2 - خصائص الأمراض المزمنة :

- تتميز هذه الامراض بخصائص أهمها :

-الازمان حيث يستعصى للعلاج ويحتاج إلى رعاية دائمة.

-ارتباطه بالسلوك ونمط الغذاء، مثل ارتفاع نسبة ملح الطعام والسكريات والشحوم ومواد حفظ الأغذية المعلبة لتغيرات في نوعية ونقص النشاط الرياضي... الخ

- تأثره بالعوامل النفسية والاجتماعية إلى درجة اعتبار هذه الأمراض أمراضا اجتماعية.

-ارتباطه بالسلوك الصحي وعوامل الخطر مثل التدخين وتناول الكحول، وعدم الامتثال للتعليمات الطبية والصحية.

- عبئ هذه الأمراض سواء على نمط حياة الفرد حيث تؤدي إلى إعاقات وظيفية ، عطل مرضية، وانشغال دائم لمؤسسات الرعاية الصحية، إضافة إلى الأعباء المالية.

-لا يمكن التنبؤ بمسار المرض من حيث التحسن أو الانتكاس.

- تستعصى أغلب هذه الأمراض عن الشفاء.

- تؤدي إلى إعاقات وظيفية وجسدية مما يزيد من معاناة المريض.

(زعطوط ، 2005، ص15)

3 - أنواع الأمراض المزمنة :

3-1- السكري : هو أحد أمراض التمثيل الغذائي التي تتسم بارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم، ومرض السكرى من أشهر أمراض الغدد الصماء وهو يمثل اضطرابا في عمليتي هدم وبناء الكربوهيدرات، يتسبب في ارتفاع غير مناسب للجلوكوز مما يتسبب إما بسبب نقص مطلق في افراز الأنسولين، أو انخفاض تأثيره البيولوجي، أو كليهما، أو قد ينشأ المرض عندما يبطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الأجسام المضادة للأنسولين في الدم، ومن لم تزيد نسبة السكر.

(عكاشة1982 ، ص143)

وهو أحد أكثر الأمراض المزمنة انتشار واسمه العلمي Diabetes mellitus، وله نوعان :

النوع الأول: (IDDM) Insulin-Dependent Diabetes Mellitus type 1 : المعتمد على الانسولين وسببه تحطم خلايا بيتا بالبنكرياس نتيجة وجود أجسام مناعية مضادة لهذه الخلايا وينتج الأنسولين في أحسن الأحوال يتواجد القليل منه وهذا النوع هو الأكثر شيوعا في الأطفال والمراهقين لذا يحتاج هؤلاء الأطفال . الى الانسولين الخارجي لضبط نسبة السكر في الدم.

النوع الثاني Non Insulin-DependentDiabetesMellitus type 2 (NIDDM)(-غير المعتمد على الانسولين تكون خلايا بيتا قادرة على انتاج الانسولين لكن مستقبلات هذا الهرمون تكون لديها مقاومة لعمله حيث لا تستجيب خلايا الجسم له فلا يستطيع الجسم بالتالي الاستفادة من الانسولين وبالتالي ارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم او مقاومة الانسولين من قبل انسجة الجسم مما يؤدي مما يؤدي الى عدم الاستجابة له. و تعتبر السمنة من العوامل التي تسب في الإصابة بالنوع - الثاني من السكري لدى صغار السن.

(منى خليل ، 2015 146) ،

(National Diabetes Education Program 2006, 1-2)

3-1-1 أسباب الإصابة بمرض السكري :

- العوامل الوراثية :

للوراثة دور هام في تحديد قابلية الفرد للإصابة بمرض السكري، وحين يكون الابوان مصابين بمرض السكري تزداد فرصة إصابة الابناء به وذلك لما يحملونه من جينات.

(صافي ناز السعيد 2003 ,138)

- عامل الفيروسات :

وجد العلماء علاقة بين حدوث مرض السكري الذي يصيب صغار السن وبين مواسم الإصابات الفيروسية مثل فيروس الحصبة والغدة النكفية للأنسولين و تدمرها ، كما ان هناك تشابه بين البروتين الموجود في خلايا بيتا والبروتين الموجود في هذه الفيروسات.

حيث أن مرض السكري يظهر عند الإصابة بأحد الأمراض المعدية ، وقد وجد أن هذه :- الفيروسات قد تهاجم خلايا بيتا في البنكرياس المفرزة مما يجعل الخلايا المناعية تهاجم الفيروس الذي يغزو الجسم وأيضا خلايا البنكرياس في نفس الوقت، مما يؤدي الى تهدم خلايا بيتا ، فانخفاض في إفراز الانسولين يتبعه - إلى تهدم الإصابة بمرض السكري المعتمد على الانسولين.

(عصام بن حسن عويضة 2007 ,24 - 25)

- عامل السمنة :

ان حوالي 25% من أصحاب الأوزان الثقيلة مصابون بمرض السكري كما يلاحظ أن 70% من مرضى السكري مصابون بالسمنة، لذلك فكلما زادت نسبة السمنة بين المواطنين زادت نسبة الإصابة بمرض السكري بينهم.

والسمنة والإفراط في تناول السكريات والنشويات من شأنه والا أن يجهد خلايا بيتا في البنكرياس المفرزة للأنسولين مما يجعلها أكثر عرضة للتلف وحدوث مرض السكري خاصة من لديهم الاستعداد الوراثي.

(أيمن عادل 2006، 22-23) .

وتؤكد دراسة Andreas et al. (2018) أن للسمنة دور كبير في مقاومة الانسولين وزيادة نسبة السكر في الدم والإصابة بمرض السكري ، وهذا ما أكدت عليه دراسة Florian (2010) أن الاطفال المصابون بالسمنة تزيد لديهم مخاطر وفرص الاصابة بمرض السكري .

- عامل الضغوط النفسية :

- ان الانفعالات النفسية تعمل على زيادة إفراز الأدرينالين و النور أدرينالين من الغدة الكظرية وهذا يؤدي إلى رفع مستوى السكر بالدم، قد يساعد على حدوث مرض السكرية وخاصة حاملي الوراثة السكرية.

(أيمن محمد عادل، 2006، ص23)

3-1-2 أعراض مرض السكري :

أعراض أولية :

- كثرة التبول .
- العطش الشديد .
- فقدان الوزن
- كثرة تناول الطعام ، الشعور بالجوع المتكرر.

أعراض لاحقة :

- بطئ التئام الجروح
- عدم وضوح الرؤية
- حكة في الجلد
- تنميل الأطراف
- الشعور بالتعب والإرهاق.

(حسن يوسف، 2007 ،51).

3-1-3- مضاعفات مرض السكري :

اولا : مضاعفات حادة او قصيرة المدى :

انخفاض مستوى السكر في الدم : حيث ينخفض مستوى السكر في الدم عن المعدل الطبيعي وتكون نسبة الجلوكوز في الدم أقل من 70 ملجم / 100 مل من بلازما الدم، وتحدث نتيجة قلة الأكل وزيادة جرعة الأنسولين وكذلك الحركة الزائدة للطفل مع عدم زيادة الوجبات الخفيفة عند ممارسة الرياضة و من أعراضها :

- الشعور بالدوخة – الجوع
- الرعشة – الرجفة .
- تعرق كثير وشحوب الوجه – عدم التركيز – الشعور بالتعب والإرهاق – تصرفات غريبة مع القلق والتوتر .

(عبد المعين عيد الأغا، 2019 ،315)

ثانيا: مضاعفات طويلة المدى (المزمنة):

- ترتكز معظم مضاعفات مرض السكري في تلف الأوعية الدموية فتتسبب في :
- اعتلال شبكية العين نتيجة الضرر الذي يلحق بالأوعية الدموية الصغيرة الموجودة في الشبكية.
- اعتلال الاعصاب ولا سيما أعصاب القدم مما يؤدي إلى التنميل وقلة الإحساس بالقدمين.

– اعتلال الكلى كما أنه يزيد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب . **(احمد محمد بدح وآخرون و،2009، 96-102)**

3-1-4- العلاج : العلاج في الأطفال هو حقن الأنسولين ، كما يجب أن يخضع هؤلاء الأطفال لنظام غذائي صحي خاص كما يحتاج الممارسة التمارين الرياضية المعتدلة حيث انها تحسن من مقدرة الجسم على استعمال الجلوكوز وتقلل الاجتياحات من الانسولين وتحسن الدورة الدموية وترفع من الحالة المعنوية.

(منى خليل، 2015 ، 153،161)

ونستخلص مما سبق أنه:

– للحد من خطورة ومشكلات ومضاعفات مرض السكري لا بد من إتباع الإجراءات الوقائية وهي :

-تناول جرعات الانسولين في مواعيدها المقررة للحفاظ على استقرار نسبة السكر في الدم.

-إتباع نظام غذائي صحي سليم مناسب لمرضى السكري والذي من شانه ضبط مستوى السكر في الدم وقد أكدت دراسة Manoel et al(2020) على أهمية التثقيف الغذائي لأطفال مرضى السكري .-

-المداومة على قياس السكر في الدم للحفاظ على أن تكون نسبتهفي الدم طبيعية.

– ممارسة الرياضة والذي من شأنه يزيد من حساسية الجسم للأنسولين كما أنها تخفض من مستوى السكر في الدم مع مراعاة ومتابعة الطفل في حالة ممارسة الرياضات المجهدة لفترة زمنية كبيرة ينتج عنها هبوط حاد لنسبة السكر في الدم أنترياس Antreas et al (2017) ودراسة مانويل Manoel et al (2018)

على ان ممارسة الرياضة تزيد من حساسية الجسم للأنسولين والتحكم في نسبة السكر الدم .

– توعية الطفل مريض السكري والقائمين على رعايته بمرض السكري والذي من شأنه تقليل خطورة مضاعفات المرض.

3-2- مرض القلب:

- يعرف مرضى القلب بأنهم الأفراد الذين يعانون من مشكلات أو اضطرابات في القلب والدورة الدموية، تعطل أداء عضلة القلب، وتؤثر في انتظام وقوة عضلة القلب، ويترددون على عيادات وأقسام القلب بالمستشفيات .

(ابو الهيجاء 2008 ،ص32)

وتشير منظمة الصحة العالمية (2009) إلى أن مرضى القلب هم المرضى الذين يعانون من الاضطرابات التي تصيب القلب – والأوعية الدموية، ومنها : ارتفاع ضغط الدم ومرض القلب التاجي، والأمراض الدماغية الوعائية ، وأمراض الأوعية الدموية المحيطية، وفشل القلب ، وأمراض القلب الروماتيزمية ، وأمراض القلب الخلقية ، اعتلالات عضلة القلب .

- وتتعدد **أنواع أمراض القلب والأوعية الدموية**، وقد أشار : كل من السامرائي و النابلسي إلى هذه الأنواع ، ومن أهمها ما يلي :

- **تصلب الشرايين:** يحدث هذا المرض عندما تضيق الجدران – الداخلية للشرايين نتيجة تراكم الصفائح بداخلها، مما يؤدي إلى تكون الجلطات الدموية وبالتالي تقل كمية الدم الواصلة من خلالها.

- **النوبات القلبية:** تحدث النوبات القلبية عندما يتكون ما يعوق وصول الدم إلى جزء من القلب ، وقد يكون السبب – الشريان الذي في ذلك خلطة دموية تتسب في إعاقة جريان الدم داخل الشريان الذي يمد ذلك الجزء من عضلة القلب بالدم.

- **ارتفاع ضغط الدم** : ويقصد به أن ضغط الدم داخل الشرايين يكون أعلى من المعدل الطبيعي بصورة دائمة .

- **قصور القلب:** ويعني أن القلب لا يضع القدر الكافي من الدم ، أي أن القلب يستمر في أداء وظيفته، ولكنه لا يمد الجسم بكل ما يحتاجه من دم وأكسجين .

السكتة ونوبة نقص الدم المؤقتة: يحدث هذا المرض عند انسداد أو انفجار أحد الأوعية الدموية التي تغذي المخ بالدم ، مما يؤدي إلى عدم استطاعة ذلك الجزء من المخ، بالإضافة إلى عضو الجسم الذي يتحكم فيه، من أداء وظيفتهما.

(النابلسي،1991، السمرائي، 1986، ص73)

3-3- مرض السرطان :

يعرف السرطان بأنه انقسام غير منتظم في الخلايا ويتم بصورة عشوائية مستمرة ويحدث ذلك بسبب حدوث خلل جينى وراثي بالمورثات المسؤولة عن تنظيم انقسام الخلايا ، فقد رزق الله الإنسان أنظمة دقيقة فانقسام الخلايا تساعد الأطفال أو خلايا تعويضية عند وجود جروح في الكبار .

(القرني وآخرون 2008 ،49)

ويمكن تقسيم الأورام حسب معدل نموها إلى:

- **أورام حميدة :** تتميز ببطء النمو وبأنها لا تنتشر ولا تعود إذا تم استئصالها جيدا وعادة لا تتسبب في تهديد الحياة.
- **أورام خبيثة:** تتميز بسرعة النمو وأنها قد تعود بعد استئصالها بأنها قد تنتشر موضوعيا أو تنتشر انتشارا عاما.
- **أورام خبيثة موضعية:** حيث تنتشر موضعيا فقط مثل قرحة الوجه القارضة.

