جامعة يحيى فارس بالـمديـة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قـسـم العلوم الاجتماعية

التنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم

دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف -المديـــة-

مذكرة مقدّمة لنـيل شهـادة المـاسـتر تـــخـصّص علم النّـفـس العـيادي

إعداد الطالبتين:

- مدينة شيخ التهامي.
- هنيدة موساوي.

إشراف الأستاذ:

- سنوسي زموري.

السّنة الجامـعية

2024/2023

شـــــكـــر وعرفـــان

الحمد لله الذي أنـــار لنا درب العـــلم والمعـــرفة، ووفّقـنا لإتمام هذا العمل، إنّ الشّكر لله شكرًا عظيمًا، والحمد لله حمدًا كثيرًا، الذي أعاننا على إنجاز هذا العمل المتواضع.

كما يسرّنا أن نتقدّم بجزيل الشّكر وخالص التّقدير إلى كلّ من أسهم بعمله وجهده ووقته في إنجاز هذا العمل.

فعظيم شكرنا وتقديرنا إلى أستاذنا المشرف "زموري سنوسي" الذي أعاننا في إنجاز هذه المذكّرة، ولم يبخل علينا بنصائحه القيّمة وتوجيهاته التي أفادتنا في إنجاز هذا العمل، فسدّد الله خطاه وحقّق كلّ تطلعاته.

كما نتقدّم بخالص الشّكر والتّقدير إلى كلّ أساتذة علم النّفس الذين بذلوا جهدهم في إيصالنا إلى هذا المستوى وهذا المكان.

كما نتقدّم بالشكر الجزيل للطاقم الإداري لمستشفى محمد بوضياف" على تكرمهم ومدّ يد العون لنا على إنجاز هذا العمل.

تقبّلوا منّا جميعا فائق الاحترام والتّقدير.

إهـــــــداء

لم تكن الرّحلة قصيرة ولا ينبغي لها أن تكون، لم يكن الحلم قريبا ولا الطريق كان محفوفا بالتّسهيلات، لكنني فعلتها ونلتها، فالحمد للـه الذي يسّـر لي البدايات وبلغني النّهايات، والذي بفضله أدركت أسمى الغايات، أهدي بكلّ حبّ مذكرة تخرّجـي إلى:

- إلى نفسي العظيمة الفتيّة التي تحملت الصعوبات وأكملت رغم العثرات.
- إلى من جُعلت الجنّة تحت أقدامها وسهّلت لي الشّدائد، إلى الإنسانة العظيمة التي لطالما تمنّت أن تقرّ عينها برؤيتي في يوم كهذا، أودّ أن أخصّك بكلمة شكر، فلك الفضل الأول في كلّ ما حققته لقد كنتِ لي الأب والأمّ والسّند في كلّ خطوة من خطوات رحلتي، ودعمك كان لي دافعا للاستمرار وعدم الاستسلام، شكرا لكِ على كلّ ما قدّمته لي من حبّ ورعاية واهتمام، فأنتِ الصّديقة التي شاركتها أفراحي وأحزاني "أمّـــي الغـــاليـــة".
- إلى روح أخي الرّاحـــل "عبد الرّؤوف" الذي تمنّيت أن يقاسمني هذا النّجاح ويقف بجانبي، رحمك الله.
- إلى "جدّي "حبيب قلبي الذي كان الدّاعم الأول لي في حيـاتـي "شفاك الله".
- إلى من قوّى عزيمتي وأعانني وأشعرني بالرّاحـة وسانـدني طول هذه الفترة زوجـي وشريـك حياتـي "محمد الأمـين".
- إلى من كانتا لي الرفيقتين والأختين وقاسمتاني متاعب الأيام قبل متاعها توأمتي روحـي "إيـمان وهـاجر"
- إلى من زاد وجودها للحياة بهجة، ورفقتها أعطت للأيام أنـسـا، من عرفتني بها الثانوية يوما، فكانت رفيقتي في هذا العمل "هنيدة ".
- إلى من كنّ أنسا لي طول السنين صديقاتي الغاليات على قلبي "نسيبة، هاجر
- إهداء خاص لأستاذي الفاضل "سنـوسـي زمـوري" تحية شكر وتقدير له على توجيهاته ونصـائحه القيّمة وأسلوبه المبدع والمتجدد دائماً.

"مدينة"

إلى من كلّل العرق جبينه، ومن علمني أنّ النّجاح لا يأتي إلا بالصبر والإصرار، إلى النور الذي أنار دربي والسراج الذي ينطفئ نوره بقلبي أبدا، منبع الغالي والنّفيس واستمدّيت منه قوتي واعتزازي بذاتي "والدي العزيز".

إلى من جعلت الجنة تحت أقدامها، وسهلت لي الشدائد بدعائها، إلى الإنسانة العظيمة التي لطالما تمنت أن تقر عينها برؤيتي في يوم كهذا "أمّـــي العزيزة".

إلى ضلعي الثابت وأمان أيامي، إلى شددت عضدي بهم فكانوا لي ينابيع أرتوي منها، إلى خيرة أيامي وصفوتي، إلى قرّة عيني أخواتي الغاليات "ريمة، يسرى، آية، عفاف".

إلى سندي وقوتي ومهدي وبلسم جراحي، وضوء أملي في ظلام اليأس، إلى ملاذي وركني الثـــابت الذي لا يميل زوجـــي "أحـــمـــد".

إلى من شجعتني وكانت سندا وعونا لي خالتي العـــزيزة "خديـــجـــة".

إلى من رافقتني طوال مشواري، إلى حبيبة القلب والرّوح، إلى صديقتي الغالـية "مـديـنـــة".

لكلّ من كان عونا وسندا في هذا الطّريق، إلى الصديقات الوفيات ورفيقات السّنين، لأصحاب الشّدائد والأزمات، حبيباتي "هـاجر، خولة، نسيبة، هناء، مفيدة".

إلى من أفادني بنصائحه وإرشاداته المخلصة وساعدني طوال مشوار بحثي أستاذي "سنـــوســي زمـــوري"

أهديكم جميعا هذا النجاح لطالما تمنيته ها أنا اليوم أكملت وأتممت أول ثمرة بفضله تعالى، فالحمد لله على ما وهبني وأن يجعلني مباركة وأن يعينني أينما كنت، فمن قال أنا لها نالها، أنا لها وإن أبت رغما عنها أتيت بها فالحمد لله شكراً وحباً وامتناناً على البدء والختام وآخر دعوانا أن الحـــمد لله رب العـــالمـين.

"هنـيـدة "

ملـــــــخّـص:

هدفت الدّراسة الحالية إلى التنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، طبّقت الدّراسة على عيّنة قوامها 64 مريضا بضغط الدّم، وتمّ اتّباع المنهج الوصفي – دراسات العلاقات المتبادلة– بالاعتماد على أداتين في جمع البيانات المتمثّلتان في مقياس نوعية الحياة (لفاطمة الزّهراء زروق 2008) واستبيان الالتزام الصّحي (لكحل رفيقة 2011)، ثمّ تمت المعالجة الإحصائية بالاستعانة على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعيّة رقم (22) SPSS، بحيث كشفت النّتائج عما يلي:

- يساهم الالتزام الصّحي في التّنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.
- توجد فروق في الالتزام الصّحي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.
- توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.
- توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لدرجة الالتزام الصحي (بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصّحي).

الكلمات المفتاحية: نوعية الحياة – الالتزام الصّحي – ارتفاع ضغط الدّم.

Abstract:

This study was carried out with the aim of expecting the quality of life of patients with hypertension, through a health commitment, It was realised on a sample composed of 64 hypertension patients, following the descriptive methodology- studies of exchange relationships-, and to accumulate the data, two techniques were used, which are; the quality of life measurement scale (Zarouk Fatima

Zahra 2008) In addition to a health commitment questionnaire (Lakhel Rafika 2011), as well as the statistical processing was done based on the Statistical Package for Social Science (SPSS), the results were presented as follow:

- Health commitment contributes of predicting quality of life for patients with hypertension.
- Differences in health commitment are present due to gender diversity among hypertension patients.
- Differences in quality of life are detected for patients with hypertension due to change of gender.
- A presence of different qualities of life linked to the degree of health commitment (between a high health commitment and a low one).

Key words: Quality of life- health commitment - hypertension.

فهرس المحتوى:

الموضوع: **الصفحة**

شكر وعرفان.....

إهداء.....

ملخص البحث.....

فهرس المحتوى.....

فهرس الجداول والأشكال.....

فهرس الملاحق.....

مقدمة البحث.....أ

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

1-الإشكالية.....**09**

2- فرضيات البحث **14**

3- أهداف البحث.....**14**

4- أهمية البحث.....**14**

5- تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث.....**15**

6- الدراسات السابقة والتعقيب عليها.....**16**

فهرس المحتوى

الفصل الثاني:

نوعيّـــــة الحـــيـــاة

تمهيد.....25

1-مفهوم نوعية الحياة.....26

1-1. التعريف اللغوي.....26

1-2. التعريف الاصطلاحي.....26

2- التوجهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة.....28

2-1. التوجه المعرفي.....28

2-1-1. نظرية لاوتن.....29

2-1-2. نظرية شالوك.....31

2-2. التوجه الإنساني.....32

3- نماذج مفاهيمية لتعريف وقياس نوعية الحياة.....36

3-1. نموذج "بورث ويك".....36

3-2. نموذج "فيليس وبيري".....38

3-3. النموذج النظري العربي 42

4- مكونات نوعية الحياة.....44

4-1. المكون المعرفي.....44

4-2. المكون السلوكي.....44

4-3. المكون الوجداني.....44

فهرس المحتوى

5- أبعاد نوعية الحياة.....46

5-1. بعد الاستقلالية.....46

5-2. البعد البيئي.....46

5-3. البعد الروحي والمعتقدات الشخصية.....46

5-4. البعد الاجتماعي.....46

5-5. البعد الجسمي.....46

5-6. البعد النفسي.....46

6- مؤشرات نوعية الحياة.....47

6-1. مؤشرات ذاتية.....49

6-2. مؤشرات موضوعية.....50

خلاصة الفصل.....51

الفصل الثالث:

الالتـــزام الصّـــــحـــــي

تمهيد.....54

1- مفهوم الالتزام الصحي.....55

1-1. التعريف اللغوي.....55

1-2. التعريف الاصطلاحي.....56

2- النماذج المفسرة للالتزام الصحي.....57

2-1. نموذج المعتقدات الصحية.....57

2-2. نموذج التمثيلات الصحية.....61

فهرس المحتوى

2-3. النموذج المعرفي.....64
2-4. نموذج الإذعان الصحي.....67
2-5. نموذج مراحل التّغيير.....70
3- العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي.....73
3-1. العوامل المتعلقة بالمريض.....73
3-2. العوامل المتعلقة بالمرض.....74
3-3. العوامل المتعلقة بالسيرورة العلاجية.....75
3-4. العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض.....77
3-5. العوامل المتصلة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية.....78
4- قياس الالتزام الصحي.....80
4-1. القياس المباشر.....80
4-2. القياس غير المباشر.....82
5- تحسين الالتزام الصحي.....83
6- الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.....85
خلاصة الفصل.....87

الفصل الرابع:

الضـغـط الدّمـــــوي

تمهيد.....90
1- مفهوم الضغط الدموي.....91
1-1. تعريف ضغط الدم.....91
1-2. تعريف ارتفاع ضغط الدم.....91
2- أسباب ارتفاع ضغط الدم.....92

فهرس المحتوى

2-1. الوراثة.....92

2-2. أسباب غدية.....92

2-3. البدانة.....93

2-4. الأسباب النفسية.....93

2-5. تناول المشروبات الممنوعة.....93

2-6. التوتر.....93

2-7. السن والجنس.....93

3- تصنيف الضغط الدموي.....94

3-1. ارتفاع ضغط الدم الانبساطي.....94

3-2. ارتفاع ضغط الدم الثانوي.....94

4- أعراض ارتفاع ضغط الدم.....95

5- قياس ضغط الدم.....96

5-1. استعمال المضغط والسماعة.....97

5-2. القياس الذاتي.....98

5-3. القياس المتنقل.....99

6- تشخيص ارتفاع ضغط الدم.....99

7- علاج ارتفاع ضغط الدم.....102

7-1. العلاج الدّوائي.....102

7-2. العلاج بغير الأدوية.....104

7-3. العلاج النفسي.....105

خلاصة الفصل.....107

فهرس المحتوى

الجانـــــب الـــــتّطـــبيـــقي

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة

تمهيد.....110

1-الدّراسة الاستطلاعية.....111

2- منهج البحث.....112

3- الإطار الزماني والمكاني للبحث.....112

4- عينة البحث.....113

5- أدوات البحث.....117

6-الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.....128

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل النتائج.....130

1-1. عرض وتحليل الفرضية الأولى.....130

1-2. عرض وتحليل الفرضية الثانية.....134

1-3. عرض وتحليل الفرضية الثالثة.....135

1-4. عرض وتحليل الفرضية الرابعة.....135

2- مناقشة الفرضيات.....137

2-1. مناقشة الفرضية الأولى.....137

2-2. مناقشة الفرضية الثانية.....138

2-3. مناقشة الفرضية الثالثة.....138

2-4. مناقشة الفرضية الرابعة.....139

فهرس المحتوى

الاستنتاج العامّ.....141

خاتـــــــمة 142

الاقتراحـات.....145

الملاحق.....

فهرس الجداول والأشكال

فهرس الجداول:

رقم الجدول	عـــــنـــــوان الجدول	رقم الصفحـــة
الجدول 01	يوضح المجالات الثمانية لنوعية الحياة حسب نظرية "شالوك".	31
الجدول 02	يوضح تصنيف "كارول رايف" للمرتفعين والمنخفضين في نوعية الحياة النفسية.	35
الجدول 03	مكونات نوعية الحيــاة للباءات الثلاثة.	45
الجدول 04	يوضح تصنيف ضغط الدم بالمليمتر الزئبقي للراشد.	95
الجدول 05	الفحوصات التي يعتمد عليها تشخيص ارتفاع ضغط الدم.	101
الجدول 06	يمثل الفصيلة الدوائية والدواء المنتمي إليها.	104
الجدول 07	يوضح خصائص عينة الدّراسة حسب الجنس.	113
الجدول 08	يوضح خصائص العينة حسب الفئة العمرية.	114
الجدول 09	يوضح خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية.	115
الجدول 10	يوضح خصائص العينة حسب المستوى التعليمي.	116
الجدول 11	يبين أبعاد وبنود نوعية الحياة.	117
الجدول 12	يبين مستويات وطريقة تنقيط المقياس.	119
الجدول 13	يوضح العبارات الإيجابية والسالبة للمقياس.	120
الجدول 14	يبيّن معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لاختبار نوعية الحياة بعد تطبيقه على عينة التقنين.	121
الجدول 15	يبين معاملات الثبات لاختبار طريقة الحياة والأبعاد الفرعية.	123
الجدول 16	يوضح معامل الثبات لاستبيان الالتزام الصحي.	125
الجدول 17	يوضح نتائج الصدق الذاتي للاستبيان.	126
الجدول 18	يوضح نتائج حساب صدق استبيان الالتزام الصحي.	127
الجدول 19	يمثل مدى اعتدالية توزيع البيانات.	131
الجدول 20	يمثل وصف متغيرات البحث للارتباطات الجزئية.	132
الجدول 21	يوضح الارتباط المتعدد بين الالتزام الصحي بنوعية الحياة لدى أفراد عينة البحث.	132
الجدول 22	يوضح نتائج تحليل التباين عن طريق الانحدار.	133
الجدول 23	يوضح ملخص نموذج الانحدار.	134
الجدول 24	يوضح الفروق في الالتزام الصحي لدى أفراد العينة حسب الجنس.	135
الجدول 25	يوضح الفروق في ارتفاع ضغط الدم لدى أفراد العينة حسب الجنس.	136
الجدول 26	الفروق الفردية في نوعية الحياة لدى أفراد العينة حسب مستوى الالتزام الصحي.	137

فهرس الأشكال:

رقم الأشكال	عنوان الشكل	رقم الصفحة
الشكل 01	يوضح جودة الحياة The Good Life.	30
الشكل 02	يوضح الأبعاد الأساسية لنوعية الحياة النفسية والأسس النظرية الخاصة بها.	34
الأشكال03، 04، 05	يمثلون نموذج "بورث ويك" لتعريف وقياس نوعية الحياة.	37
الشكل 06	يمل نموذج "فيليس وبيري" الذي يعرّف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والقيم الشخصية.	39
الشكل 07	نموذج "فيليس وبيري" للتقييم الشامل لنوعية الحياة.	41
الشكل 08	يمثل تصورات أبو سريع وآخرون (2006) لتصنيف محددات نوعية الحياة وفق موقعها (داخلية، خارجية) وطريقة قياسها (ذاتي، موضوعي).	43
الشكل 09	مكونات النظرية التكاملية لنوعية الحياة.	48
المخطط 10	يوضح المعتقدات الصحية.	60
المخطط11	نموذج التنظيم الصحي للصحة (Leventhal 1980-1984).	63
المخطط 12	يمثل عناصر النموذج المعرفي.	64
المخطط 13	يوضح مكونات نموذج الإذعان الصّحي.	68
المخطط 14	يوضح مراحل تطور نموذج التّغيير.	72
المخطط 15	يوضح العوامل المؤثرة في الالتزام الصّحي.	79
الشكل 16	يوضح خصائص العينة حسب الجنس.	113
الشكل 17	يوضح خصائص العينة حسب الفئات العمرية.	114
الشكل 18، 19	يوضحان خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية.	115
الشكلان 20، 21	يوضحان خصائص العينة حسب المستوى الدّراسي.	116

فهـــرس الملاحق:

رقـــم المـــــلحـــق	عنـــوان المـــلحق
01	مقياس نوعية الحياة
02	استبيان الالتزام الصّـحي
03	مخرجات برنامج spss

مقدّمة

مقـــــدّمـــة:

باتت إدارة الأمراض المزمنة من أكبر المشاكل التي تواجهها السياسات الصحية العالمية، نظراً لانتشارها الكبير وخطورة مآلها، وعبئ زيادة نفقاتها الطبية على الأنظمة الصحية، وتسببها في تدني نوعية الحياة فضلاً عن الأعباء المادية المرهقة والضغوط النفسية والاجتماعية للمرضى وأسرهم والمجتمع عموماً.

فالمرض المزمن خاصة مرض ضغط الدم مشكلة صحيّة معقدة وطويلة الأمد، فإنه في غالب الأحيان يؤدي إلى مضاعفات تتجاوز الأعراض الجسمية مثل: الاكتئاب، القلق، اضطرابات النوم، مما قد يصعب على الفرد مواصلة عمله أو إدارة وظائفه اليومية كالقيام بالأعمال المنزلية، او حضور الاجتماعات وغيرها من الأمور التي قد تؤدي بدورها إلى مشكلات في العلاقات وعدم الاستقرار المالي إلى غير ذلك وهذا إن دلّ على شيء فإنه يدل على القيود التي يفرضها الألم على نوعية حياة الأفراد مما قد يجعلها متدنية أو متدهورة.

تعتبر طريقة أو نوعية حياة فرد ما، بمختلف جوانبها سواء كانت جسمية، عقلية، انفعالية أو اجتماعية لها أهمية خاصة في مجال الأمراض المزمنة، فهذا المصطلح ليس بجديد بل يعتبر مفهوم قديم، تطور في الخمسينيات عندما برزت العلاجات في حقل الأمراض المزمنة، واتفق في مجمله أنه مفهوم ذاتي فردي متعدد الجوانب إلاّ انه وبعد فترة زمنية ظهرت اختلافات عديدة بين العلماء عن إعطاء مفهوم محدد لهذا المصطلح، فنجد في الطب مثلا ان مفهوم نوعية الحياة يقاس بالفترة التي يبقى بها الفرد على قيد الحياة بوجود المرض، مع عدم الاخذ بعين الاعتبار مسألة المشاكل النفسية والاجتماعية التي يخلفها المرض والعلاج.

تشمل نوعية الحياة حسب دراستنا حول مرض ضغط الدم كل ما يتوقعه الفرد عن ذاته بأنّه قادر على أداء وتنفيذ السلوك الآلام والمناسب، والذي يعود عليه بنتائج تخدم صحته وتزيد من

تقديره الإيجابي لذاته وتعطيه القدرة على مواجهة مختلف التحديات والصعوبات التي تصادفه في حياته اليومية، فدورها مهم في التحكم بالمرض ومواجهته.

إنّ التكيف مع مرض ضغط الدم ليس بالعملية السهلة، حيث أنّ أهم مشكلة تواجه إدارة المرض تتمثل في ارتفاع مستويات عدم الالتزام بالعلاج بصورة منتظمة، إذ يتطلب الأمر تغيرات رئيسية في نمط الحياة، إلا أنّ أغلب هؤلاء المرضى لا يكفي معهم إحداث تغيّرات في نمط حياتهم، فهم يحتاجون بشكل أساسي إلى الالتزام بأدوية يصفها الطبيب من أجل التحكم في المرض.

والمقصود هنا بالالتزام بالأدوية Médication adherence حسب "كاميشيما" Kamishima": مدى فهم المرضى لأمراضهم وعلاجهم تماماً، والمشاركة الإيجابية واتباعهم العلاج وفقاُ للتوصيات المتفق عليها، والاستخدام المثالي للأدوية بناء على هذا المفهوم هو عندما يستمر المرضى في تناول أدويتهم لأنهم يدركون أنّها ضرورية، بالتشاور والتعاون مع مقدّم الرعاية الخاصة بهم حول إدارة حالتهم الصحية.

كما أنّ الالتزام بالدواء لا يتطلب فهم المريض للحاجة إلى الدّواء فحسب، بل يتطلّب أيض علاقة جيّدة بين المريض ومقدّم الرّعاية الصحية، واختيار الدّواء الذي يتناسب مع نمط حياة المريض، واستعداده لتناول الدّواء، فعندما لا يتبنى المرضى السلوكات والمعالجات التي يوصي بها القائم بالرعاية الصحية، هذا يعني بعدم الالتزام "Adherence NON".

وتتراوح تقديرات عدم الالتزام ما بين (15% إلى 93%) من مجموع المرضى، فهي برامج العلاج بالمضادات الحيوية قصيرة المدى، وهي من أكثر الوصفات شيوعا، يقدّر أنّ ثلث المرضى على الأقل لا يتقيّدون بها بشكل كافٍ، كما أنّ (50% إلى 80%) من المرضى لا يلتزمون بمواعيدهم التي يتمّ تحديدها لغايات تعديل سلوكاتهم الوقائية، ونسبة (20% إلى 80%) ينسحبون من برامج تعديل أسلوب الحياة التي يتمّ إعدادها خصيصا من أجل معالجة بعض السلوكات الخطيرة على الصحة مثل التّدخين والبدانة.

وتكمن الخطورة في مرض ارتفاع ضغط الدّم أنّه كلما ارتفع الضغط داخل الأوعية الدّموية، زاد العبء الواقع على القلب في ضخّ الدّم، ومن الممكن أن يؤدّي ارتفاع ضغط الدّم ما لم يتم التحكم فيه إلى نوبة قلبية وتضخم القلب، مما قد يتسبب في فضل القلب في نهاية الأمر، وقد تتكوّن انتفاخات (أمهات الدّم) وأماكن ضعيفة داخل الأوعية الدّموية، ممّا يزيد احتمال تجلط هذه الأوعية وانفجارها، وقد يؤدّي ضغط الأوعية الدّموية إلى تسرّب الدّم داخل المخّ، كما يمكن أن يسبب سكتة دماغيّة.

فهنا تبرز ضرورة الالتزام بالعلاج الدّوائي، وكذلك توعية المرضى وتزويدهم بالمعلومات حول مرضهم من أجل تحسين اِلتزامهم والتّكيف مع البرامج الطّبية اللازمة، وبالتالي تغيير أفكارهم الخاطئة حول مرضهم وتغيير نمط الحياة الذي يتناسب مع مرضهم ونوعية الحياة لديهم، وبناءً على هذا الأساس ومن خلال المتغيّرات التي تمّ الاعتماد عليها في البحث، تمّ تقسيم البحث إلى جانبين:

- **الجانب النّظري:** والذي اشتمل على أربعة فصول وهي:

- **الفصل الأول:** تضمن الإطار العام لإشكالية البحث ومبرراته، حيث قمنا من خلاله بتحديد وصياغة المشكلة وتساؤلات وفرضيات البحث وأهدافه، وتمّ تحديد المصطلحات الأساسية لمتغيرات البحث، والتّعريفات الإجرائية بالإضافة إلى جملة من الدّراسات التي تقاربت إلى حدّ ما مع موضوع البحث والتّعقيب حولها.
- **الفصل الثاني:** والذي خصّص لنوعية الحياة، حيث تمّ من خلاله تحديد بعضا من المفاهيم والمصطلحات بعد التّطرق إلى التمهيد، من ثمّ ذكر بعض من النّظريات والنّماذج والتّوجهات التي عبّر من خلالها العلماء عن منظورهم ورؤيتهم لهذا المفهوم، أمّا الخطوات التّالية تمثلت في: توضيح الأبعاد المفسرة لنوعية الحياة، مكونات نوعية الحياة، وكذلك مؤشراتها والتي تلاها تعقيب الباحثتان لبعض من العناصر التي تمّ التّطرق إليها، وفي الأخير تمّ عرض خلاصة الفصل.

- **الفصل الثالث:** خصّص للالتزام الصّحي، حيث تمّ من خلاله عرض تمهيد للفصل، ثم قمنا بتحديد المصطلحات والمفاهيم الخاصة بالالتزام الصحي، ثمّ عرض لبعض النّماذج النّظرية المفسرة له، وكذلك تحديد العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي، قياس الالتزام الصحي، تحسين الالتزام الصحي، وفي الأخير التّعرف على الالتزام الصحي عند مرضى ارتفاع ضغط الدّم، مع خلاصة الفصل.
- **الفصل الرابع:** خصص هذا الفصل للتّعرف على الضغط الدموي، وتصنيفاته، والأسباب المؤدية لارتفاعه، وكذلك تمّ تحديد أعراضه وكيفية تشخيصه وقياسه، وفي الأخير العلاج وطرق الوقاية من ارتفاع ضغط الدّم مع خاتمة الفصل.

أمّا القسم الثاني من هذه الدّراسة، يتضمن الجانب التّطبيقي الذي احتوى على فصلين:

- **الفصل الخامس:** قمنا من خلاله بالخطوات الأساسية التي تمّ الاعتماد عليها في الجانب التّطبيقي المتمثلة فيما يلي:

أوّلا: الدّراسة الاستطلاعية والتي تمّ فيها التّطرق إلى العناصر التالية: أهداف الدّراسة الاستطلاعية، مكان وزمان إجراء الدّراسة الاستطلاعية، منهج الدّراسة الاستطلاعية، ذكر خصائص عيّنة الدّراسة الاستطلاعية، وكذلك حدود الدّراسة.

ثانيا: أدوات القياس وخصائصها السيكومتريّة: وفي هذا الجزء تمّ تحديد الأدوات المعتمدة في هذا البحث؛ من استبيان متعلق بالبيانات الشّخصية لأفراد العيّنة، تعريف مقياس نوعية الحياة وتصحيحه والخصائص السّيكومترية له بعدما كان الانتقال إلى مقياس الالتزام الصحي مع مفتاح تصحيحه والخصائص السيكومتريّة له.

ثالثا: في هذه الخطوة تمّ التعريف بأهم الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث الحالي.

- **الفصل السادس:** تمّ عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة الخاصة بالتساؤلات والفرضيات التي خصصت للبحث التالي حيث اعتمدت على خطوات والتي تمت من خلال ثلاثة أقسام:

1- عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث: حيث تضمن أيضاً عرض وتحليل النتائج بالنسبة للفرضية الأولى، الثانية، الثالثة، الرابعة.

2- تحليل وتفسير ومناقشة فرضيات البحث: في هذا الجزء تمّ تحليل وتفسير ومناقشة الفرضية، الأولى، الثانية، الثالثة، الرّابعة.

وفي الأخير تمّ الوصول إلى استنتاج عامّ للدّراسة وخاتمة واقتراح البعض من التّوصيات.

الجانب النّظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأوّل: الإطار العامّ للبحث

1-إشكـــــــالية البحث.

2-فرضيــات البـــــحث.

3-أهداف البحث.

4- أهمية البحث.

5- المفاهـــيم الإجرائية للبحث.

6- الدّراســـات السّـــابقـــة.

1- إشكالية البحث:

تعدّ الإصابة بالمرض من الحالات الخطيرة التي تهدّد سلامة الفرد جسميّا واجتماعيا ونفسيا واقتصاديا بشكل يعيق المريض عن أداء أدواره الاجتماعيّة، حيث يعتبر من أصعب التّجارب خاصّة إذا كان من الأمراض المزمنة، والتي حدّدتها منظمة الصّحة العالميّة منها (السّرطان، الفشل الكلوي، الضّغط الدّموي، السّكري، أمراض القلب، الأمراض النّفسيّة...) وإنّ الإصابة بتلك الأمراض قد يؤدّي إلى عرقلة السّيرورة النّفسيّة وكذا الصّحية للأفراد، ممّا يُضعف نوعيّة الحياة لديهم وقد يشكّل أزمة حقيقيّة تلزم وجود مساندة اجتماعيّة لاجتيازها والتّخفيف من آثارها السّلبيّة.

ففي الوقت الحالي أصبحت الأمراض السّكوسوماتيّة أو المزمنة تشكل الأسباب الرّئيسية للوفاة في العالم، حيث تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة، ولا يمكن الشّفاء منها في الغالب، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم في تطورها من قِبل المريض والمشرفين على علاجه. **(تايلور، 2008، ص45).**

فهي أمراض معقدة الأسباب تتطلّب تدخلا طبيّا عاجلا ومستمرا، ويتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصّحية ومن ثمّ تؤثر على نوعيّة الحياة لدى المريض، حيث يترتب تغيير نمط وأسلوب الحياة، وجود صعوبة في أداء الأدوار الاجتماعية، صعوبة في اتخاذ القرارات، عدم القدرة في التّحكم في الضّغوط ومشاعر القلق والخوف، ومشكلات العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ممّا يفرض عليه قيودا مرتبطة بأدوية معينة ونظام غذائيّ معين وممارسة أنشطة معيّنة. **(الطّملاوي، 2012، ص35).**

ولقد شهدت الآونة الأخيرة ارتفاعا ملحوظا في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة التي تنوّعت وتعدّدت خاصة مرض اِرتفاع ضغط الدّم والذي يسمّى بـ "مرض العصر"، فهو أحد المشكلات

الصّحيّة المزمنة الذي تقدّر عدد الإصابة به حوالي 1.28 مليار شخص بالغ من الفئة العمريّة (30–79) سنة حول العالم، وحسب الإحصائيات التي أجرتها الجمعيّة الجزائريّة لمرضى ارتفاع ضغط الدّم حدّدت ب 35% من الجزائريّين المصابين به.

ويقدر عدد الأشخاص البالغين 18 سنة فما فوق المصابين به على مستوى عالمي بنحو 982 شخص ما يعادل 26% من سكان العالم، ويعيش منهم 333 مليون شخص في الدّول المتطورة و639 مليون شخص في الدّول النّامية. **(منظمة الصحة العالمية، 2023، ص34).**

وترى منظمة الصحة العالمية **OMS** بأنّ ضغط الدّم يكون مرتفعا عند تجاوز معدّل الضغط الانقباضي 140 و**MMH**، أو تجاوز معدّل الضغط الانبساطي 90 و**MMH**، وكذلك بمعدّل ثلاث قياسات مأخوذة لمريض مستلقٍ على سرير بعد 15 دقيقة من الرّاحة خلال شهر.

فبالنّسبة لـ90% من الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم لم يتم تحديد أي سبب واضح، إذ يتم وصفهم بأنهم يعانون من فرط ضغط الدم الأساسي أو الأولي، أما بالنسبة لـ10% من الآخرين فتمّ اكتشاف سبب محدد، ويُشار لهؤلاء الناس بمعاناتهم من فرط ضغط الدّم الثانوي. **(برويز، 2015، ص17).**

وضغط الدّم الانبساطي هو عبارة عن ذلك النشاط الناجم عن انقباض تجاويف القلب، وهو حساس لكميات الدم المتدفقة من القلب ولقدرة الشّرايين على التمدّد من أجل احتواء هذا الدم، أمّا الضغط الانبساطي فيمثل مستوى الضغط في الشرايين عندما يكون القلب مسترخيا، فهو مرتبط بمدى مقاومة الأوعية الدموية لتدفق الدم. **(تايلور، 2008، ص741).**

ومن هنا فإن التدخلات المتعلقة بتعامل وتكيف الفرد مع هذا المرض، وكذا تخفيض التكاليف الصحية المتعلقة به باتت على درجة من الأهمية بالنسبة للمهتمين بالصحة، ومن المشكلات عالية الخطورة وبالغة التعقيد فيما يخص هذه التدخلات خصوصا فيما يتعلق بالالتزام الصحي بالبرامج الطبية بعيدة المدى الذي يعد مشكلة واردة لدى جميع المرضى المصابين بالأمراض المزمنة فحسب منظمة الصحة العالمية:

"عدم الالتزام بعلاج الأمراض المزمنة يشكّل مشكلة لافتة في جميع أنحاء العالم ويقدر متوسط عدم الالتزام على المدى الطويل لعلاج الأمراض المزمنة في البلدان المتقدمة بـ50% ، في البلدان النامية تكون المعدلات أقل ولا يمكن الإنكار أنّ العديد من المرضى لا يلتزمون ويجدون صعوبة في اتباع التّوصيات العلاجيّة". **(لكحل، 2011، ص5).**

وبالتالي فإن التكيف مع هذه الأمراض المزمنة ليست عملية سهلة، ولذا اعتبرت مستويات عدم الالتزام بالعلاج من المشكلات الرئيسية التي تواجه محاولات إدارة ضغط الدم، والناتج بصورة رئيسية عن عدم وجود أعراض للمرض، ممّا يؤدّي إلى عدم اتباع العلاج بصورة منتظمة، بالإضافة إلى ذلك تعود حالات عديدة من عدم الالتزام إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض حول مرضه وطريقة تعامله معه، أضف إلى ذلك مضاعفة العقاقير المزعجة ممّا يضعف اِلتزامه الصحي، ويعرضه إلى مخاطر صحية.

(تايلور، 2008، ص616).

ففي دراسة مشهورة قام بها (Jachuck &al) حول فرط ضغط الدم، وجدوا أنّه على الرغم من أن 100% من الأطباء ذكروا أنّ جودة حياة مرضاهم تحسّنت مع الالتزام بالعلاج والتناول المنتظم لدواء ضغط الدم، إلا أن نسبة من أيد ذلك من المرضى لم تتجاوز 50% ولم يؤيده أي من الحيطين بالمريض.

وهذا ما أكدته دراسة "صليحة عدودة" سنة (2015) حول الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التّاجي، وذلك على عينة مكونة من 129، فأظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأشخاص لا يلتزمون (بتناول الأدوية_ الاتّصال الفعّال مع الطبيب_ الحمية الغذائيّة..) لدى مرضى الشريان التّاجي.

إنّ الكثير من المرضى يفشلون في إظهار الالتزام (التعهد) بالنظم الصحيّة الموصي بها مثل أخذ المضادات الحيوية، عمل تغيرات في النمط الغذائي وأخذه التطعيمات، وإنّ تقديرات مدى عدم الالتزام بنسبة 15% إلى 93% (بناء على النظام)، بمتوسط نسبة 30%، فإنّ نسبة 40% من الناس لا يتلقّون تطعيمات موصى بها، ونسبة 20% إلى 50% من الناس تفوتهم

المواعيد المجدولة للعلاج الطبي، يرتبطون بعدم الالتزام بالتكاليف الكبيرة على الأفراد والمجتمعات. إنّ عدم أخذ الدواء الموصى به يؤدي إلى استمرار الأعراض ويسبب استمرارية وتفاقم في المرض.

إنّ الأفراد الذين لا يلتزمون بالتّوصيات الطّبية يظهرون نواتج ضعيفة، بما في ذلك ضعف جودة ونوعية الحياة، وارتفاع الوفيات على سبيل، إنّ مرضى فرط ضغط الدم الذين يفشلون في أخذ الأدوية الموصى بها من المحتمل أن يودعوا في المستشفيات بنسبة أربع مرات أكثر ممن يلتزمون بالعلاج، إنّ عدم الالتزام بالنّظام العلاجي واستمرار الأعراض ربما يؤدي بالمختصين في الرعاية الصحية إلى وصف جرعة كبيرة من الدواء، حيث يعتقدون أنه لا يوجد أي أثر للدواء إذا ما أخذ بجرعات صغيرة، وكذلك فإنّ ضعف الالتزام يمكن أن يؤدي إلى تكاليف على المجتمع مثل تنمية أهداف التعلم، فيروسات مضادة للدواء، انتشار المرض مع الخسارة في الإنتاج وضعف جودة الحياة.

(علي عيسى، شواش، 2019، ص499-500).

ومن خلال ذلك فقد أشارت البحوث إلى الأهمية الكبيرة من أجل توعية المرضى وتزويدهم بالمعلومات حول مرضهم من أجل تحسين اِلتزامهم والتكيف مع البرامج الطبية اللّازمة، وتغيير أفكارهم الخاطئة نحو مرضهم وبالتالي تغيير سلوكهم نحو الالتزام بتناول الأدوية والتقيد بالكمية وتغيير نمط الحياة الذي يتناسب مع مرضهم ونوعية الحياة لديهم.

حيث إن نوعية الحياة لدى المصاب بالضغط الدموي تلعب دورا هاما في إدراكه لجوانب حياته، وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصّحة النفسية والجسدية الإيجابية وتوافقه مع القيم السّائدة في المجتمع.

