جامعة يحي فارس _ بالمدية _

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

شعبة علم النفس

ادراك المرض وعلاقته بالالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري

_ دراسة ميدانية بعيادة غزال عمر بمدينة عين وسارة _

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس : تخصص علم النفس العيادي

اعداد الطالبة :

–سحنون شيماء

اشراف :

– الدكتور حبى عبد المالك

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
حبى عبد المالك	يحي فارس _جامعة المدية	مشرفا
رمانة عيسى	يحي فارس _جامعة المدية	رئيسا
تواتي عدنان	يحي فارس _جامعة المدية	مناقشا

السنة الجامعية: 2024_2025

شكر وعرفان

الحمدللهحمدا ماتزايد من النعم والشكر على ما أولانا الفضل والكرم والصلاة والسلام على نبيه محمد سيد الخلق اجمعين عملا بقول "من لايشكر الناس لم يشكر الله "

نتوجه بجزيل الشكر والتقدير وعظيم الامتنان للدكتور الفاضل " حبى عبد المالك"على تفضله بالاشراف على هذه الرسالة كما اشكره على الثقة التي وضعها فينا بحيث ترك لنا حرية البحث من أجل تسهيل مهمتنا

والشكر

الموصول للاستاذ الفاضل "بوخلط عبد الحكيم " على نصائحه وتوجيهاته لنا،

كما نتقدم بجزيل الشكر الى كل أساتذتنا الكرام من الطور الابتدائي الى الجامعي، وشكر خاص لمرضى السكري بمدينة عين وسارة _ ولاية الجلفة _ على حسن تعاونهم معنا في الاجابة على المقاييس بكل موضوعية وتقديم المعلومات لانجاز هذا العمل

والشكر لمن لم يتسنى لنا ذكرهم وكان لهم الأثر والجهد الكبير في تقديم المساعدة

واخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين

عظم المراد فهان الطريق فجاءت لذة الوصول ... لتمحي مشقة السنين

تم بفضل الله تخرجنا

الحمدلله الذي ماتيقنا به خيرا وأملا الا أغرقنا سرورا .

اهداء

الحمد لله الذي بحمد تتم النعم والصالحات.

اللهم ان نعمك علي لا تحصى ولا تعد ، فسبحانك لا نستطيع الثناء عليك كما أثنيت على نفسك، فأوزعني يارب أن اشكر نعمتك علي وعلى والدي .

﴿ إِنَّ اللَّهَ وَمَلَائِكَتَهُ يُصَلُّونَ عَلَى النَّبِيِّ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا صَلُّوا عَلَيْهِ وَسَلِّمُوا تَسْلِيمًا﴾

–الأحزاب–56 :

الى الذي زين اسمي بأجمل الالقاب ، من دعمني بلا حدود وأعطاني بلا مقابل الى من علمني أن الدنيا كفاح وسلاحها العلم والمعرفة ، الى من غرس في روحي مكارم الاخلاق داعمي الاول في مسيرتي وسندي وقوتي وملاذي بعد الله ... الى فخري واعتزازي (والدي)

الى من جعل الله الجنة تحت أقدامها وأحتضنني قلبها قبل يدها وسهلت لي الشدائد بدعائها الى القلب الحنون والشمعة التي كانت لي في ليالي المظلمات سر قوتي ونجاحي ومصباح دربي الى وهج حياتي (والدتي)

أهدي تخرجي هذا الى روح جدي رحمك الله وأنار قبرك يا أغلى سند وأغلى جد رحل عن الدنيا

وشكر خاص الى من كان سندا والذي تعجز كلمات الشكر عن شكره وعائلته أخي وسندي وداعمي و الذي له الفضل الكبير على تشجيعي وتحفيزي والذي منه تعلمت المثابرة والاجتهاد، الى مصدر فخري واعتزازي أهدي لك ثمرة تعبي ونجاحي... (سحنون عبد القادر)

الى أمان أيامي الى خيرة ايامي وصفوتها الى قرة عيني (سارة) والى من بهم أكبر وعليهم أعتمد والى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها والى من معهم عرفت معنى الحياة (أمينة ، شريف ، ماريا)

الى من تحلوا بالاخاء وتميزو بالوفاء والعطاء والى من برفقتهم في دروب الحياة السعيدة والحزينة سرت والى من كانوا معي على طريق النجاح والخير (زاوي اكرام ، طويري دلال) بتوفيق من الله

وأخيرا الشكر موصول لنفسي على صبري والتي كانت أهلا للمصاعب ها أنا اختم كل مامررت به الحمدلله من قبل ومن بعد راجية من الله ان ينفعني بما علمني وان يعلمني ما أجهل ويجعله حجة لي لا علي .

شيماء سحنون

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين ادراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري .

تم تطبيق هذه الدراسة على عينة قدرها 100 مريض سكري في مدينة عين وسارة ، و تم اتباع المنهج الوصفي ، ثم الاعتماد على ادوات تماشت مع الدراسة والتي تمثلت في مقياس ادراك المرض (brief_IPQ) والذي تم تطويره من طرف (broadbent et al) سنة 2006 ، ومقياس الالتزام بالعلاج متعدد الابعاد (MAQ) سنة 2007 وتم ترجمتهم من قبل (حميداني موسى ،2023).

توصلت الدراسة الى النتائج التالية :

- توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين ادراك المرض وعلاقته بالالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري.
- لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير الجنس .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذلات دلالة احصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير المستوى التعليمي .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير المستوى التعليمي .

Abstract:

The study aims to investigate the relationship between illness perception and treatment adherence among diabetic patients. This research was conducted on a sample of 100 diabetic patients in the city of Ain Oussera using a descriptive research methodology. Two primary instruments were employed to align with the study objectives: the Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), developed by Broadbent et al. in(2006), and the Multidimensional Adherence Questionnaire (MAQ), developed in (2007). Both instruments were translated by (Hamidani Moussa, 2023).