(الباز ،238،2010)

ويمكن تصنيف أعراض مرض السرطان إلى:

-**أعراض موضعية:** ومنها ظهور الورم في الأماكن الظاهرة أو انسداد في القنوات مثل انسداد الأمعاء الذي يؤدي إلى إمساك مزمن وانسداد المريء الذي يؤدي إلى صعوبة البلع .

بينما تسبب أورام الحنجرة بحة في الصوت ، كما تسبب الأورام نزيف نتيجة التأكل الأوعية الدموية بالورم ، ويظهر هذا النزيف في البول في حالة أورام المثانة وفي البراز في حالة أورام القولون والمستقيم، وفي البصاق في حالة أورام الرئة .

- **أعراض غير موضعية:** تتضمن فقدان الشهية والوزن و الضعف والأنيميا والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأقل مجهود ، وفي مراحل متأخرة من المرض يكون هناك شعور بالألم.

(الباز،241،2010)

3-4- الفشل الكلوي :

3-4-1 مفهوم الفشل الكلوي : ويحدث نتيجة فشل الكليتين في أداء وظائفهم ولا تستعيد الكليتين كفاءتهما مرة أخرى ويصبح المريض مصابا بمرض مزمن وعندئذ يعيش المريض على الغسيل الدموي او البريتوني مدى الحياة حيث يحتاج المريض : من 12 إلى 14 جلسة غسيل في الشهر ونقل دم وهو ما يمثل – عبئا على المريض.

(أماني المتولي 2005، ص 124 – 125)

3-4-2 : أسباب الفشل الكلوي :

الأسباب الأكثر شيوعا له هو ارتفاع ضغط الدم والسكري، وهو يرتبط بنسبة كبيرة بأمراض القلب والأوعية الدموية حيث يؤدي بمعظم المرضى إلى الموت إلى جانب أن أسباب الوفاة بمرض الفشل الكلوي المزمن الاكثر انتشارا من مرضى السرطان، وان ارتفاع ضغط الدم هو من أهم العوامل المسببة للأمراض التي تسهم في تدهور وظيفة الكلى.(Bakris& Riz 2009, 144)

ومن الأسباب الأخرى للفشل الكلوي :

- **أسباب وراثية:**

* التهابات الكلى الحادة والمزمنة

- التهابات ميكروبية بالكلى.

- البلهارسيا

- سوء استخدام الأدوية وخاصة المسكنات.

* ويحدث بنسبة كبيرة لدى الأطفال بسب انسداد الشعب

- الهوائية، والتهاب الكلى الوراثي (Brakeman, 2005, 236)

3-4-3: أعراض الفشل الكلوي:

يؤثر الفشل الكلوي المزمن على جميع أعضاء الجسم، وذلك نتيجة . تعدد وظائف الكلى، بالإضافة إلى وظيفتها الأساسية في تنقية وإخراج البول والأعراض كثيرا ما تكون مضللة فقد تكون غير مصحوبة بألم الكليتين، أو تغير واضح بالبول وتظهر اولا في اعضاء مختلفة بالجسم كما يلي :

- **اختلال في السوائل والاملاح** : ويؤدي ذلك إلى زيادة في السوائل بالجسم وأحيانا تورم بالساقين، أو ارتشاح بالرئة، أو الغشاء البلوري المحيط بالرئة.

- **إختلال في وظائف الغدد** : يؤدي. إلى ضعف بالعظام نتيجة نقص فيتامين (د) النشط وزيادة في نشاط الغدة جار درقية وارتفاع في الدهنيات الثلاثية بالدم وقصور في نمو الجسم (يكون أكثر وضوحا عند الأطفال) ، وضعف جنسي وإنقطاع الطمث لدى المراة. (عادل عفيفي، 2003، ص35)

3-5- الربو :

. والربو مرض مزمن تصاب به الرئتين حيث تضيق فيه مجاري الهواء التي تحمل الهواء من الرئة وبالتالي يصعب التنفس او مجاري الهواء في الشخص المصاب بالربو تكون شديدة الحساسية لعوامل معينة تسمى المهيجات triggers وعند إثارتها بهذه المهيجان تلتهب مجاري الهواء وتنتفخ ويزيد إفرازها للمخاط وتنقبض عضلاته ويؤدي ذلك إلى إعاقة التدفق العادي للهواء، وهذا ما يسمى بنوبة الربو(asthmaattack) وفي الربو يعاني المصاب من صعوبات في التنفس نتيجة تضييق متقطع للمجاري الهوائية.

(محمد مصطفى 2006 ,48)

و يعرف جون أبرس الربو انه حالة تنتج عن التهاب :- المسالك الهوائية التي تصبح أكثر حساسية تجاه عوامل محددة (مثرات) وتؤدي إلى ضيق المسالك الهوائية، ما يجد عن تدفق الهواء عبرها . (جون ابرس،2013،ص30)

3-5-1: أعراض الربو:

- سعال حاد مصحوب بصفير بالصدر(أزين) وهو صوت يحدث أثناء الزفير أي عند خروج الهواء من الرئتين.

- صعوبة وضيق بالتنفس ، تزداد الاعراض ليها أو في الصباح الباكر وتؤثر سلبا على النوم كما ترداد هذه الأعراض بالمجهود البدني كالجري وتصيب الطفل بالقلق وتنسب في غيابه عن المدرسة.(راندا مصطفى 2015 ،45)

Marsh,2017,23

3-5-2 مسببات الربو : يعتبر مرض الربو من الامراض المزمنة المتعددة الأسباب وهناك عوامل كثيرة تساعد على حدوث المرض وتطوره .

-**الوراثة:** وهي تلعب دور هام في أعراض الحساسية كلها.

مثل الربو فتكثر الإصابة به بين العائلات التي لديهم استعداد وراثي.

الاستعداد الداخلي : هناك ما يقارب 30 - 50% من المصابين بالأكزيما خلال طفولتهم الأولى لديهم استعداد للإصابة بالربو.

(فاتن عبد اللطيف 2008 ،193)

الالتهابات الفيروسية للجهاز التنفسي: كالزكام فهي في زيادة الحساسية الشعب الهوائية لمثيرات الربو.

- **الحساسية** :توجد مواد مثيرة للحساسية ومنها الغبار المنزلي، شعر و فرو الحيوانات كالقطط والأرانب وريش الطيور ، حبوب اللقاح الروائع القوية التغيير المفاجئ للطقس مثل التعرض المفاجئ للهواء بارد ، بعض الأدوية مثل الأسبرين قد تتسبب في أزمة ربو.(روبرت يونجس ، 2005 : 30 - 32).

- دخان السجائر:

وقد أشارت دراسة Yarnell et al. (2003) ودراسية Arteme ودراسة (2011) , Mila &Melona أن تعرض الطفل للتدخين السلبي من مسببات الربو للأطفال المنظفات الكيميائية والعطور القوية والبخور و البخاخات العطرية .

-الدهان

- دخان الحرائق .

الملوثات المنبعثة من السيارات والمصانع.

- الانفعالات العاطفية كالتوتر الشديد والغضب والبكاء والضحك المفرط.

- بعض انواع الأطعمة والمواد الحافظة.

- القيام بمجهود جسمي ورياضة بدنية وخصوصا في جو بارد قد تثير اعراض الربو، وهنا تؤكد على أن مريض الربو يجب أن يتمتع بأداء التمارين الرياضية.

فالرياضة تقوي وتساعده على لياقة جسمه ولكن ينضح له : باستخدام البخاخ الموسع للشعب الهوائية قبل البدء في الرياضة بـ 15 دقيقة ، كما يفضل ممارسة السباحة لأنها تقوي عضلات التنفس.(عبير محمد 2013:ص 3-2).

3-5-3 : علاج الربو:

إن عدم علاج الطفل يسفر عن تغيب الطفل عن مدرسته والنوم المضطرب والقيود على كافة أنشطته.

- والعلاج الصحيح يجعل الطفل يحيا بحياة طبيعية بعيدة عن أعراض المرض ويعتمد العلاج على:

العلاج الوقائي: وذلك عن طريق عدم التعرض للمواد المسببة للحساسية كالغبار، الريش فرو الحيوانات دخان السجائر التغيرات السريعة في درجات الحرارة، تجنب الأطعمة التي تسبب حساسية.

العلاج الدوائي: وهناك نوعان أساسيات من الأدوية الخاصة بالربو:

أ)-الأدوية الموسعة للشعب الهوائية: وهي توسع المسالك الهوائية وذلك يجعل العضلات المحيطة بالشعب ترتخي فتساعد على اختفاء الأعراض ولها تأثير مريح، فوري وسريع في إيقاف نوبات الربو، وتستعمل عن طريق البخاخ أو والرذاذ أو الاستنشاق .

ب) الأدوية المضادة للالتهاب: وهي تقلل أو تمنع الالتهابات في الشعب الهوائية التي تجعل الأغشية المبطنة للشعب تتورم وتجعلها أقل حساسية لمثيرات الربو فتتحسن الأعراض تدريجيا، بالإضافة أنها تمنع أو تقلل من حدوث النوبات وتسمى بالأدوية الواقية لذلك تستخدم يوميا حتى إذا لم توجد أعراض الربو وعادة تستعمل عن طريق البخاخ.

(بنجامين ستوك ،2018: 845-728)

3-5-4 علاج نوبة الربو:

يجب أن يكون علاج نوبة الربو بصورة عاجلة ويتضمن.

- إعطاء الطفل دواء نوبات الربو.
- تهدئة الطفل.
- مساعدة الطفل على الجلوس بشكل مستقيم.
- تشجيعه على التنفس بهدوء وبطء.
- ارخاء أي ثياب ضيقة ضاغطة على جسم الطفل

(تيريزاكيلفور، 2013 : 71).

تستخلص الباحثة مما سبق أنه للحد من مخاطر مرض الربو

: لابد من :

- الانتظام بالعلاج
- الابتعاد عن الأماكن التي بها تراب.
- عدم التعرض للتيارات الهوائية الباردة.
- عدم تواجد الطفل في أماكن بها تدخين.
- الامتناع عن اقتناء الحيوانات ذات الشعر والوبر مثل الكلاب والقطط وكذلك الطيور.

- الابتعاد عن حبوب اللقاح.

على الأسرة و المعلمات . متابعة حالة الطفل باستمرار وملا. إذا ما كانت الحالات ثاني نتيجة لتناول طعام معين أو شم رائحة معنية.

- الامتناع عن اقتناء الحيوانات ذات الشعر والوبر مثل القطط والكلاب وكذلك الطيور.
- الابتعاد عن حبوب اللقاح.
- عدم تعرض للروائح القوية ومعطرات الجو ودخان السيارات .

ويفضل عدم استخدام الموكيت واستخدام السجاد القابل للغسيل.

- ممارسة الرياضية حيث تقوي بدن الطفل وتقوي عضلات الصدر وترفع من كفاءة الرئة والتمرن على ممارسة التنفس العميق، وتشجيع الطفل على ممارسة السباحة مع متابعته أثناء ممارسة التمارين الرياضية.

3-6 ضغط الدم :

3-6-1 تعريف ضغط الدم : هو اضطراب في الجهاز الدموي يتم بوقوع ضغط دموي زائد على جدران الشرايين، ويقاس على مستوى الضغط الانبساطي، وإن هذه المشكلة تعتبر من أهم المشاكل التي تواجه البلدان وتعتبر كعامل رئيسي لحدوث الجلطة الدماغية والقلبية وعجز القلب وبالتالي الوفاة، وإن معظم الأشخاص لا يشعرون بأن ضغطهم مرتفع ويحدث هذا المرض مع تقدم العمر و كعامل رئيسي وهو أكثر حدوثا في أفريقيا وفي امريكا، وفي الجزائر الإحصائيات التي أجرتها الجمعية الجزائرية لمرضى ارتفاع ضغط الدم لسنة 2003 . أشارت إلى أن 7 ملايين شخص مريض، فهو يعتبر من أهم الأمراض المزمنة الشائعة والمتفشية في الجزائر وتمثل الفئة أكثر من 60 سنة أكثر الفئات التي تعاني من الأمراض المزمنة.

(حوري ، بوعبد الله 2018 ، ص 3) .

وهو حالة مرضية تحدث نتيجة ازدياد القوة الضاغطة للدم على الجدران الداخلية للأوعية الدموية ويودي ذلك الارتفاع على المدى البعيد إلى العديد من المضاعفات في الجسم منها

الإصابة بأمراض القلب الوعائية والنوبة القلبية وفشل القلب والسكتة الدماغية إضافة إلى الفشل الكلوي .

ويسمى فرط ضغط الدم بالقاتل الصامت وذلك لأنه عادة لا يسبب أي أعراض حتى مرحلة متأخرة من المرض وعلى العكس ما يعتقد كثير من الناس فإن من غير الممكن أن يشعر الشخص بضغط الدم والإصابة المعرفة إذا كان ضغطه يعتبر مرتفعا أم لا إلا بقياسه بواسطة أحد أجهزة قياس الضغط أي أن أعراض حتى تبدأ الدم المضاعفات. في الظهور، فإن ما يقرب نصف الأشخاص المصابين لا يدركون أنهم يعانون من فرط ضغط الدم، ويعتبر الحل الوحيد لهذه المشكلة لجميع البالغين هو الذهاب إلى طبيب العائلة لإجراء فحص دوري لضغط الدم.

(وزارة الصحة 2013 ، ص37) .