فهي تشمل كل ما يتوقعه الفرد عن ذاته بأنّه قادر على أداء وتنفيذ السلوك الملائم والمناسب، والذي يعود عليه بنتائج تخدم صحته وتزيد من تقديره الإيجابي لذاته وتعطيه القدرة على مواجهة مختلف التّحديات والصّعوبات التي تصادفه في حياته اليومية، فدورها مهمّ في التّحكم بالألم ومواجهته. **(حاج صحراوي، 2019، ص8).**

إلا أنّنا قد نجد أنّ نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم منخفضة، وذلك راجع إلى أنّهم يمتلكون توقعات سلبية فيما يتعلق بالتّعامل مع الألم ومنطلق محاولات المعالجة والتفكير المستقبلي لمرضهم، وكيفية تحقيق رغبات الحياة، فمعظم أفكارهم وانفعالاتهم تدور حول التأثيرات السلبية للمرض، وبالتالي لا يتمّ تطوير استراتيجيات إيجابية في المواجهة، إذ يطغى على المريض مشاعر الحزن، وتعكّر المزاج، ومشاعر اليأس من كل الخبرات التي يمر بها مما يولّد لديه صورة سلبية عن الذات مما تعيقه عن تحقيق درجة من التّكيف الأمثل في علاقته بنفسه وبالآخرين.

وهذا ما أكدته دراسة محمد علي بوبيدا سنة 2021 حول نوعية الحياة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي، وذلك على عينة مكونة من 70 مريضا. حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنّ نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي منخفضة في جميع المجالات وخاصة المجال الجسمي الذي يعتبر من أكثر المجالات انخفاضا.

ولتحقيق التوازن في نوعية الحياة يستلزم على المريض تغيير تام لذاته، والفهم الجيد لكافة النصائح والإرشادات من قِبل المشرفين على علاجه، بحيث تعتبر فعالية الذات الفاعل الرئيسي للحفاظ على الصحة والتّعامل مع الألم الناتج عن أيّ مرض معيّن.

ومن خلال ما تمّ عرضه إضافة إلى نتائج الدّراسات السابقة تبيّن أن هناك مجموعة من العوامل النّفسية المرتبطة بالجانب النّفسي لمرضى ارتفاع ضغط الدم من بينها الالتزام الصّحي ونوعية الحياة.

وهذا ما يدفعنا في البحث إلى طرح الأسئلة التّالية:

- هل يساهم الالتزام الصّحي في التّنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى اِرتفاع ضغط الدم؟
- هل توجد فروق في الالتزام الصحي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم؟
- هل توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم؟

- هل توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لدرجة الالتزام الصحي (بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصحي)؟

2- فرضيات البحث:

- يساهم الالتزام الصّحي في التّنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- توجد فروق في الالتزام الصّحي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لدرجة الالتزام الصّحي بين (مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصحي) لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.

3- أهداف البحث:

من خلال هذه الدّراسة نهدف للكشف عمّا يلي:

1-التّعرف على مستوى الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.

2-التّعرف عمّا إذا كان الالتزام الصّحي يساهم في التّنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.

3-الكشف عن وجود فروق بين أفراد عينة الدّراسة على استبيان الالتزام الصّحي تعزى لمتغيّر الجنس.

4-الكشف عن وجود فروق بين أفرد عينة الدراسة على مقياس نوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس.

5-التّعرف على الفروق في نوعية الحياة بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.

4- أهمية البحث:

تتمثل أهمية الدّراسة فيما يلي:

❖ يعتبر مرض ضغط الدّم من أهم المواضيع بحكم تزايد انتشاره بنسبة كبيرة، ومنه فإنّ لهذه الدّراسة أهمية كبيرة بسبب إضافة جوانب النّفس الاجتماعية فيها.

- ❖ تتبين أهمية الالتزام الصحي في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية، حيث يعتبر أهم خطوة في السيطرة على المرض وإدارته، لذا ارتأينا دراسته لأهميته في العملية العلاجية خاصة في علاج الأمراض المزمنة.
- ❖ أهمية الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم في تعزيز استقرار الحالة الصحية للمرضى، مما ينعكس إيجابيا على تصوراتهم العقلية المرتبطة بصحتهم، الأمر الذي بدوره يساهم في بناء أفكار مرتبطة بنوعية الحياة؛ حيث يصبح تركيز المرضى بشكل دائم على تقييم صحتهم ومعرفة كيفية التكيف والتأقلم مع نوعية الحياة المرضية وإيجاد بدائل خاصة في ارتفاع ضغط الدّم.

5- المفاهيم الإجرائية للبحث:

1) مفهوم نوعية الحياة:

هي إدراك الفرد لمكانته في الوجود وفي سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه وعلاقته مع أهدافه وتطلعاته ومعاييره وانشغالاته، ويستدل به من خلال الدرجة التي يتحصل عليها الفرد من خلال إجابته على المقياس المستخدم في الدّراسة "**مقياس نوعية الحياة لفاطمة الزهراء الزروق**".

2) مفهوم الالتزام الصّحي:

هو اِلتزام المريض بالنصائح والإرشادات والتّوصيات الطّبية، وذلك من خلال الالتزام بحضور المواعيد الطبية طول فترة العلاج، وتناول الأدوية الموصوفة واتباع نظام غذائي صحي، والمواظبة على ممارسة الأنشطة البدنيّة في الحياة اليومية، ويستدل به من خلال الدّرجة الكلية المتحصل عليها في استبيان الالتزام الصّحي المصمم من طرف الباحثة "**لكحل رفيقة**".

6- الدّراسات السّابقة:

1.6- دراسات خاصة بنوعية الحياة:

أ/ دراسة منصور محمد علي بوبيدا سنة 2021:

- **عنوانها:** نوعية الحياة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدّموي.
- **الهدف العام:** هدفت هذه الدّراسة إلى محاولة التّعرف على طبيعة نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل في ضوء بعض المتغيّرات الدّيموغرافية (الجنس، العمر، المستوى التّعليمي، الحالة العائليّة، وتاريخ بداية الغسيل الدموي)، واستندت إلى المنهج الوصفي الارتباطي الملائم لطبيعة هذه الدّراسة، وتكوّنت عيّنة البحث من 70 مريضا من مرضى الغسيل الكلوي الذين يرتدّون إلى قسم وحدة الغسيل الكلوي (بمستشفى عطية الكاسح بمدينة الكفرة) (32 ذكور، 38 إناث).
- وقد تمّ استخدام مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصّحة العالمية (الصّورة المختصرة).
- وقد توصلت نتائج البحث إلى: أنّ نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل منخفضة في جميع مجالاتها وأنّ المجال الجسمي يعتبر من أكثر المجالات انخفاضا، كما وجد تأثير دال إحصائيا لكل من العمر والجنس والمستوى التعليمي على نوعية الحياة الجسمية لدى المرضى. **(بوبيدا، 2021، ص10).**

ب/ دراسة رامي طشطوش، محمد الفشار، سنة 2016:

- **عنوانها:** نوعية الحياة وتقدير الذّات لدى مرضى السّكري في الأردن.
- **الهدف العام:** هدفت الدّراسة إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات والعلاقة بينهما لدى مرضى السّكري في الأردن. تكونت عيّنة الدّراسة من 360 مريضا ومريضة من المصابين بمرض السّكري النوع الثاني، واستندت هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي لملاءمته لطبيعة هذه الدراسة، ولتحقيق أهداف الدّراسة استخدم الباحثان مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصّحة العالمية (The World

Organization Quality of life)، ومقياس تقدير الذّات لـ"روزنبيرغ" (Rosenbereg Self-Esteem Scale).

- أظهرت نتائج الدّراسة أنّ مستوى نوعية الحياة وتقدير الذّات لدى مرضى السّكري جاء ضمن المستوى المرتفع، وأنّ هناك فروقا دالّة إحصائيا في مستوى نوعية الحياة تبعا لمتغيرات (الجنس، المؤهل العلمي، ومدة الإصابة بالمرض)، بينما لم يكن هناك فروقا دالة إحصائيا في مستوى نوعية الحياة في مستوى تقدير الذّات تبعا لمتغيّري: العمر، ومدّة الإصابة بالمرض. وأخيرا أظهرت نتائج الدّراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائيا بين مستوى نوعية الحياة وبين مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن. **(طشطوش، الفشار، 2016، ص133).**

جـ/ دراسة أمال تركي، أحمد فاضلي، سنة 2021:

- **عنوانها:** دراسة نوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس، السن).
- **الهدف العام:** هدفت الدّراسة إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السّكري والفروق في نوعية الحياة التي تُعزى لنوع السكري، والجنس، والسن. تكونت عينة الدراسة من 100 مريضا ومريضة من المصابين بداء السكري (33 ذكور و67 إناث)، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن، ومقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصّحة العالميّة.
- أظهرت نتائج الدّراسة: أنّ مستوى نوعية الحياة مرتفع لدى مرضى السكري بينما لم يكن هناك فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة تعزى لمتغير نوع السكري، والجنس، والسن.

(تركي، فاضلي،2021، ص344-359).

2.6- دراسات خاصّة بالالتزام الصحي:

1) دراسات عربية:

أ. دراسة صليحة عدودة سنة 2015:

- **عنوانها:** الكفاءة الذّاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- **الهدف العام:** هدفت الدّراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة وكل من الالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، وقد تم عرض التراث الأدبي بما في ذلك أهم النظريات والنماذج المفسرة لمتغيرات الدراسة.
- واستندت الدّراسة على المنهج الوصفي الارتباطي.
- وشملت الدراسة عينة قوامها 129 فردا تراوحت أعمارهم بين 16 و80 سنة، وتم الاعتماد على مقياس توقعات الكفاءة الذّاتية العامة لـ"رالف شفارتزر" (Ralf Schvarzer)، من ترجمة سامر جميل رضوان، ومقياس الالتزام بالعلاج من تصميم الطّالبة، ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (FS36)، الذي تمت ترجمته للغة العربية، وقد تم التّأكد من الكفاءة القياسيّة لأدوات الدّراسة، واستخدمت الأساليب الإحصائيّة المناسبة لطبيعة التّساؤلات والفرضيات.
- وأسفرت الدّراسة عن النتائج التالية:

- لا توجد علاقة ارتباطيّة دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية ومحاور الالتزام بالعلاج (الالتزام بتناول الأدوية، الاتصال الفعال مع الطبيب، الحمية الغذائية، التدخين) لدى مرضى الشريان التاجي.
- لقد استبعد الفرضية التي مفادها أنّ للكفاءة الذّاتية قدرة تنبؤية للالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي، وذلك لأن العلاقة بين المتغيرين لم تصل إلى مستوى الدلالة.

- ليست هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. **(عدودة، 2015، ص220-221).**

ب. دراسة عبد الصمد صورية سنة 2020:

- **عنوانها:** الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية.
- **الهدف العام:** هدفت هذه الدّراسة إلى التّعرف على مدى تأثير الالتزام الصحي على جودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية.
- وقد استندت هذه الدراسة على المنهج السببي المقارن والمنهج الوصفي الارتباطي.
- وقد شملت الدّراسة عينة قوامها 126 مصابا بمختلف أمراض الغدد اللاقنوية تراوحت أعمارهم بين 21 و80 سنة.
- وقد تمّ الاستعانة بأدوات القياس المتمثلة في القياس المتمثلة في استبيان الالتزام الصحي (تصميم الباحثة)، ومقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (تعريب بشرى إسماعيل أحمد، 2008)، وبعد استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتساؤلات وفرضيات الدراسة، تمّ التّوصل إلى النّتائج التّالية:

- انخفاض مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الالتزام الصحي وجودة الحياة.
- توجد فروق دالة إحصائيا في الالتزام الصحي لدى أفراد العينة تبعا لكل من السن، مدة المرض. **(عبد الصمد، 2020، ص180).**

3.6- دراسات أجنـبـيّة:

أ. دراسة سافاج وأرمسترونغ (Savage.R and Armstrong 1990):

- **عنوانها:** آثار فحص الأطباء العاملين على المرضى وانضباطهم الصّحي.
- **الهدف العام:** كان هدف هذه الدّراسة معرفة آثار فحص الأطباء العاملين على رضا المرضى وانضباطهم الصحي، أجريت هذه الدّراسة في عيادة طبيّة في لندن، حيث

تابع كلّ طبيب هناك أربعة مرضى يوميا ولمدة أربعة أشهر تمّ اختيارهم عشوائيا، حيث تتراوح أعمارهم ما بين 16 إلى 75 سنة، وليست لديهم مشاكل صحيّة خطيرة ومميتة، وحضورهم للعيادة ليس لأسباب إدارية أو وقائية وألا يفقدهم البرنامج توازنهم ولا يؤذيهم.

- في البداية شملت العيّنة 359 مريضا، ولكن 200 منهم فقط من أتمّوا جميع التّقييمات وتم إدماجهم في تحليل المعطيات، حيث تمّ تقديم مجموعة من البطاقات لتوجيه كلّ مريض إلى أحد أسلوبي الفحص (الموجه أو المتبادل)، حيث إنّ كلّ مريض عليه أن يكتب ويصف مشكلته الصّحية، ثمّ يحلل الطبيب العام محتوى البطاقة لتحديد نوع الفحص الملائم.
- أسفرت هذه النّتائج عن أنّه بالرّغم من إظهار المرضى مستويات مرتفعة من الرضا بعد الفحص فيما يخصّ الفهم، الشرح من طرف الطبيب، مشاعر المساعدة، إلّا أنّ هذه الأحكام كانت مرتفعة لدى المرضى الذين تلقّوا أسلوب فحص توجيهي.

(Ogden 2008 ,P81-82)

ب. دراسة سيمن وسيسن (Seeman and Seesan 1983):

- **عنوانها:** مركز ضبط الصّحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصّحية الأولية.
- **الهدف العام:** هدفت هذه الدّراسة إلى كشف العلاقة بين مركز ضبط الصحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصّحية الأولية.
- حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أنّ ذوي التّحكم الخارجي هم أقلّ استعدادا وميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحيّة وقائيّة، مثل:
  - مراجعة الطبيب.
  - إجراء الفحوص الطبيّة الدّورية.
  - اتّباع القواعد الصّحية التي يوصي بها الطبيب أو المستشار الصّحي.
  - أقلّ تفاؤلا فيما يخص نجاح علاج يشفون منه.
  - يعتقدون بأنهم أقل صحة من ذوي التّحكم الدّاخلي.

- بينما لوحظ أنّ ذوي التّحكم الدّاخلي أكثر ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحيّة وقائية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحيّة أخرى يتخذونها بثلاثة أضعاف من ذوي التّحكم الخارجي، كما أكّدت نتائج هذه الدّراسة أنّ سلوك التّدخين يرتبط ببعد التّحكم الخارجي للصّحة. **(مفتاح، 2010، ص153).**

التعقيب على الدراسات السابقة:

ممّا سبق استعراضه من الدّراسات السّابقة، اتّضح لنا أنّ أغلبيتها تطرّقت إلى موضوع الالتزام الصّحي ومدى تأثيره على نوعية الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة، إلّا أنها قد اختلفت في:

من حيث الهدف نجد أنّ بعض الدّراسات قد تناولت متغيّر نوعية الحياة وعلاقته بمتغيّرات أخرى، ومن هذه الدّراسات: دراسة منصور محمد علي بوبيدا (2021)، التي هدفت للتّعرف على نوعية الحياة وكيف تتأثر بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدّموي.

في حين نجد دراسة رامي طشطوش ومحمد الفشار (2016)، كان هدفها الكشف عم مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذّات والعلاقة بينهما لدى مرضى السّكري في الأردن.

أمّا دراسة أمال تركي وأحمد الفاضلي (2021)، فتطرّقت إلى التّعرف على نوعية الحياة لدى مرضى السّكري والفروق في نوعية الحياة التي تعزى لنوع السّكري.

أمّا دراستنا الحالية، فقد هدفت إلى التّنبؤ بنوعيّة الحياة من خلال الالتزام الصّحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدّم.

من حيث العيّنة نجد أنّ معظم عيّنات الدّراسات السّابقة التي تمّ ذكرها تتراوح أعمارهم بين ما بين (80–18) سنة، ونجد أنّ دراسة "سافاج وأرمسترونغ" (1990) شملت أكبر عدد من العيّنة، حيث بلغ عددها 359 شخصا كأكبر عدد من عينات الدراسات الأخرى.

أمّا دراستنا الحالية فقد تمّ اختيار عينتها.

من حيث المنهج إنّ معظم الدّراسات السّابقة استخدمت المنهج الوصفي التّحليلي والتّجريبي وذلك لأنّه أكثر ملاءمة لطبيعة تلك الدّراسات.

أمّا دراستنا الحالية فقد اعتمدت المنهج الوصفي.

الفصل الثاني

نوعية الحياة

الفصل الثّانـــــــي: نوعية الحياة

تمهيد.

1- مفهوم نوعية الحياة.

1-1. التّعريف اللّغوي.

1-2. التّعريف الاصطلاحي.

2- التوجهات النّظرية المفسرة لنوعية الحياة.

2-1. التّوجه المعرفي.

2-2. التوجه الإنساني.

3- نماذج مفاهيميّة لتعريف وقياس نوعية الحياة.

3-1. نموذج "بورث ويك".

3-2. نموذج "فيليس وبيري".

3-3. النموذج النّظري العربي.

4- مكونات نوعية الحياة.

4-1. المكون المعرفي.

4-2. المكون السّلوكي.

4-3. المكون الوجداني.

5- أبعاد نوعية الحياة.

5-1. بُعد الاستقلالية.

5-2. البُعد البيئي.

5-3. البُعد الرّوحي والمعتقدات الشّخصية.

5-4. البعد الاجتماعي.

5-5. البعد الجسمي.

5-6. البُعد النّفسي.

6- مؤشرات نوعية الحياة.

6-1. المؤشرات الذّاتية.

6-2. المؤشرات الموضوعية.

خلاصة الفصـــــل.

تمهيد:

تعد نوعية الحياة من المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما كبيراً من طرف العديد من الباحثين في مختلف الميادين خاصة ميدان علم النفس الصحة حيث نجده قد ارتبط بالعديد من الاضطرابات والمشكلات الصحية، ونوعية الحياة هي تقييم الفرد للطريقة التي يتصرف بها في الحياة سواء من الجانب المعرفي أو الانفعالي أو الصحي أو الاجتماعي وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل من مفاهيم لنوعية الحياة ونماذج نظرية بالإضافة إلى أبعاد ومؤشرات نوعية الحياة.

1- مفهوم نوعية الحياة:

1-1. التعريف اللغوي:

حسب "ابن منظور" تعرف نوعية الحياة: الجود الفعل الثلاثي "جود" و الجيّد نقيض الرديء وجاد بالشيء جودة، أي صار جيّدا، و بهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتمييز "Excellence" و الاتساق"Consistency " والحصول على محطات" Criteria" و مستويات" Naudars "، وباختصار يقصد بالجود المطابقة لمتطلبات أو مواصفات معيّنة.

(شويعل،2017، ص67).

نوعية (Quality): بمعنى الكيف، وهو الخاصية والجودة. بمعنى المنزلة الجيدة والوصف الكيفيQualitative وهو ضمان الجودة أو الجودة النوعية، فهو أسلوب للارتقاء بمواصفات للخدمات والإنتاج، وفي الطب يعني تقديم خدمة جيدة متكاملة، ومواصفات الحياة أو جودة الحياة، فهو تعبير عن حالة إيجابية من الصحة البدنية والنفسية والاستماع بالحياة. والمقاييس الكيفية تستخدم لتحديد مواصفات الحالة النفسية بالمقارنة بالمقاييس الكمية التي تحدد درجة او شدة الحالة.

(الشربيني،2001، ص299).

2-2. التعريف الاصطلاحي

عرفه (Rourki. &Dalkey.1973.32) ، "بأنها إحساس الأفراد بالكينونة السليمة ورضاهم أو عدم رضاهم بالسعادة أو اللاسعادة " وأكد "كاميل" على ان الرضا والسعادة مختلفين كمفهوم قائلاً بأن الشعور بالرضا يتطلب خبرات أو تجارب عقلية أو إدراكية بينما تستدعي السعادة خبرات او مؤشرات عاطفية. **(مجذوب، 2016، ص09).**

يعرف عبد المعطي(2005) نوعية الحياة من الناحية النفسية في ثلاث محاور هي: نوعية الحياة الموضوعية، وهي ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية، بجانب الحياة الاجتماعية الشخصية ونوعية الحياة الذاتية: وهي كيفية شعور كل الفرد بالحياة التي يعيشها،

أو مدى الرضا عن الحياة والسعادة والرضا بها، ونوعية الحياة الوجدانية: وهي مستوى عمق الحياة الجيدة لكل فرد، والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة ويتمكن من إشباع احتياجاته بصورة كافية، بالإضافة إلى توافقه مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

(عبد المعطي، 2005، ص65).

حسب منظمة الصحة العالمية فنوعية الحياة هي إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة واتساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته وقيمه، اهتماماته المتعلقة بالصحة البدنية وكذا حالته النفسية.

(لطرش، فاضلي، 2016، ص131).

يرى (Matsumoto" (2009،14 ". أن نوعية الحياة تتحقق من خلال التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، فنوعية الحياة عبارة عن مصطلح يعبر عن الدرجة التي يكون بها الشخص قادرًا على التمتع بكونه على قيد الحياة والتي ترتبط بالصحة الجسمية والوجدانية، والاكتفاء الاقتصادي والمشاركة الاجتماعية، وفرص التعبير عن الذات وتنميتها والقدرة على اتخاذ القرارات بذاته.

أما المنحنى الطبي فينظر إلى نوعية الحياة على انها موضوعًا هامًا في مجال الصحة والخدمات الاجتماعية والجدل السياسي، فكثير من الأطباء والمختصين في الشؤون الاجتماعية والسياسية ومديري المستشفيات والباحثين في مجال العلوم الاجتماعية، يهتمون بتعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدفًا واقعيًا في التعامل مع المرضى، وتوفير الدعم الاجتماعي والنفسي لهم، وثمة دليل متزايد على أن المرض يرتبط ارتباطًا وثيقًا بكيفية تصور الفرد إلى أي حد يتمتع بصحة جيدة. **(مجذوب، 2016، ص09).**

يعرف مركز الوقاية وضبط الأمراض (Centers for disease control and prevention,2000)، نوعية الحياة بأنها تعبير شائع يعبر عن إحساس عام بالحالة التي

يعيشها الفرد، والتي تتضمن جوانب من السعادة والرضا عن الحياة برمتها، وأن المفهوم واسع وذاتي وليس محددًا أو موضوعيًا. ومعنى نوعية الحياة يختلف من شخص لآخر ومن مجال أكاديمي إلى آخر، وذلك لأن مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم معقد وواسع، ولعل أفضل طريقة وأكثرها فعالية للتوصل إلى توافق في الآراء حول تعريف نوعية الحياة وقياسها، وهو قياس مفاهيم مفتاحية محددة وواضحة بطريقة منطقية ودقيقة بقدر الإمكان.

(رزق الله، 2008، ص15).

نرى ان التعريفات المدرجة قد اتفقت في تعريف مفهوم نوعية الحياة وربطه بجوانب الإنسان النفسية والعقلية ومدى تفاعله في مجتمعه وفرض نفسه من الناحية الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية وإبداء رأيه وإدراكه لقيمته المتعلقة بآماله وأهدافه داخل هذا المجتمع نفسه.

من خلال ما تقدمت به التعريفات السابقة فإنه يمكننا تعريف نوعية الحياة بأنه مفهوم متعدد الجوانب والمجالات ويستخدم بتفسيرات مختلفة فهو تقييم ذاتي يعتمد على تقييم الفرد لجوانب متعددة من حياته منها الجانب الوجداني والعقلي والجسمي العاطفي وكذا الجانب الاجتماعي يرافقه إحساس مدرك بالرفاه العام وبالسعادة والرضا عن الحياة التي يحياها الفرد والتي تؤثر عليه بأي شكل من الأشكال.

2- التوجهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة:

2-1. التوجه المعرفي: «**Cognitive perspective**» يرتكز هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى: إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية الحياة.

الثانية: وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإنّ العوامل الذاتية هي الأقوى أكثر من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة ووفق ذلك وفي هذا المنظور يبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير نوعية الحياة:

2-1-1. نظرية لاوتن (1997) (Lawton Theory)

توصل "لاوتن" بعد عدة دراسات و بحوث تجريبية إلى أنّ هناك تأثيراً للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه نوعية الحياة و سمي ذلك ب (طبيعة البيئة) (Environmental Press)، إذ أنّ البيئة من وجهة نظره تترك أثراً فعالاً في نظرة الفرد إلى نوعية الحياة، ومن خلال دراسات قام بها باترك براون (Patrik brown) تناول فيها إدراك تأثيرات البيئة على جودة الحياة من خلال متغيرات حياة الراشد تحت سن 60 سنة، وحياة الراشد الشاب، تمّ التوصل إلى أنّ الراشد كلما كان أكبر عمراً كانت سيطرته أكثر إيجابية على البيئة و بالتالي يكون التأثير إيجابياً على شعوره بنوعية الحياة.

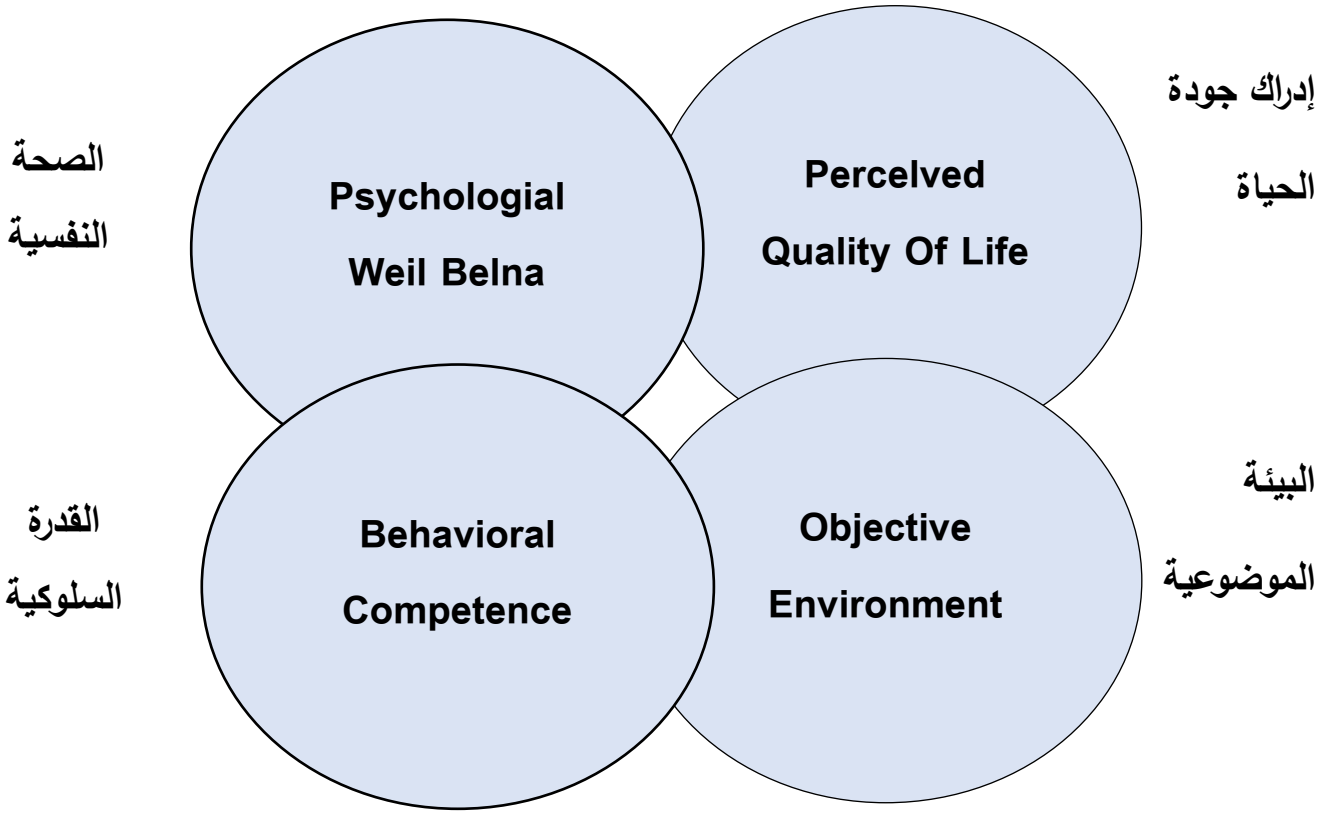
وقد طرح "لاوتن" مفهوم طبيعة البيئة، ليوضح فكرته حول نوعية الحياة وهي تدور حول الآتي: إنّ إدراك الفرد لنوعية الحياة يتأثر بظرفين هما:

الظرف المكاني: إنّ هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية حياته، وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والآخر تأثيره غير مباشر، إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش بها.

الظرف الزماني: إنّ إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على نوعية حياته يكون أكثر إيجابياً كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته.

كما أكد "لاوتن" على صعوبة العلاقات بين الفرد وطبيعة البيئة، إذ أنّ عملية إدراك واختيار طبيعة البيئة وكيف يسلك الفرد وفق هذا الإدراك هي التي تحدد استجاباته نحو المواقف، وكيف أنّ من خلال هذه الاستجابات يشعر بنوعية الحياة، وأنّ هذه المفاهيم والعلاقات تؤثر في تكوين شخصية الفرد ووجوده.

والمخطط رقم يوضّح تأثير البيئة على إدراك جودة الحياة، وبالتالي على القدرة السلوكية والصحة النفسية. **(خلف، الكوني، 2011، ص154).**



مخطط رقم01: يوضح جودة الحياة The Good Life(خلف، الكوني، 2011، ص154).

وفي إطار هذه النّظرية، والدّراسة التي توصلت إليها "جاكلين" 2009، Jacklen إلى أنّ هناك تفاعلا بين البيئة الموضوعية والقدرة السلوكية لإدراك الفرد لجودة حياته، فكلما كان الفرد قادرا على إحداث تغيّرات إيجابية في بيئته الموضوعية، كلما كان أكثر إحساسا بجودة الحياة التي يعيش فيها.

2-1-2. نظرية "شالوك": Schalock Theory (2002):

تدور هذه النّظرية حول أنّ الجوانب الموضوعاتية من نوعية الحياة لا تقدّم إلا القليل للفرد ممّا يجعلنا نبحث عن محددات أخرى لمؤشرات نوعية الحياة، إلا في نوعية الحياة الذاتية أو

المحددات الذاتية، أي كما يدركها الفرد نفسه من خلال إحساسه بالرضا، والسعادة، والإحباط، والتشاؤم، واليأس، ومن خلال الإحساس والانفعالات الإيجابية وتحقيق الذات.

تعرف نوعية الحياة حسب هذا النّموذج بأنها المفهوم الذي يعكس المعيشة المرغوبة لدى الفرد والمتعلقة بأبعاد نوعية الحياة الثمانية، بحيث يرى "شالوك" Schalock (2002) أنّ هناك تحليلا جديدا بتحديد ثلاثة مؤشرات لكل من المجالات الثمانية لنوعية الحياة، والجدول التالي يوضح المجالات الثمانية ومؤشرات كلّ مجال من هذه المجالات:

الجدول رقم 01: يوضح المجالات الثمانية لنوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية "شالوك" (2002). (عبد الرحمن، 2007، ص304).

	المـــجـــالات							
	السعادة الوجدانية	العلاقات بين الشخصية	السعادة المادية	النمو الشخصي	السعادة البدنية	تقرير المصير	الاندماج الاجتماعي	الحقوق البشرية والقانونية
المؤشرات	الرضا مفهوم الذّات انخفاض الضغوط	التفاعلات العلاقات الإسناد	الحالة المادية العمل المسكن	التعليم الكفاءة الشخصية الأداء	الصحة الأنشطة اليومية وقت الفراغ	الاستقلالية الأهداف الاختيارات	التكامل الترابط الاجتماعي الأدوار المجتمعة	الحقوق البشرية حقوق الجماعة القانون العمليات الواجبة

وفي ضوء ما سبق يمكن تصور مؤشرات نوعية الحياة كالآتي:

- **الناحية الذاتية:** التقييم الوظيفي كمقياس المدى "مستوى الوظيفة، وملاحظة المشاركة، واستبيانات الظروف، والأحداث البيئية، والتفاعل في الأنشطة اليومية، وتقرير المصير، والتحكم الشخصي، وأوضاع الدور (التعليم، المهنة، السكن).

❖ **الظروف الخارجية والمنبهات الاجتماعية:** مستوى المعيشة ومستوى العمل، ويشير "شالوك" إلى أنّ المجالات الثمانية يمكن أن تختلف في درجة أهميتها وفقاً لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة.

(عبد الرحمن،2007، ص34).

وهذا ما أشارت إليه دراسة "منسي" و"كاظم" (2007) إذ توصلت إلى أنّ الشعور بنوعية الحياة يمثل أمراً نسبياً لأنه يرتبط ببعض العوامل الذاتية (Subjective)، مثل المفهوم الإيجابي للذات، والرضا عن الحياة وعن العمل، والحالة الاجتماعية، والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما ترتبط ببعض عوامل الموضوع (Objective) مثل الإمكانيات المادية المتاحة والدخل، والحالة الصحية. **(كاظم، منسي،2007، ص5).**

2-2. التوجه الإنساني: يرى هذا التوجه أنّ نوعية الحياة مرتبطة بعنصرين هما:

أ-وجود كائن حي مناسب.

ب-توفر بيئة جيّدة يعيش فيها هذا الكائن.

وذلك لأنّ ظاهرة الحياة تظهر من خلال التأثير المتبادل بين العنصرين، فهناك بيئة وما تتوفر عليه من موارد طبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد والناحية الثانية البيئة الاجتماعية والتي تقوم بضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقاً للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه الأسس وعدم خروجهم عنها.

وقد أكد هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على مفهوم الذات Self Concept، وقد تبيّن أنّ حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة.

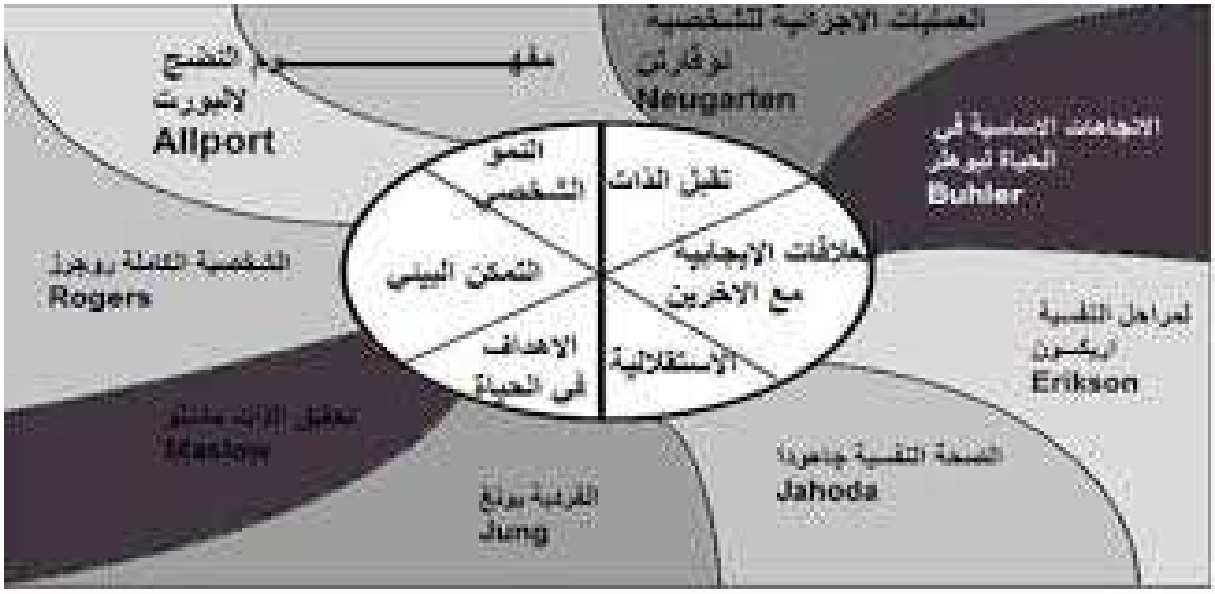
ومن أكثر نظريات هذا التّوجه حداثة ما يلي:

2/2-1. نظرية رايف (Rayf Theory 1999):

تدور هذه النظرية حول مفهوم نوعية الحياة النفسية، أنّ شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددتها "رايف" Rayf بستة أبعاد، يضم كل بُعد مجموعة من الصفات، تمثل هذه الصفات نقاط اِلتقاء لتحديد السعادة النّفسية والذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته.

قدّمت "رايف" إطارا نظريا متكاملا لنوعية الحياة النفسية استنادا على دراسات وتطوير العديد من المفاهيم والنظريات التي اعتمدت عليها مفهوم تحقيق الذات لـ"ماسلو"، والوظائف الشخصية الكاملة لـ"روجرز"، والفردية لـ"جونج"، ومفهوم النضج لـ"ألبورت"، والمراحل النفسية لـ"إريكسون"، ولـ"تنوجارتن" ومفهوم الصحة النفسية، قامت "رايف" ببناء نموذج أصلي لنوعية الحياة النّفسية، انطلاقا من مفهوم أنّ الصّحة ليست مجرد الخلو من المرض، وإنما الشعور بشيء من الإيجابية، والشكل التالي يوضّح النظريات التي اعتمدت عليها "رايف" في بناء هذا النّموذج:

(العزالي، 2020، ص120).