The study yielded the following results:

- There is a statistically significant relationship between illness perception and treatment adherence among diabetic patients.
- There are no statistically significant differences in illness perception based on gender.
- There are statistically significant differences in treatment adherence based on gender.
- There are no statistically significant differences in illness perception based on educational level.
- There are statistically significant differences in treatment adherence based on educational level.

فهرس المحتويات :

شكر وعرفان .....أ

اهداء .....ب

فهرس المحتويات : ..... ح

فهرس الجداول: .....ذ

فهرس الأشكال: .....ز

مقدمة 1

الجانب النظري 3

الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة 3

الإشكالية:.....4

تساؤلات الدراسة:.....7

فرضيات الدراسة : 8

أهداف الدراسة : 8

أهمية الدراسة : 8

التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:.....9

الدراسات السابقة : 11

الفصل الثاني: إدراك المرض 22

تمهيد: 23

تعريف إدراك المرض:.....23

مكونات ادراك المرض :.....26

تصوراتإدراك المرض : 28

قياس ادراك المرض : 33
علاقة ادراك المرض بالالتزام بالعلاج : 35
ادراك المرض لدى مرضى السكري : 36
خلاصة: 39
الفصل الثالث : الالتزام بالعلاج 40
تعريف الالتزام بالعلاج : 41
العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج 43
النظريات المفسرة للالتزام بالعلاج: 50
قياس الالتزام بالعلاج : 57
أهمية الالتزام بالعلاج: 59
الالتزام بالعلاج لدى مرضى سكري: 60
خلاصة: 64
الجانب الميداني 65
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة 65
تمهيد: 67
1-الدراسة الاستطلاعية: 67
2-الدراسة الأساسية: 77
3-كيفية تطبيق اجراءات الدراسة : 80
4-الأساليب الإحصائية المستخدمة : 80
خلاصة: 81
الفصل الخامس:عرض نتائج الدراسة و مناقشتها وتفسيرها 97
تمهيد : 97

1-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:.....99
2- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية :..... 100
3- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:..... 102
4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة : 103
5_عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:..... 105
6_استنتاج عام : 106
قائمة المراجع..... 109
المراجع العربية: 93
المراجع الاجنبية:.....95
الملاحق..... 101

فهرس الجداول:

جدول 1يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب الجنس.....68

جدول 2يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب المستوى التعليمي 69

جدول 3يوضح دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعيّنة الدّنيا في إستبيان إدراك المرض الموجز.....71

جدول 4يبين نتائج ثبات بإستخدام ألفا كرونباخ لإستبيانإدراك المرض الموجز 72

جدول 5يبين معامل ثبات باستخدام التجزئة النصفيةلإستبيانإدراك المرض الموجز .73

جدول 6يوضح البدائل الخاصة بمقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ) 74

جدول 7يوضح دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعيّنة الدّنيا في مقياس الإلتزام بالعلاج. 75

جدول 8يبين نتائج ثبات بإستخدام ألفا كرونباخ لمقياس الإلتزام بالعلاج 76

جدول 9يبين معامل ثبات باستخدام التجزئة النصفية لمقياس الإلتزام بالعلاج. 76

جدول 10يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس.....78

جدول 11يمثل خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي 79

جدول 12يمثل معامل الارتباط بين إدراك المرض والإلتزام بالعلاج.....99

جدول 13نتائج اختبار "ت" للفروق في مقياس إدراك المرض حسب الجنس 100

جدول 14نتائج اختبار "ت" للفروق في مقياس الإلتزام بالعلاج حسب الجنس. ... 102

جدول 15نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق في مستوى إدراك المرض تبعا لمتغير المستوى التعليمي..... 103

جدول 16نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق في مستوى الإلتزام بالعلاج تبعا لمتغير المستوى التعليمي..... 105

فهرس الأشكال:

رسم توضيحي 1نموذج الحس العام لإدراك المرض ل leventhal.....26

رسم توضيحي 2نموذج سلوك المبرر 53

رسم توضيحي 3النموذج القيمي للعلاجات الوقائية ل Walsh & Mcphee.....55

رسم توضيحي 4يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب الجنس 68

رسم توضيحي 5يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب المستوى التعليمي 69

رسم توضيحي 6يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس 78

رسم توضيحي 7يمثل خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي 79

مقدمة

مقدمة:

يعد مرضـــى الســكري أحد الامراض الواســعة الإنتشــار في العالم، ويصــاب به كل من الصغار والكبار على حد سواء، وهناك العديد من المسببات والعوامل البيولوجية والوراثية، التي تتمثل في وجود خلل في البنكرياس، أو قد تكون لـه مســـببات وراثية ،مثل وجود التاريخ العائلي، أو عوامل ســـلوكية في نمط الحياة الغذائي، وقلة ممارســـة التمارين الرياضية، وزيادة الوزن .

ومرض الســكري مرض مزمن يرافق الفرد مدى الحياة، ويصـــيب أعمارا مختلفة ويتطلب مراقبة دقيقة ومســـتمرة من حيث العلاج والغذاء المتوازن المعتمد على الحمية وممارســـة الرياضة.

وقد حظي موضــوع الإدراك بالمرض إهتمام بالغ من قبل المختصــين، بإعتبار الخطوة الأولى لإيجاد الموارد التي تســاعد على تنمية الصــحة والوقاية من الامراض، فعلى الرغم من أهمية تأثير العوامل البيولوجية والبيئية وصـــحة الإنســـان، مما عزز دراســـة ســـلوك الإدراك خاصـــة لدى الأفراد المصـــابين بالامراض المزمنة، إذ يعد نقطة إلتقاء بين علم النفس الصحي وعلم النفس الطبي وعلم النفس الإجتماعي.