3-6-2: أنواع ضغط الدم:

ارتفاع ضغط الدم (الجوهري أو مجهول السبب) :

وهو يمثل 90% من حالات ارتفاع صفة الدم ويغير الباحثون أن 10-20% من الناس في العالم مصابون بهذا النوع، و يزداد حدوثه عند السويد فيبلغ 20 – 30 %من الناس.

ويبدأ ظهوره عادة بين الخمسة والعشرين والخامسة والخمسين من العمر، وينذر حدوثه فيما قبل العشرين وإذا شوهد قبل العشرين فسببه عادة مرض في الكليتين، أو تضييق في الشرايين الموصلة للكليتين، أو تصنيف في الشريان الأبهري.

ولا يوجد سبب واضح يبرز ارتفاع ضغط الدم، على عكس النوع الثاني، ولهذا يطلق على ارتفاع ضغط الدم في هذه الحالة ارتفاع ضغط الدم الأولي أو الأصلي، وهذه هي التسمية الطبية الشائعة، ويتميز بما يلي :

1- يصيب كبار السن .

2- قد يرتبط تعامل وراثي أي يوجد ضمن العائلة.

3- و يحدث ارتفاع الضغط بشكل تدريجي، لا يصل عادة إلى قيمة مرتقبة (على عكس النوع الثاني) ، لذلك يوصف هذا النوع بأنه ارتفاع ضغط الدم الحميد.

هذا النوع يستجيب سهولة للعلاج.

(مشوشة 2022، ص 72)

3-6-3 ارتفاع ضغط الدم الثانوي:

يطلق مسمى ارتفاع ضغط الدم الثانوي في حالة هناك سبب مرضي بعضو من أعضاء الجسم وأدى بطريقة ما إلى حدوث ارتفاع بضغط الدم .

يحدث عادة في سن مبكرة نسبيا (أقل من 40 سنة)، وقد يصيب الأطفال والشباب.

يحدث ارتفاع ضغط الدم بشكل سريع ومعافى، وقد يصل: إلى قيمة حد مرتفعة (أكثر من 130/ 200) وهو ما يسمى بارتفاع ضغط الدم الخبيث .

3-6-4 مضاعفات ارتفاع الدم :

قد يحدث مضاعفات خطيرة نتيجة الارتفاع ضغط الدم، وأهمها (سكتة دماغية قصور في الشرايين التاجية واحتشاء دماغي سكتة دماغية أو جلطة أو نزيف دماغي.

ضيق أو مسك في الأوعية الدموية في العين ، واعتلال الشبكية وذلك أن شربين العيون من الشرايين الصغيرة والحساسية و ارتفاع ضغط الدم داخلها يسبب انفجارها أو زيادة سمكها، مما يؤدي إلى قلة تدفق الدم إلى خلايا العيون وقد تنتهي هذه الحالة بفقدان البصر و قد يحصل عجز البطين الأيسر ، ولهذا يرتفع ضغط الدم في الأوردة الرئوية وأوعيتها الشعرية.

- ضعف أو ضيق الأوعية الدموية للكلى مما يساهم في صوت الفشل الكلوي، وكذلك قد ينتج أيضا الاحتقان وعسر التنفس ، حيث أن زيادة ضغط الدم في الأوعية الرئوية ، يؤدي إلى نصوح السوائل منها إلى الأسناخ الرئوية والهواء ، وإذا حصل هذا بصورة مفاجأة ، فيحصل ما يسمى بالخزب الرئوي ، إذ تدخل كميات كبيرة من السوائل إلى الأسناخ الرئوية فيشعر المريض بعسر شديد في التنفس

(ادهام2013، 336)

3-6-5 العناصر التي تحسن من ضغط الدم :

- زيادة النشاط الرياضي.
- تخفيف الوزن والحصول على وزن طبيعي .
- الالتزام بالأدوية إن وجدت.
- إتباع الطرق الغذائية لإيقاف ارتفاع ضغط الدم او ما يسمي بحمية وهي التقليل من تناول الصوديوم (الملح) وكذا الدهون الكلية والدهون المشبعة والكوليسترول.
- الإكثار من تناول الخضروات والفواكه.
- الإكثار من منتجات الحليب القليلة الدسم أو الخالية من الدسم مع مراعاة حجم الكمية المتناولة والتوزيع في الأطعمة المتناولة.

(المعمر 2018 ،ص 3)

3-6-6 علاج ارتفاع ضغط الدم:

العلاج الدوائي الارتفاع ضغط الدم وتأثيريه الجانبية : العلاج الدوائي ليس مؤقتا بل باستمرار، بان حتى وإن شعر المريض بالتحسن فالطبيب يبدأ عادة بكمية قليلة من أحد الأدوية ، ويقوم على فترات متقاربة بفحص المريض للاطمئنان على فاعلية الدواء وعدم حدوث مشاكل جانبية.

- الأدوية المدرة للبول Diureties :

وهي الأدوية التي تساعد الكلى على زيادة طرح الماء والملح وأثناء زيادتها تساعد على تخفيف كمية السوائل في الدورة الدموية وينخفض ضغط الدم، حيث تصبح الأوعية اقل مقاومة للدم وهذه الأدوية فعالة في ضغط الدم القليل الارتفاع ومن هذه الأدوية الشائعة الاستخدام (ازيد ركس) لازكس(Esidrex . Lsix)

ومن المشاكل الجانبية لهذه الأدوية ارتفاع كمية السكر في الدم، نقص البوتاسيوم أيضا داء المفاصل نقص ومفرط في السوائل.

- الأدوية المنخفضة لسرعة القلب Beta blokers :

أي الحد من سرعة القلب وهذه الأدوية فعالة خاصة لدى الشباب الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم وهي تخفض تأثير الأدرينالين و على الدورة الدموية والهرمونات الأخرى كما أنها تخفض من قوة تقلص العضلة القلبية.

ومن التأثيرات الجانبية لحاصرات بيتا، قد يؤدي استعمالها إلى بطء شديد في القلب أو حصار في نقل السيالة الكهربائية وقد تؤثر حاصرات بيتا على الدهون ، فتخفض الكوليبستيرولالمفيد (HDL) فترفع مستوى الغلوسيدات الثلاثية.

مضادات الكالسيوم Calcium channel

وهي ترخي عضلات الأوعية الدموية ، أي تقوم بمعاكسة دخول الكالسيوم إلى داخل خلايا العضلات مما يؤدي إلى توسع الشرايين فتزيد كمية الدم.

إن أكثر الأعراض الجانبية حدوثا باستعمال هذه الأدوية هي : الصداع انتفاخ في القدمين ، بطأ القلب والإمساك خصوصاً عند استعمال Veeamil.

مثبطات ايس AceInhibitors :

اكتشف الباحثون أدوية تنشيط إنتاج مادة الأنجيوتسين المقبضة للشرايين، وهذه الأدوية تدعى مثبطات ايس وهي فعالة جدا في السيطرة على ارتفاع ضغط الدم، فقد تؤدي الالتهابات الكلوية المتكررة إلى تخريب في الكليتين مما يعني زيادة في إفراز الرنينو. هذا اما يفسر سبب ارتفاع ضغط الدم عند هؤلاء المرضى .

والزينين هو مادة كيميائية تفرزها الكليتين مسؤول عن تكوين مادة الجيوتسين التي تعمل على تضيق الأوعية ، وعندما تتقلص الأوعية تشتد مقاومة الدورة الدموية فيرتفع . ضغط الدم وإن حدوث ازدياد في نشاط جهاز الدنين ، يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم.

الأدوية الموسعة للأوعية الدموية Vasodilator : تعمل على تهدئة الأوعية ، حيث أن هناك عوامل عصبية وهرمونية وكيمياوية كثيرة تؤثر في الدورة الدموية ومستوى الضغوط من

.. الأدوية الشائعة الاستخدام HydralazineAllemet ومن التأثيرات . الجانبية لهاء الجلد ،العالى، الأوعية الدموية ، الصداع، التعب، جفاف الفم .

(خوري 2019 ، ص،61)

3-6-7: العلاج النفسي لارتفاع ضغط الدم:

إن العلاج النفسي بشكل عام ليس له دور في معالجة مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي في البيئة العربية وأن كانت هناك عدة نصائح بتجنب التوترات وممارسة الاسترخاء النفسي وذلك من قبل الأطباء في العيادات أو الكتب الطبية وغيرها ، وأنه بواسطة التقنيات السلوكية تسهل الوعي الذاتي للمريض والسيطرة على اعراضه النفس جسمية، وبذلك يدرك أن اعراضه ليست خارجة عنه وأن تفكيره هو تفسيره الحوادث الخارجية الأعراض والاضطرابات ،هي التي تسبب هذا الذي يتطلب منه تغيير مدركاته وتفسيراته اتجاه الحوادث الخارجية.

(خوري 2019 ، ص65)

4- المشكلات الناتجة عن الأمراض المزمنة :

يواجه المريض بعض المشكلات الناتجة عن الأمراض المزمنة، ومنها ما يتعلق بصعوبة تكيف المريض مع المستشفى وأيضا المشكلات الناتجة عن استمرار العلاج مثل متطلبات العلاج الطويلة من الناحية المالية، بالإضافة إلى أن المرض سيضع على المريض القيود والحدود على حركته ونشاطه وعلاقته بالآخرين كما قد يضطر المريض المزمن إلى التخلي عن عمله أو تغييره، وإذا أضفنا إلى هذا أن حالة المرض المزمن داخل المستشفى فإنها تصاحبه بعد خروجه إن لم تزد بعد احتكاكه مع البيئة التي يعيش و يعمل فيها.

-ويمكن تصنيف المشكلات التي قد يعاني منها ذوي الأمراض المزمنة وفقا لما يأتي :

المشكلات الجسمية:

تؤدي الإصابة بالأمراض المزمنة إلى تغير صورة الفرد عن جسمه حيث تؤدي الإصابة بمرض مزمن إلى فقدان وظيفة من وظائف – الجسم او عضو من أعضائه، فقد ينتج عن ذلك شعور المريض بالنقص في جسمه ا و الشك في بقية وظائف جسمه وقدراته. **(526 ،1999، الباز)**

المشكلات الاجتماعية:

قد تستلزم الإصابة بالأمراض المزمنة وجود المريض في المستشفى لفترات طويلة، مما يؤثر سلبيا على العلاقات الأسرية ،كما يؤثر ذلك سلبيا على أسرة المريض ومن يعولهم، هذا فضلا عن أن إصابة أحد الزوجين بمرض مزمن قد يؤثر سلبيا على العلاقة بينهما، إما بسبب الخوف من انتقال العدوى، أو بسبب التأثيرات السلبية للمرض على الحياة الأسرية، كما أن الإصابة بالمرض قد تؤدي إلى سوء العلاقات بين الأبناء ووالديهم نتيجة الغياب عن الأسرة لفترات قد تطول بالمستشفى، مما يؤثر على كفاءة التوجيه والإرشاد والاهتمام بالأسرة .

(يوسف ، 2010 ,65)

- المشكلات الاقتصادية:

تؤثر الإصابة بمرض مزمن تأثير سلبيا على ميزانية الأسرة بسبب تكاليف العلاج، كما أن المريض قد يتعرض للانقطاع عن العمل، مما يؤثر سلبيا على الناحية المادية للمريض وأسرته، ويسبب له الأزمات المعنوية التي تقود إلى عدم استقراره وسوء تكيفه . (الجبرين، 2002، ص15.)

- المشكلات النفسية :

تؤثر الإصابة بمرض مزمن إلى الاعتماد على الآخرين، مما يضعف – من ثقته بنفسه وتقديره لذاته، هذا فضلا عن المشكلات المرتبطة . بدخوله المستشفى مثل الخوف والقلق والاضطراب النفسي كما يسبب المرض شعور الفرد بالغربة وعدم الاطمئنان إلى الحياة الجديدة التي أصبح لزاما عليه أن يعيشها.

المشكلات السلوكية :

إن المرض بما فيه من مشكلات يخلق في نفسية المريض صراعا يعبر عنه بأنواع من السلوك لا يفهمها ولا يفهم دوافعها أحيانا، وعلى سبيل المثال قد نجد بعض المرضى يتمتعون بما يرون من بوادر الخوف والانزعاج على من حولهم وقد يبالغون في التعبير عن حالتهم المرضية ويشتكون آلاما وهمية يبتكرونها لقياس مدى تأثر الآخرين بها ، ثم يتمادون في استعمال هذه

الطريقة وقد تصبح جزءا من سلوكهم يلجئون إليه هروبا من مواقف المسؤوليات الصعبة، وقد يستغل بعض المرضى حالتهم المرضية ويهددون بانتكاس حالتهم في أوقات الفراغ، وذلك ليكسبوا تأييدا لوجهة نظرهم أول ويرغموا الآخرين على احترام رغباتهم، وتنفيذ أوامرهم ويصبح هذا النوع من المرضى عنيدا لا يسهل التعامل معه .

(قمر .2007 ص22)

5-الأمراض المزمنة في الجزائر:

المقارنة الإقليمية والعالمية : حين تستمر في تتبع السيناريو المنطقي لتطور الحالة السكانية في الجزائر تصل إلى النتيجة الوحيدة المتوقعة، وهي المزيد من الإصابات بالأمراض المزمنة على المدى القريب، إذ نعيش في بداية الألفية الثالثة تغيرا وبانيا واضحا في خريطة الأمراض التي تصيب البشر من حيث النوعية والخطورة وعبء المرض، سواء في العالم المتقدم حيث تظهر هذه البقلة الوبائية جلية أو في العالم النامي مثلما يحدث في الجزائر.