الشكل رقم 02: يوضح الأبعاد الأساسية لنوعية الحياة النفسية والأسس النظرية الخاصة بها. (لعزالي، 2020، ص121).

ويحتوي هذا النموذج على ستة أبعاد أساسية، قد صنفتها "كارول رايف" حسب المرتفعين والمنخفضين في نوعية الحياة كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم 02: يوضح تصنيف "كارول رايف" للمرتفعين والمنخفضين في نوعية الحياة النفسية (مبارك، 2012، ص714).

أبعاد نوعية الحياة النّفسية	أعلى الدّرجـــــــات	أدنى الدّرجـــــــات
تقبّل الذّات	امتلاك مواقف إيجابية اتجاه الذّات. قبول الجوانب المتعددة من الشّخصية بما في ذلك الصفات الجيدة والسيئة. الشعور بالإيجابية حول الحياة الماضية.	الشعور بعدم الرضا عن النفس، الشعور بخيبة الأمل بالنسبة لأحداث الحياة الماضية، الرّغبة في أن يكون الفرد مختلفا عما كان عليه.
العلاقات الإيجابية مع الآخرين	التّمتع بالدفء والرضا، وعلاقات الثقة مع الآخرين، والشعور بالقلق على مصالح الآخرين والقدرة على التعاطف القوي، المودة والألفة، وتبادل العلاقات الإنسانية.	وجود عدد قليل من المقربين، وعدم وجود علاقات وثيقة مع الآخرين، وجود صعوبة في تكوين علاقات جيدة والشعور بالقلق إزاء الآخرين، الشعور بالعزلة والإحباط في العلاقات الشخصية، عدم الاستعداد لتقديم تنازلات للحفاظ على العلاقات مع الآخرين
النّمو الشّخصي	الشعور بالتطور المستمر، ونمو الذّات وتوسعها، الانفتاح على التجارب الجديدة والإحساس بتحقيق المكانات، ووجود تحسن في النفس والسلوك على مر الزمن.	وجود شعور بالركود في الشخصية، الافتقار إلى الشعور بتحسن أو توسع العمل، الشعور بالملل وعدم الاهتمام بالحياة وعدم القدرة على تطوير مواقف وسلوكيات جديدة.
الأهداف في الحياة	وجود أهداف في الحياة، الشعور بمعنى الحياة في الماضي والحاضر، يحمل الفرد معتقدات تعطي هدف للحياة، وله أهداف وغايات يعيش لأجلها.	يفتقر إلى الشعور بمعنى الحياة، ولديه عدد قليل من الأهداف، لا يرى غرضا من الحياة الماضية، لا يوجد لديه توقعات أو معتقدات تعطي معنى للحياة
التّحكم في البيئة	الشعور بالإتقان والكفاءة في إدارة البيئة الاستخدام الفعال للفرص المحيطة والقدرة على اختيار وإنشاء سياقات مناسبة للاحتياجات والقيم الشخصية.	لديه صعوبة في إدارة الشؤون اليومية وغير قادر على تحسين أو تغيير السياقات المحيطة، يجهل الفرص المحيطة به، يفتقر إلى الشعور بالسيطرة على العالم الخارجي.
الاستقلاليّة	قادر على تحديد ذاته واستقلاليتها، قادر على مقاومة الضغوط وتنظيم السلوك من الداخل، تقييم الذات حسب المعايير الشخصية.	الشعور بالقلق إزاء توقعات وتقييمات الآخرين، والاعتماد على أحكام الآخرين لاتخاذ قرارات مهمة، التوافق مع الضغوط الاجتماعية بدلا من التفكير والتصرف بطريقة معينة.

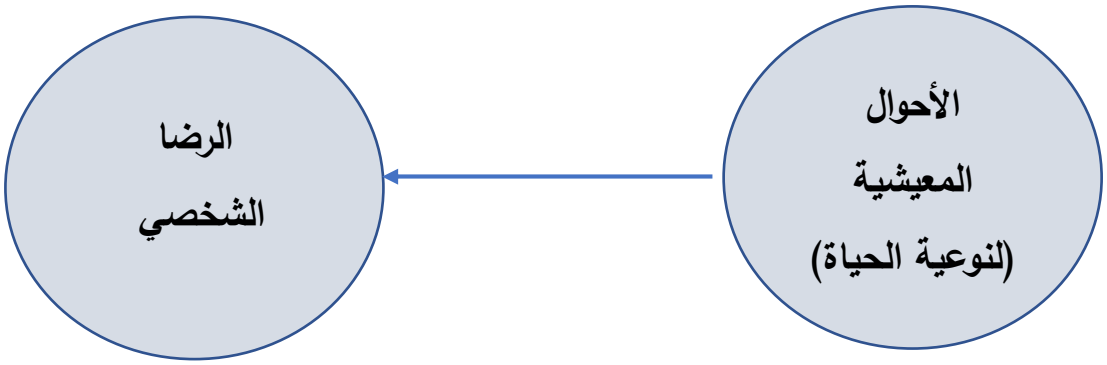
من خلال الجدول اتّضح لنا أنّ "رايف" ترى أنّ نوعية حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأنّ تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بنوعية الحياة.

3- نماذج مفاهيمية لتعريف وقياس نوعية الحياة:

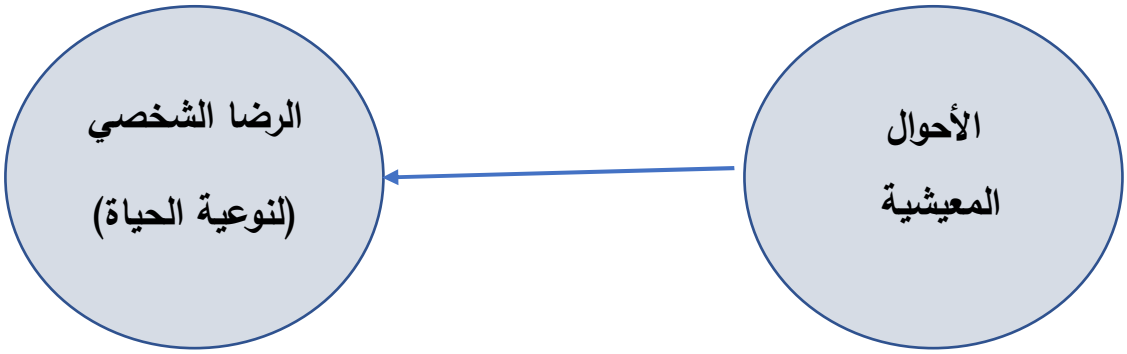
هناك العديد من الباحثين الذين اجتهدوا في تعريف وقياس مفهوم نوعية الحياة، وقد اكتفى البعض بإعطاء تعريف إجرائي للمفهوم، واكتفى البعض الآخر بالإشارة إلى أبعاد مفهوم نوعية الحياة معتقدين أن لا ضرورة لتعريف المفهوم مادام الهدف هو قياس الأبعاد، إلا أنّ هناك مجموعة من الباحثين الذين قاموا بتصميم نماذج لتعريف وقياس هذا المفهوم ومن هذه النماذج:

1.3. نموذج بورث ويك (1992) Borth wick لتعريف وقياس نوعية الحياة:

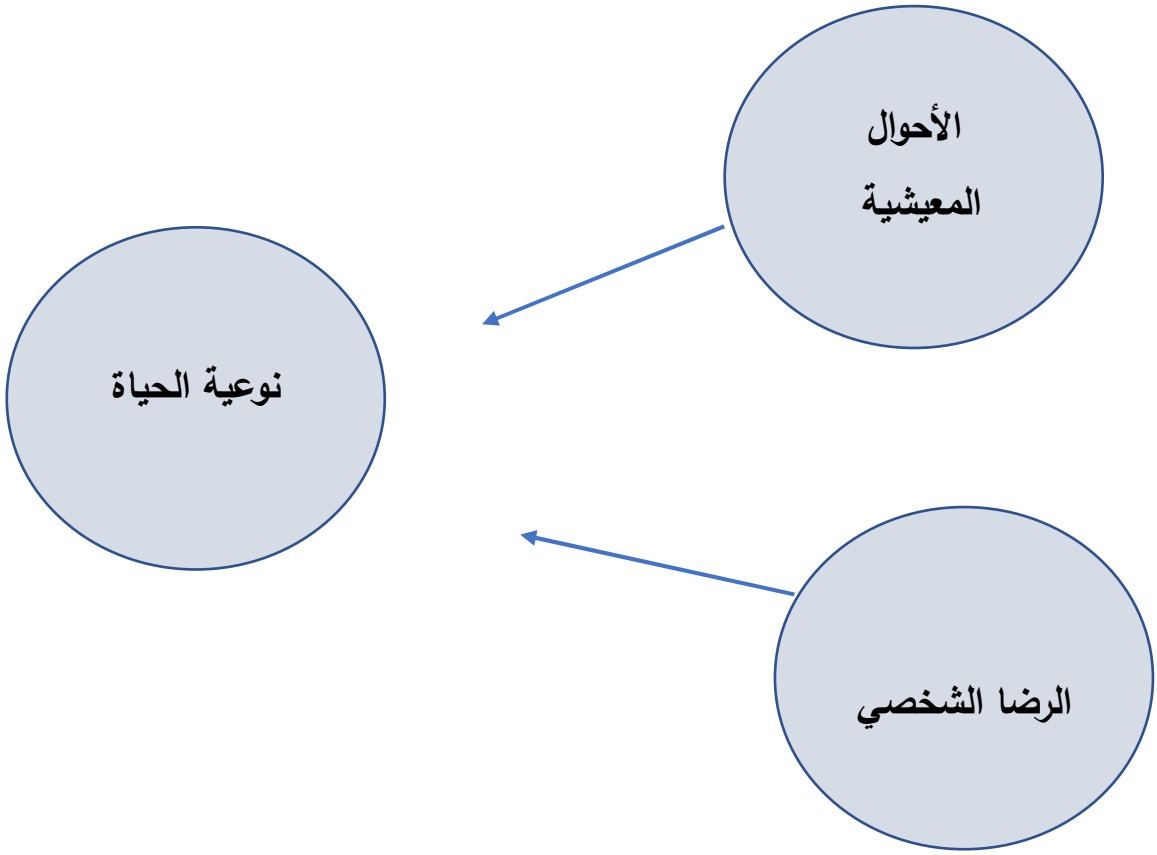
يعتبر هذا النموذج أقل النماذج تعقيدا، فقد استعرض "بورث ويك" Borth wick 1992 نموذجا لنوعية الحياة قائما على أساس ثلاث وجهات نظر، والشكلين الآتيين يشيران إلى نموذج بورث ويك:



يعرّف نوعية الحياة بأنها الأحوال المعيشية للفرد.



يعرّف نوعية الحياة بأنها رضا الفرد عن أحواله المعيشية.



يعرف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا.

الشكل 03، 04، 05: يمثلون نموذج "بورث ويك" لتعريف وقياس نوعية الحياة.

(رزق الله، 2008، ص48).

وهكذا فإنّ نموذج "بورث ويك" Borth wick (1992) ينظر إلى نوعية الحياة من وجهات نظر مختلفة:

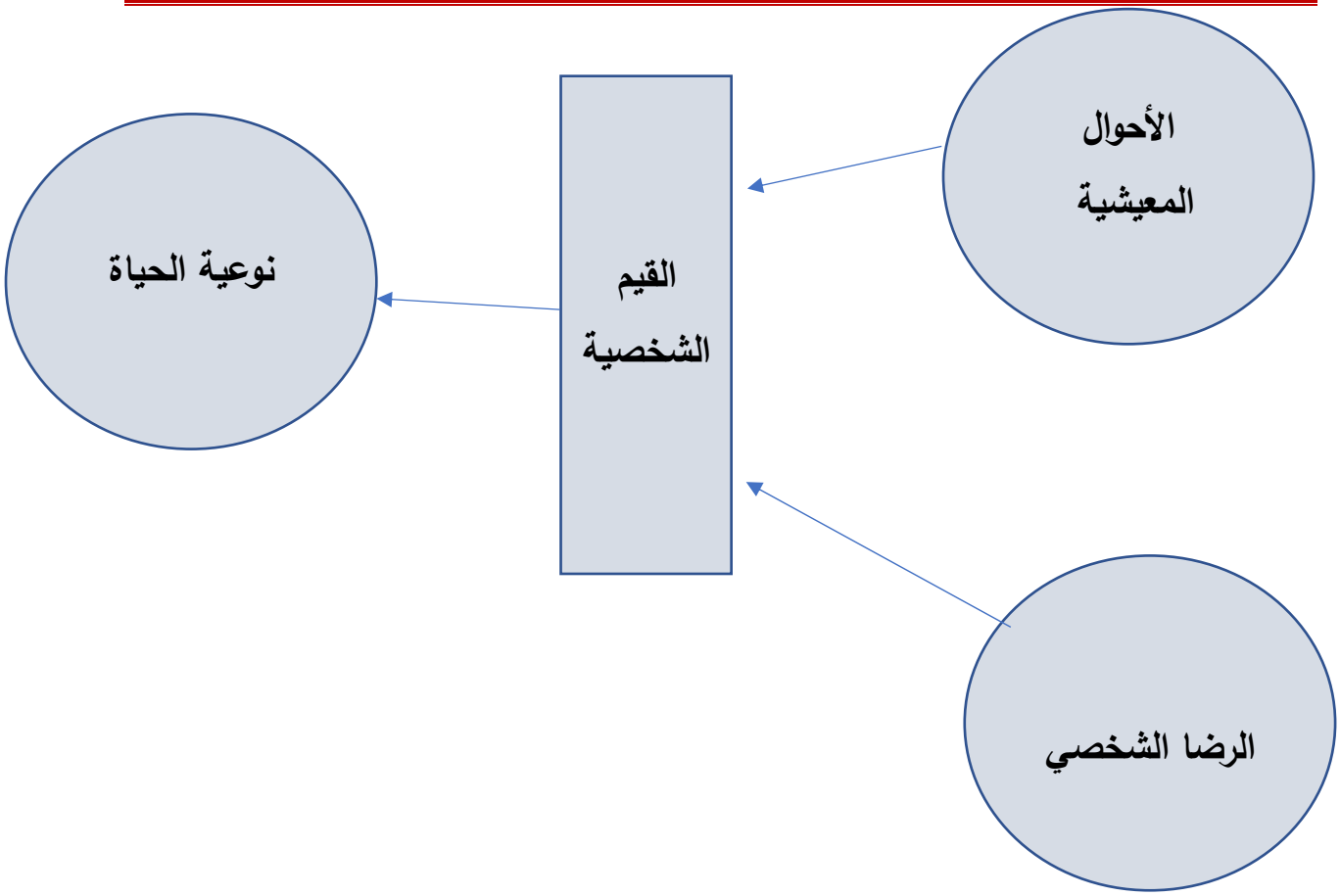
- وجهة النّظر الأولى: تعرّف نوعية الحياة بأنها الأحوال المعيشية للفرد.
- وجهة النظر الثانية: تعرّف نوعية الحياة بأنها رضا الفرد عن أحواله المعيشية.
- وجهة النظر الثالثة: تعرّف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا.

(رزق الله، 2008، ص48).

2-3. نموذج فيليس وبيري (1995) Felece & Perry لتعريف وقياس نوعية الحياة:

يعرّف "فيليس وبيري" نوعية الحياة وفقا لنقدهما لنموذج "بورث ويك" (1992): بأنّها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا، مع التّأكيد على الحاجة بأن تؤخذ القيم الشخصية، وطموحات الفرد وتوقعاته بعين الاعتبار.

لقد قام "فيليس وبيري" بانتقاد نموذج "بورث ويك" Borth wick (1992) المكوّن من ثلاث وجهات نظر حول تعريف نوعية الحياة، وذلك بوضع جانب رابع لنموذج يعرّف نوعية الحياة بأنّها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا مع التّأكيد على الحاجة بأن تؤخذ القيم الشّخصية والطموح والتوقعات بعين الاعتبار.



الشكل رقم 06: يمثل نموذج "فيليس وبيري" الذي يعرف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا والقيم الشخصية. **(رزق الله، 2008، ص49).**

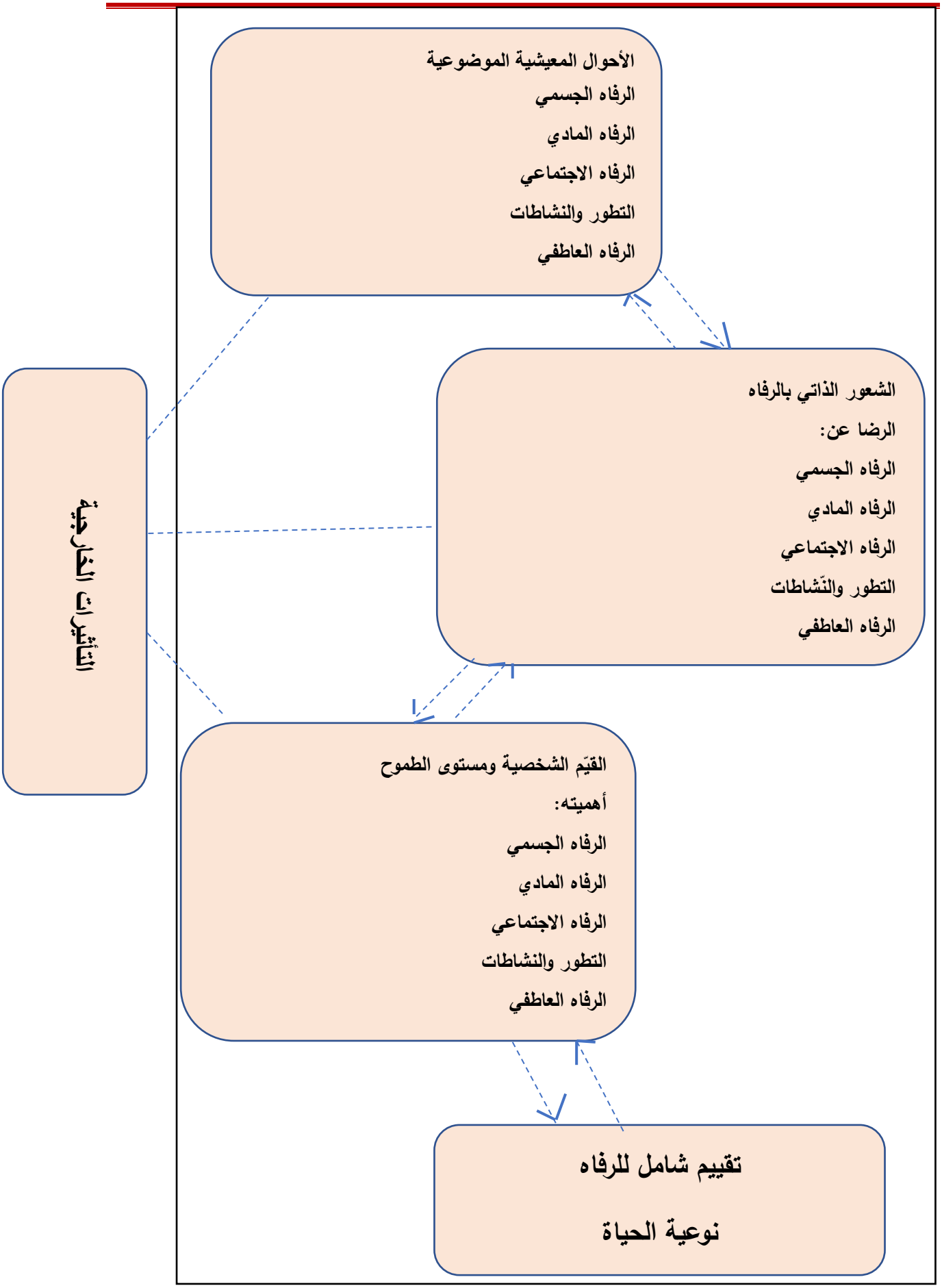
وتلعب القيم الشخصية والطموح دورا هاما في تحديد نوعية حياة الفرد، وقد اقترح "فيليس وبيري" نموذجا لنوعية الحياة يدمج فيه الأبعاد الذّاتية والموضوعية لنوعية الحياة مع القيم الشخصية، مميزا بذلك العلاقة الديناميكية الموجودة بين عناصر نوعية الحياة، وقد عرّف القيم الشخصية بأنها الأهمية النسبية التي يعطيها الفرد لظروف الحياة الموضوعية ورفاهيته الذاتية على جوانب الحياة.

وقد قام "فيليس وبيري" بتوسيع نموذجهما ليشمل بذلك تصنيفهما لأبعاد نوعية الحياة، والتي تم استخراجها من دراستهما لعدد واسع من الدراسات السابقة، مثل دراسة (Andrew 1979 & Withny)، (Baker & Intagliata 1982) وغيرهم.

وهذه الأبعاد هي: الرفاه الجسمي، الرفاه المادي، الرفاه الاجتماعي، والتطور والنشاطات، الرفاه العاطفي، وقد تمّ دمجهما مع العناصر الثلاثة التي استوحاها من نموذج "بورث ويك" 1992 وهي الأحوال المعيشية، الرضا الشخصي، القيم الشخصية والطموح، **والشكل رقم 07 يوضح نموذج "فيليس وبيري" (1995):**

الشكل رقم 07: نموذج "فيليس وبيري" للتقييم الشامل نوعية الحياة.

(رزق الله، 2008، ص51).


الأحوال المعيشية الموضوعية
الرفاه الجسمي
الرفاه المادي
الرفاه الاجتماعي
التطور والنشاطات
الرفاه العاطفي
الشعور الذاتي بالرفاه
الرضا عن:
الرفاه الجسمي
الرفاه المادي
الرفاه الاجتماعي
التطور والنّشاطات
الرفاه العاطفي
المتغيرات المختارة
القيّم الشخصية ومستوى الطموح
أهميته:
الرفاه الجسمي
الرفاه المادي
الرفاه الاجتماعي
التطور والنشاطات
الرفاه العاطفي
تقييم شامل للرفاه
نوعية الحياة

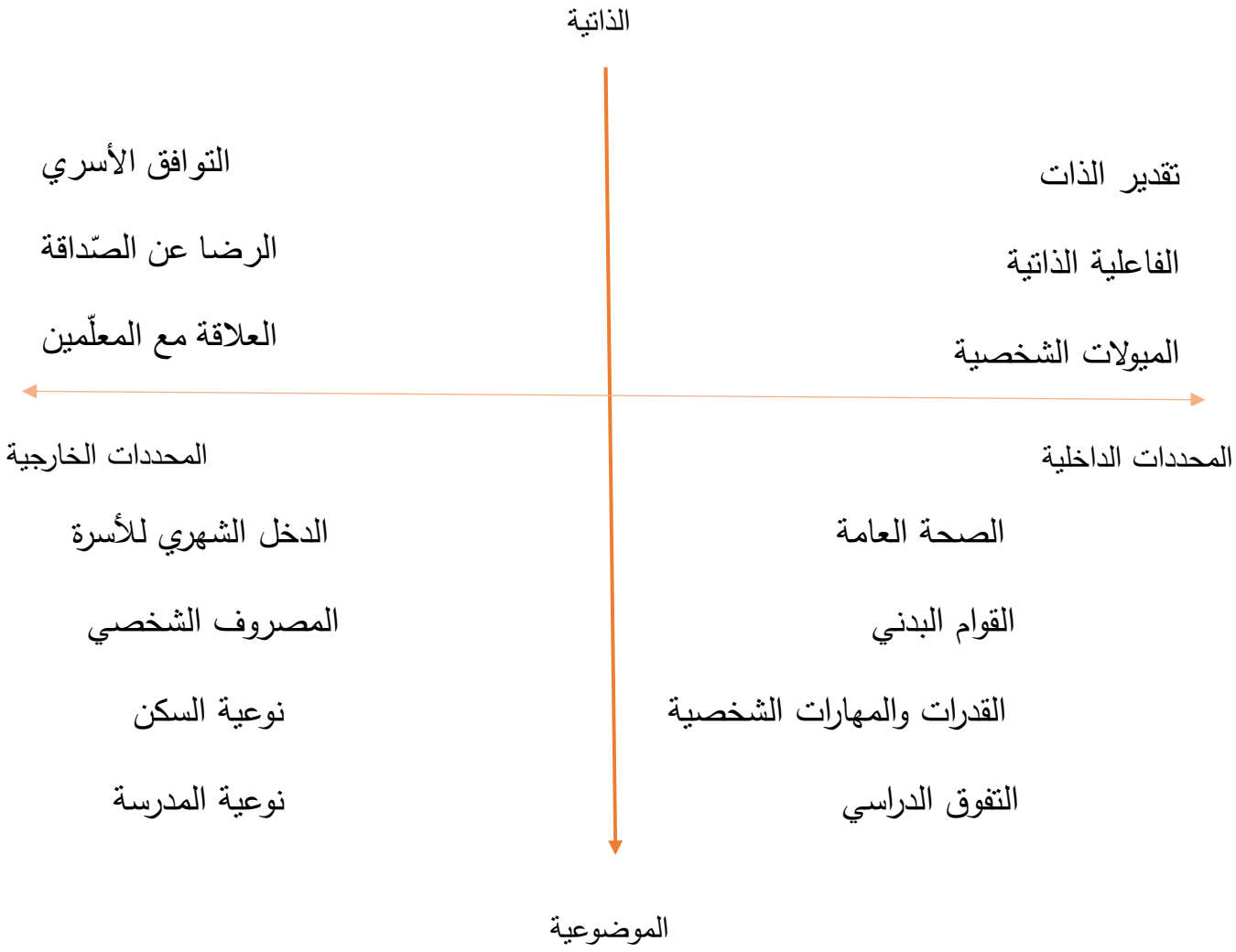
ويشير فيليس وبيري (1995)، إلى أن العناصر الثلاثة (الأحوال المعيشية، الرضا، والقيم الشخصية) في تفاعل ديناميكي مع بعضها البعض، وبهذا فإن أي تغير في الجوانب الموضوعية للحياة، يمكن أن يحدث تغييراً في رضا الفرد أو في قيمة الشخصية أو كليهما، وبالمثل فإنّ التغيير في القيم الشخصية يمكن أن يغيّر رضا الفرد ويعجل في تغيير الظروف الموضوعية، وبنفس الطريقة فإن التغيير في الإحساس بالرضا يمكن أن يقود إلى إعادة تقييم القيم وأسلوب الحياة.

بالإضافة إلى أن العناصر الثلاثة تؤثر في بعضها البعض، كما يشير "فيليس وبيري" فإن العناصر الثلاثة قادرة على التغيير بالاستقلالية كنتيجة لعوامل ومؤثرات خارجية، ومن أمثلة هذه العوامل والمؤثرات الخارجية الموروث الجيني والاجتماعي والمادي والعمر والنضج، وغيرها من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية الكثيرة.

(رزق الله، 2008، ص50-52).

3-3 النموذج النظري العربي لمفهوم وقياس نوعية الحياة:

اقترح أبو سريع وآخرون (2006) أنموذجًا حديثًا لتفسير نوعية الحياة، يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل نوعية الحياة موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات نوعية الحياة بحسب كمونها داخل الشخص أو خارجه، وتسمى" بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل المحددات الخارجية" Lits vs externalité dimension interna"، ويمثل البعد العمودي توزيع تلك المحددات وفق قياسها وتقدير مدى تحققها والتي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، إلى أسس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس وموازنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو الاعتماد على معايير كمية وكيفية أخرى مثل الملاحظة ومقاييس التقدير، ويسمى بعد الذاتية في المقايل الموضوعية objectivité vs, Objectivité) (dimension ، ويتضمن الشكل رقم(7) بعض المحددات الذاتية لنوعية الحياة.



الشكل رقم08: يمثل تصور أبو سريع وآخرون (2006) لتصنيف محددات نوعية الحياة وفق موقعها (داخلية خارجية) وطريقة قياسها (ذاتي موضوعي)

(يخلف،2011، ص104).

يتضح من خلال الشكل التوضيحي شموليته وأهم المداخل المعتمدة لتعريف وقياس نوعية الحياة، وكذلك المحددات الأساسية المفسرة لهذا المفهوم، ويظهر من خلال ذلك التكامل بين المحددات الخاصة بالفرد وتلك المتعلقة ببيئته والتي يمكن من خلالها تحديد أهم التدخلات الممكنة لتحقيق نوعية الحياة. الجوانب (صحية، اجتماعية، نفسية، اقتصادية، التي يتأثر بالنظام السائد في المجتمع، فضلا عن النظام السياسي، التقاليد الاجتماعية، مفهوم الرفاهية،

معتقدات الافراد المختلفة)، وتتمثل نوعية الحياة في اشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت مادية او غير مادية، ومن المؤشرات المادية لنوعية الحياة نجد: الدخل، الخدمات الاجتماعية، الخدمات التعليمية، الخدمات الصحية...

كما تعتمد نوعية الحياة على بعض المؤشرات غير المادية مثل: الرضا والقناعة، التوافق الشخصي، التوافق الاجتماعي، مفهوم الذات والوعي بها، درجة المرونة وتقبل الاخر.

وبذلك يمكن القول بأن نوعية الحياة تمثل شعورا شخصيا للفرد، فعلى الرغم من تأثير نوعية الحياة ببعض الإمكانيات المادية، الا ان العوامل الذاتية هي المؤثر الأكبر في الشعور بنوعية الحياة، وأن النمو الذاتي للفرد يمثل عاملا هاما في احساسه بذاته وتوظيفه للإمكانيات المتاحة له توظيفا جيدا.

4- مكونات نوعية الحياة:

تشمل على ثلاث مكونات وهي:

1.4 المكون المعرفي: والذي يرتبط بادراك الفرد لمعنى حياته والخبرات التي تثري المعنى.

2.4 المكون السلوكي: والذي يرتبط بما يقوم به الفرد من سلوك يترجم هدف حياته المدرك بشكل واقعي في الحياة.

3.4 المكون الوجداني: والذي يرتبط بإحساس الفرد بأن حياته لها قيمة، ورضاه عنها من خلال ما حققه من أهداف.

(أبو غزالة،2007، ص213).

وقد ذكرت مريم دايدي (2016) مكونات نوعية الحياة للباءات الثلاث حسب الجدول التالي:

الجدول رقم03: يوضح مكونات الحياة للباءات الثلاثة. (دايدي، 2016، ص94).

المجال	الأبعاد الفردية	الأمثلة
الكينونة being	الوجود البدني physical being	1- القدرة البدنية على التحرك وممارسة النشاطات 2- أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة
	الوجود النفسي Psychological Being	1- التحرر من الضغط والقلق 2- الحالة المزاجية العامة
	الوجود الروحي Spirtual Being	1- وجود أمل في المستقبل 2- أفكار الفرد عن ذاته
الانتماء belonging	الانتماء المكاني البدني Physiacal Belonging	1- مكان العيش 2- النطاق الجيدة
	الانتماء الاجتماعي Social Belonging	1- القرب من الاسرة 2- وجود اشخاص مقربين وأصدقاء
	الانتماء المجتمعي Belonging community	1- توفر الخدمات المهنية والمتخصصة 2- الامن المالي
الصيرورة Becoming	الصيرورة العملية Practical Becoming	1- القيام بأشياء حول منزلي 2- العمل في الوظيفة أو زيارة المدينة
	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	1- الأنشطة الترفيهية الخارجية 2- الأنشطة الترفيهية الداخلية
	الصيرورة الارتقائية Croth Becoming	1- تحسين الكفاءة البدنية والنفسية 2- القدرة على التكيف مع متغيرات الحياة

يمكن القول بأن ترتيب هذه المكونات، حسب أولوياتها، يعتمد على الخبرات الذاتية بكل فرد وعلى الثقافة التي يعيش في اطارها، كما ان تحقيق نوعية الحياة بشكل مطلق امر غير وارد فهي امر نسبي، ويكفي ان تحقق جزءا بسيطا من الاشباع في بعض جوانب الحياة المختلفة، ويكون ذلك بشكل متوازن يهدف للوصول الى مستوى معقول للإحساس بنوعية حياة جيدة.

5- أبعاد نوعية الحياة:

تتعدد أبعاد نوعية الحياة وتتنوع وتصنفها منظمة الصحة العالمية على أنّ وجود الحياة تشير إلى الكمال الذي يمكن أن يحققه الإنسان أو أي مؤسسة من المؤسسات على النحو التالي:

1.5 بعد الاستقلالية: بحيث يمس سعادة الفرد ومصيره وتكون وفقاً لسيطرته ولا يتحكم فيه الآخرون "حرية سعادة الفرد".

2.5 البعد البيئي: من خلال ممارسة حرية الفرد بنظرة إيجابية نحو الآخرين والشعور بالأمن والأمان نحو البيئة الأسرية والمرض المهني.

3.5 البعد الروحي والمعتقدات الشخصية: وذلك مدى الالتزام الأخلاقي ومعرفة الأسس الدينية بوجه صحيح والعمل عليها.

4.5 البعد الاجتماعي: من خلال التفاعلات والعلاقات الاجتماعية والسند الاجتماعي.

5.5 البعد الجسمي: القدرة على التعامل مع الآلام الجسدية والتكيّف مع المرض واضطراب النوم والتغلب على الشعور بالتعب.

6.5 البعد النفسي: ويشمل المشاعر الإيجابية وتركيز الانتباه والرغبة في التّعلم والذاكرة وتقدير الذات العالي.

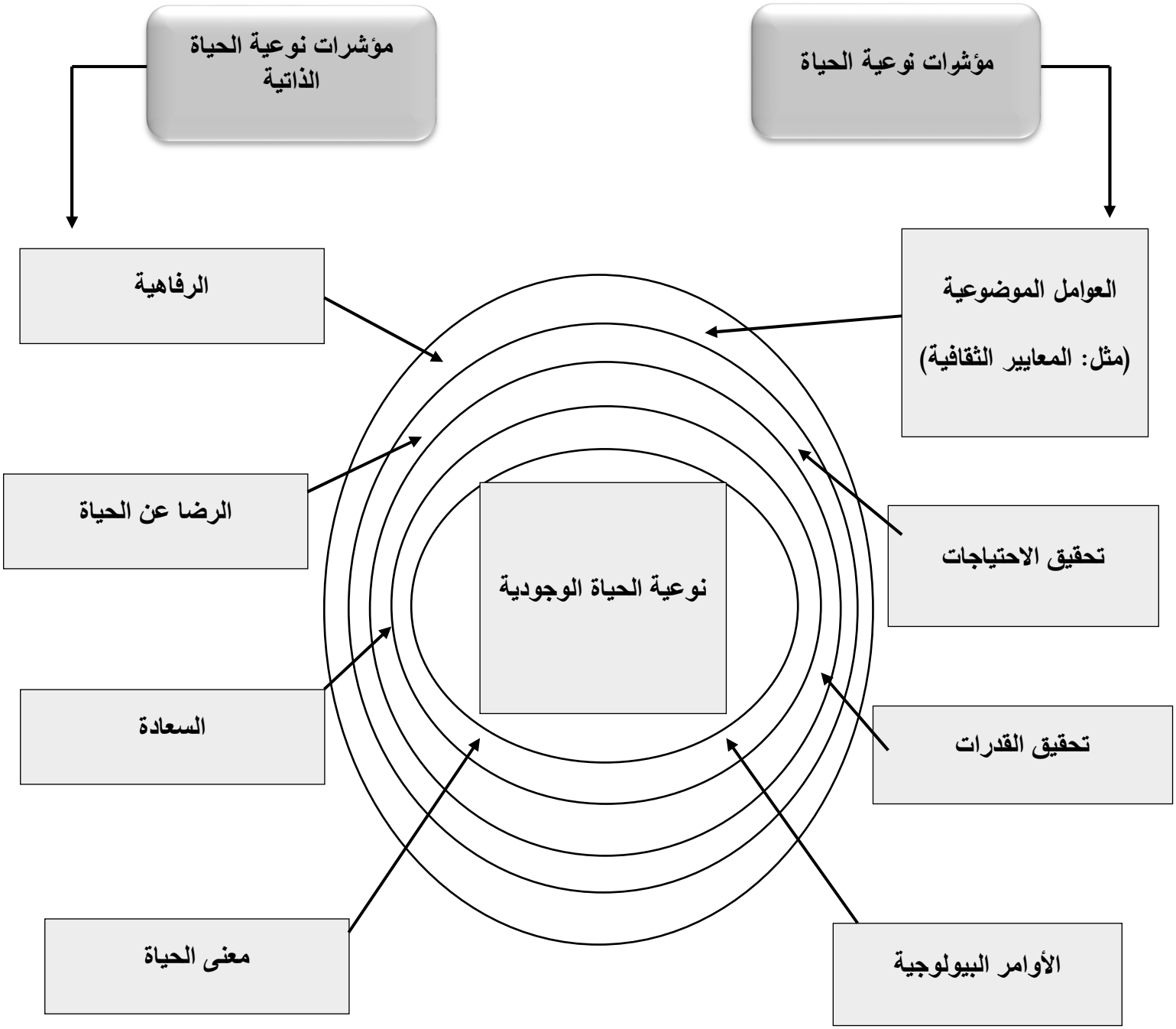
(الزروق،2008، ص38-43).

6- مؤشرات نوعية الحياة:

بالرغم من وجود علاقة تربط مؤشرات نوعية الحياة بالمؤشرات الاجتماعية إلا أنّ استخدام مؤشرات خاصة لمفهوم نوعية الحياة، ربما كان ذا إسهام عكسي، بمعنى أنه لا يؤدي إلى احتلال الدول المتقدمة اجتماعيا واقتصاديا للصفوف الأولى في القائمة، بل قد يترتب عليه أن يصعد مجتمع بدائي، لا يتمتع بأي قدر من الرفاهية بالمقاييس الموضوعية ليحتلّ مكانة أعلى لمجرّد أنّ أفراده يتمتعون بمشاعر الرضا الذاتي عن أوضاعهم المعيشة.