كما يجدر الذكر إنّ التكييف مع الأمراض المزمنة ليس عملية ســـهلة حيث أنّ أهم مشكلة تواجه المرضــى هي مهمة الإلتزام بالعلاج،فداء السكّري يمكن أن يكون خطيرا إذا لم يتم التحكم به بشــكل جيد وســريع، فيمكن أن يســبب الكثير من المضــاعفات التي لا يمكن التنبؤ كيف ستصيب ومتى ستصيب بسبب عدم الإلتزام بالعلاج ومنه هذا الأخير لايتطلب فهم المريض للحاجة إلى الدواء فحســـب، بل يتطلب أيضًـــا علاقة جيدة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية.

الجدير بالذكر اننا قمنا بحصر دراستنا على علاقة إدراك المرض والإلتزام بالعلاج لدى مرضــى السكري التي يتم دراستها على 100 مريض سكري في عين وسارة ونظرا لأهمية الدراســة وارتبطها بالتخصــص وهذا من اجل تحديد الصــعوبات التي يواجهها أصــحاب الأمراض المزمنة في الإلتزام بالعلاج.

و قد تم تقسيم هذه الدراسة الي جانبين هما :

الجانب النظري حيث تطرقنا له عبر ثلاث فصول حيث كان الفصل الأول كتقديم للدراسة والفصل الثاني تناولنا فيه إدراك المرض والفصل الثالث الإلتزام بالعلاج.

اما الجانب الميداني فحاولنا حيث تم شـرح مفصـل للدراسـة من خلال إجراءات الدراسـة الميدانية ويليها عرض نتائج الدراسـة ومناقشـتها وتفسـيرها وتم ختم الدراسـة بمجموعة من التوصيات والاقتراحات.

الجانب النظري

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة

6- الدراسات السابقة

1_ الإشكالية:

تعد الأمراض المزمنة من التحديات الصـــحية الكبرى التي تواجه العالم،حيث أصـــبحت تشكل أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفيات في العالم لاسيما الدول الصناعية فالأمراض المزمنة تتطور ببطء ويعيش المصـــابون بها لفترات زمنية طويلة، فلا يمكن الشـــفاء منها في أغلب الأحيان ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم في تطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه.(تايلور، 2008، صفحة 45)

لقد أشار التقرير الصادر عن إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2022 إلى أن الأمراض المزمنة تتسبب فيما يقارب من ثلاثة أرباع الوفيات في جميع أنحاء العالم، حيث يموت 17 مليون شخص أقل من سن السبعين بسبب الأمراض المزمنة،ويعيش86% منهم في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل(WHO, 2022)،أما في الجزائر فقد كشفت رئيسة مصلحة الأسباب الطبية للوفيات بالمعهد الوطني للصحة العمومية السيدة بلعمري، أن الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة 57% من الوفيات المسجلة بالجزائر، بنسبة تقدر بـ 66% خاصـــة المتعلقة بالفئة العمرية 30-69 ســـنة والتي تتوفى مبكرا .(وكالة الانباء الجزائرية، 2022)

من الأمراض المزمنة المنتشـرة والعالية الخطورة نجد الضـغط الدموي والقصـور الكلوي، والسكري...، ويحدث هذا الأخيرنتيجة لوجود خلل في إفراز أو عمل الأنسولين في الجسم فالأنسولين عبارة عن هرمون يفرز من قبل غدة البنكرياس الذي يساعد بدوره خلايا الجسم في عملية استهلاك سكر الغلوكوز من الدم وفي حالة نقص هرمون الأنسولين فإن معظم الغلوكوز يبقى في مجرى الدم بدلا من أن يستخدم أو يخزن وبالتالي فإن الجسم لا يحصل على القدر الكافي من الطاقة المطلوبة وينتج عن اضـــطراب الأيض الســـكر والخلل في إفراز الأنســـولين مجموعة من المظاهر الإكلينيكية التي تميز داء الســـكري منها كثرة التبولوشـــرب الماء وكثرة الأكل وفقدان الوزن والإحســـاس بالتعب وكثرة التعرق والغثيان وغيرها.(Guyton, 2016)فيصـنف مرض السـكري كواحد من أبرز التحديات الصـحية التي تواجه العالم في القرن 21، فقد تحول هذا المرض إلى وباء عالمي يهدد الدول النامية والمتقدمة على حد سواء، تسبب مضاعفاته الخطيرة مثل أمراض القلب والأوعية

الدموية (تلف في الشرايين والقلب) والاعتلال العصبي (تلف الأعصاب) وفشل الكلى، واختلال الشبكية (تلف في شبكية العين)،في تقويض صحة المصابين وتقليل متوسط أعمارهم، هذه المضـــاعفات تؤدي بدورها إلى عجز صـــحي كبير، وتزيد من الأعباء الاقتصادية على الأفراد والمجتمعات حيث تتطلب رعاية صحية مكلفة وتؤثر سلبا على الإنتاجية.

وتسجل بلدان العالم العربي 26.6 مليون شخص مصاب بالسكري، ويتوقع أن يصل هذا العدد إلى 51.7 مليون مريض في 2030م، ويعتقد أن كل حالة مشـخصـة بالسـكري تقابلها حالة أخرى غير مشخصة(Ahmed, 2010)وتحصي الجزائر، حسب إحصائيات الاتحاد الدولي للسكري 1.6 مليون مصاب بداء السكري من النمط (2)، و1.2 مليون مصاب بداء السكري من النمط (1)، بمجموع 2.8 مليون مصاب، وقفز عدد المصابين بهذا الداء من مليون مصـاب في 1993 م إلى العدد المذكور سـالفا في 2011م، وهي الأرقام التي تعكس فقط عدد المصـرحين بإصـابتهم وفي المقابل كان وزير الصـحة وإصلاح المستشفيات في سنة 2012، كشف أن عدد المصابين بداء السكري في الجزائر أصبح يقارب 3.5 مليون مريض، أي ما يعادل 10 بالمئة من مجموع الجزائريين، ويأتي داء السكري في المرتبة الثانية من حيث عدد الإصابات بعد ارتفاع ضغط الدم الشرياني، وحسب رئيس الفدرالية الوطنية للجمعيات المصابين بداء السكري نور الدين بوستة أن التحدي الأكبر الذي يواجه القائمون على البرنامج الوطني لمكافحة داء السـكري هو منع مضاعفات الصحية للمصابين، حيث يهدد بتر القدم أزيد من 7 بالمئة منهم، بتعداد 200 ألف حالة وداء السـكري هو حالة عجز مزمن في العمليات الأيضـية، والناجم عن إفراز كميات غير كافية من الأنسولين أو استخدامه بصورة صحيحة (تايلور، 2008)، فيعد الفهم والإدراك الصحيح لهذا المرض من العوامل المهمة التي تحدد مستوى فاعلية العلاج لدى مرضى السكري، فعملية إدراك المريض لمرضه تتشكل نتيجة مجموعة أو سلسلة من المصادر المعرفية(التمثيلات المعرفية) أهمها التصورات الذهنية الجماعية اتجاه مرضه، بالإضـافة إلى المعطيات الطبية التي يقدمها طاقم الرعاية الصـحية (العالم الخارجي). وأيضا مجموع خبرات المريض نفسه من معاناته مع المرض.(الصالح، 2013، صفحة 317)