وبشكل خاص ونتيجة أولا الاستمرار تقدم التشيخ في البيئة الهرمية للمجتمع الجزائري ، كقلة ممارسة النشاطات الرياضية وتناول المأكولات الغير الصحية، واضطرابات اليوم ومختلف الضغوطات اليومية، وما إلى ذلك من مميزات نمط المعيشة العام وهذا ما يجعلنا اكثر عرضة من أي وقت سبق الإصابة بالأمراض المزمنة ، لما تمثله من خطورة حيث لم يهدد أي خطر من الأخطار الصحية الكبرى التي ظهرت أسس الصحة العمومية في عمق ذاتها مثلما تهدد نشأة الأمراض المزمنة غير السارية، فأمراض الامراض في أربعة عوامل للخطر وهي :

القلب والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة التي كانت فيما معنى لا ترتبط إلا بالمجتمعات الغنية أصبحت الآن عالمية، وأكثر مما يعاني منها الفقراء وتشترك هذه الأمراض في أربعة عوامل للخطر وهي:

تعاطي التبع والإسراف في تعاطي الكحول والنظم غير الصحية والخمول البدني ، وهذا لابد من التأكيد على أن الفئات السكانية السائرة بسرعة في التشيخ تعاني أيضا تشيخا مبكرا ليس على صعيد التقدم في العمر فقط وبلوغ عتبة الأكثر من 60 سنة وإن ما لتآكل البنية العضلية

بسبب قلة النشاط والخمول. بالإضافة إلى ذلك فإن التغطية الصحية والسياسات المتبعة للوقاية والتصدي للأمراض المزمنة التي لا تضاهي مثيلتها في الدول المتقدمة، ذلك لأنه في الغالب أن الدول التي تعاني اقتصاديا من نمو بطئ لا تولي أهمية بالغة لقطاع الصحة، ومن الملاحظ أن الدول متوسطة الدخل ومنها للأمراض المزمنة :- الجزائر تشترك في معدلات انتشار متقاربة وما وأنه ونظرا للانتقال الديموغرافي والوبائي فإننا نلمس تراجع للأمراض المعدية .

(بودوخة 2009 م ، ص155).

خلاصة الفصل :

نستخلص أن الأمراض المزمنة هو حالة مرضية أو مرض دائم أو طويل الأمد في آثاره أو مرض يأتي مع الوقت ويتقدم بشكل بطيء، تنجم عن مزيج من العوامل الوراثية والفيزيولوجية والبيئية والسلوكية وتشمل أربع مجموعات رئيسية وهي: أمراض القلب مثل: السكتات القلبية والدماغية وارتفاع ضغط الدم، السرطان بأنواعه، أمراض الجهاز التنفسي المزمنة.... يمكن أن نقي أنفسنا منها باتباع نمط حياة صحي، يشمل ذلك الالتزام بعادات صحية.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1-الدراسة الاستطلاعية

2-منهج الدراسة

3-مجموعة البحث

4-حدود الدراسة

5-أدوات الدراسة

6-أساليب المعالجة الاستطلاعية

خلاصة

تمهيـد

يهدف هذا البحث الى تحديد علاقة المعتقدات الصحية التعويضية بالملائمة العلاجية لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة.

و لتحقيق أهداف البحث الحالي ومناقشة فرضياته فقد خصصنا فصلا كاملا تطرقنا فيه الى أهم الإجراءات المنهجية والتطبيقية المتبعة لتحقيق ذلك و المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية و منهج البحث، و عينة البحث و خصائصها، أدوات البحث المتمثلة في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية، و مقياس الملائمة العلاجية، و في الأخير تم التطرق الى المعالجة الإحصائية المتبعة لتحقيق الفرضيات و الإجابة عن التساؤلات.

1- منهج الدراسة:

- **المنهج:** هو الخطة المنهجية التي يعتمد عليها الباحث لجمع البيانات، و تحليلها، و استخلاص النتائج المتعلقة بموضوع البحث.

يتضمن منهج الدراسة تحديد المشكلة البحثية، اختيار الأدوات و الأساليب المناسبة لجمع و تحليل البيانات، و تطبيق الإجراءات العلمية التي تضمن تحقيق أهداف البحث بدقة و موضوعية.

يكون اختيار الباحث لمنهج الدراسة تبعا لما يقتضيه موضوعه، فالمواضيع البحثية التي تتطلب من الباحث تناول الظاهرة المدروسة لوصفها و تحليلها و تحديد العلاقة المرتبطة بها و البحث في العلاقة بين المتغيرات وجمع البيانات أو المعطيات المتوصل اليها من هذا البحث و تنظيمه، و التعبير عنها بصورة كمية و كيفية يستدعي من الباحث اختيار منهجا يسمح له بتطبيق كل الخطوات السابقة ألا و هو "المنهج الوصفي" .

و اقتضت طبيعة هذا البحث الى استخدام المنهج الوصفي إذ نسعى الى دراسة المعتقدات الصحية التعويضية و علاقتها بالملائمة العلاجية لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة.

و يعرف المنهج الوصفي بأنه مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق و البيانات و تصنيفها و معالجتها، و تحليلها تحليلا كافيا و دقيقا لاستخلاص دلالتها و الوصول الى نتائج عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث. (الرشيدي، 2000،ص59).

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية هامة في البحث العلمي تسبق التطبيق الفعلي للمقاييس، و منها جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث، وذلك للتحقق من سلامة المقاييس المستخدمة قصد ضبط متغيرات البحث و تأتي ضرورة الدراسة الاستطلاعية انطلاقا من الأهداف التي يحددها الباحث.

و عليه يمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- معرفة مجتمع البحث و خصائصه.
- دراسة المقاييس و التأكد من مدى صلاحيتها.
- التعرف على أنواع الصعوبات المختلفة التي يمكن أن يواجهها الباحث في الدراسة النهائية. (ملحم، 2000، ص247).

3- مجموعة البحث:

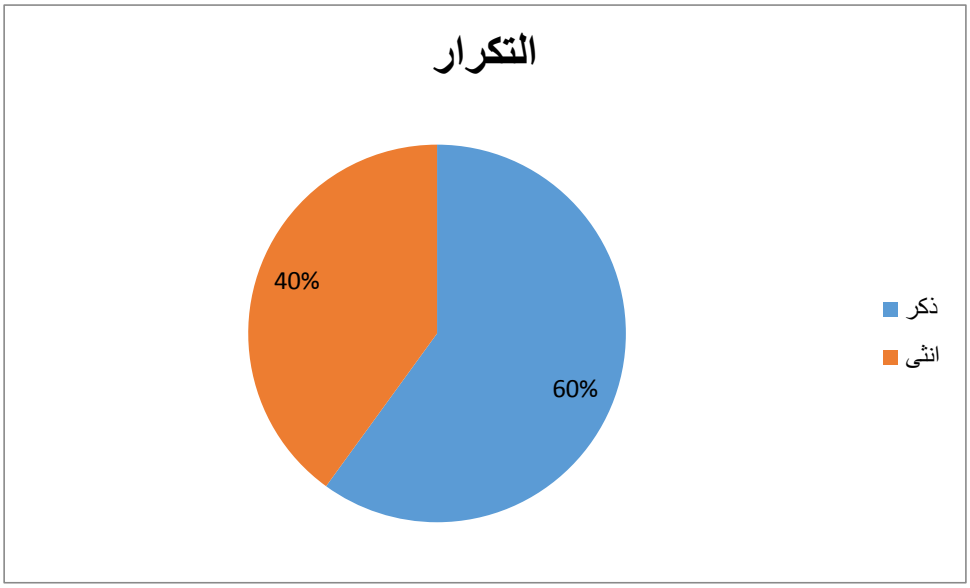
تعتبر العينة عدد محدد من المفردات التي سوف يتعامل معها الباحث منهجيا و يشترط فيها الباحث منهجيا و يشترط فيها أن تكون ممثلة مجتمع البحث في الخصائص و السمات. فالعينة إذن هي جزء من المعين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي و تعمم هذه النتائج على كامل مجتمع الدراسة الأصلية ، وقد اعتمدنا في دراستنا لاختيار العينة على عينة عرضية من خلال تطبيق مقياسين على (50) مريض من جنس (إناث / ذكور) من مستشفى "محمد بوداود" بمدية دلس.

3-1- خصائص عينة الدراسة حسب متغير الجنس:

جدول رقم (01): يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس.

الجنس	التكرار	النسب المؤية
ذكر	30	% 60
انثى	20	% 40
المجموع	50	% 100

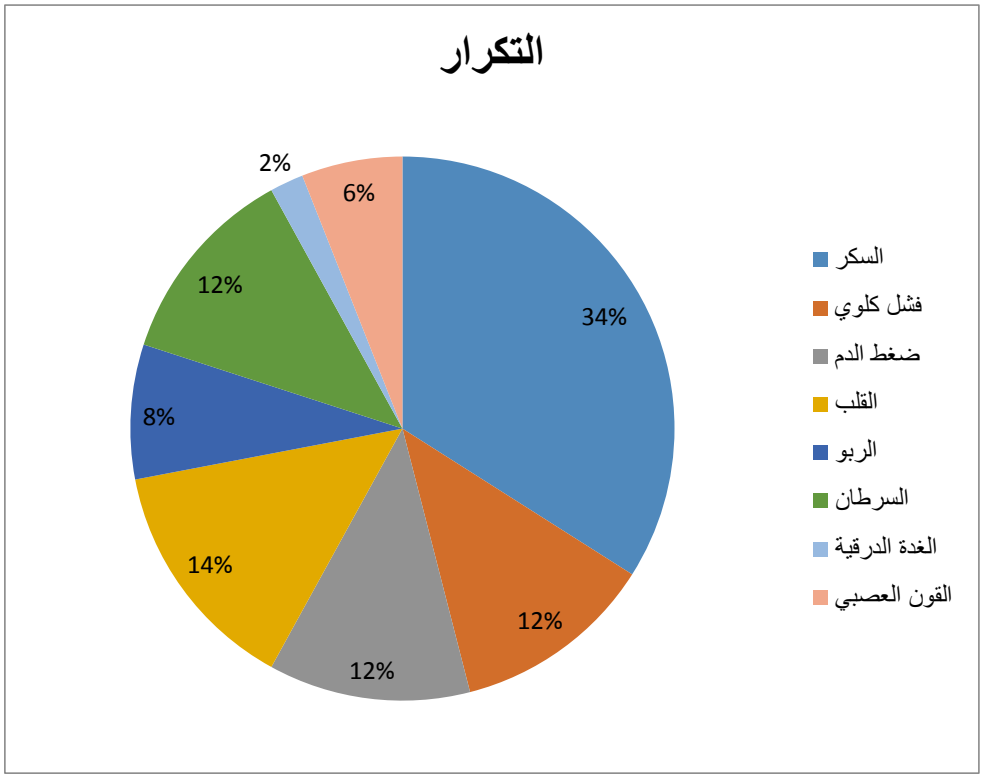
يتضح من خلال الجدول بأن الجنس الذكور المسيطر على النسبة الغالبة في عدد أفراد عينة الدراسة بـ (60%) و تراوحت أعمارهم بين(40 الى 75 سنة) بينما نسبة الإناث كانت بـ (40%) و تراوحت أعمارهم بين(22 الى 65 سنة).



3-2 خصائص عينة الدراسة حسب متغير المرض:

جدول رقم (02): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المرض.

المرض	التكرار	النسب المؤية
السكر	17	% 34
فشل كلوي	6	12
ضغط الدم	6	12
القلب	7	14
الربو	4	8
السرطان	6	12
الغدة الدرقية	1	2
القون العصبي	3	6
المجموع	50	% 100



4- حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة على الحدود أو المجالات التالية:

الحدود البشرية: تم إجراء هذه الدراسة على عينة قدرها (50) مريض بمرض مزمن.

الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة في مستشفى " محمد بوداود" بمدينة "دلس" ولاية " بومرداس".

الحدود الزمانية: تم إجراء هذه الدراسة من 17 جوان 2024 إلى 20جوان 2024.

5- أدوات الدراسة:

5-1 استبيان المعتقدات الصحية التعويضية: و هو أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع أو حدث محدد عن طريق استمارة يجري تعبئتها من طرف المستجيب.

من اعداد الباحثتين بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة في سنة 2021.

5-1-1 تصحيح المقياس:

صمم الباحثتين بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وفق متدرج خماسي حيث تتم الإجابة على كل فقرة من خلال التأشير من (5) موافق دائما الى (1) لا أوافق أبدا.

- تقدير استجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية:

أعلى درجة في المقياس (5) و أدنى درجة (1) و الفرق بينهما يمثل مدى الفئة مقسوم على عدد الفئات المطلوبة و هي كالتالي: (5-1) ÷ 3=1.33 و بناء عليه تم تحديد المستويات التالية للاستعانة بها في تفسير النتائج.

جدول رقم (3): المقياس الخماسي لتحديد درجات الموافقة على كل عبارات مقياس التمرد النفسي.