(عبد الفتاح، 2018، ص396).

وتعدّ تصورات "فينتيجودت Ventegodt" وآخرين عام 2003، من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد نوعية الحياة في إطار التوفيق بين البعدين الذاتي والموضوعي، إذ صاغوا ما يعرف بمتصل نوعية الحياة وطرحوا في ضوئه ما يعرف بالنظرية التّكاملية لنوعية الحياة، والتي يوضح الشكل التالي أبعادها وطبيعة التفاعل داخليا بين هذه الأبعاد.



الشكل رقم09: مكونات النظرية التكاملية لنوعية الحياة.

(أبو حلاوة، 2010، ص397).

يتضح من الشكل السابق أن نوعية الحياة أو ما يطلق عليه حسب مضامين الشكل: "نوعية الحياة الوجودية"، وفقا لرؤية "فينتيجودت" وآخرين (2003)، تتضمن بعدين رئيسيين:

6-1. المؤشرات الذّاتية:

وتشير إلى حجم استفادة الأفراد من الخدمات التي تقدمها الدولة، وقدر الإشباع الذي تحقق للأفراد من خلال هذه الخدمات والمتغيرات، كما تمثل درجة رضا الأفراد عن ذلك، وتتضمن أبعادا فرعيّة، تتمثل في: الرفاهية الشّخصية، والإحساس بحسن الحال، والرضا عن الحياة، والسعادة، والحياة ذات المعنى، وبعبارة أخرى فإنها تعبّر عن مدى الإشباع الذي يتحقق للأفراد في حياتهم في ظل واقع اجتماعي معين، ويكون ذلك من خلال تقييمهم وإدراكهم لهذا الواقع، كما ينعكس في مستويات رضاهم أو سعادتهم بجوانب هذا الواقع الاجتماعي، باعتباره يشكل مكونات نوعية حياتهم.

(الجوهري، 1994، ص200).

وبالرغم من اتفاق معظم التّعريفات الخاصة بالمؤشرات الذاتية على أنّ رضا الفرد عن الحياة هو المؤشر الأساسي لنوعية الحياة، إلا أنّها لا تتفق على المعاني والدّلالات النّفسية التي من المفترض أن يعكسها ذلك، مما يعدّ من أهم نقاط الضعف في المؤشرات الذّاتية، وهو ما يستحق أن يضاف إليه ما يلي:

1-المصدر الرئيسي للمادة الذّاتية هو الاستجابة اللفظية، والتصريحات، والتقديرات التي يعبر بها الأفراد عن درجة رضاهم أو سعادتهم التي تتحقق لهم في كلّ جوانب حياتهم المختلفة.

2- صعوبة تكميم المادّة الذّاتية الكيفية على نفس مستوى كمية المادة الموضوعية التي تقاس عادة بالأرقام الدقيقة.

3- الأفراد قد لا يفكرون في ردود أفعالهم، وبالتالي لن يستطيعوا الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بهذه المواقف، وهذا ما أكدته بالفعل بعض الدّراسات.

4- بالرغم من قدرة الأفراد على الإجابة إلا أن إجاباتهم في بعض الحالات قد تكون غير دقيقة بسبب بينهم للظهور بالصورة المثالية أو الإيجابية، أو الاجتماعية المقبولة.

6-2. المؤشرات الموضوعية:

يمكن تعريفها بأنها تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمّي، والتي تتعلق بالمتغيرات المؤسسة لنوعية الحياة، مثل: حجم ومستوى المرافق، والخدمات الموجودة بالمناطق السّكنية، والمؤسسات التي تقدّم كافّة الخدمات الصّحية، والعلاجية، والغذائية، والمدارس، والهيئات التّعليمية، وأماكن ووسائل التّرويح المتاحة، والأنشطة الاقتصادية الشّائعة، والسّلع المتوفرة، والمؤسسات القائمة على تحقيق الأمن، كما أنها تتضمن أبعادا فرعية، تتمثّل في: عوامل موضوعية (مثل: المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية).

(عبد الفتاح، 2018، ص397).

وبهذا المعنى فإنّ مؤشرات نوعية الحياة الموضوعية تستطيع أن تقيّم حياة الفرد من خلال ارتفاع معدّلات الإسكان، أو الرّعاية الصّحية، أو التعليم، فكلما ارتفع مستوى المعيشة تحسّنت نوعية حياة الفرد، وكلما زادت معدّلات البطالة والجريمة انخفضت نوعية حياة الفرد.

ونجد ممّا سبق، أنّ رصد المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة قد اقتصر على جوانب اقتصادية متعلقة بالرفاهية، ولم يتطرق إلى النّواحي الاجتماعية والإنسانية والنّفسية الكامنة وراء التفاعل المتبادل بين الواقع الموضوعي والخبرة الإنسانية.

خلاصـــــــة الفصل:

من خلال عرضنا للجانب النّظري لنوعية الحياة تبيّن لنا الأهمية البالغة لهذا المتغيّر في حياة الفرد وهذا راجع إلى ضرورة التّعرف على نوع الحياة التي نعيشها ويعيشها الآخر بغرض تطويرها إن كانت حسنة أو تحسينها إن كانت سيّئة، فإدراك الواقع المعيش والرضا عنه هو ما يحقّق التّوافق النّفسي والاجتماعي، والانفعالي، ومن ثمّ يمكن مواجهة وتحدّي صعوبات ومعيقات الحياة والعيش في سعادة.

الفصل الثالث

الالتزام الصحي

الفصل الثالث: الالتزام الصّحي.

تمهيد.

1- مفهوم الالتزام الصّحي.

1-1. التّعريف اللّغوي.

1-2. التعريف الاصطلاحي.

2- النماذج المفسرة للالتزام الصّحي.

2-1. نموذج المعتقدات الصّحية.

2-2. نموذج التّمثيلات الصّحية.

2-3. النّموذج المعرفي.

2-4. نموذج الإذعان الصّحي.

2-5. نموذج مراحل التّغيير.

3- العوامل المؤثرة في الالتزام الصّحي.

3-1. العوامل المتعلقة بالمريض.

3-2. العوامل المتعلقة بالمرض.

3-3. العوامل المتعلقة بالسيرورة العلاجية.

3-4. العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/ مريض.

3-5. العوامل المتصلة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية.

4- قياس الالتزام الصّحي.

4-1. القياس المباشر.

4-2. القياس غير المباشر.

5- تحسين الالتزام الصحي.

6- الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.

خلاصـــــة الفصـــــل.

تمهيـــد:

يعتبر الالتزام الصّحي قضية من القضايا الرئيسيّة في الصّحة العامّة، وذلك لما له من تأثير ودور أساسيّ في العمليّة العلاجيّة والمتابعة الصّحية، لانعكاساته على مختلف جوانب حياة المرضى لأنّ اِلتزام يدلّ على فاعلية مشاركة المريض واِلتزامه بشكل ما هو مطلوب منه والتّقيّد بالعديد من السّلوكيات الصحيّة خاصة مرضى ضغط الدّم، والتي تتمثل في اتّباع تعليمات الطّبيب فيما يخصّ التّقيد بالوصفة الطّبية، اتّباع الحمية الغذائيّة المناسبة، الابتعاد عن التّدخين والكحول والمخدّرات، وغيرها من السلوكيات التي تعبر عن الالتزام الصحي، وهذا ما سنوضّحه في هذا الفصل من مفاهيم حول الالتزام الصّحي، العوامل المؤثرة فيه، بعض أهمّ النّماذج المفسرة له مرورا بقياسه، وصولا إلى طرق تحسينه.

1- مفهوم الالتزام الصّحي:

1-1. التّعريف اللّغـوي: أصل الالتزام في اللّغة من الفعل لَزِمَ، فيقال: رجل يَلْزَمُ الشّيء؛ أي لا يفارقه، وملازمة الشّيء تعني الدّوام عليه، كما أنّه يعني أيضا الاعتناق.

(ابن منظور، 2014، ص4027)

وهذا يعني أنّ الالتزام في معناه اللّغوي يحمل معنى الاستمرار على الفعل وعدم الانقطاع عنه، لهذا فالالتزام الصّحي يعني في اللّغة الاستمرار في فعل السّلوكات المتعلّقة بالصّحة على الدّوام، وهذا المعنى قريب من معناه الاصطلاحي.

يعرّف قاموس " New Oxford Dictionary Of English" كلمة «Compliance» التي تعني الامتثال أو الالتزام بأنّها الحالة التي يقوم فيها الفرد بتلبية القواعد أو المعايير اللازمة.

أمّا كلمة «Commitment» فهي تعني الدّرجة التي يتبع بها الفرد الوصفات الطبية وقدرته على متابعة الدّواء المكتوب في الوصفة أو في إطار التّجارب العلميّة، والدّرجة التي يتبع بها الوصفات الطّبية فيما يتعلّق بالحمية الغذائية والتمارين وكذلك أخذ الأدوية.

(خنفار، بوصبع، 2014، ص29).

أمّا قاموس «Larousse» فيعرّف كلمة «Observance»: عمليّة اتباع تعليمة، عادة، سلوك، التّقيد بقواعد توجيهيّة. **(Larousse, 1990)**. وبالتّالي احترام التّعليمات أو التّوجيهات التي يحدّدها الطبيب، وللاقتراب من المعنى الاصطلاحي يجب أن ننتقل إلى معجم المصطلحات الطبية، حيث يرد في قاموس «Lexicon Of Psychiatry Neurology and Neurosciences» التّعريف التّالي: الالتزام درجة تزامن وتوافق سلوك الفرد مع التّوصيات الطّبية. **(لكحل، 2011، ص41).**

2-1. التّعريف الاصطلاحي:

لقد اختلفت وتنوعت التّعريفات حسب الاستعمال، وبالرّجوع إلى التّراث العلمي يمكن سرد التّعاريف التّالية:

- يرى "Portick" (2006): أنّ الالتزام الصّحي هو السّلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناول دوائه بدقّة وانضباط أمثل حسب الشّروط المحدّدة والمفسّرة من قبل الطبيب، أي الالتزام الدّقيق بنماذج تناول الدّواء من حيث الجرعات، طرق الاستخدام، كمية الدّواء، احترام المدّة بين الجرعات، شروط التغذية والشرب.

(رزقي، 2011، ص49).

- ويرى "نويلدنر Noeldnor": أنّ المقصود بالالتزام الصّحي هو كلّ أنماط السّلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصّحية عند الفرد.

(بيطاط، 2020، ص287).

- وعرّف "Morris et schulz" الالتزام بأنه:" درجة اتباع المريض للتوصيات الطبية فيما يتعلق بالنظام الغذائي، وممارسة الرّياضة أو أخذ الدواء".
- كما عُرّف الالتزام الصحي على أنّه:" درجة الانسجام بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدّوائية واتباع الحمية أو تعديل سلوك الحياة واتّباع الوصفات والتّوصيات الطبية، ونجد أنّ الالتزام هو أيضا الإدارة الذّاتية للمريض.

(عبد الصّمد، 2020، ص28).

- ويُعرَّف الالتزام الصحي بأنّه:" سلوك الشّخص في أخذ الدّواء بالانضباط والانتظام الأمثل وفقا الشروط، والشروح التي يحدّدها الطبيب من اتّباع دقيق لكيفية أخذ الدّواء فيما يتعلّق بالجرعات، الشّكل، طريقة التّعاطي، نوعية الجرعة لكل يوم، احترام الفترات الفاصلة بين الجرعات والوجبات الغذائية، المشروبات، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدّواء. **(سامعي، 2015، ص03).**

- أمّا منظمة الصّحة العالمية فقد تبنّت التّعريف التّالي:" درجة التّوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدّواء، اتّباع الحمية الغذائية، تبني نمط حياة ملائم، أو القيام بتعديلات سلوكيّة والتّعليمات، والإرشادات الصحيّة من قبل محترفي الصّحة).

.(World Health Organization, 2003, opcit: p3)

- أمّا في البحث الحالي فيعرّف الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم بأنه:

الانتظام في اتّباع التّوصيات والإرشادات الطبيّة طول فترة العلاج، ممّا يساعد على نجاح الخطّة العلاجية وكذلك الوصول إلى نتائج إيجابيّة، ولا يكون ذلك إلا من خلال المشاركة الفعّالة للمريض المصاب بضغط الدّم، ومدى قدرته على الالتزام بالشّروط المحدّدة من قبل الطبيب كأخذ الأدوية في وقتها، اتّباع نظام غذائي مناسب له، الالتزام بالمواعيد والفحوصات والتّحاليل، وتغيير أسلوب الحياة وذلك من أجل تحسين مسار المرض وتفادي مضاعفاته المدمرة، والسّيطرة على الوزن أو نسبة السّكر في الدّم، مراقبة INRIOVS في العلاج المضاد للتخثر "Traitement Anticoagulant".

2- النّماذج المفسّرة للالتزام الصّحـــي:

1.2 نموذج المعتقدات الصّحية: (1975)"Health Belief Model":

النّموذج الأول لإدراج العوامل المعرفيّة في تحديد السلوك: هو نموذج المعتقدات الصّحية، الذي طوّر أوائل الخمسينات من قبل (Godfrely Hochbaum, Becker and Maiman 1975, Stephen Kegels and Irwin Rosenstock): يفرض هذا النموذج تطورا للتهديدات والتوقعات على خلفية اجتماعية سكانية، والتي تشمل على سبيل المثال، العمر والجنس والعرق والمهنة وما إلى ذلك، ولاتخاذ القرار بتبني سلوك صحي جديد، يجب أن يشعر الفرد بالضعف الشخصي، بغض النظر ما قد يكون الوضع "الموضوعي"، وتشمل التهديدات إدراك ضعف الفرد في مواجهة مشكلة صحية وتطورها لشدة المشكلة، ويؤخذ النموذج في اعتبار الشدة ليس فقط من حيث الصحة، (بما في ذلك الألم وعدم الراحة وخطر الموت)، ولكن أيضا فيما يتعلق بالنتائج المهنية والاجتماعية

والعائلية، أما التوقعات فهي الفوائد التي يتوقعها الفرد من السلوك الصحي، وتطور الفرد لقدرته على أداء العمل (الفعالية الذاتية)، وتصوره للعقبات التي تحول دون أدائها، وبمجرد أن يقرر الفرد، بعد تقديره للإيجابيات والسلبيات، الخضوع للعلاج، قد يكون سبب دفعه إما حدثا داخليا (ظهور العرض الأول، على سبيل المثال) أو حدثا خارجيا (حملة إعلامية أو فقد قريب من المرض نفسه).

يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أنّ سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية وهو يمثل اتجاها يرتكز على نتائج التوقع على أساس القيمة، كما أنه اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوبا بحالة التردد أو عدم الثقة، ويرى إمكانية التّنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معينا سوف يحقق هذه الأهداف.

(عبد الصمد، 2020، ص38).

ووفقا للنموذج الأصلي (رونستوك 1996-1974)، أنّ احتمال تبني الفرد سلوكا وقائيا للحصول على التطعيم، الالتزام بالعلاج...، يتمّ تحديده من قبل أربعة أنواع من التصورات والمعتقدات:

- **الخطوة التي يدركها الفرد:** إنّ إدراك الفرد لخطورة المشكلة الصّحية ودرجة هذه الخطورة في رأيه أول العوامل التي تؤثر في قيامه بالسّلوكيات المرتبطة بالصحة سواء كانت سلوكيات صحيّة أو سلوكيات تؤدّي إلى المرض.
- **درجة التّأثير التي يدركها الفرد:** ويتعلق هذا العامل بإدراك الفرد لدرجة تأثره بهذه المشكلة الصحيّة أو المرض، فالأفراد الذين يقدّرون تعقد المشكلة وتطورها سيكونون أكثر حساسيّة وتأثيراتها.

- **قرار القيام بالفعل:** كلما كان الشخص منتبها ومتيقظا حول إمكانية حدوث المشكلة الصحية أو المرض، كلما زاد إدراكه لخطورة التهديد الناتج عنها، مما يدفعه للقيام بالسلوكيات الصحية اللازمة (سواء كانت وقائية أو علاجية).

فمؤشرات القيام بالسلوك الصحي تأخذ أشكالا عدة منها: طلب الاستشارة، الذّهاب لمركز الخدمات الطبيّة، إجراء تحاليل وفحوصات مخبرية... هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى فيمكن ذكرها في:

- **متغيرات ديموغرافية:** العمر، الجنس، السلالة، العرق.
- **متغيرات اجتماعية وثقافية:** سمات الشخصية، الطبقة الاجتماعية، الضغط الاجتماعي.
- **متغيرات بنائية:** معرفة الشخص بكيفيّة تقبله للمشكلة الصّحية وحالته قبل حدوثها.

(قاسم، 2012، ص238).

ويرى كل من (جانز وبيكر Janz and Becker, 1984) أنّ نموذج القناعة الصحية يرتكز على مجموعة من المسلمات القاعديّة الضرورية لتنفيذ السلوك الصّحي، والتي تلتقي كلها حول فكرة إدراك الصحة على أنها قيمة لها أهميتها وأن الحفاظ عليها مرهون لمدى قبول الفرد للالتزام بالنشاطات التي تقود إلى ذلك، ويشير هذان الباحثان على أن هناك خمس متغيرات تتحكم في تبني السلوك الصحي وهي:

1-الخطر العام المدرك على الصحة.

2-شدة خطورة بعض الأمراض.

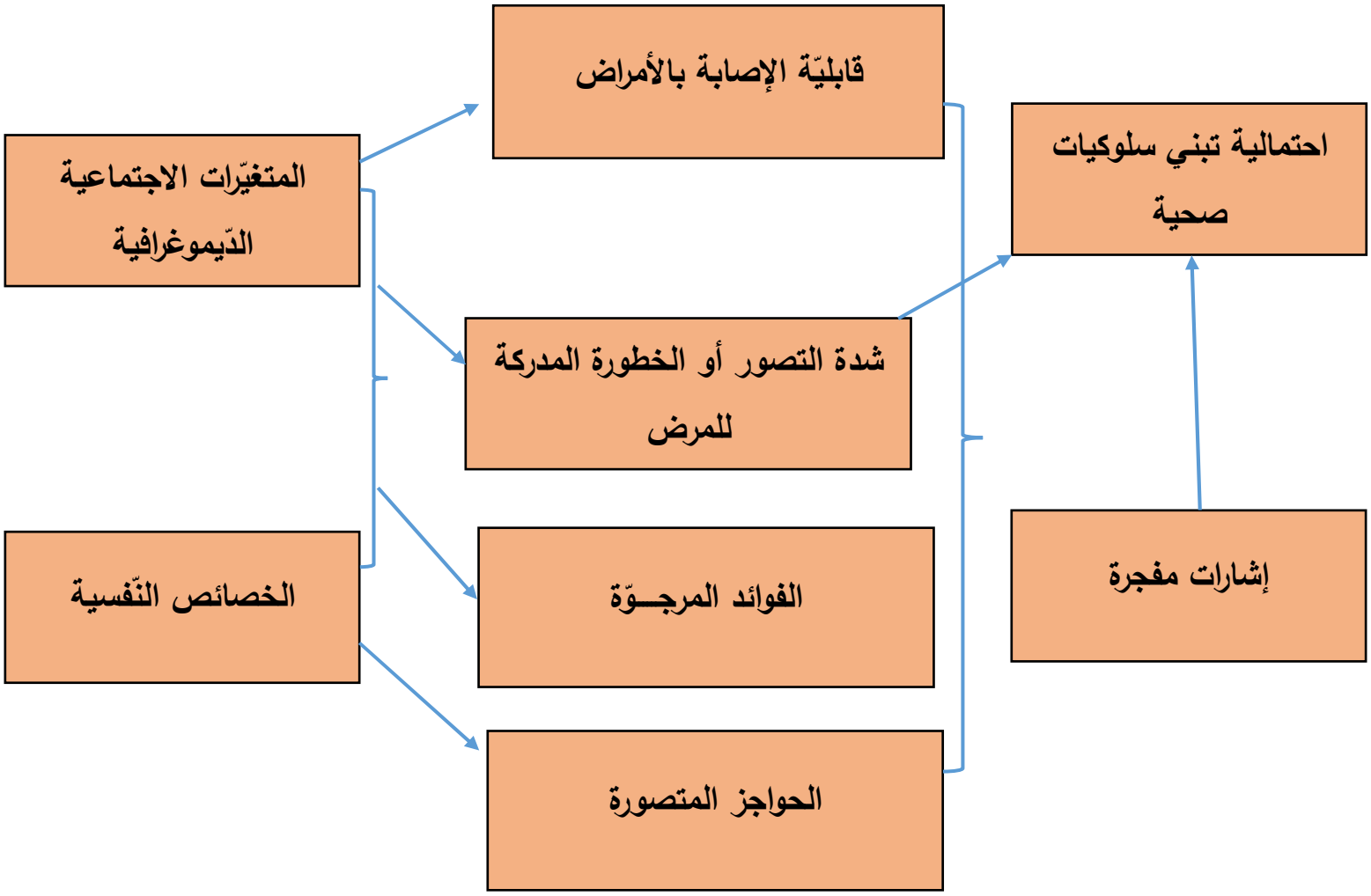
3-الاعتقاد الذاتي بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

4-الاعتقاد الذاتي بارتفاع احتمالات الإصابة بالمرض في حال التخلي عن ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

5-وجود دوافع داخليّة معززة للسلوك الوقائي (كظهور بعض الأعراض المرضية) وأخرى خارجية (كالإرشادات الطبية العامة المتناولة في وسائل الإعلام والإشهار المختلفة).

ويتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتوفر الشروط التالية:

- عندما يدرك الفرد ويقتنع أنّ عدم ممارسة النّشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بالمرض (التهديد المدرك).
- قد يكون هناك عواقب وحتمية لامتناع الفرد لاتّخاذ إجراءات وقائية (الشدة المدركة).
- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب باتخاذ إجراءات وقائية (الفوائد المدركة).
- أن تكون الفوائد المدركة أهم من التكلفة.
- أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي إلى نتائج إيجابية متوقعة.
- أن تتوفر دوافع داخلية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه.



مخطط رقم 10: يوضح المعتقدات الصّحية. (عبد الصمد، 2020، ص40).

- لقد جاء نموذج المعتقدات الصحية (Helth Belief Model) ليفسر وينبئ على وجه الخصوص بالسلوك الصحي، ويرى بأن الشخص يقوم بإجراء وقائي بالاعتماد على عاملين:

تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية، وتقييم إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات اتجاهه، أي أنه يفترض أنّ الإنسان يتبنى سلوكا صحيا بناء على شعوره بالتهديد وتوقعاته حول سلوك ما، بالإضافة إلى سعيه نحو تحقيق أهداف معينة انطلاقا من داخلية مرتبطة بتلك الأهداف، فعلى سبيل المثال لو قمنا بإسقاط هذا النموذج على مريض ارتفاع ضغط الدم، نجد أن المريض لن يقوم بالالتزام الصحي إلا عند تقديره للتهديد المرتبط بهذا المرض، كما يقوم المريض بتقييم إيجابيات الالتزام الصحي كإجراء وقائي، وسلبيات عدم الالتزام وما يرتبط به من مخاطر ومضاعفات يمكن أن تهدد حياة المريض، فإدراك المريض بخطورة مرضه ومدى تأثيره عليه هو من يحدد اِلتزامه بكل مؤشرات الالتزام الصحي.

2.2 نموذج التمثيلات الصّحية:(1980) Leventhal:

ظهر هذا النموذج على يد "Leventhal" بين سنة 1980 و1984، وهو قائم على الفكرة التي مفادها الاستجابات السّلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه.

كما استخدم هذا النّموذج لتفسير سلوكات الالتزام الصحي اِنطلاقا من إدراكات مرض معين وهذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض والأعراض والنتائج الناجمة عنهما، ويستند هذا النموذج إلى ثلاث مسلمات أساسية هي:

- أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها.
- التمثيلات المعرفية والانفعالية لتهديد المرض التي توجه سيرورة التكيف وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تبنيه.

- يفترض أن هذه التمثيلات هي خاصة بكل فرد ويمكن ألا تتفق مع الحقيقة الطبية، وهي تصورات محددة اجتماعيا تتهيّأ انطلاقا من القيم الاجتماعية والثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها الفرد ليتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد بها فرد مريض معنى مرضه.

وتنتظم السلوكيات المرتبطة بالمرض تبعا لهذا النموذج باشتمالها على خمس مكونات وهي:

- **الهوية:** أي التسمية التي يطلقها المريض على مرضه وأعراضه.
- **السبب:** أي العوامل التي يعزو إليها المريض سبب مرضه.
- **البعد الزمني:** وهي المدة المفترضة من قبل المريض لمرضه (مرض مزمن حاد).
- **الآثار:** أي نتيجة المرض وعواقبه الواضحة بالنسبة للمريض.
- **العلاج:** والذي يلجأ إليها المريض بحثا عن الشفاء والاستقرار.

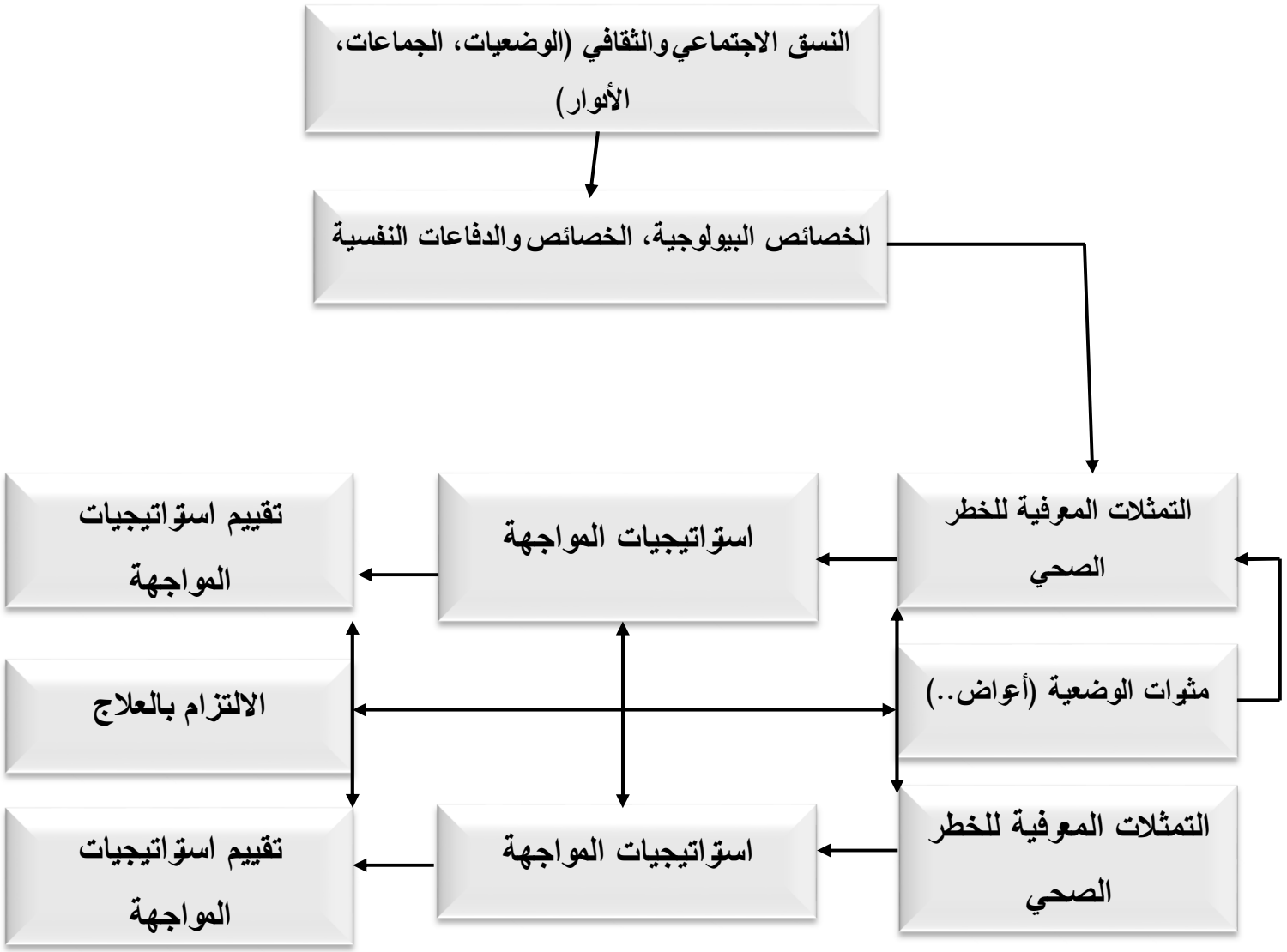
ولفهم الالتزام الصحي اقترح هذا النموذج حلقة تنظيم بين التصورات المكونة من قبل المريض حول مرضه من جهة والإجراءات التي يستخدمها لمواجهة التهديدات الصحية ويشمل المراحل التّالية:

- **التّمثل المعرفي للمرض:** أي تنظيم المعلومات المختلفة المهداة من قِبل المحيط، وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات وصحتها التي يستقيها المريض، فالمريض يسعى إلى فهم أعراضه ومرضه، لهذا يكون تمثلات معرفية ونماذج سلوكية تسمح له بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرض لها، ويستقي المريض معلوماته من الأصدقاء والعائلة، الفريق الطبي ووسائل الإعلام ومن خلال أعراضه وتجاربه السابقة.
- **الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج:** وتنتج أساسا عن تصورات المريض لتحديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج.
- **التسيير المتبني تبعا للتمثيلات:** أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية سواء بتبني السلوك الصحي من خلال الالتزام بالعلاج طلبا لتحسين حالته الصحية أو

من خلال التركيز على تنظيم الانفعالات والتقليل من الآثار السلبية للمرض وما ينجم عنه من ضغط انفعالي.

- **التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة:** يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجية المواجهة التي يتبناها، وكنتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثلات المعرفية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض وتبني استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية.

(رزقي، 2012، ص75-76).



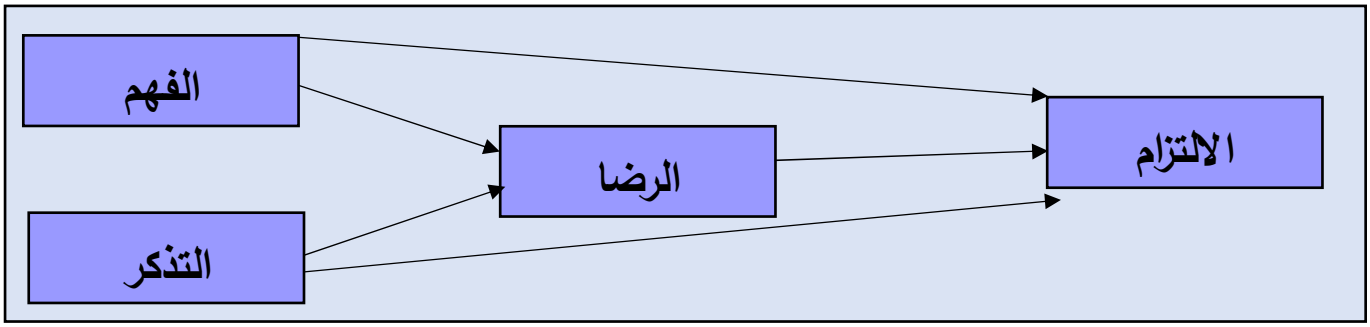
مخطط رقم 11: نموذج التنظيم الذاتي للصحة(leventhal-1980-984).

(رزقي، 2012، ص77).

ركز نموذج (Leventhal 1980) حول التمثيلات الصحية في تفسيره للالتزام الصحي على فكرة مفادها أن الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول أمراضهم، وأشار أن تلك الاستجابات تختلف باختلاف كل من: الهوية، الأسباب التي يعزو إليها المريض حول مرضه، عواقب المرض الواضحة للمريض، نوعية العلاج الذي يمكن أن يلجأ إليه المريض، ولفهم عملية الالتزام الصحي تجدر الإشارة إلى أن النموذج قام باقتراح مراحل في غاية الأهمية كالتمثل المعرفي للمريض، والاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج، إلى جانب نوعية الاستراتيجية التي يتبناها المريض لتحديد مواجهة المرض، وتقييم هذه الاستراتيجية لتبني استراتيجيات مواجهة أخرى أكثر فعالية.

3.2 النّموذج المعرفي:

طور «Ley (1981, 1989)» فرضية النموذج المعرفي في الالتزام، والتي مفادها أنّه يمكن التّنبؤ بالالتزام من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، فهم المعلومات المعطاة والتذكير بالمعلومات، والشكل الموالي يبيّن مختلف عناصر النموذج المعرفي:



مخطط 12: يمثل عناصر النموذج المعرفي. (لكحل، 2011، ص67).

- **رضا المريض: «Ley 1988»** مدى رضا المرضى عن الفحص الطبي واستعرض 21 دراسة لمرضى في المستشفى، ووجدوا أنّ 41 بالمئة من المرضى غير راضين عن علاجهم و28% غير راضين عن المعاملة العامة، وجد في الدراسة التي قام بها Ley 1988, Haynesetal 1979 أن مستويات رضا المرضى تتوافق مع نوعية الاستشارة ولا سيما الجوانب العاطفية (الدعم العاطفي، التفاهم) الجوانب السلوكية

(التفسير الكافي، وصف الأدوية) الكفاءة (التشخيص، ملاءمة الحالة) للقائم على الرعاية، ويذكر Ley (1989) أن الرضا يرتبط كذلك بمحتوى الفحص وأن المرضى يريدون معرفة أكبر قدر من المعلومات الممكنة، حتى لو كانت سيئة، على سبيل المثال؛ في دراسة حول تشخيص السرطان، أنّ المريض يكون راضٍ عندما يعطى التشخيص بالسرطان بدلا من حمايته من هذه المعلومة.

- **الفهم:** اختبرت دراسات عديدة مدى فهم المرضى لمضمون الاستشارة الطبية، من الدراسات التي بحثت في فهم المرض؛ دراسة Roth (1979) الذي سأل المرضى عن الإصابة بقرحة المعدة ووجد إجابات متنوعة مثل مشاكل اللثة والأسنان، الغداء، مشاكل الجهاز الهضمي، كإفراط إفراز حمض المعدة، سأل المرضى أيضا عن سبب سرطان الرئة، ووجد أنه على الرغم من فهم العلاقة السببية بين ارتفاع الإصابة بالسرطان وسلوك التدخين، فقط 50% من المرضى يعتقدون أن سرطان الرئة سببه التدخين، وذكر Roth كذلك أنّ 30% من المرضى يعتقدون أن ارتفاع ضغط الدم يمكن علاجه بالأدوية، إذا كان الطبيب يقدم النصح للمريض ويوصيه باتباع برنامج علاجي خاص، فيما لا يفهم المريض أسباب المرض، موقع الجهاز المصاب والعمليات التي ينطوي عليها العلاج، فإنّ هذا النقص في الفهم من المحتمل أن يؤثر على اِلتزام المريض بتلك النّصيحة.
- **تذكر المريض:** فحص الباحثون أيضا عملية استرجاع المعلومات المقدمة خلال الفحص الطبي، درست Bain (1977) عينة من المرضى فوجدت أنّ 37% من المرضى لا يتذكرون اسم الدواء، 23% لا يتذكرون عدد الجرعات، و25% لا يمكنهم تذكر مدة العلاج، في دراسة أخرى لـ(1978) Crichton et al وجد أن 22% من المرضى ينسون نظام العلاج الموصى لهم من قبل المريض، في دراسة تحليلية حول تذكر معلومات الفحص الطبي، وجد Ley (1989-1981) أن التذكر يتأثر بالعديد من العوامل، على سبيل المثال؛ القلق، المعرفة الطبية، المستوى الفكري، كما خلص

إلى أنّ التذكر ليس له علاقة بعمر المريض على عكس بعض التوقعات التي تقرّ بتأثير الشيخوخة على الذاكرة.

- **توصيات تحسين الالتزام:** إنّ تحسين الالتزام يتم من خلال تحسين عملية الاتصال بين الطبيب والمريض يهدف إلى ما يلي:
  - تحسين معرفة المريض.
  - تحسين التذكر.
  - زيادة رضا المريض.
  - زيادة اِلتزام المريض.
  - تسريع شفاء المريض (Annable Broomé, susan, Plievelyn 1955).

يمكن تحسين الاتصال من خلال المعلومات الشفهية والمكتوبة، ويقترح Ley 1989 أنّ النقاط التالية مهمة في إعطاء المعلومات الشفهية:

- التشديد على عملية الالتزام.
- الاهتمام بالمعلومة التي تعطى أوّلا.
- تبسيط المعلومات.
- تكرار المعلومات.
- أن تكون المعلومة محددة.
- إجراء مقابلات إضافية لمتابعة عملية الفحص.