إن المدركات المنظمة إزاء المرض يمكن أن تقود الأفراد إلى تفسير المعلومات الجديدة والتأثير على بشان البحث وطلب العلاج، وتدفع الأفراد إلى التغيير أو إلى الفشل في الالتزام بطريقة المعالجة كما أنها قد تؤثر في توقعاتهم على مستقبلهم الصحي (تايلور، 2008، صفحة 408) وتتكون المخططات الذهنية التي تتشكل لدى الشخص حول الأمراض والمعلومات الأساسية المتعلقة بالمرض فهوية المرض (Identity) او تصنيفه فتشير إلى اسمه، اما عواقبه (Consequences) فتتضمن الأعراض والمعالجة التي يتطلبها، وأيضا إلى مقدار ما يعتقده الشخص بأن للمرض تأثيرا على حياته، وتتعلق أسبابه (Causes) بالعوامل التي يعتقد الشخص أنها أدت إلى ظهوره، وتشير ديمومته إلى التوقعات المتعلقة بالفترة التي يستمر فيها وجوده، ويحدد الشفاء (Cure) ما اذا كان الفرد الذي يعتقد بإمكانية الشفاء من المرض عن طريق العلاج المناسب، وهذه المفاهيم المرتبطة بالمرض يبدو انها تتشكل في مرحلة مبكرة من العمر.(تايلور، 2008، صفحة 407)، حيث أشار Lazarus (1981) صاحب نظرية الضغط والمقاومة إلى أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة. حيث أن البعض منهم بعيد إلى حد ما عن الانزعاج من المرض على عكس البعض الآخر، وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في التوافق السيكولوجي مع المرض بين المصابين به. كما توصل Pollok(1989)إلى أن الكيفية التي يدرك الفرد بها وضعية المرض وأسلوب المقاومة الذي يستخدمه،متغيران لهما دور كبير في تكيف المريض مع المرض ومدىالاستجابة الفسيولوجية للعلاج الطبي المقدم للمريض. فإدراك الفرد للمرض هو اعتقاده وتوقعه بشأن المرض وهو عامل رئيسي لتوقع مشاركته النشطة في العلاج، وتحقيق النتائج المرجوة من خلال تأثير إدراك المرض على استجابات الأفراد العاطفية للمرض وسلوكهم التأقلم، مثل الالتزام بالعلاج حيث يعتبر انه ركيزة أساسية في إدارة الأمراض المزمنة ولاسيما مرضى السكري، قبل الخوض في تفاصيل الالتزام، يجدر بنا التمييز بينه وبين مصطلح الامتثال الذي يستخدم على نطاق واسع في الأوساط الطبية، فبينما يثير الامتثال إلى مدى إتباع المريض لتوصيات الطبيب حرفيا فإن الالتزام بجمل دلالات أوسع تتضمن فهم المريض إدراكه لمرضه وأهمية العلاج وتعاونه الفاعل في عملية اتخاذ القرار بشأن صحته وعلى الرغم من التطور الكبير في مجال علاج السكري

وتوفر الأدوية الحديثة، إلا أن مشـــكلة الالتزام بالعلاج لا تزال تشـــكل تحديا كبيرا فمنذ اكتشــاف مرض الســكري وهم يبحثون عن أســباب الافتقار للالتزام ويســعون الى تطوير اســتراتيجيات لتحســينه، وفي هذا الإطار يبرر دور إدراك المريض لمرضــه كعامل مؤثر رئيســي،وهذا الافتقار للالتزام يؤدي إلى تفاقم المضــاعفات الصــحية ويقلل جودة الحياة، فالالتزام بالعلاجمن أهم القضـــايا المطروحة عند التطرق لموضـــوع الأمراض المزمنة وخاصة السكري حيث أنها محك أساسي يحدد تفاقم الأعراض وتطور المرض أو تحقيق التحسن والشفاء وذلك لأن الأمراض المزمنة لها علاجات معقدة وطويلة الأمد تتدخل في الكثير من نشاطات المريض المرغوبة أو ذات الصلة بأسلوب حياته .وقد حاولت العديد من الدراســات تناول موضــوع الالتزام بالعلاج لدى عينات متنوعة من المرضـــى ومنها دراســـةBezieوزملاؤه (2006) التي حاولت التعرف على مختلف العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج لدى عينة من مرضــى الســكري النوع 2 في فرنســا، وقد خلصــت إلى أن معدل عدم الالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة كان مرتفعا و33% ميما لا يلتزمون بشـــكل منتظم بالعلاج كما تميز الأفراد الغير ملتزمون بكونهم أقل عمرا مقارنة بالأفراد الملتزمين، كما تميزوا بمستوى اجتماعي منخفض، وهذا ما أكدتهدراسة ناجي وآخرون (2007) التي كشفت أن 6.47% من مرضــى الغدد الصــماء والسكري في بغداد يتمتعون بالتزام ممتاز و18.24% مريض ملتزم بشـــكل جيد 75.29% مرضـــى بالتزام مقبول أو ســـيء، وخلصت أيضا أن الالتزام يرتبط بكل من العمر الجنس عدد الأطفال مستوى التعليم دليل كتلة الجســم التدخين مدة المرض ووجود مضــاعفات للمرض. لهذا تظهر الحاجة الملحة لفهم العلاقة بين إدراك المريض لمرض السكري ومدى التزامه بالعلاج.