تقدير الاستجابات	المتوسط الحسابي يتراوح بين
منخفض	[1- 2.33[
متوسط	[2.33- 3.66]
مرتفع	]3.66- 5]

5-1-2 الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

و يشير الصدق الى درجة استقلالية الإجابات عن الظروف العرضية للبحث، و من ثمة الى مدى صلاحية أداة جمع البيانات لقياس ما وضعت لقياسه، أما الثبات فيشير الى الحد الذي يتم فيه فهم نتائج المقياس فهما صحيحا، أي بمدى دقة النتائج و علو درجة التوافق في حالة تكرارها، في وقت أخر من طرف باحث أخر و من ثم قابلية تعميمها.

(فضيل دلوي،2001، ص82)

الصدق الظاهري:

ولتحقيق هذا النوع من الصدق من خلال عرض فقراته على مجموعة من الخبراء المتخصصين لتقدير مدى تمثيل فقراته للظاهرة المراد قياسها، و هذا ما قامت به الباحثتين بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة سنة 2021 و ذلك من خلال عرض فقرات المقياس على مجموعة من الأساتذة في قسم علم النفس اين تم الموافقة على معظم فقراته.

ثبات المقياس:

لقد قامت الباحثتين بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة 2021 بقياس الثبات لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية بالطرق الأتية:

أ) طريقة إعادة الاختبار Retest Test:

ولذلك قامت الباحثتين بحساب الثبات بهذه الطريقة بعد إعادة تطبيق المقياس على عينة الثبات البالغ حجمها (50) موظف و موظفة و بعد مرور (15) يوم من التطبيق الأول و ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين لتطبيقين فبلغ معامل الارتباط (82.0).

ب) طريقة الفا كرونباخ:

حيث بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة(0.87) و قد ايدت هذه النتيجة دراسة كل من أواكس و شليفان و سلوترباك(2007) و دراسة ووفر و براك(2006) و لواردل (1997) و أدمز و سكوت(2000)و التي بلغ معدل ثبات في كل من هذه الدراسات

تم الحصول على المؤشرات(spss)(0.85) و باستخدام الحقيبة الإحصائية الإحصائية للمقياس.

الجدول رقم(04): يمثل المؤشرات الإحصائية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية:

العينة	الوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	المدى	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري
200	96.77	97.12	97	13.000	0.897	9.96

و بهذا أصبح المقياس من (30) فقرة بمتوسط فرضي بلغ (90).

5-2- مقياس الملائمة العلاجية:

من اعداد الباحثة ايت حمودة ديهية (2018) .

5-2-1 وصف المقياس:

يحتوي المقياس على 25 بند موزعة على 4 أبعاد هي:

- اتباع النصائح الطبية: 1، 2، 3، 4، 5، 6، 15، 18.
- مقاومة في أخذ العلاج: 7، 11، 13، 14، 16، 17.
- تناول الادوية: 9، 10، 19، 20، 21، 22، 23.
- المحيط: 8، 12، 24، 25.

و تتم الإجابة وفق الاختيارات الخمسة على البنود: أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، بانتظام.

5-2-2 طريقة تصحيح المقياس:

و يتم تصحيح الإجابات كما يلي:

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة بانتظام.
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة غالبا.
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة أحيانا.
- 2 نقاط إذا كانت الإجابة نادرا.
- 1 نقاط إذا كانت الإجابة أبدا.

5-2-3 الخصائص السيكومترية للمقياس:

الصدق: لقد تم فحص صدق المقياس من طرف الباحثة ايت حمودة ديهية سنة 2018 اعتمدت الباحثة على عرض المقياس بعد ترجمته على مجموعة من المحكمين من مختصين من أساتذة (عددهم 14) في قسم علم النفس بجامعة الجزائر-2- ، و طلبت الباحثة من المحكمين إبداء أرائهم و اقتراحاتهم حول مناسبة عبارات المقياس، مدى سلامة الصياغة اللغوية لكل العبارات مع إعطاء البدائل المستخدمة أمام العبارات و اقتراح التعديلات.

صدق الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة ايت حمودة ديهية بحساب صدق الاستبيان على عينة قوامها 39 مريض مصاب بالربو، بالاعتماد على طريقة الصدق الداخلي، و ذلك حسب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للاستبيان و أبعاده الأربعة، و بين الدرجة الكلية للمقياس، أسفرت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (05): معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان و الأبعاد:

أبعاد مقياس الملائمة العلاجية	معمل الارتباط	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية / اتباع نصائح الطبيب	0.88	دال عند 0.01
الدرجة الكلية / مقاومة اخذ الدواء	0.20	غير دال
الدرجة الكلية / تناول الادوية	0.94	دال عند 0.01
الدرجة الكلية / المحيط	0.62	دال عند 0.01

يتضح من الجدول أعلاه ان المقياس يتمتع بمعامل صدق مرتفع و مقبول عند 0,01 على كافة أبعاده.

الثبات:

تأكدت الباحثة ايت حمودة ديهية (2018) من مقياس الملائمة العلاجية عن طريق حساب قيمة معامل الفا (α) كرونباخ و ذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس و كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (06):يوضح معامل الثبات ألفا (α)كرونباخ لمقياس الملائمة العلاجية.

مقياس الملائمة العلاجية	عدد البنود	معامل الفا (α)كرونباخ
الدرجة الكلية	25	0.78

يتضح من الجدول رقم (06) ان درجة ثبات المقياس مقبولة. مما يدل على ان المقياس ثابت و يمكن الاعتماد عليه في بحثنا الحالي.

6-أساليب المعالجة الإحصائية:

تم تفريغ البيانات المتحصل عليها الخاصة بالخصائص السيكومترية لأداة الدراسة و نتائج الدراسة الميدانية بالاستعانة ببرنامج الحاسب الألي الحزمة الإحصائية

تم حساب ما يلي:SPSS

التكرار و النسب المئوية.

المتوساطات الحسابية.

- معامل الارتباط بيرسون.
- معامل ألفا (α) كرونباخ.
- اختبار(T) للفروق.

خلاصـــة الفصل

تعرضنا في هذا الفصل الى أهم الخطوات المتبعة في الدراسة الميدانية، فقد تناولنا فيه منهج الدراسة المتبع، كذا أهداف و إجراءات الدراسة الاستطلاعية، و كذا تطرقنا الى الأدوات المستخدمة لجمع البيانات من حيث وصفها و طريقة بنائها، وقمنا بعد ذلك بعرض إجراءات الدراسة الأساسية و تحديد العينة و حدود الدراسة، بعد ذلك قمنا بعرض إجراءات تطبيقها و أدوات التحليل الإحصائي للبيانات المتحصل عليها، و نحول في الفصل الموالي عرض و تحليل النتائج و مناقشتها.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

تمهيـد

1- عرض و مناقشة الفرضية الأولى.

2- عرض و مناقشة الفرضية الثانية.

3- عرض و مناقشة الفرضية الثالثة.

الخاتمـة

تمهيد:

بعد معالجة البيانات المستخلصة من الدراسة و تحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة، تم تجميع النتائج في جداول إحصائية للتقييم.

سنستعرض في هذا الفصل مدى توافق هذه النتائج مع الفرضيات الموضوعة في بداية الدراسة، مع التركيز على النقاط التي أظهرت تباينا أو اختلافا عن الفرضيات المتوقعة. سيتم تفسير هذه النتائج بشكل معمق مع الإشارة إلى الدلالات النظرية والتطبيقية التي تنبثق عنها، مما يساهم تقديم فهم أوسع للظواهر المدروسة.

1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

و التي مفادها: توجد علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية لدى الأفراد ذوي الأمراض المزمنة.

الجدول رقم (07): يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون .

المتغير	العينة	متوسط حسابي	انحراف معياري	قيمة R	مستوى الدلالة	الدلالة
معتقدات صحية تعويضية	50	100.26	6.304	0.846	0.00	دال
ملائمة العلاجية	50	90.62	3.864			

يتضح من خلال الجدول ان قيمة بيرسون بلغت 0.846 و هو دال عند 0.01، و بالتالي توجد علاقة ارتباطية موجبة قوية بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية لدى الأفراد ذوي الأمراض المزمنة. بناء على هذه النتائج يمكننا القول ان الفرضية الأولى التي تنص على وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية قد تحققت بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين المتغيرين. و تعتبر هذه العلاقة طردية، حيث كلما زادت المعتقدات الصحية التعويضية لدى المرضى، زادت الملائمة العلاجية لديهم و العكس صحيح. إذ تعكس هذه العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و الملائمة العلاجية تأثير العوامل النفسية و المعرفية على استجابة الافراد للنهج العلاجي، إذ كلما زادت قوة المعتقدات الصحية التعويضية ازدادت قدرة الأفراد على التكيف مع الاستراتيجيات العلاجية السائدة و تحقيق نتائج صحية أكثر ايجابية. و هذا يشير الى ان المعتقدات الصحية التعويضية قد تعمل كعامل نفسي يعزز من الالتزام بالعلاج، مما يؤدي الى تحسين النتائج العلاجية. كما يمكن تفسير هذه العلاقة من خلال نظرية السلوك المخطط حيث تلعب المعتقدات دورا حاسما في تشكيل التوجهات السلوكية للمريض نحو العلاج. يعكس الارتباط بين ارتفاع مستوى

المعتقدات الصحية التعويضية و زيادة الملائمة العلاجية تصور المرضى بأن اتباع هذه المعتقدات يؤدي الى تحسين النتائج الصحية و قد تعكس النتائج أيضا بعض الجوانب النفسية مثل تأثير العوامل الثقافية و الاجتماعية في تشكيل هذه المعتقدات و تعزيز الملائمة.

كما يمكن فهم تأثير المعتقدات الصحية التعويضية من خلال النموذج النفسي الذي يركز على الدور الحاسم للمعتقدات و الاتجاهات الشخصية في تشكيل سلوكيات الصحة. فالاعتقادات التي يتبناها الأفراد حول فعالية النهج العلاجية البديلة أو الممارسات الصحية غير التقليدية يمكن أن تلعب دورا كبيرا في تعزيز شعورهم بالتحكم يمكن أن يعزز من الدافعية الذاتية و الالتزام بخطط العلاج، مما يؤدي الى تحسين الملائمة العلاجية. بالإضافة الى ذلك يمكن النظر الى هذه النتائج في ضوء نظرية الادراك الاجتماعي، حيث تؤكد ان التفاعل بين المعتقدات الفردية و السلوكيات يؤثر بشكل مباشر على النتائج الصحية. فالمعتقدات الصحية التعويضية قد تساهم في تقليل التوتر و القلق المرتبطين بالحالة المرضية، مما يساهم في تحسين الاستجابة للعلاج و زيادة الشعور بالراحة النفسية.

هذه النتائج تشير الى ان المعتقدات الصحية التعويضية تؤثر بشكل إيجابي على الملائمة العلاجية ، مما يساهم في تحسين التفاعل مع العلاجات و تبني سلوكيات صحية أفضل و تعزيز جودة الحياة. كما تتيح للأفراد الاستفادة من العلاجات المتاحة و تعزيز شعورهم بالرفاهية الجسدية و النفسية.

Ernest (2003)و Astin تتوافق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت اليه دراسة التي بحثت عن تأثير العلاجات التكميلية و التعويضية على التزام المرضى بالعلاج و تحسين نتائجهم الصحية. أجريت الدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية و شملت عينة مكونة من 250 مريضا يعانون من أمراض مزمنة، و قد استخدم الباحثون منهجا تجريبيا للتقييم. وجدت الدراسة ان المرضى الذين يؤمنون بفعالية العلاجات التكميلية يظهرون التزاما اكبر بالعلاج، مما يعزز من فعالية العلاج و ملائمته. الدراسة استخدمت استبيانات مفصلة و مقابلات مع المرضى لتقييم مدى تأثير المعتقدات الصحية التعويضية على التزامهم بالعلاج.

Weinman (1999) et Horn كما أن نتائج هذه الفرضية تدعم نتائج دراسة التي تناولت تأثير المعتقدات الصحية على فعالية العلاجات البديلة. أجريت الدراسة في المملكة المتحدة و اشتملت على 1200 مريضا يعانون من مشكلات صحية مزمنة، استخدم الباحثون منهج دراسة طويلة تتبع المرضى على مدى عامين لتقييم فعالية العلاج. أظهرت النتائج أن المرضى الذين يملكون معتقدات قوية حول فعالية العلاجات البديلة كانوا أكثر قدرة على التكيف مع العلاجات التقليدية، مما ساهم في تحسين ملائمتهم العلاجية. استخدمت الدراسة أدوات تقييم متقدمة تشمل استبيانات و مقابلات شخصية .

عرض نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على أن توجد فروق في المعتقدات الصحية التعويضية بين الجنسين الرجال والنساء الذين يعانون من أمراض مزمنة ، وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب قيمة اختبار (ت) للفروق العينين مستقلتين والنتائج موضحة في الجدول رقم (08)

جدول رقم (08) : نتائج اختبار (ت) الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية حسب متغير الجنس (الذكور الإناث).