بالإضافة إلى المعلومات الشفهية فإن المعلومات المكتوبة لها أهمية بالغة في تحسين الالتزام، وهذا ما تؤكده دراسة Ley and Morris (1984) حول تأثير المعلومات الطبية المكتوبة، ووجد أنها تحسن المعرفة بنسبة 90%، وتحسن الالتزام بنسبة 60% وتحسن النتائج بنسبة 57% من عينة الدّراسة. **(لكحل، 2011، ص67-69).**

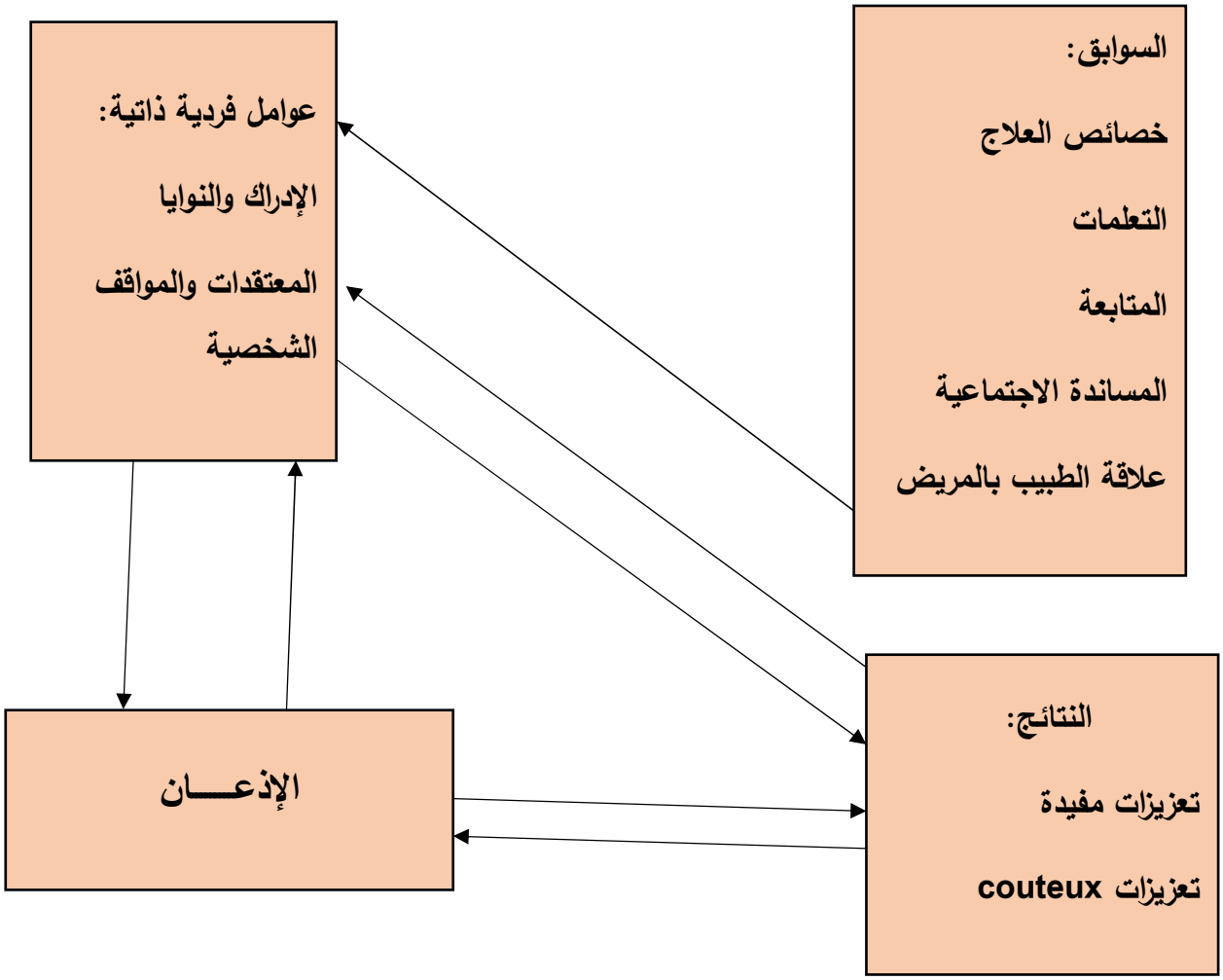
4.2 نموذج الإذعان الصحي: Health Cmpliance Model (HCM)

طور هذا النموذج من قبل هايبي وكارلسون Heiby and Carlson، ثم جاء بعد ذلك النموذج الاجتماعي السلوكي وأكمله هذا الأخير الذي شرح الالتزام الخاص بتوصيات التمارين الرياضية المنتظمة، الوقاية، احترام المواعيد...، مع إعطاء اهتمام أكبر لدراسة الالتزام بالعلاجات الطبية.

إنّ نموذج الإذعان الصحي كان أول من أخذ بعين الاعتبار الطريقة التي يعيش بعا الأفراد ويشعرون بها إزاء اِلتزامهم انطلاقا من تأثيرات النتائج الآنية والمستقبلية على حياتهم، ويحتوي على متغيرات أساسية وهي:

أولا: السوابق: أو الوضعيات التي تحتوي على عدة جوانب وهي:

- ❖ خصائص العلاج: الجرعة، الذوق، اللون، مقادير الأدوية، تغليف الأدوية.
- ❖ توعية المعارف حول طبيعة وأهداف العلاج.
- ❖ التكيف مع أسلوب الحياة.
- ❖ نوع التعليمات (مكتوبة، شفهية) ومدى وضوحها وسهولة فهمها.
- ❖ الاتصال المناسب.
- ❖ المواظبة على الفحوصات.
- ❖ المساندة الاجتماعية والعائلية.
- ❖ نوعية العلاقة طبيب/ مريض.



مخطط 13: يوضح مكونات نموذج الإذعان الصّحي Heibyetcoll.

(عدودة، 2015، ص85).

ثانيا: العوامل الذّاتية: وتشمل على إدراك المريض لحالته:

- ❖ المعتقدات.
- ❖ إدراك فعالية العلاجات.
- ❖ التكلفة المدركة.
- ❖ تقييم الخطورة أو التهديد.
- ❖ درجة الرضا.

ثالثا: النتائج الخاصة بإيجابيات وسلبيات الإذعان

الفوائد: يمكن أن تكون:

- ❖ اجتماعية: التأييد من الآخر.
- ❖ شخصية: تحسين الحالة الصحية وانخفاض حدة الأعراض.
- ❖ مالية: أرباح اقتصادية جراء التوقف عن التدخين مثلا.

السلبيات: يمكن أن تكون:

- ❖ جسدية: تدهور الحالة الصحية للمريض أو ارتفاع الضغط أو الأعراض الجانبية.
- ❖ مالية: انعكاس اقتصادي على العلاج.
- ❖ اجتماعية: (وصمة المرض).

يتميز نموذج الإذعان الصّحي بمجموعة من الإيجابيات والسلبيات يمكن أن تكون آنية أو مستقبلية، كما أنّ هذا النموذج يبيّن نوعين من العوامل الإيجابية والسلبية للإذعان:

1) في حالة العوامل الفردية، الإيجابيات والسلبيات المدركة تكون منعكسة قبل الإذعان، وهذا الانعكاس يعتبر كمحدد للالتزام.
2) في حالة العوامل المتعلقة بالنتائج، الإيجابيات والسلبيات المدركة والمعيشة تكون بعد الالتزام، هذه العوامل المتعلقة بالمفعول الارتجاعي Feed-back تؤثر على السلوكيات المستقبلية المرتبطة بنفس العلاج أو بعلاج آخر، إنّ هذه المقاربة تبين الخاصية الدينامية لسيرورة الالتزام، وتسمح بالأخذ بعين الاعتبار عامل الزمن وتأثيراته الذي نادرا ما يتم إدراجه في النماذج الصحية. **(عدودة، 2015، ص84-86).**

5.2 نموذج مراحل التّغيير The Stages Of Change Model :

لقد استطاع كل من "ديكليمونت وبروشسكا" « Diclimente et Prochoska » في عام 1994 بناء نموذج يعنى بتجديد المراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين وتعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا النموذج، ولهذا يعتقد العالم أن تغيير سلوك ما يحدث من خلال المراحل الدفاعية الجسمية، ووفق السياقات الخاصة بكل مرحلة، وتمثل مراحل التغيير بعدا زمنيا، والذي بدوره يسمح بالتعرف على التعديلات والتغيرات التي مست الحدس، الاتجاهات أو السلوك، وكذلك وقت ظهورها حسب تلك المرحلة، كما تسمح هذه المراحل أيضا بتحديد وضع الدافعية ولكن دون التنبؤ بها، أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثاني لهذا النموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير أي كيف يحدث تعديل التغيير لدى الفرد على مستوى سلوك معين وتتمثل سياقات التغيير في أنها سلوكات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة لأخرى، كما أنها تؤدي دور الموجّه لتقدير وتقييم مدى تغير المريض وتبنيه لسلوكات صحية.

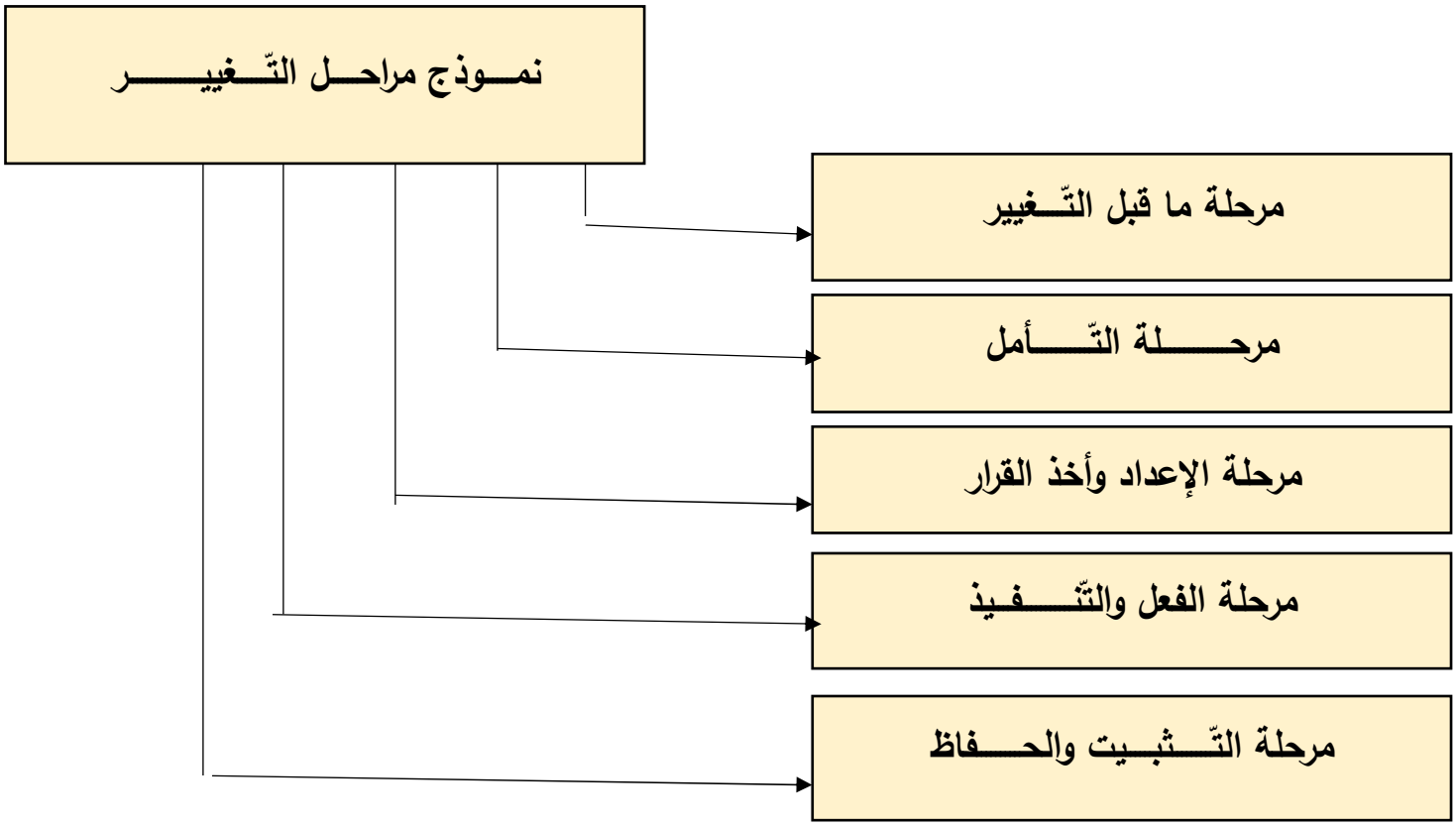
- **مراحل نموذج التغيير:**

1. **مرحلة ما قبل التغيير:** خلالها يكون المريض غير مقتنع بفكرة تغيير أو تعديل السلوك، وهذا من خلال ستة أشهر من المشكلة الصحية، وذلك نتيجة رفض الواقع الجديد أو نتيجة نقص المعلومات أو عدم صحة المعلومات التي تم الحصول عليها حول المرض.
2. **مرحلة التّأمل:** خلال هذه المرحلة يشعر المريض أنّ هناك سلوك مشكل ويفكر جليا في التغلب عليه سواء بتعديله أو تغييره، ولكن لم يأخذ بعد المبادرة للفعل، ويعرّف "شيسترون" «Chestron» هذه المرحلة كالآتي:

يعرف الفرد إلى أين يتجه، ولكنه ليس جاهزا بعد للذهاب، فالمريض في هذه المرحلة يقوم بعملية تقييم الجوانب الإيجابية والسلبية للسلوك المشكل، كما يحدد درجة الجهد والطاقة التي سوف يبذلها من أجل تغيير أو تعديل هذا السلوك.

3. **مرحلة الإعداد وأخذ القرار:** وهي مرحلة النّية في التّغيير وتكون قبل شهر من التغيير مع ظهور بعض التّعديلات الملحوظة، فالشخص هنا يظهر الرغبة في الفعل والعمل، ويقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل، ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن السلوك.
4. **مرحلة الفعل والتنفيذ:** خلال هذه المرحلة يغيّر المريض فعلا سلوكه، وكذلك المتغيرات المحيطة به ويلتزم بهذه التغييرات التي حصلت، ويكون التّغيير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظه الجميع، ويصبّ المفحوص اهتمامه في "الفعل والتغيير"، ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التّغيير، لأنّ استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة ويحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة كفاءة الذّات وكذلك التّعزيزات الإيجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج وهذا ما يضمن عدم الانتكاسة.
5. **مرحلة التثبيت والحفاظ:** يعمل المفحوص خلالها على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصّل إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمراريّة في السلوك الإيجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجيد المكتسب والالتزام به كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات أخرى في حياته.

(سامعي، 2015، ص106).



مخطط رقم 14: مراحل تطور نموذج التّغيير. (سامعي، 2015، ص106).

نموذج مراحل التغيير تمّ بناؤه على خمسة مراحل مترابطة، كلّ مرحلة تفسر نوعا معينا من الوعي بالمشكلات الصحية وكيفية السعي نحو تغييرها من خلال تبني سلوكات صحية سليمة إلى غاية مرحلة الاحتفاظ بكل ما يساهم في الارتقاء بالصحة، حيث تبدأ هذه المراحل بمرحلة ما قبل التّغيير أين يعي الفرد المشكلة لكنه لا يُحدث أي تغيير، ثم تأتي مرحلة التّأمل أين يشعر المرضى بالمشكل ويفكرون بتغييره، ثم مرحلة اتخاذ القرار وظهور الرغبة في العمل وتغيير سلوك مضر بالصحة، وبعدها مرحلة التنفيذ والعمل لبلوغ الأهداف الصحية التي يسعى إليها المرضى، وتأتي أخيرا مرحلة الحفاظ على النتائج التي تم التوصل إليها وتفادي الوقوع في الانتكاسة من أجل الاستمرار في الالتزام بالسلوكات الصحية كي يصل المرضى إلى النتائج الصحيّة المرجوة.

3- العوامل المؤثّرة في الالتــزام الصّحي:

3-1. عوامل متعلقة بالمريض:

يمثل الخطوة الأولى في الالتزام، في قرار المريض بالانصياع للبرنامج العلاجي طبقا لما يصفه الطّبيب، لكنّ الأطباء يميلون للاعتقاد وأن المرضى سوف يلتزمون حتما بإرشاداتهم ونصائحهم دون أن يدركوا بأنّ العامل الكفيل بضمان ذلك يتمثل بتصميم المريض واتخاذه قرارا قطعيّا بهذا الشّأن، فالمريض ليس طرفا سلبيّا في إنجاح العلاج والالتزام، وإنّما له عامل الحريّة في اتخاذ القرارات التي يجدها ملائمة لوضعه ومنسجمة مع قناعته، ويتحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج بإدراكه لمدى خطورة المرض، فإذا كان المريض يعتقد بأنّ مرضه خطير فسوف يشعر بضرورة اِلتزامه بالعلاج، بينما يكون الشعور مماثلا إن عرف بأنّ مرضه عابر، وليس خطرا على مستقبله، ومن جهة أخرى يتحدد اِلتزام المريض بمقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهض الكلفة وسينتج عنه أوجاع وآثار جانبيّة، وسيحل بالحياة اليومية للمريض، ويسبب له الضيق والانزعاج فإنّ اِلتزام المريض بالعلاج سيكون ضعيفا.

(تايلور، 2008، ص553).

ويرتفع الالتزام ليصل إلى نسبة تقارب 90% عندما يدرك المريض أنّ نصائح الطبيب تهدف بالدّرجة الأولى إلى تحسين وضعه الصّحي العام، من خلال حمله على استخدام الأدوية مثلا، بينما تقلّ النسبة لتصل إلى 76% إذا تطرقت النّصائح لمواضيع مهنية مثل الالتزام بالتوقف عن العمل لفترة من الوقت على سبيل المثال، وتصل النّسبة إلى معدّل أدنى يقارب 60% إذا كانت طبيعة النّتائج اجتماعيّة أو نفسيّة، كتجنّب المواقف الاجتماعية الضاغطة على سبيل المثال، فقد تبيّن أنّ الاستراتيجيات التعسّفية في التّكيف تؤدي إلى إضعاف مستوى الالتزام الصّحي. **(تايلور، 2008، ص556).**

3-2. عوامل متعلّقة بالمرض:

يؤثر المرض على الالتزام الصحي لدى المرضى تأثيرات مختلفة، فقد يزيد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضيّة ودرجة خطورته التي يتصورها المريض وكيف سيعيشها، فمن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض:

- إزمان المرض.
- عدم وجود أعراض واضحة.
- أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها.
- عدم وجود خطورة للمرض.

إذ إنّ تشخيص الإصابة بالمرض وما ينجرّ عنه من حتمية الخضوع للعلاج، لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الدّاخلية والخارجية للفرد فحسب، فهذا التّغير بحكم المرض وما يفرضه من اختلالات على الوظائف البيولوجيّة، وما ينجرّ عنها من آثار نفسيّة لا يكون تغيّرا إراديا بمحض إرادة الفرد، ويعمل كذلك أبعادا اجتماعية، وهذه التّصورات الاجتماعية للأمراض لا تختلف كليا عن التصورات التي يكوّنها المرضى أنفسهم عن مرضهم.

كما يتأثر الالتزام الصّحي بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيّد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح مسألة الالتزام الصحي تحديا صعبا للمريض، تعيق شفاءه ويحول دون تحسين حالته الصّحية.

وهنا يطرح في هذا السّياق مسألة الخضوع المطول للعلاج، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسبن بل تتعداها إلى تغيرات كثيرة في أسلوب حياة المريض والتي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت منفردة، فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وآثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية فيصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه. **(رزقي، 2012، ص63).**

3-3. العوامل المتعلقة بالسّيرورة العلاجيّة:

3-3-1. العوامل المرتبطة بالعلاج:

إنّ المعرفة الجيّدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع الصّحي، أو وجود تفاعلات بين العلاج أو الكحول أو الأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد أثناء علاجه، ترتبط هذه المعارف بمستوى جيّد للانضباط العلاجي وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصّحية.

3-3-2. تعقيد النظام العلاجي:

تؤكد معظم الدّراسات أنّ تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الالتزام الصحي سواء من حيث تعدّد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت الدّراسات أنّ عدم الالتزام الصحي يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد، و25% عندما يكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية، و35% عندما يفوق 5 أدوية.

ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدّية إلى تدنّي مستوى الالتزام الصّحي لدى المرضى، وتبقى الأمراض المزمنة من أهمّ الأمراض التي يكون منها الالتزام الصحي والامتثال للعلاج صعبا، لكون مدة العلاج طويلة جدا، قد تدوم مدى الحياة بالنّسبة للبعض.

(رزقي، 2012، ص64).

3-3-3. 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 لدى إدخالهم إلى المستشفى، وعندما يخضع المريض لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنّه محجوز بغرفته وعليه فالتّكيف مع الجديد يمكن أن يكون أصعب، وقد يبدو على نزلاء المستشفى من

المرضى عدة أعراض، لا سيما القلق والكآبة، كما أنّ التوتر النّاشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن يسبب الأرق والكوابيس وانعدام التّركيز بصفة عامّة.

(تايلور، 2008، ص511).

ولكن رغم هذا نجد أنّ المرضى بمجرّد خروجهم من المستشفى ينخفض اِلتزامهم الصّحي ولا يحافظون على الاستقرار في الأدوية والحمية الغذائيّة، إذ يؤكد «Heedelborg et Coll» أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجيّة لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء ويضيف «Kruse et coll» في دراسة اعتمدت على التعداد الالكتروني للأدوية على 300 مريض ماكث في المستشفى أنّ 51% غيّروا علاجهم خلال الأيام العشر الأولى التي تلي خروجهم، و48% اِلتزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من انتهاء الاستشفاء.

3-3-4. تحسّن المريض:

تأثير الالتزام الصحي أو تحقق الأثر العلاجي، في هذا الصّدد يرى «Bayada et Coll» أنّ عدم تحسّن الأعراض التي يشكو منها المريض، وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعدّ العامل الأول للانقطاع عنه.

ومن جهة أخرى فإنّ تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرضى إلى توقيف العلاج وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب، وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادّة، فبمجرّد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج.

3-3-5. الآثار الجانبية للعلاج:

كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصّة عندما تطول فترة العلاج، ممّا يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبّله، وهذه المشكلة المطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، فقد أثبتت دراسة «Leventhal»

عام 1986 لدى عيّنة من مريضات الثّدي انقاعهنّ عن العلاج بسبب حدّة الأعراض الجانبيّة خاصّة الغثيان والتّقيؤ. **(رزقي، 2012، ص65).**

3-4. العوامل المتعلّقة بالعلاقة طبيب/ مريض:

يهتمّ المريض كثيرا بنوعيّة العلاقة التي تربطه بالطبيب إلا أنّ هناك بعض التّحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة، حيث ترتكز الانتقادات الموجّهة للقائمين بالرعاية الصحيّة عادة حول تبنّي التّغذية الراجعة، واستخدامهم مصطلحات علميّة مختصة ومعقّدة، بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيّة مميّزة، لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النّظام الصّحي وجودته لا تركز في الكثير من الأحيان على مقومات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدّمة 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 امتلاكهم ما يكفي من المعلومات أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا.

كما أنه من أسباب عدم الالتزام الصحي لدى المرضى ورفضهم للعلاج؛ عدم وجود الإصغاء من طرف الطّبيب، ففي إحدى الدّراسات وجد أنه في 23% من الاستشارات لا يستطيع المريض من الانتهاء من طرح أعراضه وبثّ شكواه للطبيب حتى يتدخّل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، وفي 69% من الحالات بوجه عام بعد اثنتي عشرة ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب. **(تايلور، 2008، ص541، 542).**

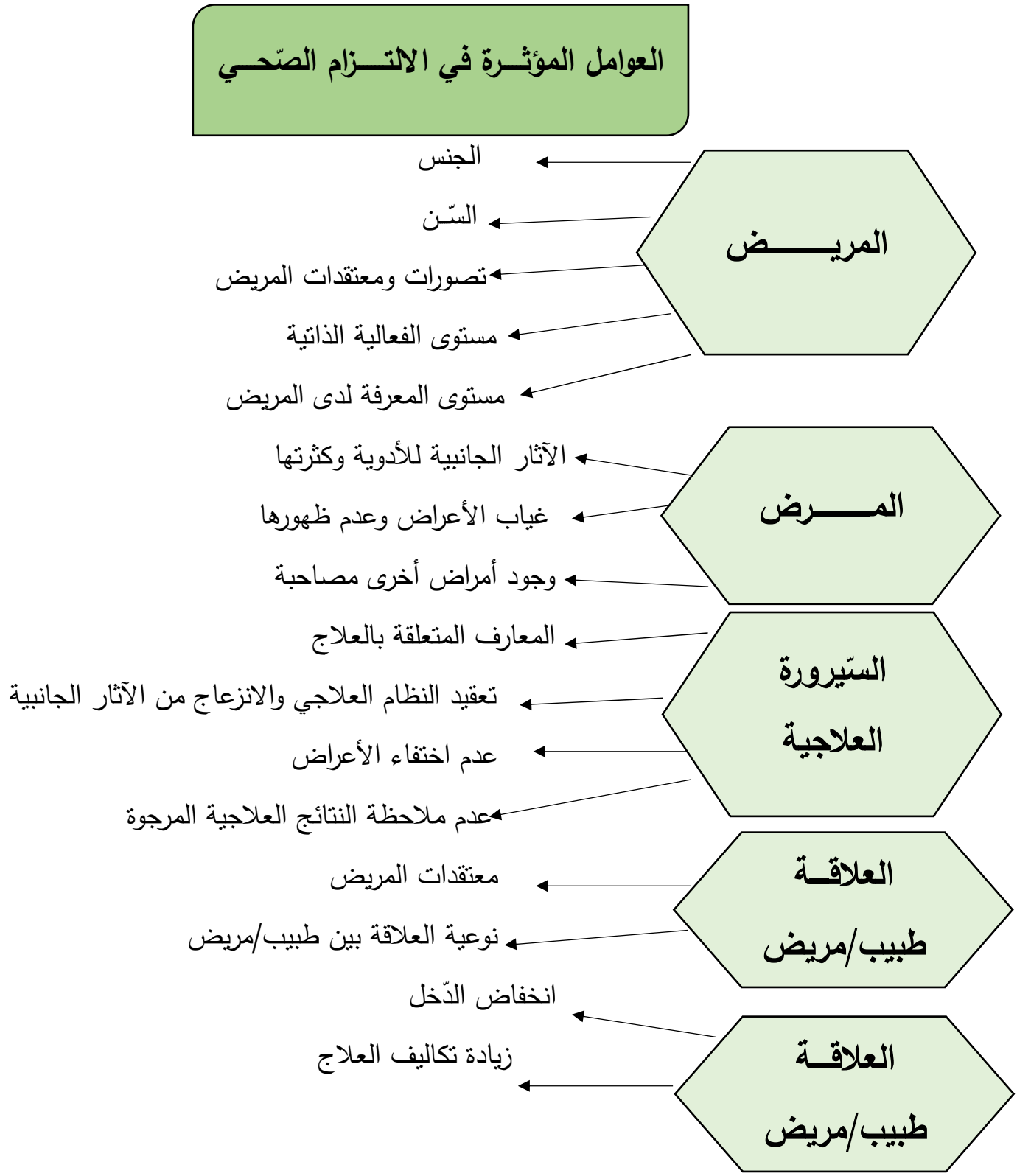
وفي تقرير منظمة الصحة العالمية (OMS 2003) أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج والتي من شأنها أن تعزز عملية الامتثال للعلاج عند المريض، وأنّه يجب أن ينظر المريض على أساس أنّه طرف فعال في العملية العلاجية، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطّة العلاجية، وأن يسود هذه العلاقة نوع من التّفاوض بين الطبيب

والمريض حول اختيار الحمية الغذائية ونظام التّغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة.

3-5. العوامل المتصلة بالظروف الاجتماعيّة والاقتصادية:

تعتبر التكاليف المادية بمثابة حاجز أمام الحصول على خدمات الرعاية الصحية، الأدوية الضرورية لإدارة المرض، مما يؤكد على الالتزام الصحي لدى المرضى، كما قد يكون من الصعب تغيير نمط الحياة في سياق الضعف الاجتماعي والاقتصادي، ويمكن لعوامل مثل (نقص وسائل النقل، عدم الاعتياد على نظام الرّعاية الطّبية وعدم كفاية تغطية التأمين الطبي) أن تهدّد عملية الالتزام، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدّخل، قلّة التعليم، تدنّي الحالة الاجتماعية والاقتصادية من المرجح أن يواجهوا تحدّيا أكبر في تحقيق السلوك الصّحي الجيّد على عكس ذوي الدّخل المرتفع والاجتماعي والاقتصادي المرتفع.

(عبد الصمد، 2020، ص35).



والمخطط رقم15: يوضح العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي

(عبد الصمد، 2020، ص36)

لقد اتّضح من الطّرح السّابق أنّ هناك العديد من العوامل التي من شأنها أن تؤدّي إلى عرقلة مسار الالتزام الصّحي لدى المرضى، فعلى سبيل المثال قد يتأثر الالتزام بالسّن نظرا لخصائص كلّ مرحلة عمريّة، أيضا عدم تقبّل المريض للمرض ورفضه للنظام العلاجي، انطلاقا من تصوراته ومعتقداته حول المرض ونظرة المجتمع له، هذا بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بالأدوية وتأثيراتها غير المرغوب فيها، أيضا نجد نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض ومدى تأثيراتها على استمرارية ونجاح المتابعة العلاجية بينهما وِالتزام المريض بكل ما يقدّمه الطبيب من إرشادات ونصائح طبية، وكذلك لا يمكننا إنكار تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية، فعلى سبيل المثال دخل المريض وزيادة تكاليف العلاج قد يؤثر على اِلتزام المريض من خلال اِنقطاعه عن مواصلة العلاج أو عدم القدرة على الالتزام بالمواعيد الطبيّة.

4- قياس الالتزام الصّحي: Measuringadherence

هناك طريقتين أساسيتين لقياس الالتزام الصحي أو العلاجي هما:

4-1. طريقة القياس الكمي المباشر:

حيث أن هذه الطريقة تعتمد على العلامات البيولوجيّة الموجودة في العضويّة، وكذا من تحاليل الدّم أو البول للكشف عن مدى استهلاك الأدوية الموصوفة أثناء العلاج، ومما يلي عرض لبعض من هذه الطّرق الأساسية:

4/1-1. المعايرة البلاسماتيكية أو البولية للدواء:

هذه الطّريقة تسمح بتأكيد وجود الأدوية في العضوية، أو في الجسم بطريقة مباشرة من خلال آثار الأدوية، ففي مجال المضادات الحيوية العلاجية لمضادات السل يستعان بالتحليل البصري للون البرتقالي للبول المرتبط باستهلاك ريفامبيسين Riphampicine، وفي هذا الصدد قام كل من فابر وكول Faber et coll، بمعايرة بولية لمرضى السكري باستخدام Tolbutamid، وذلك من أجل قياس الكلوز لتحديد مدى اِلتزامهم، وذلك طبعا بدون علمهم، وتجدر الإشارة هنا إلى أنّ الحصول على أدلة ثابتة حول عدم الالتزام بهذه الطريقة ليس بالأمر السّهل، ففي

إحدى الدّراسات التي حاولت قياس مدى الالتزام باستخدام عقار الثيوفيلين Theophylline من قبل مجموعة من المرضى المصابين بأمراض القلب Chronic Obstuctivé Pulmonary Disease COPD، وجد أن الأرقام والنسبة ثابتين بين تقارير الأطباء (78%) وما أظهرته لوائحهم (62%)، والتسجيلات المصورة لزيارات المرضى (69%)، وتقارير المرضى (59%)، والجدير بالذكر أنّ الدراسة لم تقِس ما إذا كان المرضى يتناولون الدواء بصورة صحيحة أم لا.

1/4-2. الملاحظة المباشرة للعلاج:

هذه الطّريقة لأخذ الأدوية تحدث تحت مراقبة بصرية مباشرة من طرف مختصين في الصحة، وتستخدم خاصة في إطار البروتوكولات العلاجية قصيرة الأمد لمرضى السّل، وتستخدم هذه الطّريقة في الدّول النّامية خاصة، ولكن برجمان Bergmann J.F حدّد استخدام هذه الطّريقة في الوسط الاستشفائي فقط.

1/4-3. ملاحظة الأعراض العلاجية:

هذه التقنية تتجه مباشرة إلى البحث عن الأعراض الجانبية للدّواء، كانخفاض السّكري أو انخفاض الضغط الدموي الذي يمكن أن يكون كانعكاس لأخذ الأدوية.

وعليه فإنّ هذه الطرق لها إيجابياتها من حيث كونها مؤسسة على معايير طبية، إذ إنّ معطياتها تعتبر موضوعية ونموذجية وموثوقة، ولا تسمح بالخضوع لأقوال المريض الذّاتية، وفي هذا الإطار فالمعايرة البلاسماتيكية للأدوية يمكن أن تكون أداة فعالة، تسمح على سبيل المثال بتعديل الكميات الموصوفة، وبناء عليه تخفيض الآثار الجانبية الذي تتسبب فيها الإفراط في الجرعة، وعلى الرغم من ذلك فإنّ ما يؤخذ على هذه التقنية أنّ موضوعاتها يمكن أن تكون موضوعا للنقاش، وذلك أن ردود فعل الأجهزة العضوية تختلف باختلاف الأفراد.

(عدودة، 2015، ص109).

4-2. طرق قياس الكمية والنوعية غير المباشرة:

لقد حدد كل من "انكري وكول" بعض الطرق غير المباشرة للقياس، مثل:

4/2-1. احترام المواعيد الطّبية:

فحسب Postel, Venay.N et Monard فإنّ احترام المواعيد الطبية يعتبر كشاهد مستخدم لدراسة مدى الالتزام بالعلاج.

4/2-2. حساب الأقراص المتبقية من الدواء ومدى المواظبة عليه:

وذلك أن حساب الأقراص المتبقية يمكن أن يستعان بها لتحديد الكمية الاحتمالية للدواء المفروض استهلاكه، فحسب برجمان Bergmann J.F فإنّ هذه التقنية محدودة وذلك لأنّ المريض لا يحضر معه دائما علب الأدوية زيادة على ذلك فإنّ الوحدات الناقصة لا تؤكد حتمية تناول الدواء بطريقة صحيحة.

4/2-3. حساب الحاويات المفتوحة من الأقراص:

هذه الطريقة وصفت من قبل علماء بريطانيين وألمانيين، إذ يستعان بها في نظام المعلوماتية، حيث يكون النظام مزودا بآلات اِلكترونية جدّ متطورة ودقيقة، إذ تسمح بالتسجيل في الذاكرة الالكترونية عدد مرات فتح الحاويات أو القارورات ومدة الفتح.

4/2-4. تقييم جودة الحياة:

وذلك أن جودة الحياة هي خاصية أو معيار لتقييم العلاجات الدوائية، وتقاس باستخدام مقاييس واستبيانات معلومة وتوجد الكثير من السلالم المختصة في هذا المجال.

4/2-5. ملاحظة المريض:

فحسب Fisher G.N et Tarquinio ; C فإن هذه الطريقة تفيد لجني معلومات نوعية أكثر منها كمية حول العوامل النفس-اجتماعية للسلوكات المرتبطة بالصحة والمرض، مثل

الشروط الاجتماعية للالتزام، والعلاقة التي بين المريض مع الأطباء، فالعلماء في هذا الإطار وصفوا نوعين من المقاربات:

- الأولى: مؤسسة حول جني منتظم للمعلومات استنادا إلى فرضيات أولية باستخدام نظام تصنيف السلوكات والنشاطات.
- الثانية: مؤسسة إجراء ملاحظة بالمشاركة، وفي هذه الحالة يجد الباحث نفسه متورطا أكثر في غربة الشخص الملاحظ.

2/4-6. المقابلة مع المريض:

المقابلة تسمح لنا بالمرور إلى الدراسة الموضوعية، وإدراك السياق الاجتماعي والمعرفي للمريض، وتقرير الأنظمة التمثيلية للمعايير والمعتقدات، وأخيرا فهم السلوكات الفردية والاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض، والمقابلة غالبا ما تكون مشتركة مع تقنيات أخرى مثل الملاحظة والاستبيانات. **(عدودة، 2015، ص110).**

5- تحسين الالتزام الصّحي:

الالتزام بعلاج ضغط الدّم هو عقبة رئيسية لتحقيق السيطرة الكافية على ضغط الدّم لدى المرضى، فالمريض بحاجة لتغيير نمط حياته وتطبيق التوصيات الموصى بها من قبل الأطباء والتي غالبا ما لا يتقبلها المريض ومحيطه، العادات الغذائية والنشاط تخضع لتغيرات جذرية، هذه التغييرات تتطلب تطوير مهارات جديدة مثل قراءة ملصقات الأطعمة، معرفة طرق الطبخ، الالتزام بالخيارات الغذائية المناسبة خارج المنزل، إدارة الوقت، الاستراتيجيات التي تحسن الالتزام لتساعد على التحكم في ضغط الدم، لكنها يجب أن تشمل المريض ومقدمي الرعاية الصحية في نفس الوقت، وقد تشمل:

- **الهدف العلاجي:** تحديد الهدف العلاجي لمريض ضغط الدم، ومتابعة تحقيق الهدف وكذا مناقشة الصّعوبات المتعلقة بالتوصيات، والنظام المنصوص عليه، وتقديم ملاحظات حول التقدم المحرز.
- **المتابعة:** وذلك بتتبّع حضور المريض لمواعيد المتابعة، جدولة مواعيد الفحوصات والتأكيد عليها خلال الزيارة أو عبر الهاتف.
- **تبسيط العلاج:** وذلك بتبسيط الجرعات واختيار أدوية بتكلفة أقل وفعالة في نفس الوقت وتجني تعدد الأدوية وتقليل عدد مرات أخذ الأدوية قدر الإمكان (مرة واحدة).
- **تكيف العلاج:** توقيت الأدوية (عادة في الصباح في وقت محدد)، الحد من عدد الأقراص والجمع بين الأدوية، دراسة ملف المريض لتكييف الجرعات والوصفات والخيارات خصوصا بالنسبة لكبار السّن.
- **تعزيز القياس الذّاتي للضغط:** وهو أداة للطبيب، في نفس الوقت وسيلة لجعل المريض يشارك في التكفل بمرضه.
- **التعليم الصحي:** يجب أن تكون عملية تعلم المريض واضحة الأهداف وما يتفق مع التوصيات العلاجية، والمعلومات المرتبطة بالمريض، ويجب أن تضمن الفهم الجيّد للمعلومات من قبل المريض وبالتالي يجب الحرص على متابعة المريض وتجهيز الوسائل والجداول الزمنية اللازمة للتعليم الصحي، وتتضمن عملية التعليم معلومات حول ارتفاع ضغط الدم وذلك انطلاقا من معلومات المريض وتصوراته للمرض، كما وقد تتطور إلى التفاوض حول الحمية والتمارين وتخفيض الوزن، وعلى الطبيب أن يساعد المريض على تحسين الالتزام، وذلك بـ:

- لا يسأل المريض إذا كان يأخذ العلاج يوميا ولكن يطلب منه تكرار اسم الدواء وأوقات الجرعات.
- يطلب منه الحصول على الأدوية.
- شرح الأدوية والجرعات وتأثيرها على أهل المريض.
- تجنب الجرعات التي لا لزوم لها.