حيث تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على:

تساؤلات الدراسة:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصـــائية بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصـــائية في مســـتوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصـــائية في مســـتوى ادراك المرض وفقا لمتغير المستوى التعليمي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصـــائية في مســـتوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير المستوى التعليمي؟

2_ فرضيات الدراسة :

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصـــائية بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصـــائية في مســـتوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير المستوى التعليمي.

3_أهداف الدراسة :

- الكشف عن العلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مريض السكري.
- الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في إدراك المرض.
- الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج.
- الكشف عن الفروق بينالمستويات التعليمية في إدراك المرض.
- الكشف عن الفروق بين مستويات التعليمية في الالتزام بالعلاج.

4_أهمية الدراسة :

- تســليط الضــوء على أحد الجوانب النفســية المهمة المرتبطة بمرض الســكري، والمتمثل في ادراك المرض ، والذي يعتبر عاملا مؤثرا في سلوك المريض اتجاه العلاج.

- انتشار الواسع لداء السكري عالميا حيث تشير منظمة الصحة العالمية الى ارتفاع مستمر في عدد المصابين ،مما يجعل التحكم في هذا المرض أولوية صحية.
- ابراز أهميةالتكامل بين البعد المعرفي ف(ادراك المرض) والبعد السلوكي (الالتزام بالعلاج) ،مما يساهم في فهم أعمق للديناميكية النفسية التي تحكم تعامل المرضى مع حالتهم النفسية.
- تسليط الضوء على الرعاية الصحية النفسية المتكاملة لمرضى السكري وتقديم معطيات علمية تساعد المختصين في تصميم تدخلات نفسية موجهة تراعي الفروق الفردية في ادراك المرض.
- تساعد هذه الدراسة في وضع أسس لبحوث مستقبلية تتناول عوامل نفسيةواجتماعية أخرى قد تؤثر على سلوكيات الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري ، مثل الدعم الاجتماعي أو الصحة النفسية ،مايسهم في تحسين حياة المرضى والحد من مضاعفات المرض.

5_التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

***إدراك المرض*:**

تم تبني تعريف (broadbent et al) صاحب المقياس والذي عرفه على أنه تصورات المريض حول طبيعة مرضه وتأثيره على حياته، ويشمل هذا الإدراك كيفية فهم المريض لأسباب مرضه ونتائجها وديمومته وفكرة الشفاء منه.ويتم قياس ادراك المرض باستخدام مقياس ادراك المرض الموجز (Brief–IPQ)، الذي يتضمن تقييم الأبعاد الرئيسية تعكس تمثيلات المرض المعرفية والعاطفية تجاه مرضه:

- الهوية (Identity): الأعراض المرتبطة بالمرض.
- الأسباب(causes): المعتقدات حول العوامل المؤدية للمرض
- النتائج(consequences): تأثير المرض على حياة المريض

- السـيطرة الشـخصـية(Personal Control): قدرة المريض على التحكم في المرض
- الفهم المرضي(IllnessCoherence): فهم المريض لمرضه
- الانفعالات (EmotionalRepresentation): المشاعر السلبية تجاه المرض.

يتم جمع البيانات باسـتخدام مقياس Brief IPQ، حيث يقوم المريض بالإجابة على مجموعة من الأسـئلة التي تقيم هذه الأبعاد المختلفة من ادراك المرض. يتم تحديد ادراك المريض بناء على كيفية تفسـيره للمرض وعلاقته بالأبعاد المذكورة، مما يسـاعد في فهم كيفية تأثير ادراك المريض لمرضه على سلوكه اتجاه العلاج والتكيف مع حالته الصحية.

الالتزام بالعلاج: تم تبني تعريف صاحب المقياس (Telles_correia et al) الذي عرفه على أنه مدى إتباع المريض للتوجيهات الطبية المتعلقة بالعلاج، يشـمل الالتزام بالأدوية الموصوفة بانتظام وفقا لتوجيهات الطبيب، حضور المواعيد الطبية المقررة، التزام المريض بتعديل نمط حياته وفقا للتوجيهات المتعلقة بالتغذية والرياضـة،بالإضـافةإلىإتباع المراقبة الذاتية لحالته الصحية.

تم قياس الالتزام بالعلاج باسـتخدام مقياس الالتزام بالعلاج متعدد الأبعادMAQ، الذي يتضمن تقييم سلوك المريض عبر الأبعاد التالية :

- الالتزام بتناول الأدوية : مدى انتظام المريض في تناول الأدوية كما هو موصى به من قبل الطبيب.
- الالتزام بالحضـور للمواعيد الطبية : مدى تكرار المريض لحضـور الزيارات الطبية والاستشارات الطبية.
- الالتزام بتعديل نمط الحياة : يشـمل التزام المريض بتوجيهات التغذية، ممارسـة الرياضة، وأسلوب الحياة الصحي.
- الالتزام بمراقبة الحالة الصحية : مثل مراقبة مستويات السكر في الدم بانتظام كما هو محدد من قبل الفريق الطبي.

يتم جمع البيانات باستخدام مقياس MAQ الذي يقيم استجابات المرضى عبر مقياس من الاختيارات المتنوعة والتي تمثل مدى توافق سلوكياتهم مع التوجيهات الطبية.

6_الدراسات السابقة :

الدراسات العربية:

الدراسة الاولى:

صاحب الدراسة :(فريال ناجي عزيز و آخرون، 2007)

هدفت الدراسة : إلى معرفة التزام مرضى السكري في المركز التخصصي للغدد الصم والسكري في بغداد بالعلاج، وتقييم أي ترابط بين الالتزام والمتغيرات السريرية الوبائية المختلفة للمريض.