المتغير	الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	انحراف معياري	قيمة T (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
معتقدات صحية	ذكر	30	101,70	4.63	2,041	48	0.023	دالة
	أنثى	20	98.1	7.83				

من خلال الجدول رقم (08) نلاحظ أن قيمة (ت) التي بلغت قيمتها (2,041) ، في حين أن قيمة مستوى الدلالة (sig) تساوي (0,023) ، وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة المعتمد(0,05)، وعليه تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند الإناث . من خلال المعتقدات الصحية التعويضية بين الذي النتائج الذكور المذكورة أعلاه وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات، نرى أن الفرضية الثانية والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية

في المعتقدات الصحية التعويضية بين الإناث والذكور الذين يعانون من أمراض مزمنة تحققت حيث يتضح لنا وجود فروق ملحوظة بين الذكور والإناث في المعتقدات الصحية التعويضية حيث يظهر أن الذكور متوسط أعلى مقارنة بالإناث، حيث يمكن تفسير هذه الفروق من خلال كيفية تثبيتهم لهذه المعتقدات واستخدامها واحد الأسباب المحتملة لهذا الثبات هو الفروقات الثقافية والاجتماعية التي تشكل أدوار الجنسين. على سبيل المثال، النساء قد يكون لديهن ميول أكبر لتدني إستراتيجيات تعويضية تهدف للمحافظة على المظهر الخارجي – والصحة الجسدية بشكل عام، مثل الاعتقاد بأن تناول طعام غير صحي يمكن تعويضه بممارسة التمارين الرياضية المكثفة للامتثال للمعايير المجتمعية التي تقدر النحافة والشكل الجسماني المتناسق على الجانب الآخر، قد يميل الرجال إلى تبني معتقدات تعويضية تتعلق بالقوة والقدرة على التحمل، مثل الاعتقاد بأن تناول كميات كبيرة من اللحوم أو الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية يمكن تعويضه بممارسة التمارين الرياضية أو الانخراط في أنشطة بدنية مكثفة ، هذا النمط من التفكير قد يرتبط بالمعايير الذكورية التقليدية الى تقدر القوة الجسمانية إن هناك أيضا عوامل بيولوجية ونفسية تساهم في هذه الفروق على سبيل المثال ، الرجال يكونون اقل حساسية للشعور بالذنب – أو القلق فيما يتعلق بالسلوكيات غير الصحية، مما يجعلهم أكثر ميلا لتبني المعتقدات الصحية التعويضية كوسيلة لتبرير تلك السلوكيات. في المقابل قد تكون النساء أكثر عرضة للشعور بالقلق بشأن الآثار الصحية لسلوكيات هي ، مما يدفعهن إلى تدني إستراتيجيات تعويضية أكثر تعقيدا أو متكررة، قد يكون للرجال ميل أكبر لتجاهل الأعراض الصحية زيارة الطبيب إلا في حالات الطوارئ كما قد تكون النساء أكثر اهتماما بالاستجابة لأي عرض صحي والحصول على المساعدة الطبية.

كما أن نتائج هذه الفرضية تدفق مع دراسة ليلى الأغا" (2018) التي تناولت فيها الفروق النفسية بين الجنسي في التعامل مع الأمراض المزمنة حيث وجد بأن النساء عبرت بشكل أكبر عن مشاعر من السلبية المتعلقة بالمرض، مما يد ووهن للبحث عن بدائل تعويضية أكثر من الرجال لأنه غالبا الرجال قد يكونوا أقل هيكا للاعتراف بالمرض والبحث عن علاجات

بديلة بسب التوقعات الإجتماعية التي تشجع على القوة" و"الصلابة في المقابل النساء قد يكن أكثر انفتاحا للحديث عن مشاكلهن الصحية والبحث عن حلول مختلفة.

كذلك دراسة " أحمد الكيلاني" (2016) والتي تناولت دور الهرمونات في التأثير على الاستجابة للألم بين الجنسين ، حيث وجد أن النساء أكثر حساسية الألم. مما يجعلهن يبحثن عن طرق بديلة للتخفيف منه، وهذا يدل على أن هناك اختلافات بيولوجية قد تؤثر على كيفية تعامل الجنسين مع المرض. على سبيل المثال التغيرات الهرمونية قد تؤثر على كيفية استجابة الجسم للمرض وكيفية التعامل مع العلاجات المختلفة . . كما أكدت دراسة أجرتها نوال العروسي (2015) عن استخدام الطب البديل في إدارة الأمراض المزمنة بين النساء في مصر، وجدت أن 1065 من النساء يلجأن إلى العلاجات الطبيعية.

عرض نتائج الفرضية الثالثة :

نصت الفرضية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المالا ذمة العلاجية بين الجنسين النساء والرجال الذين يعانون من أمراض مزمنة، والتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب قيمت اختبار (ت) (T) الفروق لعينتين مستقلتين والنتائج في الجدول رقم ( ).

جدول رقم (09) : نتائج اختبار (ت) للعروق في الملائمة العلا حيث حسب متغير الجنس (الذكور الإناث):

المتغير	الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	انحراف معياري	قيمة T ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
ملائمة علاجية	ذكر	30	91,5	2,738	2,034	48	0,235	غير دالة
	أنثى	20	89,3	4,900				

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة اختبار (ت) تساوي (2,034) في حين أن قيمة مستوى الدلالة (sig) تساوي (0,235) وهو مستوى اكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0,01) وعليه

نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اللائحة العلاجية لدى الجنسين الإناث الذكور) الذين يعانون من أمراض مزمنة.

من خلال النتائج المذكورة أعلاه وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات نرى أن الفرضية الثالثة والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الملائمة العلاجية بين الإناث والذكور الذي يعانون من أمراض مزمنة لم تتحقق حيث ينصح. أنه يستدعي مراجعة دقيقة للعوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة على هذه الملائمة على سبيل المثال، التعريف – النفسي الذي يشير إلى قدرة الأفراد على تعديل سلوى هم ومواقفهم للتعامل مع الأمراض المزمنة، قد يكون متشابها بين الجنسين تأثيرات متساوية من التنشئة الاجتماعية الي تعمل على تشكيل الإستراتيجيات المختلفة ، وذلك الدعم الاجتماعي المعروف بدوره الحاسم في تعزيز الامتثال العلاجي عن طريق توفير الدعم العاطفي والعملي، قد يكون متوازنا من الفروق المحتملة بين الجنسين ، مما يقلل في الاستجابة العلاجية، إضافة نظرية إلى ذلك يمكن تفسير فباب الفروق باستخدام التكافؤ الوظيفي أني تقترح أن الأفراد قد يصلون إلى نفس النتائج العلاجية باستخدام آليات مختلفة هذا يعني أن الذكور والإناث قد يستخدمون إستراتيجية سلوكية مختلفة، ولكنها تؤدي في النهاية نفسية وسلوكية بين إلى نتائج على حيث متشابهة ، ومن ناحية أخرى الامتثال العلاجي يرتبط ارتباطا وثيقا بمدى التزام المرضى بتوصيات العلاج ، قد يتأثر بعوامل شخصية مثل التمثيل المعرفي التمثيل الذي يشير إلى كيفية إدراك للعالم وهذا الأفراد للعلاج وفهمهم له، يمكن أن يكون مشترك الجنسين نتيجة المواقف الصحية المماثلة من خلال الخبرات الحياتية والتعليم الصرفي ، كما يجب بعين الاعتبار أدراك الذات الذي يؤثر على فعالية استجابة الفرد للعلاج، هذا الإدراك الذي يتضمن كيفية رؤية الفرد لقدراته واحتياجات. الصحية قد يكون غير مختلف بشكل كبير بين الجنسين خاصة في المجتمعات التي تدعم التعليم الصحي والمساواة في الرعاية الصحية ، معا يفسر غياب الفروق في الملائمة العلاجية.

تتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة (Thompson, A.E, Weiss, RS 2009) حيث قدر حجم العينة بـ 450 مشارك (225) ذكر و 225 انثى يعانون من أمراض مزمنة مثل

السكري وارتفاع ضغط الدم، حيث تركزت هذه الدراسة على مجتمع واحد في مدينة متوسطة الحجم في الولايات المتحدة، إذ تناولت هذه الدراسة العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والدعم الاجتماعي و بين الامتثال العلاجي ، ووجدت أنه لا توجد فروق كبيرة بين الجنسين في مدى الامتثال ، مشيرة إلى أن الدعم الاجتماعي يعتبر عاملا مشتركا مهما لدى الجنسين و كذلك دراسة (Allem, fonay (2006) لـ 320 مشارك 160 من الذكور و 160 في الإناث تم تشخيصهم باضطرابات نفسية وعولجوا باستخدام العلاج السلوكي المعرفي حيث تركزت الدراسة على مرضى يعانون من اضطرابات نفسية محددة. حيث استخدمت نظرية التكافؤ الوظيفي لفهم كيف يمكن للذكور الإناث استخدام استراتيجيات مختلفة ولكنها تؤدي إلى نتائج علاجية متشابهة ، مما يدعم عدم وجود فروق في الاستجابة العلاجية بين الجنسين.

وهذا ما أكدته دراسة Parker, s, James A (2015) لـ 600 مشارك 300 ذكر و 300 أنثى مصابين بأمراض القلب المزمنة حيث اقتصرت الدراسة على مرضى من خلفيات اقتصادية و اجتماعية من متوسطة إلى مرتفعة ، مما قد لا يعكس تأثير المواقف الصحية في الفئات الأقل خطا، وركزت الدراسة على كيفية تأثير المواقف الصحية المماثلة بين الجنسين تسهم في غياب الفروق في الملائمة العلاجية .

الخاتمــة:

وفي الختام تعد الصحة النفسية والجسدية بمثابة وحدة متكاملة تلعب دورا حيويا في حياة الأفراد وخاصة مرضى الأمراض المزمنة ، فإدراك الافراد لحالتهم الصحية والتحديات المرتبطة بها يرتبط ارتباطا وثيقا بمعتقداتهم الصحية، بما في ذلك المعتقدات الصحية التعويضية هذه المعتقدات التي تعكس ميول الأفراد لتعويض السلوكيات الضارة بتبني سلوكيات أخرى إيجابية قد تساهم إما في تحسين أو إعاقة قدرتهم على التكيف النفسي مع العلاج المطلوب حيث تعد جزءًا من منظومة الذات التكيفية فهي تساهم في القدرة على التحكم في تعزيز الشعور بالتمكن والكفاءة الذاتية، إذ تبين من خلال هذا أن هذه المعتقدات هي من أهم المواضيع التي تلعب دورا جوهر يا وذلك من خلال ربطها بمتغيرات أخرى كالملائمة العلاجية فهي القدرة على التكيف التدخلات العلاجية والالتزام بتوصيات الرعاية الصحية، تعتمد بشكل كبير على تلك المعتقدات وقد أظهرت الأبحاث ان المعتقدات الصحية التعويضية قد تؤثر على فعالية الملائمة العلاجية من خلال تأثيرها على الدوافع الداخلية والالتزام السلوكي، في ظل ذلك يتطلب تحسين الملائمة نهجاً شاملاً يأخذ في الاعتبار ليس فقط العلا ج الدوائي بل أيضا العوامل النفسية والسلوكية المتعلقة بمعتقدات المريض الصحية، مما يساهم في تعزيز نتائج العلاج وتحسين جودة حياة المرضى على المدى الطويل خاصة في ظل تفاقم الأمراض عامة والأمراض المزمنة خاصة حيث تمثل تحديات صحية تطلب التزاما طويل الامد بالعلاج والتي تشمل أمراض القلب ، السكري، ارتفاع ضغط الدم والسرطان ذلك إلى عوامل متداخلة تؤثر على الصحة العامة للمجتمع منها عوامل اجتماعية، اقتصادية وسلوكية ومن بينها النظام الغذائي الغير متوازن ، قلة النشاط البدني ، الإجهاد والضغوطات النفسية، نقص التوعية الصحية ، وفي هذا الإطار جاءت دراستنا هذه والتي حاولنا فيها أن نفترض أن هناك علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية الملائمة العلاجية بين الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة، قمنا بتدعيم دراستنا هذه بفصل نظري و دون ان ننسى اننا قد خصصنا فصل تمهيدي لطرح إشكالية الدراسة، وفصل تطبيقي حيث اعتمدنا المنهج الوصفي الذي يتلاءم مع متغيرات

الدراسة و من خلال البيانات التي تحصلنا عليها من خلال إجابات أفراد العينة تحصلنا على النتائج التالية: – . تحققت الفرضية الأولى والتي مفادها : توجد علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والملائمة العلاجية لدى الأفراد ذوي الأمراض المزمنة تحققت الفرضية الثانية والتي مفادها: توجد فروق في المعتقدات الصحية التعويضية بين الجنسين الرجال والنساء الذين يعانون من أمراض مزمنة – لم تتحقق الفرضية الثالثة والتي مفادها: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الملائمة العلاجية بين الإناث والذكور

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا: المراجع باللغة العربية:

- أبو الهيجاء بهية محمود ، (2008).اثر التدريب على إستراتيجيات التأمل في علاج القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى مرضى القلب في الأردن "رسالة دكتوراه كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية،.

- أحمد محمد بدح ، أيمن سلمان مزاهرة ،زين حسن بدران. (2009). الثقافة الصحية، دار المسيرة العمان.

- الأغا ليلي .(2018). " الفروق النفسية بين الجنسين في التعامل مع الأمراض المزمنة : مجلة علم النفس العربي .

- ألفرا، فاروق حمدي. (1973). اتجاهات مستحدثة في التربية الصحية و انعكاساتها على المناهج الدراسية في الدول العربية الخليجية. المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج، الكويت.

- الألوسي، أحمد إسماعيل ،(2001). " فاعلية الذات وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة " رسالة ماجستير مقدمة إلى كلية الآداب، جامعة بغداد.