- التحقق من الجرعات والعلاجات التي يأخذها المريض في المنزل.

(لكحل، 2011، ص84-86).

6- الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم:

يمكن تلخيص الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم في التّدابير الصحية التالية:

- ✓ **الرصد الذّاتي لمستوى ضغط الدّم:** توصي منظمة الصّحة العالمية «**WHO**» المرضى أنفسهم بمراقبة ذاتية لضغط الدم لديهم، متى كانت تقنية قياس الضغط ميسورة التكاليف، ومعرفة طريقة تقدير الخطر القلبي الوعائي باستخدام إحدى أدوات تقييم المخاطر، فكما هو الحال في الأمراض غير السارية الأخرى تسهّل الرعاية الذاتية في الكشف المبكر عن ارتفاع ضغط الدّم والتّقليل من أضراره على أجهزة الجسم الحساسة على المدى الطّويل.
- ✓ **الحمية الغذائية لمرض ارتفاع ضغط الدّم:** يُفترض بمريض ارتفاع ضغط الدّم أن يتبنى نمط حياة صحي، ويتبع نظاما غذائيا صحيا يناسب خصوصية الحالة المرضية للفرد، فيتوجب عليه أن يتجنب المأكولات المالحة والتي تحتوي على دهون كثيرة خاصة الشحوم الحيوانية المشبعة والأحماض الدّهنية المتحولة، في حين عليه الإكثار من الأغذية الغنية بالمعادن، الفيتامينات والألياف، كالخضروات والفواكه والحبوب، وكل هذه التدابير الغذائية تهدف لمساعدة الجسم على التحكم في مستوى ضغط الدّم والحفاظ على أعضاء سلامة الجسم الحساسة كالقلب والأوعية الدّموية، المخ، العينين.
- ✓ **الحرص على تناول الدّواء بانتظام:** ليتمكن مريض ارتفاع ضغط الدم من التحكم في ضغطه والسيطرة على تفاقم مرضه وتجنب تفاقم مرضه وتجنب تطور مضاعفاته يحتاج إلى التقيد بتناول العقاقير الدّوائية الموصوفة له وفق الجرعات الموصى بها في الأوقات المحددة دون زيادة أو نقصان.

- ✓ **الزيارات الدّورية للطبيب والتقيد بتعليماته:** التقيد بتعليمات الطبيب المعالج بكل حذافيرها، واستشارته عند الحاجة، وإجراء كل التّحاليل والفحوصات والأشعة اللازمة التي يطلبها منه المعالج، كالسكانار للتحقق من وجود تخثر أو تفجر للدم في الأوعية الدّموية بالمخ، تخطيط القلب الكهربائي، أو إجراء فحص بالأشعة لشبكة العين للتحقق من وجود تمزق بالشعيرات الدموية بشبكة العين (اعتلال الشبكة).
- ✓ **الابتعاد عن التدخين وتعاطي الكحول:** حسب «**WHO**» فإنه يجب على مريض ارتفاع ضغط الدّم تجنب تعاطي الكحول والإقلاع عن التّدخين ومنع التّعرض لمنتجاته، فهما يزيدان من خطورة المضاعفات التي تنجم عن مرض ارتفاع ضغط الدم، ويعجلان سرعة تفاقمهما وتعقد المرض.
- ✓ **إدارة التوتر وامتلاك مهارات مواجهة الضغوط:** يحتاج مريض ارتفاع ضغط الدم إلى التدريب على إدارة التوتر واكتساب مهارات واستراتيجيات مواجهة الضغوط ليتمكن من تفادي آثارها الوخيمة في رفع مستوى ضغط دمه، ومن ثم إبطاء تعقد مرضه وسرعة تعرضه لمضاعفات هذا المرض التي تمسّ أهم أعضاء الجسم وأكثر الأجهزة حساسة كالجهاز الدّوري والعصبي المركزي.

وتثبت بعض الأبحاث أن بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية تؤثر بشكل غير مباشر بدورها على عوامل الخطر السلوكية أو على الجانب النفسي، فتزداد مستويات التوتر والقلق ما يؤدي بدوره إلى رفع ضغط الدّم لدى الفرد، فعلى سبيل المثال أزمة انعدام الشغل قد يسبب توترا مستمرا وقلقا حادّا لدى الشباب في مقتبل العمر، بالإضافة إلى غياب السكن، نمط حياة غير متوازن. كلّ هذه العوامل مجتمعة تسبب زيادة الضغوطات النفسية لدى الشباب والراشدين، وقد تتسبب في إصابتهم بمرض ارتفاع ضغط الدّم المزمن، ولذا تبرز أهمية التمرس على إدارة التوتر بطريقة أفضل واكتساب استراتيجيات لمواجهة كل الضغوط.

(فلاح، 2022، ص109-110).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تمّ عرضه من بحوث ونماذج ونظريات والعوامل المؤثرة في الالتزام الصحي؛ تتضح لنا أهمية هذا المتغير في كيفية التصدي للمرض وكيفية التعامل معه، لاسيما إذا تعلق الأمر بذوي الأمراض المزمنة، أين يتطلب الأمر الالتزام الكلي بالنصائح المقدمة من قبل المختصين في مجال الرعاية الصحية، خاصة عند مرضى ارتفاع ضغط الدم، حيث يتطلب تغييرا نوعيا في أسلوب الحياة، وذلك ضمانا لعدم تفاقم المرض والتعايش معه، إلا أن تحقيق ذلك يتطلب التركيز على دعم جوانب شخصيته، وتعزيز إدراكه لصلابته النفسية، وتقديم الدعم الاجتماعي مما يرفع من مستويات تقبله للعلاج ويمنحه القدرة على تحمل أعراض المرض وسلبيات العلاج.

الفـــصـــل الرابـــع

الضّـــغـــط الدّمـــوي

الفصل الرّابـــــــع: الضّغط الدّموي

تمهيد

1- مفهوم الضغط الدموي.

1-1. تعريف ضغط الدم

1-2. تعريف ارتفاع ضغط الدم.

2- أسباب ارتفاع ضغط الدّم.

2-1. الوراثة.

2-2. الأسباب الغدية.

2-3. البدانة.

2-4. الأسباب النّفسية.

2-5. تناول المشروبات الممنوعة.

2-6. التوتر.

2-7. السّن والجنس.

3- تصنيف الضّغط الدّموي.

3-1. ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

3-2. ارتفاع ضغط الدّم الثّانوي.

4- أعراض ارتفاع ضغط الدم.

5- قياس ضغط الدم.

5-1. استعمال المضغاط والسّماعة.

5-2. القياس الذاتي.

5-3. القياس المتنقل.

6- تشخيص الضّغط الدّموي.

7- العلاج والوقاية من ارتفاع ضغط الدّم.

7-1. العلاج الدّوائي.

7-2. العلاج بغير الأدوية.

7-3. العلاج النفسي.

خلاصة الفـــــصــل.

تمهـــيد:

يعتبر مرض ضغط الدم من أكثر الأمراض السيكوسوماتية شيوعا في الآونة الأخيرة، وهو نتاج عمليات معقدة جسمية ونفسية راجعة إلى مشكلات الحياة المتنوعة مما يؤدّي إلى ظهور الأمراض النّفسية، فهذا المرض ما هو إلا انعكاس لاستمرار حالة من التّوتر الانفعالي والغضب وغيرها، وأنّ شخصا واحدا من بيننا كل عشرين شخصا يعاني من ارتفاع ضغط الدم ويحتاج العلاج والذي قد يستمر مدى الحياة، لذا لا بدّ من التشخيص المبكر له.

ويعرض هذا الفصل كل ما يخصّ مرض ارتفاع ضغط الدم، بدأً بالتّعريف إلى الأسباب وصولا للعلاج.

1- مفهوم الضّغط الدّموي:

1-1. تعريف ضغط الدّم:

هو الضغط الذي يندفع به الدم في الشرايين، ويعبر عنه عادة برقمين، فيقال مثلا: إنّ ضغط الدّم الطبيعي لا يتجاوز (90/140) ملم زئبقي، فالرقم الأعلى 140 يسمّى بالضّغط الانقباضي، ونعني به كذلك ضغط الدّم أثناء انقباض القلب ودفعه الدّم في الشّرايين.

أمّا الرّقم الأدنى 90 فيقال له: الضّغط الانبساطي، ونعني به ضغط الدّم في الشرايين أثناء انبساط القلب فيما بين الضّربتين. **(باشا، 2007، ص18).**

كما يعرّفه "شيلي تايلور" على أنّه القوة التي تبذل في اتّجاه مضاد لجدران الأوعية الدّموية، ففي أثناء الانقباض تزداد قوة جدران الأوعية الدّموية، وعند الانبساط تنخفض قوتها إلى أدنى مستوى. **(تايلور، 2008، ص72).**

ينشأ ضغط الدم داخل جدران الشرايين نتيجة قوة ضخ القلب للدم داخل هذه الشرايين التي تحتوي جدرانها على ألياف عضلية تتيح لها الاتساع أو الضيق حسب كمية الدّم المدفوعة داخلها، ويتحدد منسوب الضغط بقوة ضخ القلب للدم بمقاومة الشرايين لمرور هذا الدم وعلى هذا فإنّ: **ضغط الدم الشرياني= كمية الدّم المدفوعة من البطن الأيسر * المقاومة الطرفية للأوعية الدّموية.** **(بوشوشة،2022، ص60).**

1-2. تعريف ارتفاع ضغط الدّم:

يمكن أن يعرّف ارتفاع ضغط الدّم بأنه حالة ارتفاع الضغط أين يكون استعمال العلاج المضاد لارتفاع ضغط الدم أحسن من عدمه، حيث يرتكز هذا التّعريف على مقدار الأفراد المتعلقة بالنظام القلبي، في حالة عدم علاج ارتفاع ضغط الدّم على المدى البعيد.

(لكحل، 2011، ص12).

تعريف منظمة الصّحة العالمية (2013): "تعرّف ارتفاع ضغط الدّم عندما يساوي ضغط الدّم الانقباضي أو يزيد عن 140 مليمتر زئبقي أو عندما يساوي ضغط الدّم الانبساطي أو يزيد عن 90 مليمتر زئبقي. **(بوشوشة، 2022، ص62).**

يحدث ارتفاع ضغط الدّم (Hypertension) عندما تضيق أوعية الدّم في أطراف الجسم ذات الحجم الصغير، مما يجعل الدم يضغط على جدران الأوعية الدّموية أكثر من السابق، وذلك فإنّ على القلب أن يعمل بصورة وأن يبذل جهدا أكثر، وعلى الرغم من أن القلب قادر على تحمّل هذا الجهد الزّائد عدّة أشهر إلا أنّه في النّهاية سوف يصيب أوعية الدّم في الدّماغ والكلى والعيون. **(الفريح، 2007، ص3).**

2- أسباب ارتفاع ضغط الدّم:

يعود سبب ارتفاع ضغط الدّم إلى:

2-1. عامل الوراثة: لقد برهنت الدّراسات أنّ الوراثة تشكل عاملا مؤثرا في ارتفاع الضغط، فإذا كان الوالد مصابا بفرط التّوتر، فإنّ ولده مؤهل أن يصاب بارتفاع فرط التّوتر، فنسبة المرض تزداد أكثر فأكثر عند أولادهم، ومن المتوقع أن يرتفع الضّغط في سنّ مبكر.

2-2. الأسباب الغديّة:

1-حبوب منع الحمل.

2- مرض كوشينغ.

3-فرط الألد وسترون البدئي.

4-الورم القنامي.

5-مرض ضخامة اِلتهابات.

(معكرون، 1983، ص45-48).

2-3. البدانة: يعدّ عامل مهمّ وأساسي في حدوث ارتفاع ضغط الدّم، أو في مفاقمته فقد أظهرت الدّراسات العلميّة أنّ هناك علاقة وثيقة بين مرض شرايين القلب التّاجية والبدانة من خلال حدوث أمراض أخرى كارتفاع ضغط الدّم والسكري وارتفاع دهون الدّم. **(باشا، 2007، ص29-30).**

2-4. الأسباب النّفسيّة: لا شكّ أنّ الغضب خطرا من القلق أو الصّمود النّفسي، فالغضب يرفع ضغط الدّم نتيجة ارتفاع مستويات الأدرينالين في الدّم، ولكن الاسترخاء وتهدئة النّفس تفيد في إعادة ضغط الدّم إلى مستواه الأصلي.

2-5. تناول المشروبات الممنوعة: يؤثر تناول المشروبات الممنوعة على مستوى ضغط الدّم وعلى وجه العموم، كلّما ارتفع معدّل تناول المشروبات ارتفع ضغط الدّم، على الرغم من أنّه لم يتم فهم السبب وراء ذلك حتى الآن، ومع ذلك يعتبر ضغط الدّم عند الأشخاص الذين لا يتناولون المشروبات الممنوعة أعلى قليلا من ضغط الدّم عند الأشخاص الذين يشربون المشروبات الممنوعة بشكل معتدل.

2-6. التّوتر: يمكن أن يؤدّي التّوتر إلى ارتفاع ضغط الدّم على المدى القصير، لكنّه ربما لا يشمل ارتفاع ضغط الدّم على المدى الطّويل، وقد تساعد أساليب الاسترخاء على تحسين نمط الحياة، ولكن تلك الأساليب قد تكون غير كافية، للتّحكم في ارتفاع ضغط الدّم الفعلي. **(بيقرز، 2013، ص48-52).**

6-7. السّن والجنس:

السّـــن: إنّ ارتفاع ضغط الدّم أكثر شيوعا في المرحلة المتأخرة من العمر حيث يزداد الضغط الانقباضي بنسبة 21/20 ملم زئبقي، ويستمر بعد سن السّبعين، وتعلل هذه الزيادة المرتبطة بالسن إلى زيادة في المقاومة الوعائيّة الطرفيّة في الشرايين.

الجـــنس: غالبا ما يصاب الرّجال بعلامات فرط ضغط الدّم في أواخر الثلاثينات، فيما تصاب السّيدات في الغالب بارتفاع ضغط الدّم عند سنّ اليأس، فقد تتعرّض السّيدات لخطر أكبر للإصابة بفرط ضغط الدّم بعد بلوغهنّ سنّ الخامسة والخمسين،

ويرجع ذلك إلى الاختلافات الهرمونيّة بين الجنسين، فعندما يتوقف إنتاج الاستروجين مع حلول سنّ اليأس تفقد السّيدات تأثيراته المفيدة ويرتفع ضغط الدّم لديهنّ.

(هاشم، 2008، ص45).

3- تصنيف ارتفاع ضغط الدّم:

يمكن تصنيف ارتفاع ضغط الدّم حسب السّبب الذي يرجع إليه:

3-1. ارتفاع ضغط الدّم الأساسي: يعتبر ارتفاع ضغط الدّم أساسيا وأوليا، إذا لم يكن هناك سبب واضح للإصابة، أين يجب على المريض تعاطي أدوية ارتفاع ضغط الدّم، وهو يمثّل نسبة 95% من المصابين بارتفاع ضغط الدّم.

3-2. ارتفاع ضغط الدّم الثّانوي: ويمثّل 5% الباقية من عدد المصابين، حيث يعود سبب الإصابة إلى خلل عضوي يمكن التّعرف عليه.

كما يصنّف على أساس قيم الضّغط الانبساطي والانقباضي، المأخوذة في الظّروف الملائمة للقياس في العيادة. والجدول الموالي يوضّح التّصنيف الذي أوردته منظمة الصحة العالمية (**OMS**) والجمعية الأوروبية لارتفاع ضغط الدم سنة 1999، والذي صادقت عليه التّوجيهات الحديثة للجمعية الأوروبية لارتفاع ضغط الدّم Société Européenne D'hypertension سنة 2003.

جدول رقم 04: يوضح تصنيف ضغط الدّم المقاس بالمليمتر الزّئبقي للراشد.

(لكحل، 2011، ص23).

الصّـــــنف	الضّغط الانقباضي	الضغط الانبساطي
الضـــغـــط المثـــــالـــي	120>	80>
الضغط العادي	129-120	89-80
الضغط العادي المرتفع	139-130	89-80
ارتفاع ضغط الدّم من الدّرجة الأولى (légère)	159-140	99-90
ارتفاع ضغط الدّم من الدرجة الثانية (modérée)	179-160	109-100
ارتفاع ضغط الدم من الدرجة الثالثة (sévère)	180≤	110≤
ارتفاع ضغط الدّم الانقباضي المعزول Hypertension Systolique Isolée	140≥	90>

4- أعراض ارتفاع ضغط الدّم:

قد نجد الكثير من المرضى لا تظهر عليهم أعراض ارتفاع ضغط الدّم، وقد نجد أنهم يكتشفونه بعد إجراء اختبار قياس الضغط، أو قد يكون أثناء علاج لسبب آخر ولكن في أغلب الأحيان الأعراض تترجم برد فعل ارتفاع الضّغط على الشّخص، حيث تظهر زيادة الضّغط الدّموي أوّلا في بداية الثّلاثينات من العمر، فيشكوا هؤلاء المرضى غالبا من:

- سهولة الإحساس بالتّعب Un asthénie.
- العصبيّة الزّائدة.
- عدم القدرة على التّركيز والانتباه.
- الدّوار المتكرّر.
- القلق المفرط.
- الأرق وآلام في الرّأس Des céphalées.
- ضجيج وصفير سمعي Des acouphènes.
- الشّعور بارتفاع دقّات القلب بسرعة Des palpitations.

وغالبا يشعر المريض ببرودة الأطراف، النّبضات في العنق وفي نفس الوقت تستمرّ الأعراض حتى الكبر ومتوسط عمر الوفاة في عدم العلاج هو الخمسينات من العمر.

(غسان، 2005، ص328).

وقد نجد أعراضا أخرى تتمثّل في:

- الشّعور بالآلام في الذّراعين والسّاقين والكتفين والظهر، تقريبا في كلّ أعضاء الجسم وتكون هذه الآلام حادّة عندما يكون ارتفاع ضغط الدّم في أعلى درجاته.
- وأيضا الشّعور بالتّغيير في الأحوال العاطفيّة، فتكون الحالة قبل بداية هذا المرض تتمتّع بالسّعادة والتّسامح ثمّ تتغير إلى وجود حالة من عدم التّحمل والإهمال عند ارتفاع ضغط الدّم.
- وفي حالة ارتفاع ضغط الدّم الخبيث Malignant Hypertension نجد أعراض المرض أشدّ وأكثر تعقيدا، فالمريض سيشكو من زغللة في العينين، والذي يستدلّ منها على وجود نزيف في شبكة العين، وكذلك الشّعور بالدّوار الشّديد وصعوبة في التّنفس والشّعور بالتّعب عند القيام بأقلّ مجهود وزيادة في كمية التّبول ليلا، وأحيانا نجده قد ينزف من الأنف والفم. **(الخلفي، 2005، ص43).**

بما أنّه لا توجد أعراض محدّدة يشكو منها مرضى ارتفاع ضغط الدّم، لأنّ أعراضه بطيئة في الظّهور، وكثيرا ما يكتشف مرض ارتفاع ضغط الدّم بعد حدوث أحد المضاعفات النّاجمة عنه وبالتّالي يجب قياس ضغط الدّم قياسا دوريّا للوقوف على منسوبه الطّبيعي وتطوّراته.

5- قياس ارتفاع ضغط الدّم:

يُقاس ضغط الدّم بجهاز يسمّى Sphygmomanomètre ويسجل قياس ضغط الدّم على هيئة رقمين:

- يسمى الأول ب**الضغط الانقباضي (S.B.P)** (أعلى قيمة يقرأها الجهاز): يتولد داخل الأوعية نتيجة لقوة انقباض البطين الأيسر ودفع الدّم إلى كافّة أنحاء الجسم، وهنا

يتعرّض الدّم إلى مقاومة من قبل جهاز الشّرايين، والتي تكون أضيق من الأوردة ولكنّها تمتاز بسمك وتمتدّ جدرانها وذلك لتتحمّل ضغط الدّم العالي إذ يكون دفع الدّم عادة نبضا وليس انسيابا، ويبلغ مستوى ضغط الدّم العالي هنا (120 ملم ز– 140 ملم ز)، ويتأثر هذا النوع من الضغط بالجهد البدني والإفراز الهرموني، والمنبهات والحالة النّفسية مما يسبب عدم الاستقرار، ولهذا ينظر دائما إلى الضّغط الانقباضي بأنّه الضّغط غير المستقر.

- أمّا الثاني فيسمى ب**الضّغط الانبساطي (D.B.P)** (أقل قيمة يقرأها الجهاز): يحدث نتيجة لانقباض الأذنين وانبساط البطينين أن يتولد نتيجة لانغلاق الصمام في الشّريان الأكبر وعودة جزء من الدّم باتجاه القلب، وارتباطه بهذا الصّمام وهو أكثر استقرارا من الضّغط الانقباضي وأكثر أهمية من الناحية الصّحية، وتبلغ قيمته عند الفرد الطّبيعي بين (80–70 ملم ز) ويختلف عادة بين النّساء والرّجال وتعتبر الضّغط النّاتج عن انبساط عضلة القلب.
- وتوجد عدّة تقنيات لقياس ضغط الدّم تتمثّل في:

5–1. استعمال المضغاط أو السّماعة: وهي التقنية التي تستعمل في العيادات أو المستشفيات، حيث يتكون الجهاز من حزام داخله كيس يتمّ تعبئته بالهواء بواسطة مضخة هوائيّة يدويّة ويتصل بالكيس جهاز قياس (سواء كان سائل–زئبق أو على شكل عدّاد)، كما تستخدم سماعة الأذن لسماع صوت جريان الدّم أثناء القياس تتمثّل شروط قياس ارتفاع ضغط الدّم باستعمال المضغاط Sphygmo–mamométro في:

1– أن يكون المريض في حالة راحة على الأقل لـ5 دقائق.

2– أن يكون حجم شريط الذّراع Brassard مناسب لمحيط الذّراع.

3– أن يكون عمود الزّئبق على توازن مع نظر المعالج.

4– إفراغ المضغاط من الهواء قبل الاستعمال.

5- وضع شريط القياس فوق الكوع بـ3 سم.

6- تحديد الشّريان العضدي بواسطة اللّمس.

7- ملء المضغاط بالهواء دفعة واحدة وبسرعة.

8- وضع السّماعة على الشّريان العضدي.

9- تخفيض الضّغط ببطء أو بمقدار 2 ملمتر زئبقي في الثانية.

10- عند سماع صوت تدفّق الدّم تحدّد أولا قيمة الضّغط الانقباضي (القيمة العليا)، ثمّ قيمة الضّغط الانبساطي (القيمة السّفلى)، مثلا نقول: قيمة ضغط الدّم 80/120 ملم زئبقي).

(لكحل، 2011، ص14).

2-5. القياس الذّاتي L'automesure: القياس الذّاتي للمريض لقياس دمه يسمح بتصحيح بعض الأخطاء في التّشخيص الذي تمّ في العيادة، فعلى سبيل المثال نذكر ظاهرة تسمى بـ (HTA blouse blanche)، أين يخاف المريض من الطّبيب ومظهر العيادة، وتبدو عليه أعراض خوف وقلق تصاحبها تحمل الجهاز العصبي السّمبثاوي، وبالتّالي ارتفاع في ضغط الدّم، لذا فإنّه ينصح بقياس ضغط الدّم خارج العيادة للتّأكد من وجود حقيقي لضغط الدّم العالي وإزالة ما يعرف بـ (HTA blouse blanche) قبل البدء بأخذ الدّواء المضاد لارتفاع ضغط الدّم.

كذلك فإن القياس الذّاتي يسمح بمعرفة ارتفاع ضغط الدّم غير مستقرّ (Ambulatoire) ومن شأنه أن يعطي نظرة عامّة لأرقام قياسات ضغط الدّم، وبالتالي معرفة ما إذا كان هناك تحسّنا في الحالة من عدمه، وبالتالي تغير الدّواء أو يوصف مع أدوية أخرى.

أمّا فيما يخصّ عتبة القياس المحدّدة في القياس الذّاتي، فإنّ القيمة المساوية لـ (140/90) قياس عيادي، (85/ 135) في القياس الذّاتي.

(قارة، 2015، ص85).

5-3. القياس المتنقل La mesure ambulatoire:

لقد طورت وسائل حديثة لمتابعة ضغط الدّم على المدى الطّويل بطريقة آلية اِلكترونية لتسجيل الضغط عن طريق كمبيوتر وتحليل النّتائج بعد ذلك، فالقياس المتنقل للضّغط ليس للاستعمال داخل العيادة الطّبية ولكنها تستعمل في الحالات التّالية:

- اختلاف قياس الضغط من زيارة لأخرى، أو خلال الزّيارة الواحدة.
- عندما تكون هناك مضاعفات على الجهاز القلبي.
- عندما تكون هناك مقاومة لأدوية ارتفاع ضغط الدّم.
- في حالة وجود تأثير نفسي للعيادة والطّبيب.

وتستعمل طريقة MAPA خصوصا لتقييم طريقة تغير ضغط الدّم ليلا، وذلك للبحث عن التّغيرات غير العادية، مثلا في حالة السّكري غير المستقر عند مرضى الفشل الكلوي المزمن أو في الحالات التي يتعذر فيها القياس الذّاتي لضغط الدّم، ويعمل هذا الجهاز على أخذ وتخزين قياسات الضّغط خلال 12 إلى 24 ساعة، يؤخذ القياس كلّ ربع ساعة نهارا، وكلّ نصف ساعة ليلا، حيث يحمل المريض الجهاز في حزامه، خلال كلّ نشاطاته اليوميّة، ويحرص على تسجيل أوقات تناوله للطّعام أو للأدوية في دفتر يوميّ، كما على المريض تلقّي تعليم مناسب لوضع حزام الذّراع بالطّريقة الصّحيحة، ويتمّ فيما بعد تحليل النّتائج المخزّنة في الجهاز بالاستعانة بالدّفتر اليوميّ للمريض.

(لكحل، 2011، ص17).

6- تشخيص ارتفاع ضغط الدّم:

يتمّ التّشخيص من خلال التّاريخ الصّحي والفحص السّريري وقياس ضغط الدّم، فقياس ضغط الدّم باستخدام قياس ضغط الدّم هو الطّريقة الأساسية لتشخيص ارتفاعه، إذ يجب التّأكد من ارتفاع ضغط الدّم من خلال إجراء اختبار متكرّر للضّغط وغالبا ما يتمّ التّكرار في نفس وقت زيارة الطّبيب بعد (5-10) دقائق ومن خلال زيارات لاحقة. كما يقاس ضغط الدّم من

خلال أوضاع مختلفة أثناء الوقوف أو الجلوس أو الاستلقاء ويوصى بقياسه في وضع الجلوس لإمكانية متابعة ارتفاع ضغط الدّم.

ولتأكيد التّشخيص يكون من المفيد تسجيل ضغط الدّم كل 42 ساعة باستخدام جهاز أوتوماتيكي بالنّسبة لبعض المرضى، أو استعمال أجهزة قياس الضغط المنزلية لقياس الضّغط في البيئة الطّبيعية مقارنة بقياسه في العيادة لتفادي عامل الرّهبة من الطّبيب والمستشفى.

بمجرّد تشخيص ضغط الدّم يلزم إجراء فحوصات معيّنة، وهذا من خلال إجراء فحص بدنيّ شامل للبحث عن سبب يمكن معالجته وأيضا لتقييم تأثيرات ارتفاع ضغط الدم على الأعضاء التي عادة ما تتلف بسببه (الأعضاء المستهدفة) ومن الفحوصات التي يوصى بإجرائها للبحث عن سبب ارتفاع ضغط الدّم وتأثيراته ما يلي:

7- صورة كاملة للدّم تحدد كريات الدم الحمراء وصفائح الدّم وكريات الدم البيضاء.
8- يقاس أيضا الكرياتين واليوريا لمعرفة عمل الكلى، والصّوديوم والبوتاسيوم وحمض اليوريك، وكذلك قياس نسبة البروتينات في البول، والكاتيكولامينات.
9- قياس السّكر (صائما) لمعرفة وجود مرض السّكري من عدمه.
10- قياس المواد الدّهنية في الدّم (الكوليسترول).
11- عمل تخطيط كهربائي للقلب (ECG) لمعرفة تأثير ارتفاع ضغط الدّم على عضلة القلب بصورة تقريبيّة.
12- فحص البول لمعرفة مدى وجود الزلال فيه، الذي يدل على تأثير الكلى أو كون الكلى هي السّبب خاصة عند ظهور صفائح دم حمراء في البول ممّا يشير إلى مرض أولي في الكلى. **(لكحل، 2011، ص23).**

جدول رقم05: الفحوصات التي يعتمد عليها تشخيص ارتفاع ضغط الدّم.

(لكحل، 2011، ص24).

فـــي كـلّ الحالات	البحث عن خلل في الكلى	فحص البول (Créatinine plasmatique (bandelette urinaire +/- sédiment)
		نسبة البروتينات ذات اللون الخفيف في البول Microalbuminurie
		Rapport albumine (MG) créatinine (MMOL) >2.5 hommes et >3.5 femmes
	البحث عن Hyperaldostéronisme	فحص الكالسيوم≥ 3.5 ميلي مول/ لتر
	الأخطار الوعائيّة القلبيّة Risque Cardiovasculaire	الكولسترول ≥ 6.5 ميلي مول/ لتر
		LDL- Cholestérol > 4 M Mol.L-1 LDL-Cholestérol< 1 M Mol.L-1 (homme) et 1.2 M Mol-1 (femme) Triglycérides> 1.71 M Mol.L-1
		نسبة السكر في الدّم. الحساسية للغلوسيد ≤ 5.6 السكر ≤ 7M Mol.L حمض البول.
	فحص الكالسيوم وtsh	
	تخطيط كهربائي للقلبECG	
الفحص المعمّق	فحص الموجات فوق الصوتيّة للقلب Echographie Cardiaque فحص الموجات فوق الصوتية للأوعية الدّموية Doppler carotidien فحص الموجات فوق الصوتية للكلى Echographie rénale صورة الدّماغ Imagerie Cérébrale	

7- علاج مرض ارتفاع ضغط الدّم:

7-1. العلاج الدّوائي: يتضمّن العلاج الدّوائي مجموعة من الأدوية المضادّة لارتفاع ضغط الدّم، يصفها الطّبيب للمريض حسب كلّ حالة، من شأنها أن تخفّض ضغط الدّم وتحافظ على استقراره، إضافة إلى أنّها تعتبر وقاية من الدّرجة الثانية (prévention secondaire)، تجنبا للتّعرض لمضادات المرض (HTA) وتتمثّل هذه الأدوية في:

- مدرّات البول Les diurétiques: تساهم هذه المجموعة في إنقاص الملح، وذلك بطرده من الجسم عن طريق البول (Les urines).
- مثبطات بيتا Les Bétabloquants: تنقص انقباضات وضربات القلب المتزايدة.
- مثبطات آلفا Alpha- bloquants: توسع الشّرايين.
- مضادات الضغط ذات التّأثير المركزي Les antihypertenseurs centraux: تعمل على الدّماغ الذي يراقب ضغط الدّم.
- مثبطات الكالسيوم Les Inhibiteurs calcique: توسع من قطر الشرايين.
- مثبطات أنزيم التحول Les inhibiteurs dès l'enzyme de conversion (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2): تراقب نشاط الرّنين الذي يساهم في ارتفاع ضغط الدّم.
- نظام (Rénine-angiotensine-aldostérone): عبارة عن نظام هرموني معد يلعب دورا في انتظام الضغط الدّموي.
- الرّنين (La Rénine): هرمون تفرزه الرّئتان في الدّم، إفرازه يؤدّي إلى تكوين (الأنجيوتونسين1 l'angiotensine 1)، هذا الأخير يتحول بواسطة أنزيم آخر هو (ACE) إلى (الأنجيوتونسين 2 l'angiotensine 2)، الذي يحث نهاية الشّرايين (artérioles) على الانقباض والانكماش، مما يؤدي إلى تعرضهم إلى مقاومة الدّورة الدّموية وإلى زيادة الضّغط الدّموي.

- في المقابل فإنّ (الأنجيوتونسين2)، ينشط ويحرض الغدد الكظرية (Les glandes urinals) على إفراز الألدوستيرون (L'aldostérone) وهو هرمون يحفز احتباس الملح في الرّئتين ويزيد حجم الضّغط الشّرياني.

إذا فمضادات تكوين (الأنجيوتونسين2) (Les antagonistes de l'angiotensine2) لا تمنع تكوين هذه المادّة بل تمنع نشاطها. **(قارة، 2015، ص91).**

والجدول التّالي يوضّح الفصيلة الدّوائيّة والدّواء المنتمي إليها:

جدول رقم06: يمثل الفصيلة الدّوائية والدّواء المنتمي إليها. (قارة، 2015، ص92).

Classe Pharmacologique الفئة الدّوائيّة	Les Médicaments الدّواء
Diurétiques مدرات البول	Hydrochlorothiazide (Esidrex)
Diurétiques Thiazidiques	Indapamide (Fludex LP)
Diurétiques de l'anse	Furosémide (Lasilix)
Diurétiques distaux	Spironolactone (Aldadone)
B.bloquants مثبطات بيتا	Acébutolol (Sectral)
	Aténolol (Ténormine)
	Bisoprolol (Lasilix)
	Céliprolol (Aldactone)
مثبطات الكالسيوم	Nifédipine (chronadalate)
Antagonistes Calciques	Nitrendipine (Baypress, Nidrel)
Dihydropyridines	Amlodipine (Amlor)
Diltiazem	Félodipine (Flodil)
Vérapamil	Lacidipine (Caldine)
	Lercanidipine (Zanidip)
	Monotildiem
	Isoptine
مثبطات أنزيم التّحول	Enalapril (Rénitec)
Inhibiteurs de l'enzyme de	Liscinopril (Zestril)
conversion (IECG)	Ramipril (Triatec)
	Traindolopril (Odrik)
مثبطات مستقبلات الأنجيوتونسين	Losartan (Cazaar)
Antagonistes des récepteurs de	Irbésartan (Aprovel)
l'angiotensine 11 (ARA 11)	
مضادات الضغط المركزية	Rilménidine (Hyperium)
Antihypertenseurs Centraux	Monoxidine (Physiotens)
A. bloquants مثبطات آلفا	Prazosine

7-2. العلاج بغير الأدوية:

يعتمد العلاج غير الدّوائي على اتباع سلوكيات صحية تبدأ بتغييرات في طريقة الحياة والتّغذية وخفض الوزن والرّياضة:

7-3. خفض الوزن: أثبتت الدراسات أن خفض الوزن يؤدي إلى خفض الضغط، بما في ذلك خفض الكولسترول وتقليل احتمال الإصابة بالسكر، في العادة ينخفض الضغط بمقدار 1 درجة مع انخفاض الوزن بمقدار كيلوغرام واحد، ويستحسن خفض الوزن بصورة تدريجية بمقدار 1 رطل في الأسبوع وتجنب الحميات الصّارمة لأن المهم أن نحافظ على الوزن بعد خفضه، فيحاول أن يقرأ عن كميات السعرات الحرارية في طعامه.

7-4. اتباع حمية غذائية: أثبتت الدّراسات أنّ التقليل من تناول الملح يخفض ضغط الدّم ويزيد من فعالية العقاقير في خفض ضغط الدّم وهناك فوائد أخرى في تقليل الصّوديوم، فقد دلّت الدّراسات أنّ ذلك يقلل من احتمال الصّدمات الدّماغية، وحصوات الكلى وضعف العظام، كما يساعد التّقليل من أملاح الصّوديوم في بعض الأحيان على رجوع عضلة القلب المتضخمة إلى حجمها الطّبيعي.

(الخليفي، 2005، ص19).

7-5. التّوقف عن التّدخين: فهو يزيد من احتمال الذّبحة القلبية والصدمات الدّماغية وأمراض القلق بالإضافة إلى زيادة احتمال الإصابة بالسّرطانات (سرطان الرّئة، أمراض القلب...).