عينة الدراسة : شملت الدراسة 340 مريض بالسكري من النوع 2 .

أدوات الدراسة : استبيان الالتزام بالعلاج وأيضا ملفات المرضى في المركز.

نتائج الدراسة : كشفت نتائج أن 47%, 6 من المرضى يتمتعون بالتزام ممتاز و 24%, 18 مريض ملتزم بشكل جيد،29%, 75 مرضى بالتزام مقبول او سيئ، كما وجدت الدراسة ارتباطات دالة إحصائيا بين الالتزام ومتغيرات مثل العمر، الجنس عدد الأطفال، مستوى التعليم، التدخين، مدة المرض ووجود مضاعفات للمرض.

الدراسة الثانية:

صاحب الدراسة:(ابركان الصالح، 2015)

عنوان الدراسة:إدراك المرض،أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بمرض مزمن،دراسة ميدانية بولاية باتنة.

هدفت الدراســة:إلى الكشــف عن العلاقة بين إدراك المرض،أســاليب وجودة الحياة، من خلال تطبيق نموذج المعنى المشترك،حيث تلعب أساليب المواجهة دورا وسيطا في تأثير إدراك المرض على جودة الحياة.

عينة الدراســة:وقد اشــتملت عينة الدراســة على 158 مصــابا بالمرض المزمن وتتراوح أعمارهم ما بين 16 إلى 89 ســنة، بمتوســط عمري مقدر ب 43.93 وانحراف معياري 15.73 وقد تم اختيارهم انطلاقا من مرضـــى الذين يعانون من الأمراض المزمنة التالية (السكري،الربو، القصور الكلوي، ضغط الدم) ومن القانطين بولاية باتنة، الجزائر.

أدوات الدراسة: تم اختيار ثلاث أدوات لقياس متغيرات الدراسة هي:

_مقياس المعدل لإدراك المرض

_مقياس أساليب المواجهة

_مقياس جودة الحياة

كما تم تحليل البيانات إحصــائيا بالاســتعانة بالمجموعة الإحصــائية للعلوم الاجتماعية (spss).

وباســتخدام أســلوب : معامل الارتباط بيرســون لحســاب العلاقة بين أبعاد إدراك المرض،أســاليب المواجهة وجودة الحياة،وتحليل الانحدار الخطي المتعدد (المتدرج) للتنبؤ بجودة الحياة من خلال أبعاد إدراك المرض وأســاليب المواجهة، بالإضــافة إلى تحليل الوسيط لإيجاد الأساليب المختارة من طرف المريض.

نتائج الدراسة:

_وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض _أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى أفراد العينة.

_وجود تأثير لإدراك هوية المرض، والعزو لعوامل خارجية وطبية على جودة الحياة (الدور والوظيفة البدنية، الدور الانفعالي والصحة النفسية المدركة) في اختيار كل من : أسلوب طلب المساعدة، أسلوب التجنب وأسلوب الإلحاح في النشاط لدى أفراد العينة.

الدراسة الثالثة:

صاحب الدراسة :(عائشة سرار، 2021)

عنوان الدراسة :تقبل المرض وعلاقته بالذكاء الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري.

هدفت الدراســـة : إلى الكشـــف عن العلاقة الموجودة بين تقبل المرض والذكاء الانفعالي لدى عينة من مرضـــى السـكري النمط الثاني وكذا الكشـف عن مسـتوى الذكاء الانفعالي وتقبل المرض عند أفراد العينة .

العينة: اشتملت 30 مريض بالسكري من النمط الثاني.

نتائج الدراسة :عدم وجود علاقة ارتباطيه بين تقبل المرض والذكاء الانفعالي لدى مرضى السـكري تعزي لمتغير السـن، بالإضـافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـائية في الذكاء الانفعالي لدى مرضـــى الســكري،عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـــائية في تقبل المرض لدى مرضى السكري لمتغير السن .

الدراسة الرابعة :

صاحب الدراسة :(موسى حميداني، 2023)

عنوان الدراســـة :إدراك لمرض وأثره على الالتزام بالعلاج واســـتراتيجيات التعامل لدى المرضى الخاضعين لعملية زرع الكلى.

هدفت الدراســـة :هدفت الدراســـة الى الكشـــف عن اثر إدراك المرض، وكذا العوامل السوسيوديموغرافية والمتغيرات العيادية على كل من االالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضـــى الخاضـــعين لعملية زراعة الكلية، أُجريت الد ارســة بالمركز الاســتشـفائي الجامعي بن فليس التوهامي بولاية باتنة.

عينة الدراسـة : شـملت عينة الدراسـة على 70 مشـاركا تراوحت أعمارهم بين 15 و61 بمتوســـط عمري (38.6±1.4) تم اختيارهم بطريقة عرضـــية، وقد تم تحليل البيانات احصـــائيا بالاســـتعانة على نظام الحزمة إالحصـــائية للعلوم الاجتماعية (v25) SPSS

والمتمثلة في المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، النسب المئوية، كما تم الاعتماد على النمذجة الاحصائية باستخدام المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية

(Smart pls 4)وذلك باستخدام معامل التحديد R^2، حجم التأثير F^2، التعصيب والملائمة التنبؤية Q^2، كما تم فحص معامل المسار باستخدام البسترة bootsrapping مع عينة5000.

نتائج الدراسة: اسفرت نتائج الدراسة عن وجود إدراك إيجابي اتجاه عملية زراعة الكلية لدى افراد العينة وذلك من خلالالاعتماد على المتوسط الفرضي لمقارنة نوع الاتجاهات مع المتوسط الحسابي، كما بينت النتائج انه لدى المشاركين في الدراسة مستوى عالي من الالتزام بالعالج وقد تم التأكد من ذلك عن طريق حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الالتزام متعدد الابعاد(MAQ) .كما اظهرت النتائج ان أكثر استراتيجية تعامل مستخدمة لدى افراد العينة هي اللجوء الى الدين .كما أظهرت نتائج تحليل النموذج الهيكلي بان هناك تأثير إيجابي لادراك المرض على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل، في حين لا يوجد تأثير لكل من المتغيرات السوسيوديموغرافية :العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع، والمتغيرات العيادية: مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتنين، الوزن، الضغط الدموي، نسبة السكر، الكوليسترول على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى افراد العينة.