- الباز راشد بن سعد " الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي " الرياض جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية،2010.

- الباز راشدبن سعد، (1999)."الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي " الرياض جامعة الإمام . م محمد بن سعود.

- بشوشة مريم الألكاسيتيميا لدى المرضى المزمنين (ارتفاع ضغط الدم ، داء السكري) ، دراسة مقارنة بين المرضى وغير المرضى ، جامعة مولود معمري – تيزي وزو) 2022.

- بشير صالح الرشيدي ، "مناهج البحث التربوي) دار الكتاب الحديث . 2000.

- بنجامين شوك الترجمة محمد أمين سليمان، رعاية الطفل " ، نهضة مصر للطباعة والنشر القاهرة ،2018.

- بهلول سارة أشواق. (2017). سلوكيات السياقة الخطرة و علاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة حاج لخضر, باتنة. الجزائر.

- بودوخة مريم ، التشيخ والأمراض المزمنة في الجزائر " دراسة تحليلية استشرافية ، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد امين دباغين سطيف 2 المجلد (11)، 2019 .

- تايلور شيلي .(2008). علم النفس الصحة. دار الحامد للنشر و التوزيع. ط 1، عمان، الأردن.

- التنفسي الدار الأمل للنشر الجيزة، مصر ،2006.

- تيريزا كليفور،" أمراض الأطفال "، ترجمة هنادي مزبودي العربية الرياض . 2013.

- جبرين علي، "دور الأخصائي الاجتماعي على مرضى طويلي الإقامة في المستشفيات دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض، بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي 15 ، جامعة حلوان، جمهورية مصر العربية ، 2009.

- جلال حسين محمد .(2018). المعتقدات و الممارسات الثقافية و أثرها على الحالة الصحية للأوغنديين، مجلة جيل العلوم الإنسانية و الاجتماعية، العدد 46.

- جون ايبرس، هادي مزيودي، امراض الأطفال، الدار العربية الرياض، 2013.

- جوهري، محمد.(1978). الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية، دار الكتاب للتوزيع، القاهرة.

- حسن يوسف ندا ،. (2007) أطعمة ونصائح مهمة لمريض السكر " العبيكان، الرياض.

- خشاب سعاد. (2011). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين. مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجيستير في علم النفس العيادي. تخصص علم النفس الصحة الجزائر. باتنة. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية.

- خليفة محمد، عبد الله .(2000). دراسات في علم النفس الاجتماعي، دار القباء، القاهرة.

- خوري نسرين ، الرفاه النفسي لدى مرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية من المتقاعدين المصابين بارتفاع ضغط الدم. أطروحة دكتوراه، تخصص علم النفس الصحة ، قسم علم النفس كلية العلوم الإنسانية. والاجتماعية ، جامعة محمد لمين دباغين السطيف 2،2014 .

- خورى نسرين بو عبد الله حسن . (2018). " قراءة تحليلية لبعض الدراسات السابقة عن خطر الشعور بالوحدة النفسية على ارتفاع ضغط السلم ، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية ، المجلد (9) ، العدد (1).

- الداغستاني، سناء عيسى و عوني، ديار المفتي.(2010). المعتقدات الصحية التعويضية و علاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية و النفسية، كلية الآداب، جامعة بغداد، العدد26-27. العراق.

- دلوي فضيل.(2001). معايير الصدق و الثبات في الحوث الكمية والكيفية. مجلة العلوم الاجتماعية. العدد 19.

- راندا مصطفى الديب ،(2015). " أمراض الأطفال مؤسسة حبيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.

- رزقي رشيدة : ، من الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"، مذكرة ماجستير جامعة باتنة (الجزائر) 2012.

- رشا أحمد عبد اللطيف، بدر الدين كمال.(2001). صحة الطفل ورعايته، دار الزهراء للنشر، الرياض.

- رمضان زعطوط ، علاقة الإتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين ، ورقلة مذكرة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية : كلية الأداب والعلوم الإنسانية ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة،2005

- روبرت يونجس. (2005). كيفية التعايش مع مرض الربو، دار الفاروق للنشر والتوزيع القاهرة .

- الزروق، فاطمة الزهراء. (2015). علم النفس الصحي ، مجلاته، نظرياته و المفاهيم المنبثقة منه. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- زناد دليلة،علم النفس الصحي دار الخلدونية للنشر والتوزيع ، الجزائر 2013
- زياد د ليلة ، سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالتغيرات المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم عن طريق آلة (الهيمو ديناليز)، جامعة الجزائر ،2008.
- زين حسن بدران، ايمن سلمان مزاهرة,(2009). الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة للنشر و التوزيع. عمان
- سايل حدة وحيدة، يعيش مهدية، بن نوار ، و يسري. (2019). صحة طلاب الجامعات تناول خاص بالمعتقدات الصحية و تأثيرها على السلوك الصحي.
- السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بمرضى السكري ، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي، ، جامعة تيارت – (الجزائر) (2021 –2022)
- سمر عبد المنعم محمد. (2014). دور أخصائي الجامعة في التاهيل الاجتماعي، أمهات الأطفال المرضى بامراض مزمنة، ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة.
- السمراني صباح ، " قصة أمراض القلب، دار العلم للملايين بيروت،1986.
- السواح، فراس.(1994). دين الانسان، دار علاء الدين، دمشق.
- شامة منى السيد.(2003)." الطرق المبتكرة لتقديم وسائل التثقيف الصحي " الجمهورية مصر العربية جامعة الإسكندرية .
- شامة، منى السيد. (2009). الطرق المبتكرة لتقديم وسائل التثقيف الصحي جمهورية مصر العربية، جامعة الإسكندرية.
- الشعيلي علي بن هويشل و الرواحي، ناصر بن ياسر.(2013). المعتقدات الصحية لدى الطلاب العمانيين بمرحلة التعلم ما بعد الأساسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة العلوم التربوية. كلية التربية يقنا.

- صافي ناز سعيد ، (2003).أمراض الطفل وتمريض، دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان

- الطملاوي، منال محمد محروس. (2012). استخدام المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة و تحسين جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة، المؤتمر الدولي الخامس و العشرون، مستقبل الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ج 2.

- عبد العزيز حدار التحالف العلاجي قبل الامتثال العلاجي، المحددات والنماذج النظرية – دراسة في علم النفس الصحي " مجلة دراسات نفسية وتربوية، منشورات جامعة البليدة، العدد الثالث أكتوبر 2008.

- عبد العزيز مفتاح محمد " مقدمة في علم النفس الصحة، الطبعة الأولى ،عمان ، الأردن.

- عبد اللطيف محمد خليفة. (1998). دراسات في علم النفس الاجتماعي. مصر دار القباء للطباعة

- عبد المعين عبد الآغا " أمراض العدد الهم والسكري لدى الأطفال مكتبة الملك فهد الوطنية ، جدة ،2019 .

- عبير محمد راوي .(2013). " الربو، الأمن والحياة " جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية،.

- العروسي نوال، استخدام الطب البديل في إدارة الأمراض المزمنة بين النساء ، مجلة الصحة العامة العربية، مصر ،201

- عصام بن حسن عويضة ، العلاج الغذائي لعلاج السكري العبيكان للنشر الرياض،2007 . ايمن عادل ، كيف تتغلب على مرض السكري ، مكتبة ، مكتبة النافذة الجيزة مصر 2007.

- عصام قمر،(2007). " الخدمة الاجتماعية بين الصحة العامة والبيئة " القاهرة دار السحاب للنشر والتوزيع.

- عكاشة عبد المنان محمود. (1982). علم النفس الفيزيولوجي، القاهرة، دار المعارف.

- فاتن عبد اللطيف ، صحافة الأطفل ودورها في تزويد الطفل الكويتي بالمعلومات"، دراسة على مجلة العربي الصغير ، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، مصر 2008.
- فرج صفوت.(2000). القياس النفسي، (ط2)، القاهرة، مكتب الأنجلو المصرية. مصر.
- القرني الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل مع مرضى السرطان " ، مكتبة الرشاد ، الرياض،2008.
- كارين رودهام. (2009). علم النفس الصحي. ترجمة هناء أحمد محمد شويخ. مكتب الأنجلو المصرية.
- الكيلاني أحمد ، دور الهرمونات في التأثير على الاستجابة للألم بين الجنسين، 2016.
- محمد مصطفى . (2006). الوقاية و العلاج من أمراض الجهاز التنفسي، دار الامل للنشر.
- محمد مصطفى عدة ، الوقاية والعلاج. من أمراض الجهاز ، جامعة بن سعود الإسلامية
- المسعد سارة بنت محمد 2005 " تغيير السلوك الصحي يقلل من الأمراض ويزيد من الإنتاجية " الرياض جريدة يومية عن مؤسسة اليمامة الصحفية، العدد (13688)
- المسعد، سارة بنت محمد. (2005). المدخل الى الصحة النفسية. دار التعلم. الكويت.
- ملحك سامي محمد، (2000).مناهج البحث في و علم النفس ، دار المسيرة ، الأردن،.
- ملوحي ناصر، الطب النفسي الجسمي "دار الغسق الطبيعة الأولى ، دمشق ، سوريا. 2019
- منى خليل عبد القادر ، (2015).التغذية العلاجية " مجموعة النيل العربية القاهرة،
- موفق ديهية. (2014). أثر المعتقدات على الملائمة العلاجية عند مرضى السكري. المجلة الجزائرية للطفولة و التربية. جامعة البليدة 2-.الجزائر.
- النابلسي محمد ، " الوقاية من الذبحة الصدرية" محلة الثقافة النفسية " 1991.

- وزارة الصحة المعلومات الأساسية حول ارتفاع ضغط وطرق الوقاية منه ضمن فعالية الاحتفال بيوم الصحة العالمي ،راقب ضغطك تحمي حياتك وتحس صحتك " الإدارة العامة للعلاقات والإعلام والتوعية الصحية، السعودية. 2013

- يخلف عثمان علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، الطبعة الأولى ، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع (الدوحة) – قطر ،2001..

- يوسف سمير أحمد ،التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع المرضى المصابين بالامراض المزمنة دراسة تطبيقية على مرضى السرطان والسكري بولاية الخرطوم ، رسالة دكتوراه كلية الآداب، جامعة أم درمان الإسلامية ،2010.

المراجع باللغة الأجنبية:

- J. Haynes R.B, 1979, introdution to compliance in health care, Ballimore, Jhon Hop-kins University press.

- J.Rinkard B, Blumel Scheller. Kreinsen D. Zentner A. 2010, taching chroni disease in Europe, strategies intervention and challangen European observatory.

- Jacquine et Livinom, 2008, Difficultés L'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence comprendre pour agir "Archive de pédiatrie.

- J-Taskkim DP, 1995, Multipe dose regimen impact on compliance", chest, 107(5 suppl).

- J_Ogden Jame, 2007, "thealth psyche psychology A Textbook, Fourth Edition open university press, New York, USA.

- J. Buchon-Schweitzert, M, Boujut, 2014, psychologic

De la santé, Zeme Ed, Pares."

- J. Gauchot, A. 2008, Observance thérapeutique et VIH - Enquête sur les facteurs Biologique et psychosociaux, Edition le Harmattan, Paris.

- JAjzon, 2002, Percived behavioral control, self- efficacy, locus of control, and theory of planned behavior, Journal of Applied social psychology...)

- J. Williams T,0 donohuer , eric.R, Levensky, 2006, "Promoting treatment adherence in practical handbook for health care providers," USA, Sage Publication, vol 4.

- J. De Blic, 2007, "Observance thérapeutique chez l'enfant asmatique recommandation pour la pratique clinique, France, Edition Masson

- Allen, S, Wetherell.M, 2000, "Invenstigating the association between type "D" (distressed, personality and subjective health and Well-being", Northumbria, University Newcastle.

- Weiss. 2. Mucoviscidose, 2003, Obserave et therapeutique archives de pediatree

- National Diabetes Education Program, 2006, "Overview of diabetes in children and Adele conts, A. Fact Sheet from the National Diabetes Education Program, Augs-13

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية.

- Kazarian, S.S, Evans, D.R.(2001) : Hand book of cultural health psychologie Acadimic press, USA BUK.

- Becker, M.H.& Janz, N.K (1984): The health belief model adecada lattė health Etude, v. (11). P.P.1-47.

- Diclement, Brown, L.K. (1991): Utility of the health belief model: (ALDS) Education and prevention, v. 3 (1), p.p.50-59.

- Rabiau Marjorie (2006): The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: the compensatory health beliefs mode, M c Gill University, Montreal, Canada.

- Knauper, B. Rabiau, M. Cohen, O. Patrician, N. (2004). Compensatory Health Beliefs: Scale development and measurement, psychology and health, v. 19. (15).P 30.

- Hochbaum. G.M (1958); health belief model (HBM) subsequently Modified by other authers.

- Dudlley et Schneider (1991). The common sense model of self regulation of heath and illness. University of Brimingham and research institute in healthcare science.

- Knauper, Barbel, Rabeau, (2004). Compensatory health beliefs: scale development and psychometric properties. Psychologies and health.

- Assal, J.P (1996). Traitment des maladies chroniques de long duree: de la phase aigue au stade de la chronicite. Encyl Med Chir (Elsevier, paris). Thérapeutiques, 25-005-A-,P 1-18.