7-6. العلاج النّفسي:

- **العلاج المعرفي السّلوكي:** لقد أحرز العلاج المعرفي السّلوكي نجاحات كبيرة في مجالات علم النّفس الصّحي، في اللّجوء إلى أساليب تعديل الجوانب المعرفية والسلوكية في علاج فرط ضغط الدّم، ومن أن هذه العلاجات قد لا تحلّ محلّ المعالجة بالعقاقير كليا، إلا أن اللجوء إلى مستويات أدنى من العلاج بالعقاقير إذا ما اقترن بأساليب

العلاج المعرفي السلوكي سيبرهن من دون شكّ على نجاح كبير، ولقد وجد الباحثون أنّ هذه الأساليب المستخدمة كالاسترخاء الذي يعتمد بالدّرجة الأولى على التّنفس العميق، التّأمل، التّدليك المريح، التّخيل وكذلك التّغذية الراجعة هي من العوامل التي استطاعت التّخفيف من ارتفاع ضغط الدّم حيث نجد:

- **التّغذية الراجعة البيولوجية:** التي تعمل على تدريب الفرد على التّحكم في بعض الوظائف الجسميّة الإرادية كالتّوتر العضلي، ضغط الدّم، وذلك باستخدام بعض الأجهزة الالكترونية كجهاز التخطيط الكهربائي للعضلات، جهاز التّخطيط الكهربائي للدّماغ...
- **الاسترخاء:** بما أن خبرة الشّخص الانفعالية تنتج في تقلص وانقباض العضلات التي تصاحب الحالة الانفعالية، وإن معدل النبض وضغط الدّم يرتفعان في حالة الانفعال وينخفضان في حالة الاسترخاء العميق، حيث أن الاسترخاء يقوم بتهدئة الحملة العصبيّة.
- **العلاج الإسنادي:** تكمن فوائده في كونه يخفض حدّة القلق، كما أنّه يجعل المريض يواجه الصّعوبات الصّحية التي يتعرّض لها ويساعده على تقبل وضعيته الحالية وفي إقناعه بأهمية العلاج الطّبي وتشجيع المريض على تقبل العلاج والقيام ببعض النّشاطات التي تخفض نسبة مرضه.

(عبد الرحمن، الشناوي، 1988، ص441).

خلاصـــــــــة الفـــصـــل:

من خلال هذا الفصل اتّضح لنا أنّ مرض ارتفاع ضغط الدّم يعتبر من أخطر الأمراض المزمنة التي قد يصاب الفرد في حياته، وذلك لما له من مضاعفات خطيرة ولتعدد العوامل المؤديّة إليه سواء كانت هذه العوامل نفسيّة أو عضوية، ونجده لدى كل الفئات لكنه يختلف من شخص لآخر، ولقد اتّضح لنا أن العلاج الذي تطول مدّته قد لا يحقق لنا أي نتيجة كون تلك الأدوية والعقاقير الطّبية تعمل فقط على إعادة تعديل مستوى ضغط الدّم، ولا يوجد دواء يقضي نهائيا على المرض، وبالتالي فإنّ اتباع النّصائح والإجراءات الوقائيّة من شأنها أن تخفف من ارتفاع الضغط ومضاعفاته أو تساعد في عدم ظهوره السّريع، وبالتالي الوقاية خير من العلاج.

ولا ننسى دور العلاج النّفسي بكل التّقنيات الذي يخفض من حدّة الانفعالات النّفسية التي تكون من أهم أسباب ارتفاع ضغط الدّم.

الجانب التّطبيقي

الفصل الخامس

إجراءات الدّراسة

الفـــصـــــــل الخامس: إجراءات الدّراســـة

تـــمهـيد

1-الدّراسة الاستطلاعيّة.

2-منهج البحث.

3-الإطار المكاني والزّماني للبحث.

4-عيّنة البـــحث.

5-أدوات البـــحث.

6-الأساليب الإحصائيّـــة المستخدمة في البحث.

خلاصة الفـــصـــل.

تمهـــيـــد:

بعد أن تطرّقنا فيما سبق إلى الخلفيّة النّظرية للدّراسة، والتي تعدّ بمثابة الأرضية الأساسية للموضوع، نأتي إلى الجانب الميداني منها الذي يستدعي هنا معرفة مختلف الإجراءات المنهجيّة المستخدمة في الوصول إلى نتائج أكثر موضوعيّة ودقّة علميّة، فمن أهمّ أسس الدّراسة العلمية هو تحديد الإطار المنهجي الذي يحدد طبيعة وقيمة كل بحث، وفي هذا الفصل سيتمّ استعراض الإطار الزّمني والمكاني للدّراسة تليها أدوات البحث المستخدمة والمتمثّلة في مقياس الالتزام الصّحي ونوعيّة الحياة، حيث نورد الخصائص السيكومتريّة لأدوات البحث المستخدمة ونقدّم عينة البحث، وفي الأخير توضيح أهم الأساليب الإحصائية التي تمّ الاعتماد عليها في تحليل نتائج الدّراسة.

1- الدّراسة الاستطلاعيّة:

تعتبر الدّراسة الاستطلاعيّة خطوة أوليّة يقوم بها الباحث مستهل بها دراسته، وذلك من أجل الاطّلاع على عيّنة الدّراسة والاحتكاك بها، والتّعرف على الصّعوبات التي تعيقه في الحصول عليها، كما تسعى الدّراسة الاستطلاعيّة إلى التّحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدّراسة نظرا للخصوصية التي تحملها كل عينة عن غيرها.

وما دفعنا للقيام بهذه الخطوات هي ميزتها في الكشف عن الظروف التي ستجرى فيها الدّراسة الأساسية، وكذا في الكشف عن الأفكار الجديدة، والتّعمق في أبعاد وحيثيات المشكلة، والحصول على معلومات وبيانات أكثر تساعدنا في إجراء الدّراسة الأساسيّة.

وقد تمّ القيام بها في مستشفى "محمّد بوضياف" قسم الطّب الدّاخلي، إذ تمّ الاطّلاع على الحالات الموجودة في المصلحة في تلك الفترة، حيث تعرّفنا على المرضى وعرّفناهم على دورنا، والهدف من العمل معهم، ومن ثمّ قمنا باختيار الحالات.

1-1 أهداف الدّراسة الاستطلاعية:

سعت الباحثتان من خلال الدّراسة الاستطلاعيّة إلى تحقيق ما يلي:

- زيارة العيادات الخاصّة بأمراض ارتفاع ضغط الدّم للتّعرف على الميدان الذي ستجرى فيه الدّراسة.
- زيارة بعض المؤسسات الاستشفائيّة.
- التّعرف على صعوبات الميدان، والاستعداد للقيام بالدّراسة الأساسيّة.
- التّأكد من وضوح التّعليمات الخاصّة بأدوات الدّراسة ودقّتها.
- تطبيق مقياس الالتزام الصّحي.
- تطبيق مقياس نوعية الحياة.
- حساب الكفاءة القياسيّة لأدوات المقياس ومعرفة مدى صدقها وثباتها.
- تحديد الوقت الذي قد تستغرقه الباحثة لإنهاء الدّراسة الميدانيّة.

2- منهج البحث:

بما أنّ موضوع دراستنا يتطرّق إلى موضوع التّنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، اعتمدنا على المنهج الوصفي "دراسة العلاقات المتبادلة"، وذلك لأنّه يعدّ الأنسب من بين باقي مناهج البحث، كونه أحد أهمّ أنواع المناهج الوصفية، ويمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك علاقة بين متغيرات الدّراسة، ومن ثمّ معرفة درجة تلك العلاقة وطبيعتها.

ويهدف هذا المنهج إلى اكتشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات أي إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي مدى تتطابق المتغيرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل آخر، وقد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض اِرتباطا ما أو اِرتباطا جزئيا موجبا أو سلبا، أو يرجع إلى الصدفة ...، وهكذا تفيد الطّرق الإحصائية لحساب معاملات الارتباط (Corrélations Coefficients) ودلالتها (Signifiance) في هذا المجال فائدة كبيرة، وتخدم الدّراسة الارتباطيّة عددا من الأغراض وخاصة في دراسات التّنبؤ. **(دويدار، 2000، ص179).**

3- الإطار المكاني والزّماني للبحث:

الإطار المكاني: أجريت هذه الدّراسة على مستوى المؤسسة العموميّة الاستشفائيّة "محمد بوضياف" المدية، بمصلحة تصفية الدّم ومصلحة الطب الدّاخلي، وكذلك في بعض العيادات الخاصّة بأمراض ارتفاع ضغط الدّم.

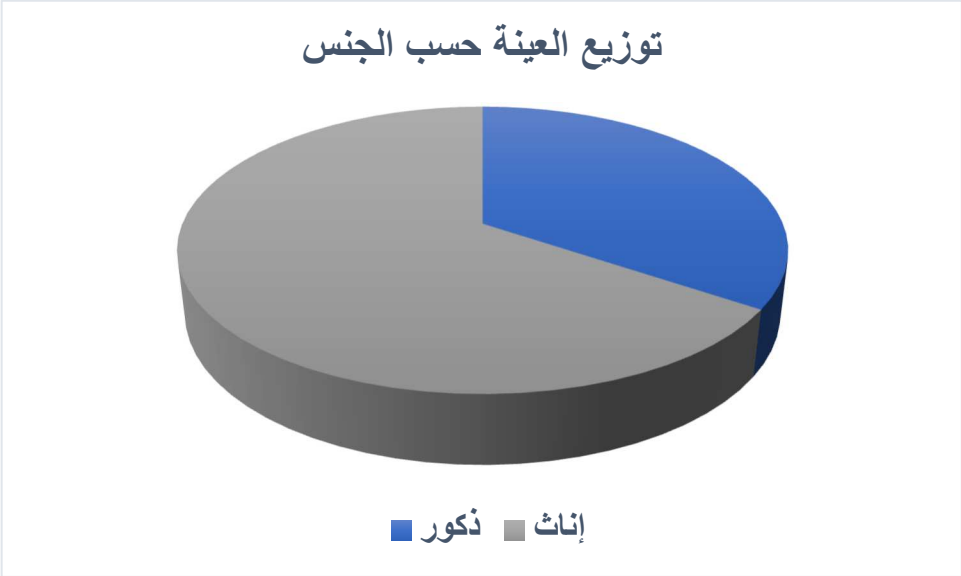
الإطار الزّماني: امتدّت الدّراسة في الفترة ما بين 18 فيفري إلى غاية مارس 2024.

4- عيّنة البـــحـــث:

تكونت عينة الدّراسة من 64 مريض من مرضى ارتفاع ضغط الدّم المزمن، تراوحت أعمارهم ما بين (30- 87) سنة، حيث تمّت الدّراسة في ولاية المدية على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" وعدّة عيادات خاصّة بمرض الضغط الدّموي، وتمّ اختيار العيّنة بطريقة المعاينة القصديّة، والجداول والأشكال التّالية توضح أهم خصائص العيّنة:

الجدول رقم 07: يوضح خصائص عيّنة الدراسة حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	22	34%
إناث	42	66%
المجموع	64	100%

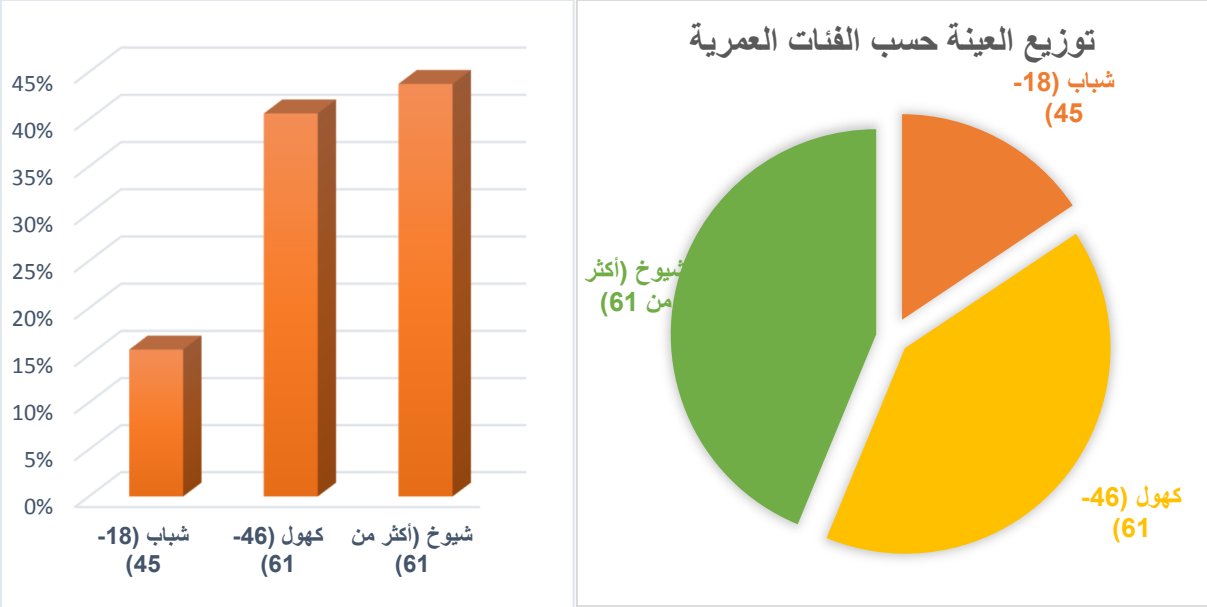


الشكل رقم 16: يوضح خصائص العيّنة حسب الجنس.

يوضّح الجدول رقم 07 والشكل رقم 16 توزيع العينة حسب الجنس، حيث بلغت فئة الذّكور 22 فردا بنسبة 34%، بينما بلغ عدد الإناث 42 بنسبة 66%.

الجدول رقم08: يوضح خصائص العينة حسب الفئات العمرية.

الفئة العمرية	التكرارات	النسب المئوية
شباب (18-45)	10	16%
كهول (46-61)	26	41%
شيوخ (أكثر من 61)	28	44%
المجموع	64	100%



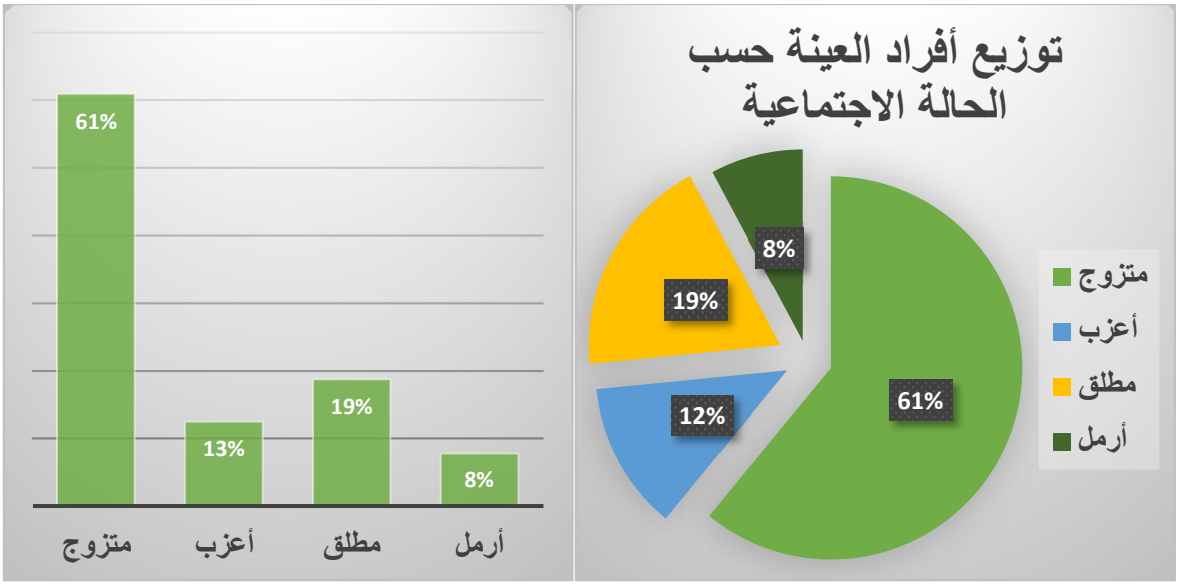
الشكل رقم 17: يوضح خصائص العينة حسب الفئات العمرية.

يوضح الجدول رقم 08 والشكل رقم 17خصائص العينة حسب متغير السن حيث تتوزع أفراد العينة على ثلاث فئات عمرية:

- **فئة الشباب:** ما بين 30 و45 سنة: بعدد 10 ونسبة 16%.
- **فئة الكهول:** ما بين 46 و60 سنة: بعدد 26 ونسبة 41%.
- **فئة الشّيوخ:** من 61 سنة فما فوق: بعدد 28 ونسبة 44%.

الجدول رقم09: يوضح خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسب المئوية
متزوج	39	61%
أعزب	8	13%
مطلق	12	19%
أرمل	5	8%
المجموع	64	100%



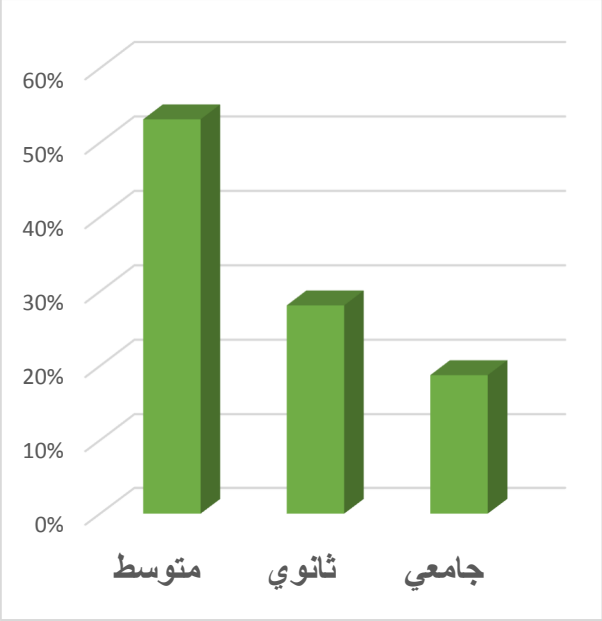
الشكل رقم18 و19: يوضحان خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية.

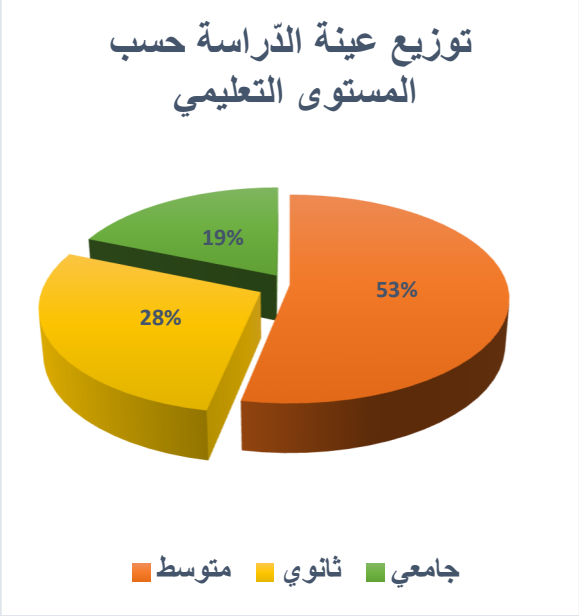
يوضح الجدول رقم 09 والشكلان رقم 18 و19 توزيع عينة الدّراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية حيث توزع الأفراد على أربع فئات كالتالي:

- **فئة المتزوجين:** بعدد 39 فردا متزوجا بنسبة مئوية 60%.
- **فئة العزاب:** بعدد 08 فردا عازبا بنسبة مئوية 13%.
- **فئة المطلقين:** بعدد 12 فردا مطلقا بنسبة مئوية 19%.
- **فئة الأرامل:** بعدد 5 أفراد أرامل بنسبة مئوية 8%.

الجدول رقم10: يوضح خصائص عينة الدّراسة حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرارات	النسب المئوية
متوسط	34	53%
ثانوي	18	28%
جامعي	12	19%
المجموع	64	100%





الشكلان رقم 20 و21 يوضحان خصائص العينة حسب المستوى الدّراسي.

يوضح الجدول رقم 10 والشكلان رقم 20 و21 توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي، حيث يتوزع الأفراد حسب ثلاث مستويات تعليمية:

- **مستوى التعليم المتوسط:** بعدد 34 فردا وبنسبة 53%.
- **مستوى التعليم الثانوي:** بعدد 18 فردا وبنسبة 28%.
- **مستوى التعليم الجامعي:** بعدد 12 فردا وبنسبة 19%.

5- أدوات البحث: قامت الباحثتين باستعمال الأدوات التالية:

5-1. مقياس نوعيّة الحياة لفاطمة الزهراء الزروق:

تمّ إعداد المقياس من طرف الباحثة "**فاطمة الزهراء الزروق**" **(2008)**، بهدف قياس النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة، رسالة لنيل شهادة الدّكتوراه في علم النفس العيادي، يقيس هذا المقياس نوعية الحياة لدى الفرد، ويتكون من 51 بندا على عدّة أبعاد، ويشتمل على الأبعاد التالية:

جدول رقم11: يبين أبعاد وبنود نوعية الحياة:

الأبـــعـــاد	الـــبـــنود
الصحة الجسدية	1,2,3,4,5
الصحة النفسية	5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17
الاستقلالية الذاتية	18,19,20,21,22
العلاقات الاجتماعية	23,24,25,26,27,28,29,30,31,32.33
البيئة والمـحيـط	34,35,36,37,38
الجانب الدّيني والتوجه نحو الحياة	39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51

تعليمة المقياس:

نصت تعليمة الاختبار على أنّ العبارات الموجودة فيه هي عبارات تصف طريقة السلوك اليومي، ويمكن الإجابة عليها باختيار واحدة منها فقط وفق سلم رباعي يضع فيه المفحوص علامة (x) أمام واحدة من هذه الاختيارات (دائما، أحيانا، نادرا، أبدا) مع التّأكيد على أنه ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وأنه ليس هناك وقت محدد للإجابة على الاختبار والمطلوب فقط هو الإجابة على كل العبارات.

تصحيح الاختبار وتفسر نتائجه:

فيما يتعلق بتصحيح الاختبار، فإن تقدير الدرجات يكون من (1-4) بالشكل التالي:

- في حالة العبارات الموجبة تقدر الدّرجات بـ(4) بالنسبة لدائما، (3) بالنسبة لأحيانا، (2) بالنسبة لنادرا، و(1) بالنسبة لأبدا، وفي العبارات السالبة فإن التقدير يتمّ بشكل عكسي من (1) بالنسبة إلى دائما، و(4) بالنسبة إلى أبدا، وتقدّر الدّرجات الدنيا والقصوى بالنسبة للنسبة للاختبار ككلّ بـ(51) و(204) على التّوالي، بينما تقدّر الدّرجات القصوى والدّنيا بالنسبة للأبعاد الفرعية الستّة على ما يلي:

- **الصّحة الجسدية والاستقلالية الذّاتية والبيئة والمحيط:** تقدر الدرجة القصوى في كلّ منها بـ(20) درجة، بينما تقدّر الدّرجة الدّنيا بـ(5) درجات.
- **الصحة النّفسية:** الدّرجة القصوى هي (48) بينما الدّنيا هي (12) درجة.
- **العلاقات الاجتماعية:** تقدّر الدّرجة القصوى في هذا البعد بـ(44) درجة بينما تقدّر الدّنيا بـ(11) درجة.
- **الجانب الدّيني والتّوجه نحو الحياة:** الدرجة القصوى هي (52) بينما الدّنيا (13).

وتفسر النتائج في الأبعاد الستة المذكورة أعلاه حسب قربها أو ابتعادها عن المتوسط النّظري للدّرجات في كلّ بعد، حيث قسمت الدّرجات المتحصل عليها في كل بُعد في الاختبار إلى ثلاث مستويات (مستوى ضعيف، مستوى متوسط، ومستوى مرتفع)، وذلك حسب ما يلي:

جدول رقم12: يبيّن مستويات وطريقة تنقيط المقياس:

الأبعـــــاد	المستويات	التّـــنـــقـــيـــط
الصّحة الجسدية	ضعيف	من 5 إلى 10 نقاط
	متوسط	من 11 إلى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 إلى 24 نقطة
الصحة النفسية	ضعيف	من 12 إلى 24 نقطة
	متوسط	من 25 إلى 36 نقطة
	مرتقع	من 37 إلى 48 نقطة
الاستقلالية الذّاتية	ضعيف	من 05 إلى 10 نقاط
	متوسط	من 11 إلى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 إلى 24 نقطة
العلاقات الاجتماعية	ضعيف	من 11 إلى 22 نقطة
	متوسط	من 23 إلى 31 نقطة
	مرتفع	من 32 إلى 44 نقطة
البيئة والمحيط	ضعيف	من 05 إلى 10 نقاط
	متوسط	من 11 إلى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 إلى 24 نقطة
الجانب الديني والتوجه نحو الحياة	ضعيف	من 13 إلى 26 نقطة
	متوسط	من 27 إلى 37 نقطة
	مرتفع	من 38 إلى 50 نقطة

الجدول رقم 13: يوضح العبارات الإيجابية والسالبة للمقياس

العبارات الإيجابية	3، 4، 21، 20، 19، 18، 24، 23، 22، 25، 40، 39، 38، 32، 31، 29، 28، 44، 43، 42، 41، 51، 50، 48، 49، 47، 45.
العبارات السالبة	1، 2، 3، 5، 6، 7، 8، 9، 26، 27، 30، 33، 34، 35، 36، 37، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17.

الخصائص السيكومترية للاختبار:

قامت الباحثة "فاطمة الزهراء زروق" (2008) بحساب الخصائص السيكومترية لاستبيان طريقة الحياة، فتحصلت على النّتائج التالية:

أ) **صدق الاختبار:** لحساب صدق الاختبار، قامت الباحثة بحساب نوعين من الصّدق:

الصدق التكويني: حسبت معاملات الارتباط بين درجة كل بند، والدرجة الكلية في الاختبار ككلّ، وقد جاءت معاملات الارتباط بالنسبة لبنود الاختبار كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم14: يبين معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لاختبار طريقة الحياة بعد تطبيقه على عينة التقنين:

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.40	0.01	29	0.05	غ. د	57	0.14	غ. د	85ذ2	0.23	0.01
02	0.09	غ. د	30	0.46	0.01	58	0.15	غ. د	86	0.23	0.01
03	0.19	0.05	31	0.29	0.01	59	0.11	غ. د	87	0.32	0.01
04	0.18	0.05	32	0.48	0.01	60	0.11	غ. د	88	0.39	0.01
05	0.39	0.01	33	0.20	0.05	61	0.01	غ. د	89	0.20	0.05
06	0.28	0.01	34	0.50	0.01	62	0.00	غ. د	90	0.13	غ. د
07	0.29	0.01	35	0.30	0.01	63	0.03	غ. د	91	0.08	غ. د
08	0.26	0.01	36	0.22	0.05	64	0.40	0.01	92	0.17	0.05
09	0.02	غ. د	37	0.35	0.01	65	0.16	0.01	93	0.31	0.01
10	0.15	غ. د	38	0.27	0.01	66	0.16	0.01	94	0.24	0.01
11	0.38	0.01	39	0.16	غ. د	67	0.26	0.01	95	0.19	0.05
12	0.28	0.01	40	0.33	0.01	68	0.39	0.01	96	0.07	غ. د
13	0.28	0.01	41	0.37	0.01	69	0.32	0.01	97	0.01	غ. د
14	0.14	غ. د	42	0.19	0.05	70	0.21	0.01	98	0.21	0.05
15	0.22	0.01	43	0.01	غ. د	71	0.31	0.01	99	0.34	0.01
16	0.27	0.01	44	0.38	0.01	72	0.06	غ. د	100	0.24	0.01
17	0.37	0.01	45	0.24	0.01	73	0.05	غ. د	101	0.15	غ. د
18	0.27	0.01	46	0.23	0.01	74	0.39	0.01	102	0.24	0.01
19	0.07	غ. د	47	0.11	غ. د	75	0.19	0.05	103	0.36	0.01
20	0.24	0.01	48	0.07	غ. د	76	0.22	0.01	104	0.01	غ. د
21	0.24	0.01	49	0.06	غ. د	77	0.12	غ. د	105	0.02	غ. د
22	0.01	غ. د	50	0.04	غ. د	78	0.27	0.01	106	0.23	0.01
23	0.35	0.01	51	0.00	غ. د	79	0.17	0.17	107	0.40	0.01
24	0.33	0.01	52	0.17	0.05	80	0.39	0.39	108	0.19	0.05
25	0.45	0.01	53	0.17	0.05	81	0.23	0.23	109	0.28	0.01
26	0.42	0.01	54	031	0.01	82	0.09	0.05	110	0.21	0.01
27	0.32	0.01	55	0.23	0.01	83	0.13	0.13	111	0.21	0.05
28	030	0.01	56	0.21	0.01	84	0.25	0.25	112	0.36	0.01

ولأنّ تحليل البنود عن طريق الصدق التكويني لا يكفي لفحص العلاقة بين البند والدّرجة الكلية، أي فحص قدرة البند على التمييز بين مجموعتين مختلفتين، لجأت الباحثة إلى دراسة **الصدق التّمييزي** عن طريق ما يسمى بالصّدق العاملي لاستبعاد البنود غير القادرة على التّمييز والتي ليست لها دالة مع البعد الذي تنتمي إليه.

وباستبعاد البنود التي لا تتمتع بالصّدق التمييزي أصبح عدد بنود الاختبار في صورته النهائية (51) بندا موزعة على الأبعاد السّتة على النّحو التالي:

- الصّحة الجسدية (5 بنود) من 1-5، العبارات الموجبة هي (3) و(4) والسّالبة هي (1)، (2)، (5).
- الصّحة النّفسية (12 بندا) من 6-12، كلّ العبارات فيه سالبة.
- الاستقلالية الذّاتية (5 بنود) من 18-22، عباراته كلّها موجبة.
- العلاقات الاجتماعية (11 بندا) من 23-33، كل العبارات موجبة ماعدا العبارات (26)، (27)، (30)، (33).
- البيئة والمحيط (5 بنود) من 34-38، كل العبارات سالبة ماعدا العبارة (38).
- الجانب الديني والتوجه نحو الحياة (13 بندا) من 39-51، كل العبارات فيه موجبة. **(الزروق، 2008، ص113-115).**

ب) ثبات الاختبار:

اعتمدت الباحثة **فاطمة الزهراء زروق** في حساب معامل ثبات الاختبار على حساب معاملات ثبات الأبعاد الفرعية الموجودة فيه، وحساب معامل الثّبات الكلي للاختبار، وذلك باستخدام معامل "**ألفا كرومباخ**" وباستخدام برنامج التّحليل الإحصائي للبيانات الخاص بالعلوم الاجتماعية (Spss) والجدول التالي يوضح معاملات الثبات لكلّ من الاختبار والأبعاد الفرعية له:

جدول رقم15: يبيّن معاملات الثبات لاختبار طريقة الحياة والأبعاد الفرعية:

البُـــــــعـــــــد	معامـــل الثـبات
الصحة الجسدية	0.55
الصحة النفسية	0.79
الاستقلالية الذّاتية	0.75
العلاقات الاجتماعية	0.77
البيئة والمحيط	0.56
الجانب الديني والتوجه نحو الحياة	0.75
الاختبار ككلّ	0.70

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أنّ معظم الأبعاد في الاختبار تتمتع بمعامل ثبات مقبول ماعدا البعدين الخاصّين بالصحة الجسمية والبيئة والمحيط، حيث انخفضت معاملات ثباتهما عن (0.70)، الذي يعدّ معاملا مقبولا لثبات مقاييس الشخصية بوجه عامّ.

ومع ذلك فإنّه يمكن قبول معاملات الثّبات التي تنخفض عن (0.70) وتزيد عن (0.50) مادامت طبيعة اختبارات الشخصية وطبيعة ما تقيسه تقتضي شيئا من التنازل عن معاملات الثبات العالية، وأنه من الأهمية بما كان ألا يسعى مؤلف الاختبار إلى الحصول على معامل اتّساق داخلي مرتفع بالنسبة لمقاييس الشّخصية، وعليه يمكن قبول معامل ثبات الاختبار.

(الزروق، 2008، ص115).

5-2. استبيان الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم:

أعدّ المقياس من طرف الباحثة "**لكحل رفيقة (2011)**" بهدف قياس الانضباط الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، ويتضمن المقياس 30 بندا موزعا على ثلاث محاور أساسية، بالإضافة إلى محور المعلومات العامة، وتتوزع البنود على مختلف المحاور التّالية:

- **المحور 1:** الالتزام بتناول الدواء، ويضم العبارات (1، 2، 5، 6، 11، 12، 17، 18، 23، 22).
- **المحور 2:** الالتزام بزيارة الطبيب وإجراء الفحوصات، ويضم العبارات (3، 4، 9، 10، 15، 16، 21، 26).
- **المحور 3:** تغيير نمط الحياة، ويضمّ العبارات (7، 8، 13، 14، 19، 20، 24، 25، 27، 28، 29، 30).

تقدّم الإجابة على كلّ بند باختيار أحد البدائل الأربعة، وذلك بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة وهي: قليلا، أحيانا، كثيرا، دائما.

1. تعليمة استبيان "الالتزام الصحي":

نصّت تعليمة الاستبيان في إطار القيام بدراسة حول "التّنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم"، يطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدّراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان، والإجابة تكون بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أنّ معلوماتك ستوظّف لأغراض علمية فقط، وأنّها ستحظى بقدر عالٍ من السّرية.

2. مفتاح التصحيح:

تصحح بنود المقياس كالتالي: قليلا (1)، أحيانا (2)، كثيرا (3)، دائما (4)، في العبارات الموجبة والعكس أي: قليلا (4)، أحيانا (3)، كثيرا (2)، دائما (1) في العبارات السالبة.

- العبارات السالبة هي: 5، 6، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 18، 20، 22، 29.
- العبارات الموجبة هي: 1، 2، 3، 4، 11، 14، 15، 16، 17، 19، 21، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 30.

حيث تعدّ الدرجة 30 أقلّ درجة، و120 أكبر درجة، وتصنف درجة الإجابة كالتالي:

- اِلتزام صحي ضعيف: أقل من 60 درجة.
- اِلتزام صحي متوسط: من 61 درجة إلى 90 درجة.
- اِلتزام صحي مرتفع: أكبر من 90 درجة.

3. حساب الثبات:

ولحساب الثبات لقد تمّ استخدام: طريقة إعادة التطبيق، حيث يتم تطبيق الأداة على نفس المبحوثين مرتين متتاليتين، الفارق بينهما لا يقل عن أسبوع ولا يزيد عن شهر، بحيث يكون التطبيق تحت نفس الظروف بقدر الإمكان، ثم يتم حساب معامل الارتباط بين نتائج مرتي التطبيق، وقد تم باستخدام هذه الطريقة لحساب ثبات استبيان الالتزام الصحي عند مرضى ارتفاع ضغط الدم، وقد استخدمت الباحثة برنامج SPSS لحساب معامل الارتباط لـ"بيرسون" والذي كان مساويا لـ0.84 كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم16: يوضح معامل الثبات لاستبيان الالتزام الصحي.

		التطبيق البعدي	التطبيق القبلي
التطبيق القبلي	ارتباط Person	1	,848**
	Sig. (Bilatérale)		,000
	N	30	30
التطبيق البعدي	ارتباط Person	,848 **	1
	Sig. (Bilatérale)	,000	
	N	30	30

الارتباط الدّال عند 0.01 (Bilatérale).

وهذا يشير إلى أنّ معامل الثبات محسوب جيدا (0.84) وهو دليل على ثبات المقياس.

(لكحل، 2011، ص122).

4. حساب الصدق:

يقصد بالصدق أن تقيس الأداة ما وضع لقياسه، وقد تم حساب الصدق بطريقتين:

معامل الصدق الذاتي: والذي يساوي الجذر التربيعي للثبات والنتائج الموضحة في الجدول الموالي تدل على أنّ الاستبيان صادق:

جدول رقم17: يوضح نتائج الصدق الذاتي للاستبيان.

الاستبيان	الصدق الذاتي
استبيان "الالتزام الصحي"	0. 91 =½ (0.84)

5.صدق المضمون:

يقصد به فحص محتوى الأداة فحصا منطقيا دقيقا بغرض تحديد ما إذا كان يغطي بالفعل عيّنة ممثلة للسلوك المراد قياسه، أي تحليل المجال السلوكي المراد قياسه تحليلا يتيح الكشف عن عناصره ومكوناته.

- تم عرض الاستبيان على 8 محكمين في مجال التخصص أو أطباء، وطلب منهم عن طريق طلب تحكيم صلاحية الاستبيان.

وقد تم حساب صدق المحتوى وفقا للمعادلة التالية:

ن م ص=(عَ-عً) /ع حيث:

عَ: عدد المحكمين الذين اعتبروا أنّ البند يقيس السلوك المراد قياسه.

عً: عدد المحكمين الذين اعتبروا أنّ البند يقيس السلوك المراد قياسه.

ع: عدد المحكمين الإجمالي.

والجدولين المواليين يوضحان نتائج التحكيم لكل استبيان:

الجدول رقم18: يوضح نتائج حساب صدق استبيان الالتزام الصحي.

البنود/ الاستجابة	تقيس	لا تقيس	ن.م.ص
1	8	0	1
2	8	0	1
3	8	0	1
4	8	0	1
5	7	1	0.75
6	8	0	1
7	8	0	1
8	8	0	1
9	7	1	0.75
10	7	1	0.75
11	8	0	1
12	6	2	0.5
13	7	1	0.75
14	8	0	1
15	8	0	1
16	8	0	1
17	8	0	1
18	8	0	1
19	7	1	0.75
20	8	0	1
21	7	1	0.75
22	7	1	0.75
23	8	0	1
24	7	1	0.75
25	8	0	1
26	8	0	1
27	8	0	1
28	8	0	1
29	8	0	1
30	8	0	1
31	8	0	1
مجموع ن. م. ص/ عدد البنود			0.95

من خلال الجدول يتضح لنا أن الاستبيان يحمل صدقا ظاهريا جيدا، لذلك فهو ملائم للتطبيق على عينة الدّراسة.

كما قامت الباحثة بتعديل بعض الفقرات في الاستبيان، وذلك بناء على ملاحظات واقتراحات المحكمين، وقد تمت التّعديلات التّالية:

- تمّ تعديل العبارات رقم: 1، 3، 5، 6، 7، 9، 14، 20، 22، 24، 26، 27، عملا بتوصيات المحكمين.
- تمّ حذف العبارات رقم: 16، 21، 29، واستبدالها بالعبارة "أقوم بقياس ضغط الدّم (سواء في عيادة، مستوصف، أو منزل).
- تمّ إضافة عبارة "أتحكم في نفسي أمام المأكولات الخارجة عن الحمية".