الدراسة الخامسة:

صاحب الدراسة :(سماهر فيصل عبد العزيز الحربي، 2023)

عنوان الدراسة:إدراك المرض والالتزام بالأدوية بين مرضى السكري من النوع 2 في المملكة العربية السعودية

هدفت الدراسة :تقييم مستوى إدراك المرض والالتزامبالأدوية وعلاقتها بين المرض لدى) المرضى المصابين ب T2DM).

عينة الدراسة: تم إجراء دراسة تصميمية وصفية ارتباطيه مقطعية على عينة ملائمة من 365مريضا يعانون من داء السكري النوع الثاني في مركز جدة لرعاية مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم في مستشفى الملك عبد العزيز في جدة،المملكة العربية السعودية .

أدوات الدراسة: جمع البيانات عبارة عن الاستبانة الاجتماعي والديمغرافي والسريري واستبانه إدراك المرض الموجز ومقياس الالتزام بالأدوية.تم استخدام الإحصاء الوصفي وارتباط بيرسون لتحليل المعطيات.

نتائج الدراسة:يؤثر مستوى إدراك المرض على سلوك الالتزام بالأدوية بين المرضى البالغين الذين يعانون السكري من النوع الثاني، ومع ذلك فإن التأثير يحدد عملية التعافي الحالة أو إدارتها أو شدته .

الدراسات الاجنبية:

الدراسة الأولى :

عنوان الدراسة : The effect of diabetes education on knowledge, self-management behaviors, and self-efficacy among type 2 diabetes patients

صاحب الدراسة: :(Norris, S.L., Lau, J., Smith, S.J., et al, 2002)

هدفت الدراسة: تقييم تأثير التعليم حول السكري على معرفة المرضى وسلوكيات الإدارة الذاتية وكفاءتهم الذاتية.

منهج الدراسة: مراجعة منهجية وتحليل تلوي.

عينة الدراسة: تحليل بيانات من دراسات تعليمية .

نتائج الدراسة: التعليم ساهم بشكل كبير في تحسين المعرفة، والسلوكيات الصحية، والثقة الذاتية لدى المرضى.

الدراسة الثانية :

عنوان الـدراســـــة : Effectiveness of psychological interventions in improving glycemic control among patients with type 2 diabetes

صاحب الدراسة:(Ismail, K., Winkley, K., Rabe-Hesketh, S., 2004)

هدفت الدراسة: دراسة فعالية التدخلات النفسية في تحسين التحكم بسكر الدم .

منهج الدراسة : مراجعة منهجية وتحليل تلوي .

عينة الدراسة: مراجعة لدراسات نفسية علاجية .

نتائج الدراســة: التدخلات النفسـية كان لها أثر متوسـط لكنها مهم في خفض مسـتويات السكر.

الدراسة الثالثة:

صاحب الدراسة :(bezie& al, 2006)

هدفت الدراســـة :إلى التعرف على مختلف العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج لدى عينة من مرضى السكري النوع 2 في فرنسا.

أدوات الدراســـة : اســـتعانت باســـتبيانمكمل،واعتمد تقييم العوامل المؤثرة على معطيات ديمغرافية، العلاج المستعمل والمعطيات الطبية والبيولوجية.

عينة الدراسة :94 مريض سكري من نوع 2 تتراوح أعمارهم بين 41_89 سنة.

نتائج الدراسة :

_ معدل عدم الالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة كان مرتفعا : و33 منهم لايلتزمون بشـــكل منتظم بالعلاج.

_ توجد فروق دالة إحصـــائيا في مسـتوى الالتزام بالعلاج تعزى لمتغير العمر والمســتوى الاجتماعي : حيث تميز الأفراد غير الملتزمين بكونهم اقل عمرا مقارنة بالأفراد الملتزمين، كما تميزوا بمستوى اجتماعي منخفض.

الدراسة الرابعة :

ـَ صاحب الدراسة :(LEWKO J_et al, 2007)

عنوان الدراسة :نوعية الحياة وعلاقته لدرجة قبول المرض في المرضى السكري مع او بدون اعتلال الأعصاب المحيطية السكري

نتائج الدراسة:على انخفاض من نوعية الحياة من مرضى السكري تبعا لمستويات تقبل المرض، كما تعتبر مشاعر التبعية للعائلة والأصدقاء ومن العوامل التي تؤثر في تقبل المرض لدى المرضى، وتعتبر الحالة الصحية أسوء لدى مرضى السكري الذين يعانون من اعتلال الأعصاب المحيطية منها لدى المرضى دون مضاعفات (جريو،2019،ص32)

الدراسة الخامسة:

عنوان الدراسة : The association between health literacy and medication adherence among patients with diabetes: A meta-analysis

صاحب الدراسة (Al Sayah, F., Majumdar, S.R., Williams, B., et al., 2013)

هدفت الدراسة: تحليل العلاقة بين الثقافة الصحية والالتزام الدوائي لدى مرضى السكري .
منهج الدراسة: تحليل تلوي

عينة الدراسة: مراجعة بيانات مرضى السكري

نتائج الدراسة: الثقافة الصحية المرتفعة مرتبطة بمستوى أفضل من الالتزام بالعلاج.

الدراسة السادسة:

عنوان الدراسة : A meta-analysis of self-care behaviors among type 2 diabetes patients

صاحب الدراسة: (Shrivastava, S.R., Shrivastava, P.S., Ramasamy, J, 2013)

هدفت الدراسة: تقييم سلوكيات الرعاية الذاتية بين مرضى السكري النوع الثاني .المنهج: تحليل تلوي .(Meta-analysis)

نتائج الدراسة: أوضحت النتائج ضعف ممارسة السلوكيات الصحية مثل النظام الغذائي والنشاط البدني لدى العديد من المرضى.