- Fishbein, M.& Ajzen, I. (1975). Beleif attitude, intention, and Behavior : An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Rosenstock, I.M., & Jon, D. (1985). Theortical Perspectives Explaining Compensatory Health Beleifs. In Health Belief Models.

الملاحـــــق

الملحق رقم : 1

مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

جامعة مولود معمري - تامدة تيزي وزو.

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس الصحة.

بيانات عامة:

يرجى ملئ المعلومات التالية :

الجنس :.....

السن:.....

نوع المرض : .....

تحية طيبة وبعد،

في إطار إعداد مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر علم النفس الصحة، نضع بين يديك هذه المقاييس بغرض بحث علمي، لذا نرجو أن تكون صريحا في إجاباتك، وشكرا.

التعليمة :

فيما يلي عدد من العبارات التي يمكن لأي شخص أن يستخدمها بوصف نفسه، من فضلك، اقرأ كل عبارة على حدة، ثم قرر لأي درجة تصفك هذه العبارة عندما تكون غير متأكد حدد إجابتك وفقا لما تشعر به، وليس وفقا لما تعتقده صحيح نرجو منك الإجابة على جميع العبارات، وعدم ترك عبارة من دون إجابة، كما أن المعلومات التي تدلي بها في سرية تامة فهي من أجل البحث العلمي فقط نرجو منك قراءتها والتفضل بالإجابة عن جميع الفقرات من خلال وضع علامة (X) أمام البديل المناسب بالنسبة لك.

استبيان المعتقدات الصحية

العبارات	موافق دائما	موافق غالبا	موافق أحيانا	موافق نادرا	لا أوافق ابدا
1-اعتقد أنني أنال ما استحقه					
2-اعتقد بأنني استحق ما يحدث لي					
3- اخفف عن ما اشعر به من التوتر بالتنزه					
4- عندما اشعر بضعف في جسمي، ألجأ الى تناول الطعام					
5- اعتقد ان التمارين الرياضية تعوض عن تدخين السجائر					
6- انام متأخر عندما اخذ قسطا من الراحة عند الظهر					
7-اهتم بعدد ساعات نومي يوميا					
8- استرخي أمام التلفاز عندما يكون يومي مشحون بالتعب					
9- عندما أتناول غذاء صحي لا اهتم بوجبة العشاء					
10- الطعام الصحي يمكن أن يعوض عن شرب القهوة بكثرة					
11- اعتقد أن النوم نهاية الأسبوع يمكن أن يعوض عن نتائج اليوم لساعات قصيرة أثناء أيام الأسبوع					
12 التمارين الرياضية تعوض قلة النوم خلال الأسبوع					
13 اشرب الماء بكثرة عندما أتناول القهوة أكثر					
14- اعتقد أن النوم يخفف التوتر					
15- لا باس من تدخين السجائر عندما أتناول غذاء صحيا					
16- اعتقد أن من السهولة إصابتي بالأمراض					
17- عندما امرض تتأثر علاقتي الاجتماعية بالآخرين					
18- أؤجل معظم واجباتي عندما امرض					
19- أواجه صعوبات كبيرة عندما تتعكر صحتي					
20- أميل إلى إتباع معتقداتي الاجتماعية عندما امرض					
21- ألجا إلى طبيب الأعشاب لأني اعتقد انه أفضل علاج.					
22- امتثل لتوصيات الطبيب حرفيا.					

23 – التزم بكل الإجراءات الوقائية الصحية					
24- لدي ثقة في نفسي على الأداء الناجح في الوقاية الصحية					
25- ابتعد عن كل ما يؤذيني صحيا					
26- تجذبني البرامج التي تتعلق بالصحة					
27- أقوم بالتمارين الرياضية يوميا					
28- أعوض عن وجبة الإفطار صباحا بتناول غذاء أكثر					
29 اعتقد أنني مهيأ للإصابة بأمراض متعددة					

الملحق رقم :2

مقياس الملائمة العلاجية

جامعة مولود معمري - تامدة تيزي وزو.

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس الصحة.

بيانات عامة:

يرجى ملئ المعلومات التالية :

الجنس :.....

السن:.....

نوع المرض : .....

تحية طيبة وبعد،

في إطار إعداد مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر علم النفس الصحة، نضع بين يديك هذه المقاييس بغرض بحث علمي، لذا نرجو أن تكون صريحا في إجاباتك، وشكرا.

التعليمة :

فيما يلي عدد من العبارات التي يمكن لأي شخص أن يستخدمها بوصف نفسه، من فضلك، اقرأ كل عبارة على حدة، ثم قرر لأي درجة تصفك هذه العبارة عندما تكون غير متأكد حدد إجابتك وفقا لما تشعر به، وليس وفقا لما تعتقده صحيح نرجو منك الإجابة على جميع العبارات، وعدم ترك عبارة من دون إجابة، كما أن المعلومات التي تدلي بها في سرية تامة فهي من أجل البحث العلمي فقط نرجو منك قراءتها والتفضل بالإجابة عن جميع الفقرات من خلال وضع علامة (X) أمام البديل المناسب بالنسبة لك.

العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	بانتظام
1 اتناول الا دولة الوقاية اي وصفها الطبيب.					
2 - أمنح لنفسي فترات راحة بانتظام.					
3- أحترم النصائح الطبية.					
4- أذهب إلى الاستشارات الطبية.					
5- أحترم اوقات تناول دوائى					
6- أحترم جرعات الدواء التي وصفها الطبيب.					
7- يحدث لي أن أنسى تناول أدوني					
8- أهتم بصحتي الجسمية لممارسة الرياضة)					
9- أحترم طرق أخذ الدواء قبل ممارسة الرياضة					
10- يخطر لي بأنه لدي الكثير من الأدوية لتناولها					
11 - يحدث أن ينقذ من الدواء بين استشارتين طبيتين.					
12- أدخن					
13- يحدث في بعض الاحيان ان اخذ الدواء : متأخرا .					
14- يحدث ان اتوقف من تناول ادويتى بدون رأي طبي					

15- أجرى الفصوص الاختيارات لكي التى ابو أفحص صحتى تصوير اشعاعي للرئة، اختبار الجهد)					
16- يحدث لي أن أرتكب أخطاء في تناول أدويتي					
17- يحدث لي في بعض الاحيان عدم تناول دوائي، واتي لأن لدي إنطباء أنه يضرني أكثر مما ينفعني.					
18- أحترم محمل التعليمات الطابية.					
19- أتناول الدواء بانتظام كل يوم					
20 - أحمل دوائي عندما أذهب للجامعة أو العمل، أو مكان آخر ؟					
21- أجمل دوائي عندما أقوم بنشاطات بعد الجامع أو العمل، أو مكان آخر ؟					
22- أحمل دائما دوائي، عندما أذهب عند اصدقائى					
23- أحمل دائما دوائي عندما أذهب عند أفراد عائلتى					
24 - أتجنب اللعب مع الحيوانات القطط الكلاب					
25- أتجنب المواقف والوضعيات التي أعرف انها تثير لي نوبة ربوية					

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	50	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,859	30

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	50	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	50	100,0

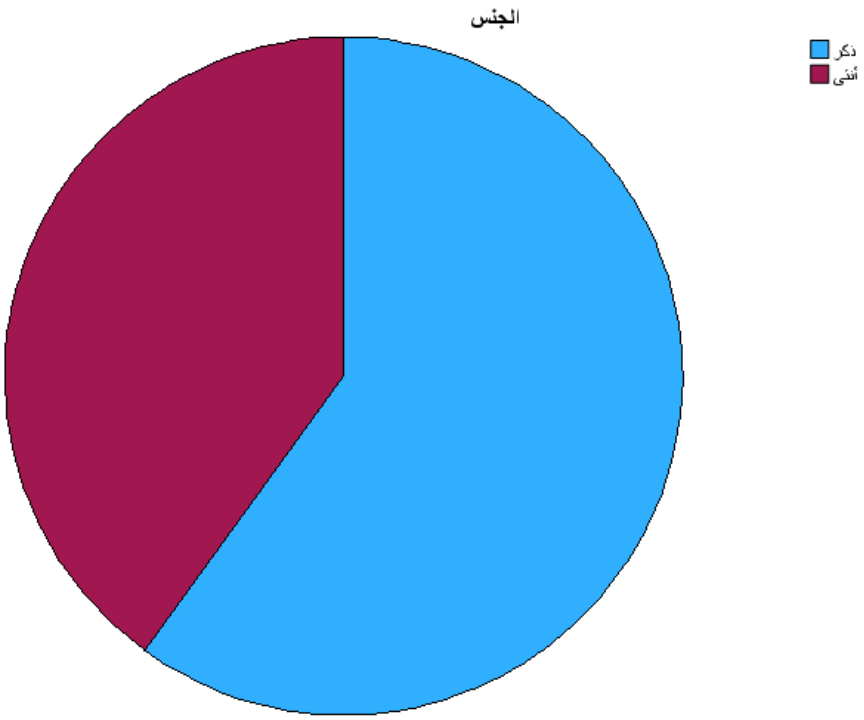
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,698	25

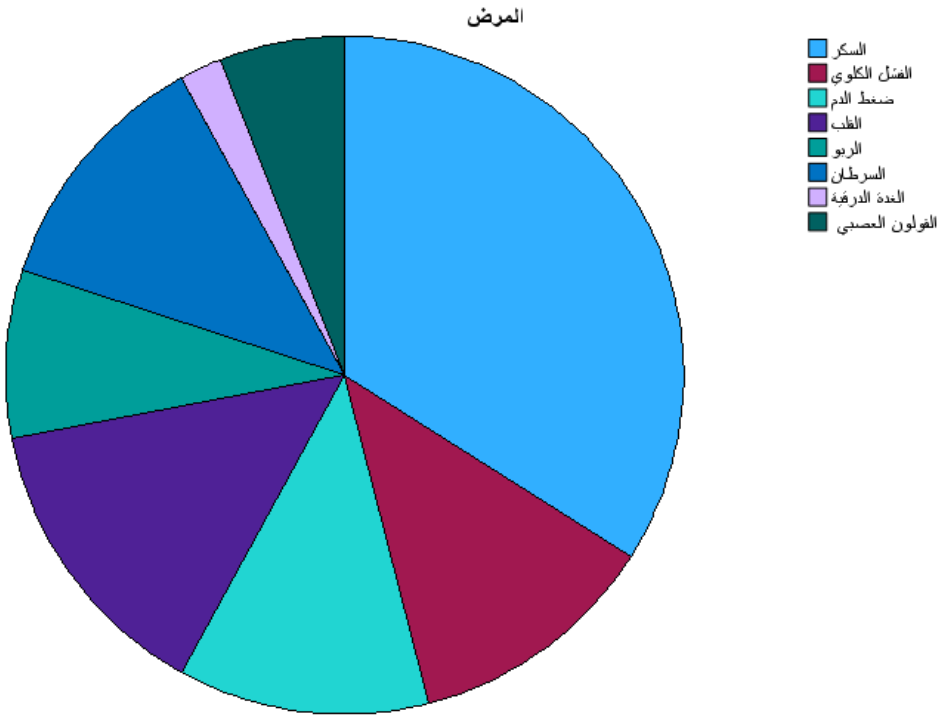
Frequencies

Statistics			
		الجنس	المرض
N	Valid	50	50
	Missing	0	0

الجنس					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	30	60,0	60,0	60,0
	أنثى	2 0	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



المرض					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	السكر	17	34,0	34,0	34,0
	الكلوي الفشل	6	12,0	12,0	46,0
	الدم ضغط	6	12,0	12,0	58,0
	القلب	7	14,0	14,0	72,0
	الربو	4	8,0	8,0	80,0
	السرطان	6	12,0	12,0	92,0
	الدرقية الغدة	1	2,0	2,0	94,0
	القولون العصبي	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



الفرضية الاولى:

Correlations

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
المعتقدات الصحية التعويضية	100,2600	6,30455	50
الملائمة العلاجية	90,6200	3,86449	50

Correlations			
		المعتقدات الصحية التعويضية	الملائمة العلاجية
المعتقدات الصحية التعويضية	Pearson Correlation	1	,846**
	Sig. (2-tailed)		0.00
	Sum of Squares and Cross-products	1947,620	1129,940
	Covariance	39,747	23,060
	N	50	50
الملائمة العلاجية	Pearson Correlation	,846**	1
	Sig. (2-tailed)	0.00	
	Sum of Squares and Cross-products	1129,940	731,780
	Covariance	23,060	14,934
	N	50	50

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الفرضية الثانية:

T-Test

Group Statistics					
	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
المعتقدات الصحية التعويضية	ذكر	30	101,7000	4,63978	,84710
	أنثى	20	98,1000	7,83984	1,75304

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
						Significance				95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
المعتقدات الصحية التعويضية	Equal variances assumed	14,201	,023	2,041	48	,023	,047	3,60000	1,76388	,05347	7,14653
	Equal variances not assumed			1,849	27,912	,038	,075	3,60000	1,94698	-,38878	7,58878

الفرضية الثالثة:

T-Test

Group Statistics					
	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الملائمة العلاجية	ذكر	30	91,5000	2,73861	,50000
	أنثى	20	89,3000	4,90005	1,09569

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
						Significance				95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الملائمة العلاجية	Equal variances assumed	17,241	,235	2,034	48	,024	,047	2,20000	1,08149	,02552	4,37448
	Equal variances not assumed			1,827	26,971	,039	,079	2,20000	1,20438	-,27130	4,67130