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

في هذه الدّراسة تمّ الاعتماد على برنامج SPSS النسخة رقم (24)، الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية خلال تطبيق المعاملات الإحصائية التالية:

- الانحدار الخطّي.
- الانحراف المعياري.
- المتوسط الحسابي.
- اختبار T للفروق.

الفـــــصـــل الســادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

- **اختبار اعتدالية التوزيع:**

تم التحقق من طبيعة توزيع البيانات لتحديد الأساليب الإحصائية الأنسب للتعامل مع البيانات (بارامترية- لابارامترية) بتطبيق اختباري، **Kolmogorov-Smirnov** و**Shapiro-Wilk**، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (19): يوضح مدى اعتدالية توزيع البيانات

المتغيرات	Kolmogorov-Smirnov	الدلالة	Shapiro-Wilk	الدلالة
نوعية الحياة	0.071	0.200	0.97	0.36
الالتزام الصحي	0.089	0.200	0.98	0.50

يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن بيانات متغيرات البحث نوعية الحياة والالتزام الصحي جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 ما يعني توزيع البيانات توزيعا اعتداليا وهو ما يسمح بتطبيق الأساليب الإحصائية البارامترية في التحقق من الفرضيات.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

لاختبار صحة الفرضية الأولى والتي مفادها: يساهم الالتزام الصحي في التنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، تم حساب معامل الارتباط "برسون" وفق الخطوات التالية:

جدول رقم (20): يوضح وصف متغيرات البحث للارتباطات الجزئية:

المتغيرات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط برسون X1ب Y	مستوى الدلالة	مستوى الدلالة المعنوية
الالتزام الصحي X1	45	143.66	10.54	0.47	0.000	دال عند 0.01
نوعية الحياة Y	45	83.89	17.60			

يبين الجدول رقم (20) أن معامل الارتباط بين المتغير المتنبأ به نوعية الحياة والمتغير المنبأ الالتزام الصحي حيث بلغ معامل الارتباط 0.47 وهو ارتباط مقبول كما جاء مستوى الدلالة الإحصائية 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة المعنوية 0.01 ما يعني وجود علاقة بين كل من الالتزام الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.

جدول رقم (21): يوضح الارتباط المتعدد بين الالتزام الصحي بنوعية الحياة لدى افراد عينة البحث

معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المصحح
0.47	0.22	0.20

يظهر من الجدول رقم (21) أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بلغت 0.47 ومعامل التحديد 0.22 بمعامل تصحيح قدره 0.20 وهذا يدل على أن نسبة 20% من الانحرافات الكلية التي تساهم في المتغير المتنبأ به نوعية الحياة تفسرها العلاقة الخطية أي المتغير

المنبأ والمتمثل في الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم كما نلاحظ أن الفرق بين معامل التحديد ومعامل التحديد المصحح ضعيف جدا حيث يقدر ب 2% ما يعني دقة النتائج وقابليتها للتعميم على مجتمع البحث أي أنه توجد علاقة ارتباطية تفاعلية بين الالتزام الصحي بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.

جدول رقم (22): يوضح نتائج تحليل التباين عن طريق الانحدار

مصدر التباين النموذج	مجموع مربع الانحرافات	درجة الحرية	متوسط الانحراف	القيمة الفائية	مستوى الدلالة
الانحدار	4301.93	1	4301.93	17.53	0.000
تباين الخطأ	15212.49	62	245.36		
تباين كلي	19514.43	63			

يوضح الجدول رقم (22) نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار معنوية الانحدار حيث نلاحظ أن القيمة الفائية تقدر بـ 17.53 دالة عند مستوى دلالة 0.01 وهي أصغر من مستوى الدلالة المعنوية 0.05 أي أن الانحدار معنوي وبالتالي يمكن التنبؤ بنوعية الحياة من خلال درجات الالتزام الصحي حسب معادلة الانحدار التي سوف يتم استخراجها من الجدول رقم (23).

جدول (23) يوضح ملخص نموذج الانحدار

مصدر التباين	الثابت	قيمة بيتا beta	الخطأ المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
الحد الثابت Constante	77.39	0.47	15.81	4.92	0.000
الالتزام الصحي	0.78		0.18	4.18	0.000

يوضح الجدول رقم (23) مساهمة المتغير المستقل الالتزام الصحي في المتغير التابع نوعية الحياة حيث نلاحظ أن قيمة اختبار ت للدلالة المعنوية لمعامل الانحدار جاءت 0.000 أصغر من 0.05 أي إنه يمكن تحديد الأثر وعليه فإن معادلة خط انحدار كما يلي:

Y= 0.47(77.39) +(0.78) نوعية الحياة

يعني كلما زاد الالتزام الصحي بدرجة زادت نوعية الحياة ب 37% ومنه تحقق الفرضية أي إن الالتزام الصحي يساهم في التنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الثانية على وجود فروق في الالتزام الصحي حسب متغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم للتحقق من صدق الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين حيث جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (24): يوضح الفروق في الالتزام الصحي لدى أفراد العينة حسب الجنس

المتغيرات	عدد الافراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت	درجة الحرية	الدلالة المعنوية	الدلالة الاحصائية
ذكر	26	83.27	10.82	-0.38	62	0.70	غير دال عند 0.05
أنثى	38	84.32	10.47				

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن المتوسط الحسابي للالتزام الصحي لعينة الذكور بلغ 83.27 بانحراف معياري 10.82 أما المتوسط الحسابي لعينة الإناث يساوي 84.32 بانحراف معياري يساوي 10.47 وقيمة اختبار ت قدرت 0.38- ومستوى دلالة 0.70 وهو أكبر من مستوى الدالة المعنوية 0.05 أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومنه قبول الفرضية الصفرية.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الثالثة على وجود فروق في نوعية الحياة حسب متغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم للتحقق من صدق الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين حيث جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (25) يوضح الفروق في ارتفاع ضغط الدم لدى أفراد العينة حسب الجنس

المتغيرات	عدد الافراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت	درجة الحرية	الدلالة المعنوية	الدلالة الاحصائية
ذكر	26	139.31	17.99	-1.65	62	0.10	غير دال عند 0.05
أنثى	38	146.63	16.91				

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن المتوسط الحسابي نوعية الحياة لعينة الذكور بلغ 139.31 بانحراف معياري 17.99 أما المتوسط الحسابي لعينة الإناث يساوي 146.63 بانحراف معياري يساوي 16.91 وقيمة اختبار ت قدرت 1.65- ومستوى دلالة 0.10 وهو أكبر من مستوى الدالة المعنوية 0.05، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومنه قبول الفرضية الصفرية.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصحي في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم للتحقق من صدق الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين حيث جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (26): يوضح الفروق في نوعية الحياة لدى افراد العينة حسب مستوى الالتزام الصحي

ال متغيرات	عدد الافراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت	درجة الحرية	الدلالة المعنوية	الدلالة الاحصائية
مرتفعي الالتزام	51	146.71	16.93	-2.90	58	0.005	دال عند 0.05
منخفضي الالتزام	13	139.69	15.38				

يتضح من خلال الجدول رقم (26) أن المتوسط الحسابي نوعية الحياة لعينة مرتفعي الالتزام الصحي بلغ 146.71 بانحراف معياري 16.93 أما المتوسط الحسابي لعينة منخفضي الالتزام الصحي يساوي 139.69 بانحراف معياري يساوي 15.38 وقيمة اختبار ت قدرت 2.90- ومستوى دلالة 0.005 وهو أصغر من مستوى الدالة المعنوية 0.05 أي أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصحي في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومنه قبول الفرضية البديلة.

مناقشة الفرضيات:

مناقشة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على يساهم الالتزام الصحي في التنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، ومن خلال دراسة وتحليل النتائج عن طريق الأساليب الإحصائية تم التحقق منها والتوصل إلى أنه توجد علاقة ارتباطية تفاعلية بين الالتزام الصحي بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وأن نسبة التفاعل بين المتغيرات ب 37% ومنه تحقق الفرضي؛ أي أن الالتزام الصحي يساهم في التنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.

اتفقت هذه النتيجة جزئيا مع **دراسة عبد الصمد صورية (2020)** حول الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية حيث توصلت أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الالتزام الصحي وجودة الحياة.

يمكن تفسير هذه النتيجة في البحث الحالي بأن الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم يعزز استقرار الحالة الصحية للمرضى مما ينعكس على تصوراتهم العقلية المرتبطة بصحتهم إيجابيا، الأمر الذي بدوره يساهم في بناء أفكار مرتبطة بنوعية الحياة حيث تلعب المدركات المرتبطة بالحالة الصحية للفرد دورا مهما في إدراكه لنوعية حياته خاصة لدى المصابين بالأمراض المزمنة الذين يركزون بشكل دائم على تقييم صحتهم من خلال إجراء الفحوص الدورية فالالتزام الصحي يمثل عاملا وقائيا من تفاقم المرض.

مناقشة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على وجود فروق في الالتزام الصحي حسب متغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومن خلال دراسة وتحليل النتائج عن طريق الاساليب الاحصائية تم التحقق منها والتوصل الى انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومنه قبول الفرضية الصفرية.

يمكن تفسير هذه النتيجة في البحث الحالي بوعي المريض بأهمية الالتزام الصحي في تحسين صحته والوقاية من تفاقم مرضه عامل مهم يدركه المرضى من الجنسين خاصة من خلال توجيهات الطبيب عند الفحص الدوري، كما أن العوامل الثقافية والاجتماعية التي عرفت تغيرا كبيرا خاصة في ظل انتشار تكنولوجيات الاتصال بشكل رهيب حيث أصبحت المعلومة متاحة بشكل بسيط وواسع والتي أدت إلى التأثير على اتجاهات افراد المجتمع من كلا الجنسين، حيث أن مرضى ارتفاع ضغط الدم يمكنهم الحصول على المعلومات المتعلقة بطرق الالتزام الصحي وكيفية تعزيزه.

مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود فروق في نوعية الحياة حسب متغير الجنس لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومن خلال دراسة وتحليل النتائج عن طريق الأساليب الإحصائية تم التحقق منها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومنه قبول الفرضية الصفرية.

اتفقت هذه النتيجة مع **دراسة أمال تركي، أحمد فاضلي(2021)** دراسة نوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيو ديمغرافية (الجنس، السن) حيث توصلت إلى أنّه لم يكن هناك فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس، واختلفت هذه النتيجة مع **دراسة منصور محمد علي بوبيدا سنة (2021)** هدفت هذه الدّراسة إلى محاولة التّعرف على طبيعة نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي

الخاضعين للغسيل في ضوء بعض المتغيّرات الدّيموغرافية (الجنس، العمر، المستوى التّعليمي، الحالة العائليّة، وتاريخ بداية الغسيل الدموي) توصلت نتائج البحث إلى وجود تأثير دال إحصائيا لكل من العمر والجنس والمستوى التعليمي على نوعية الحياة الجسمية لدى المرضى.

يمكن تفسير هذه النتيجة في البحث الحالي بأن عدم وجود فروق في نوعية الحياة بين الجنسين لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يرجع تقبل المرض وهذا راجع إلى انتشاره بشكل كبير في المجتمع وعدم إدراكه على أنه مرض خطير جدا مما يجعل المريض من الجنسين يتعايش معه مما لا ينعكس على حياته بشكل مباشر.

مناقشة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصحي في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومن خلال دراسة وتحليل النتائج عن طريق الأساليب الإحصائية تم التحقق منها انه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصحي في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومنه قبول الفرضية البديلة.

يمكن تفسير هذه النتيجة في البحث الحالي بأن ارتفاع الالتزام الصحي عند مرضى ضغط الدم ينعكس إيجابا على نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، شعور المريض بحالة من الأمن الصحي نتيجة التعايش وعدم ظهور آثار سلبية للمرض بفضل الالتزام الصحي كأخذ الدواء بانتظام، اتباع نظام غذائي صحي، إجراء فحوص دورية كلها يساهم في بناء تصورات مرتبطة بنوعية الحياة حيث تلعب أفكار الفرد دورا مهما في إدراكه لنوعية حياته خاصة لدى المصابين بالأمراض المزمنة الذين يركزون على صحتهم مقارنة بمنخفضي الالتزام الصحي الذين تظهر عليهم آثار المرض مما ينعكس سلبا على نوعية حياتهم.

- **الاستنتاج العامّ:**

تمحور الهدف الأساسي للدّراسة حول محاولة معرفة التنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدّم، وبعد صياغة الفرضيات واختيارها بالاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة وانطلاقا من النّتائج المتحصّل عليها وعرضها وتفسيرها، توصلنا إلى النّتائج التّالية:

- توجد علاقة ارتباطية تفاعلية بين الالتزام الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، وأنّ نسبة التّفاعل بين المتغيّرين بـ(37%) ومنه تحقّقت الفرضية، أي أنّ الالتزام الصحي يساهم في التّنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذّكور والإناث في الالتزام الصّحي لمرضى ارتفاع ضغط الدّم، ومنه قبول الفرضيّة الصّفريّة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة بين الذّكور والإناث في نوعية الحياة لمرضى ارتفاع ضغط الدّم، ومنه قبول الفرضيّة الصّفريّة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصّحي في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، ومنه قبول الفرضيّة البديلة.

خـــاتـــمة

خـــــاتـــمة:

تطرّقت الدّراسة إلى البحث عن التّنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصّحي لمرضى ارتفاع ضغط الدّم، فقد بات من الضّروري تفقّد العلاقات المتشابكة بين العوامل البيولوجيّة والنّفسيّة والاجتماعيّة في الصّحة والمرض، ومن خلال نتائج هذه الدّراسة استنتجنا أنّ هناك عدّة تفسيرات للمستويات المتباينة للالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، وقد يعود هذا الاختلاف إلى عدّة عوامل، منها ما هو عائد للمريض نفسه أو ما يسمّى بالعوامل النّفسية من أهمها إدراك المريض وتصوّره للمرض، وأيضا المعتقدات التي تتكوّن لدى المريض عن نفسه، ومدى قدرته على تحقيق مستويات عالية من الالتزام الصّحي ومنه تجنّب حصول مضاعفات سلبية للمرض، بالإضافة إلى شعور المريض بقدرته على القيام ببعض السّلوكيات الأساسية مثل: الخضوع إلى حمية غذائيّة خاصّة والمداومة على شرب السّوائل، وممارسة الرّياضة بطريقة جيّدة.

وفي نهاية دراستنا الحالية والتي تندرج ضمن الدّراسات النّفسية الحديثة التي تهدف في المقام الأول إلى التنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، بالإضافة إلى التّنبؤ بنوعية الحياة لدى عينة من مرضى ارتفاع ضغط الدّم من خلال القيام بالالتزام الصّحي الذي ينعكس إمّا بالإيجاب أو السّلب على صحّة المرضى.

وعلى غرار البحوث العلميّة فقد اِلتزمنا بخطوات ومنهجية البحث العلمي، بدءًا بالإطار النّظري للدّراسة، حيث حاولنا الإلمام بمختلف جوانب متغيّرات الدّراسة.

وقمنا بطرح فرضيات نابعة من توقعاتنا حول العلاقة بين نوعية الحياة والالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، وقد تمّ تطبيق أداتين على عيّنة الدّراسة والمتمثلة في مقياس نوعية الحياة، واستبيان الالتزام الصّحي.

ولقد كانت نتائج الدّراسة كالتالي:

- ❖ توجد علاقة ارتباطية تفاعلية بين الالتزام الصّحي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم؛ أي أن الالتزام الصّحي يساهم في التّنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة بين الذّكور والإناث في الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، بحيث نجد أنّ كلّ من الجنسين يقومان بالالتزام الصّحي الجيّد.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم؛ حيث نجد أنّ كلا من الجنسين يتقبل مرضه ويتعايش معه.
- ❖ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الالتزام الصّحي في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم، بحيث نجد مرتفعي الالتزام الصّحي يتقبلون مرضهم ويتعايشون معه على عكس منخفضي الالتزام الصحي الذين تظهر عليهم آثار المرض، وذلك ينعكس بالسّلب على نوعية الحياة لديهم.

❖ الاقتراحات:

وفي ضوء النّتائج التي تمّ الوصول إليها يمكن إدراج الاقتراحات التّالية:

- إجراء حصص تثقيفية لمرضى ضغط الدّم، وتوعيتهم بأهمية الثّقة بقدراتهم على القيام بالالتزام الصّحي.
- إجراء دورات تدريبية للطاقم الطبي وشبه الطبي حول أهمية نوعية الحياة والالتزام الصحي لدى المرضى ودورها في الحفاظ على صحتهم.
- إعداد برامج توعويّة للتّعرف على أسباب ومظاهر وطرق علاج ارتفاع ضغط الدّم.
- إعداد الخطط والاستراتيجيات التي تحسّن نوعية حياة الأفراد بجميع أبعادها.
- تخصيص دورات إرشادية لتوعية المرضى بضرورة الالتزام بمواعيد الطّبيب وكذا تناول الدّواء في الوقت المحدّد.
- ضرورة التّكفل النّفسي بمرضى ارتفاع ضغط الدم.

قائمة المصادر والمراجع

- **قـــــــائمة المصـادر والمـــراجع:**

1-ابن منظور، جمال الدين محمد أبو الفضل. (2014). لسان العرب. طبعة مراجعة ومصححة. المجلد 5. دار الحديث. القاهرة.

2-أبو غزالة، سميرة علي جعفر. (2007). أزمة الهوية ومعنى الحياة كمؤشرات للحاجة إلى الإرشاد النفسي -دراسة عن طلاب الجامعة-. المؤتمر الدّولي الخامس. التعليم الجامعي في مجتمع المعرفة الفرص والتحديات. في الفترة من (11-12 يوليو).

3-إمام عبد الفتاح، وفاء. (2018). دور نوعية الحياة في التنبؤ بزملة أعراض التعب المزمن. كلية الآداب. دراسات عربية. جامعة القاهرة.

4-باشا، حسان شمسي. (2007). ارتفاع ضغط الدّم الأساسي الأعراض العلاج. دون طبعة. دار القلم. دمشق.

5-بروير، سارا. (2015). التغلب على ارتفاع ضغط الدّم (البرنامج الصّحي التكميلي الشامل). ط1. المملكة العربية السّعودية. مكتب جرير.

6-بوبيدا، منصور محمد علي. (2021). نوعية الحياة في ضوء بعض المتغيرات الدّيموغرافية لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدّموي. مجلة الدّراسات الطبية والصحية.

7-بوشوشة، مريم. (2002). الألكستيميا لدى المرضى المزمنين (ارتفاع ضغط الدّم، داء السكري). دراسة مقارنة بين المرضى وغير المرضى. أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي. غير منشورة. جامعة مولود معمري. تيزي وزو.

8- بيطاط، نور الدين. (2020). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي. دراسة مقارنة بين طلبة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضة. جامعة المسيلة. مجلة الجامع في الدّراسات النفسية وعلوم التربية. مجلد رقم5. العدد 1.

9-بيقرز، دي جي. تر: مارك، عبود. (2013). ضغط الدم. دار المؤلف للنشر والتوزيع. ط1. الرياض.

10- تايلور، شيلي. (2008). علم النّفس الصّحي. ترجمة وسام درويش وآخرون. ط1. دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.

11- تركي، أمال. فاضلي، أحمد. (2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس والسن). مجلة العلوم النفسية والتربوية. جامعة البليدة2 (الجزائر).

12- حاج صحراوي، نسرين. (2019). نوعية الحياة والفعالية الذّاتية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة. أطروحة مقدّمة لنيل شهادة الدّكتوراه. غير منشورة. تخصص على النّفس الصحة. جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله.

13- حسن مصطفى، عبد المعطي. (2005). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر وقائع المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسي والتربوي في ضوء جودة الحياة.

14- خلف، خنساء. الكوني، نوري رحيم. (2011). جودة الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالذّكاء الانفعالي. رسالة مقدّمة لنيل شهادة الماجستير. رسالة غير منشورة. كلية التربية الأساسية. تخصص الإرشاد النفسي والتّوجيه التربوي. لجامعة ديالي.

15- الخليفي، إبراهيم محمد الخير. (2005). الإرشاد النفسي كمدخل لتحقيق جودة الحياة من منظور التعامل مع الذّات (دراسة تقييمية لأثر الدورات الإرشادية في التحكم السلوكي). مجلة كلية التربية. جامعة الكويت.

16- خنفار، سامرة. بوصبع، عائشة. (2017). إشكالية تقبل العلاج ونوعية الحياة لدى مرضى السكري. دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري. سلسلة الكتب الأكاديمية. جامعة محمد بوضياف. المسيلة.

17- دايدي، مريم. (2016). مفهوم نوعية الحياة من خلال علم النفس الإيجابي. مجلة العلوم الاجتماعية (جامعة المدية). العدد الخامس عشر.

18- دويدار، عبد الفتاح محمد. (2000). مناهج البحث في علم النفس. دار المعرفة الجامعية. ط2. القاهرة.

19- رزق الله، سلامة رائدة عودة. (2008). نوعية الحياة وعلاقتها باضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم. رسالة لنيل درجة الماجستير. غير منشورة. جامعة القدس. عمادة الدّراسات العليا الإرشاد النفسي والتربوي من قسم التربية. القدس. فلسطين.

20- رزقي، رشيد. (2012). الفعالية الذّاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مذكرة لنيل درجة الماجيستر. رسالة غير منشورة. علم النفس الصحة. جامعة الحاج لخضر.

21- الزروق، فاطمة الزهراء. (2008). دراسة النّمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة. مذكرة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة. جامعة الجزائر.

22- سامعي، صهيب. (2015). الكفاءة الذّاتية وعلاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري. مذكرة لنيل درجة الماجستير. رسالة غير منشورة. علم النفس العيادي. جامعة البليدة2.

23- السعيد، محمد. (2010). جودة الحياة المفهوم والأبعاد. كلية التربية. جامعة الإسكندرية. مصر.

24- الشربيني، لطفي. تحقيق: حسين عبد الرزاق الجزائري. (2001). موسوعة شرح المصطلحات النّفسية. دار النّهضة العربية. ط1. بيروت.

25- الشنفيري، أمل. (2006). دورة وزارة التنمية الاجتماعية في تحسين جودة حياة الأسرة العمانية. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس. مسقط 17-19 ديسمبر.

26- شويعل، يزيد. (2017). العلاقة بين الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين. أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه. غير منشورة. علوم في تخصص علم النفس العيادي. جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله.

27- طشطوش، رامي. الفشار، محمد. (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن. المجلة الأردنية في العلوم التّربوية. العدد 2-133 151.

28- الطملاوي، منال محروس محمد. (2012). استخدام المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة وتحسين جودة الحياة لدى المرضى بالأمراض المزمنة. المؤتمر الدّولي الخامس والعشرون. مستقبل الخدمة الاجتماعية في ظل المدينة الحديثة. جامعة حلوان. ج2.

29- عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن محمد. (2007). استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعيا. الندوة العلمية الثانية. الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم. تطوير التعليم وتأهيله للأشخاص من الصم وضعاف السمع.

30- عبد الرحمن، محمد سعيد. الشناوي، محمد محروس. (1988). علم النفس الفيزيولوجي. المكتب الجامعي الحديث. ط1.

31- عبد الصّمد، صورية. (2020). الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية. أطروحة دكتوراه. غير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التّربية والأرطفونيا. باتنة1.

32- عبد الله محمد، قاسم. (2012). علم النفس الصحة. ط1. دار الفكر للنشر والتوزيع. الأردن.

33- عدودة، صليحة. (2015). الكفاءة الذّاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. أطروحة دكتوراه. غير منشورة. باتنة. جامعة الحاج لخضر.

34- عيسى، مراد علي. شواش، تيسير إلياس. (2019). علم النفس الصحة. فهم العلاقة بين العقل والجسد. دار الفكر. ط1. الأردن.

35- غسان، جعفر. (2006). الجلطة وأمراض القلب والأوعية الدموية. دار الحرف العربي. ط1. (بيروت لبنان).

36- الفريح، عثمان. (2007). التعريف بمرض ارتفاع ضغط الدم. منشورات مستشفى الملك فيصل.

37- فلاح، خولة. (2022). الكفاءة التّدريسية وعلاقتها بالالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بالأمراض المزمنة (السكري وارتفاع ضغط الدم). أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه. غير منشورة. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

38- قارة، سعيد. (2014). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. مذكرة لنيل شهادة دكتوراه. علم النفس العيادي. غير منشورة. جامعة الحاج لخضر. باتنة.

39- لطرش، خديجة. فاضلي، أحمد. (2016). فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية نوعية الحياة لدى المراهقات المصابات بداء السكري. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية المجلد4. العدد4.

40- لعزالي، صليحة. (2020). مستوى جودة الحياة النفسية لدى المتمدرسين. دراسة ميدانية على عينة من متعلمي الطور الثانوي. جامعة خميس مليانة. الجزائر.

41- لكحل، رفيقة. (2011). تأثير التّربية الصحية على الالتزام الصّحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم. مذكرة لنيل درجة الماجيستر. غير منشورة. علم النفس العيادي. جامعة باتنة. جامعة الحاج لخضر.

42- مبارك، بشرى عناد. (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. مجلة كلية الآداب. العدد 99.

43- مجذوب، أحمد. (2016). نوعية الحياة عند المصابين بمرض الإيدز. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد 30. بولاية نهر النيل. السودان.

44- محمد الجوهري، هناء. (1994). المتغيرات الاجتماعية الثقافية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات. دراسة ميدانية على عينة من الأسر بمدينة القاهرة. رسالة دكتوراه. غير منشورة. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

45- معكرون، إبراهيم شامل. (1983). اِحترس من ضغط الدم. مؤسسة نوفل. بيروت.

46- المغربي، إبراهيم حامد. (2004). ضغط الدم المرتفع من منظور علم النفس. المكتب الجامعي الحديث للنشر والتوزيع.

47- مفتاح، محمد عبد العزيز. (2010). مقدمة في علم نفس الصحة. دار أوائل للنشر. ط1. عمان. الأردن.

48- منسي، محمود عبد الحليم. كاظم، علي مهدي. (2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان. مجلة: أماراباك. مجلد1. العدد1. الأكاديمية الأمريكية العربية للتكنولوجيا والعلوم. عمان.

49- منظمة الصحة العالمية. (2023). ارتفاع ضغط الدم. الموقع الرسمي World Health Organization (WHO).

50- هاشم مصطفى، سلمى. (2008). الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدّم وعلاقتها ببعض المتغيرات. بمحافظة أم درمان. بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس العلاجي. رسالة غير منشورة. الخرطوم.

51- يخلف، عثمان. (2001). علم النفس الصحة. الأسس النفسية والسلوكية للصحة. دار الثقافة. ط1. الدوحة. قطر.

52- Ogden. J. (2008). Cardiologie. édition 2. Paris : edition Vigot.

53- World Healh Organization (2003). Adherence to Long-term therapies: evidence for acion Swilzerland. world Health Organization. 107-108.

الـــــمـــلاحـــــق

ملحق رقم (1): مقياس نوعية الحياة.

الجنس: **السن:**

المستوى التعليمي: **المهنة:** **الحالة العائلية:**

التعليمة: أمامك مجموعة من العبارات التي تصف طريقة سلوكك اليومي وشعورك، حيث أن كل شخص يختلف عن غيره، فإنه لا توجد إجابات خاطئة وأخرى صحيحة، المطلوب منك أن تقرأ كلّ عبارة جيدا ثم تقرّر درجة انطباقها عليك حسب المقياس المتدرج من أقل درجة إلى أعلى درجة.

حاول اختيار الدرجة التي تعبر بصدق عن سلوكك وشعورك، وذلك بوضع علامة واحدة فقط في الخانة المناسبة لذلك، لا تترك أي عبارة دون إجابة.

- دائما.
- أحيانا.
- نادرا.
- أبدا.

رقم العبارة	العـــــبـــــارة	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أتعرض للإصابة بالأمراض أكثر من غيري.				
2	أجد صعوبة في القيام بالأعمال التي تتطلّب جهدا بدنيا.				
3	آخذ الوقت الكافي لتناول الطعام.				
4	آخذ كفايتي من النوم.				
5	أجد صعوبة في أن أنام بعمق.				
6	شكلي لا يعجبني.				
7	أشعر بالخوف دون سبب محدد.				
8	عندما أغضب لا أتمكن من ضبط تصرفاتي.				
9	أشعر بغليان داخلي لا أستطيع التعبير عنه.				
10	أشعر بالرغبة في البكاء.				
11	أغضب بشدّة عندما تقدم لي انتقادات بحضور الآخرين.				
12	عندما أغضب أفقد صوابي ولا يمكنني ضبط تصرفاتي.				
13	أشعر بالقلق عندما أكون وسط أشخاص غرباء.				
14	أشعر بالكآبة.				
15	أشعر بأنني أقل شأنا من الآخرين.				
16	أشعر بالحاجة إلى مزيد من الثقة بالنفس.				
17	أشكو من فقدان القدرة على التركيز.				
18	أحرص على إتقان أي عمل أقوم به حتى ولو كلفني ذلك وقتاً وجهدا إضافيين.				
19	أمارس عملي بارتياح وأشعر بالرضا عنه.				
20	أهتم بمظهري الذي هو جزء من عملي.				
21	أحرص على أن يكون عملي دقيقا ومنظما.				
22	أتمكن من معالجة المشاكل في عملي دون مساعدة أحد.				

23	أحب أن أكون محاطا بالناس.				
24	أحب التواجد في الأماكن التي يكثر فيها النشاط والحيوية.				
25	أستمتع بالتحدث إلى الناس.				
26	من الصعب عليّ أن أجد أصدقاء.				
27	أميل إلى الشك في نوايا الآخرين.				
28	أشعر بالاستمتاع عند تواجدي في الحفلات والمناسبات الاجتماعية.				
29	أتلقى الدعم من طرف أفراد أسرتي.				
30	يخطط زوجي (زوجتي) لحياته دون إشراكي في ذلك.				
31	يهتم زوجي (زوجتي) بمشاعري.				
32	يحرص وجي (زوجتي) على إرضائي.				
33	أعاني من مشاكل عاطفية في علاقتي الزوجية.				
34	تزعجني التغيرات المستمرة في المناخ.				
35	أبتعد عن الأماكن التي يكثر فيها الصخب.				
36	لا أطيق الازدحام في الشوارع والطرقات.				
37	أشعر بتوتر شديد عند انتظار الحافلة.				
38	أحتفظ بهدوئي عند اختناق حركة سير السيارات.				
39	أحرص على تأدية الصلاة في وقتها.				
40	ألجأ إلى الدعاء والصلاة في الأوقات الصعبة.				
41	أهتم بمتابعة الحصص الدّينية التي تعرضها قنوات التليفزيون.				
42	أحرص على قراءة القرآن.				
43	أؤمن بفكرة أنّ الصبر مفتاح الفرج.				
44	أحرص على صيام الأيام التطوعية.				
45	أسلّم أمري إلى الله.				

46	أحرص على إرضاء الله قبل نفسي.				
47	أشكر الله حتى في الأوقات الصعبة.				
48	أنا متفائل بالنسبة إلى مستقبلي.				
49	أتوقع حدوث أمور حسنة.				
50	أتوقع حدوث أمور حسنة حتى في الظروف الصعبة.				
51	تتحقق الأمور بالطريقة التي أريد.				

الملحق رقم (2): نموذج لاستبيان الالتزام الصحي.

استبيان الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم

المعلومات العامة:

الاسم (اختياري): ..... **السن:** ..... **الجنس: ذكر** ☐ **أنثى** ☐

المستوى الاقتصادي: ..... **المستوى التعليمي:** .....

عدد سنوات الإصابة: ..... **أمراض أخرى (مضاعفات):** .....

تعليمة الاستبيان: في إطار القيام بدراسة حول "**التنبؤ بنوعية الحياة من خلال الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم**، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدّراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان.

الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أنّ معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، وأنّها ستحظى بقدر عالٍ من السّرية.

عبارات المقياس

الرقم	العبارة	أبدا	أحيانا	كثيرا	دائما
1	أشتري أدويتي قبل أن تنفد الكمية المتبقية.				
2	أحمل أدويتي معي عند السفر أو خلال غيابي عن المنزل				
3	أقوم بإجراء الفحوصات كلما طلب مني الطبيب ذلك.				
4	أعود إلى الطبيب في حال شعرت بأي عرض غير عادي.				
5	يبدو لي، أن لديّ الكثير من الأدوية.				
6	يحصل ألا أتناول دوائي لاعتقادي بأنه يضرني أكثر مما ينفعني.				
7	أشرب القهوة والشاي ومختلف أنواع المشروبات المنبهة.				
8	أنا أدخن.				
9	أتذكر موعد زيارة الطبيب فقط عندما يرتفع ضغطي الدموي.				
10	لا أتذكر موعد زيارة الطبيب حتى ينفد الدواء.				
11	أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب.				
12	ليس لديّ احتياطي من الدّواء = تنفد أدويتي دون أن أنتبه.				
13	أتناول المأكولات المالحة.				
14	أعمد إلى تخفيض وزني عندما يزيد.				
15	ألتزم بموعد زيارتي للطبيب.				
16	أقوم بقياس ضغط الدم لديّ دوريا (سواء في عيادة، مستوصف، أو المنزل).				
17	أتناول دوائي في الوقت المحدد.				
18	أتوقف عن تناول الدواء عندما أشعر بتحسن.				
19	أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي.				
20	عادة أضيف الملح إلى طعامي.				
21	أستفسر الطبيب عن حالتي وعن الأشياء التي تجعل ضغطي مستقرا والأشياء التي يجب أن أبتعد عنها للحفاظ على صحتي.				

22	أنسى تناول دوائي.				
23	أستشير طبيبي قبل أخذ أي دواء آخر.				
24	أمارس الرياضة بصفة منتظمة.				
25	أتبع حمية غذائية خاصة بارتفاع ضغط الدم.				
26	أحترم مواعيد زيارتي للطبيب.				
27	أستعمل دفترا لتسجيل ضغط دمي.				
28	أتحكم بنفسي أمام المأكولات الخارجة عن الحمية.				
29	أنا أتناول الكحول.				
30	أبتعد عن الضغوط والتوتر				

مخرجات برنامج SPSS

```
REGRESSION
  /DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT lifequality
  /METHOD=STEPWISE healthycommitement.
```

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
lifequality	,071	64	,200*	,979	64	,365
healthycommitement	,089	64	,200*	,983	64	,500

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Regression

Notes

Output Created		13-APR-2024 23:26:59
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	64
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.

Syntax		REGRESSION /DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT lifequality /METHOD=STEPWISE healthycommitement.
Resources	Processor Time	00:00:00,09
	Elapsed Time	00:00:00,13
	Memory Required	1436 bytes
	Additional Memory Required for Residual Plots	0 bytes

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Lifequality	143,66	17,600	64
healthycommitement	83,89	10,549	64

Correlations

		lifequality	healthycommitement
Pearson Correlation	lifequality	1,000	,470
	healthycommitement	,470	1,000
Sig. (1-tailed)	lifequality	.	,000
	healthycommitement	,000	.
N	lifequality	64	64
	healthycommitement	64	64

Variables Entered/Removed

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	healthycommitement	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,470	,220	,208	15,664

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4301,939	1	4301,939	17,533	,000
	Residual	15212,498	62	245,363		
	Total	19514,438	63			

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	77,939	15,816		4,928	,000
	healthycommitement	,783	,187	,470	4,187	,000

```
T-TEST GROUPS=sex(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=lifequality healthycommitement
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		13-APR-2024 23:32:14
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	64
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=sex(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=lifequality healthycommitement /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,03

[DataSet0]

Group Statistics

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
lifequality	male	26	139,31	17,999	3,530
	female	38	146,63	16,915	2,744
healthycommitement	male	26	83,27	10,828	2,124
	female	38	84,32	10,478	1,700

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
lifequality	Equal variances assumed	,004	,952	-1,658	62	,102	-7,324	4,419	-16,156	1,509
	Equal variances not assumed			-1,638	51,609	,107	-7,324	4,471	-16,297	1,650
healthycommitement	Equal variances assumed	,071	,791	-,387	62	,700	-1,047	2,703	-6,450	4,357
	Equal variances not assumed			-,385	52,685	,702	-1,047	2,720	-6,503	4,410

```
T-TEST GROUPS=healthycdegree(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=healthycommitement
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		13-APR-2024 23:38:30
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	64
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.

	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=healthycdegree(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=healthycommitement /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,02

[DataSet0]

Group Statistics

	healthycdegree	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
healthycommitement	low healthy commitement	13	68,31	5,498	1,525
	high healthy commitement	51	87,86	7,329	1,026

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
healthycommitement	Equal variances assumed	,399	,530	-8,975	62	,000	-19,555	2,179	-23,910	-15,200
	Equal variances not assumed			-10,638	24,144	,000	-19,555	1,838	-23,348	-15,762

```
T-TEST GROUPS=healthycdegree(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=lifequality
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		13-APR-2024 23:38:54
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	64
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=healthycdegree(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=lifequality /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,00

```
[DataSet0]
```

Group Statistics

	healthycdegree	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
lifequality	low healthy commitement	13	131,69	15,386	4,267
	high healthy commitement	51	146,71	16,934	2,371

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
lifequality	Equal variances assumed	,111	,740	-2,903	62	,005	-15,014	5,172	-25,352	-4,675
	Equal variances not assumed			-3,075	20,095	,006	-15,014	4,882	-25,194	-4,833

```
SAVE OUTFILE='C:\Users\alq71123\OneDrive\Desktop\spss 2024\chiekh
touhami.sav'
  /COMPRESSED.
```