الدراسة السابعة:

عنوان دراسة : Interventions for improving adherence to medication : in people with type 2 diabetes mellitus

صاحب الدراسة(Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., et al, 2014)

هدفت الدراسة: تقييم فعالية التدخلات لتحسين الالتزام الدوائي لدى مرضى السكري النوع الثاني .

منهج الدراسة: مراجعة منهجية.

عينة الدراسة: مراجعة تدخلات متنوعة لتحسين الالتزام .

نتائج الدراسة: بعض التدخلات حققت نتائج واعدة، لكنها بحاجة إلى تطبيق أوسع وتحسينات منهجية.

الدراسة الثامنة :

عنوان الدراسة : Psychosocial interventions for patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis

صاحب الدراسة:(Uchendu, C., Blake, H, 2017)

هدفت الدراسة : مراجعة فعالية التدخلات النفسية والاجتماعية في تحسين نتائج مرضى السكري النوع الثاني .

منهج الدراسة : مراجعة منهجية وتحليل تلوي.

عينة الدراسة: مراجعة دراسات نفسية واجتماعية للمرضى.

نتائج الدراسة: أظهرت أن التدخلات النفسية والاجتماعية تساهم في تحسين التحكم بسكر الدم والالتزام بالعلاج.

الدراسة التاسعة :

عنوان الدراسة: Adherence to self-care behaviors and glycemic control among people with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: A meta-analysis :

صاحب الدراسة :(Kassahun, C.W., Mekonen, A.G., Abebe, S.M, 2016)

هدفت الدراسة: دراسة مدى الالتزام بالسلوكيات الصحية وتأثيره على التحكم بالسكري في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط .

منهج الدراسة: تحليل تلوي.

عينة الدراسة : مراجعة دراسات أجريت في دول منخفضة ومتوسطة الدخل .

نتائج الدراسة: مستوى الالتزام منخفض عمومًا ويؤثر سلبًا على التحكم بمستوى السكر.

الدراسة العاشرة :

عنوان الدراسة : Diabetes self-management education programs in primary healthcare: a systematic review and meta-analysis :

صاحب الدراسة(Chrvala, C.A., Sherr, D., Lipman, R.D., 2016)

هدفت الدراسة: دراسة أثر برامج تعليم إدارة السكري الذاتية في الرعاية الصحية الأولية .
منهج الدراسة: مراجعة منهجية وتحليل تلوي.

عينة الدراسة: مراجعة دراسات أجريت في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

نتائج الدراسة: ساهمت برامج التعليم الذاتي في تحسين التحكم في مستويات السكر والتزام المرضى بالعلاج .

الدراسة الحادية عشر:

عنوان الدراسة : Barriers and facilitators to medication adherence in adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review :

صاحب الدراسة: .(Polonsky, W.H., Henry, R.R, 2016)

هدفت الدراسة: تحليل العوامل المعيقة والمسهلة للالتزام الدوائي لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني.

عينة الدراسة: مراجعة لدراسات سابقة حول الالتزام الدوائي

نتائج الدراسة: العوامل النفسية، الاقتصادية، والمعرفية كانت من أبرز المحددات للالتزام بالعلاج.

الدراسة الثانية عشر:

عنوان الدراسة : Interventions for enhancing medication adherence in type 2 diabetes: A systematic review :

صاحب الدراسة:.(Jani, B.D., McQueenie, R., Nicholl, B.I., et al, 2017)

هدفت الدراسة : استعراض التدخلات التي تهدف إلى تعزيز الالتزام الدوائي لدى مرضى السكري النوع الثاني

منهج الدراسة: مراجعة منهجية.

عينة الدراسة: مراجعة برامج تدخلية مخصصة للسكري .

نتائج الدراسة: التدخلات المدمجة بين التعليم، الدعم الاجتماعي، والمتابعة الشخصية أثبتت فعاليتها الأعلى.

الدراسة الثالثة عشر:

عنوان الدراسة : Medication adherence and associated factors among : diabetes patients in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis

صاحب الدراسة : (berhe,D.F,Gebru,H.B, 2022)

هدفت الدراسة: تحديد مستوى الالتزام الدوائي والعوامل المرتبطة به لدى مرضى السكري في إثيوبيا.

منهج الدراسة: مراجعة منهجية وتحليل تلوي .(Meta-analysis)

نتائج الدراسة: مستوى الالتزام بالعلاج منخفض نسبيًا، وترتبط عدة عوامل اجتماعية واقتصادية وطبية بانخفاض الالتزام.

الفصل الثاني: إدراك المرض

1_ تعريف إدراك المرض

2_ مكونات إدراك المرض

3_ تصورات المرض

4_ قياس إدراك المرض

5_ علاقة إدراك المرض بالالتزام بالعلاج

6_ إدراك المرض لدى مريض السكري

تمهيد:

تعد الصحة من أهم الاوليات التي يسعى الافراد الى الحفاظ عليها، فهي حالة من التوازن النسبي في وظائف الجسم،تنجم عن قدرة الفرد على التكيف مع ذاته من جهة، ومع العوامل الخارجية الضارة من جهة اخرى.ويتوقف تحقيق هذا التوازن الى حد كبير على مدى التزام الشخص بممارسات صحية سليمة، الامر الذي ينعكس ايجابا على رفاهيته وجودة حياته.

وفي السنوات الاخيرة تزايدت الادلة العلمية والطبية التي تؤكد وجود علاقة وثيقة بين نمط الحياة الذي يتباه الفرد وادراكه لمشكلاته الصحية، وبين احتمالية اصابته بمختلف الامراض لاسيما المزمنة منها. ومن هذا المنطلق بدأ الباحثون وعلماء النفس في توجيه اهتماماتهم نحو دراسة ادراك الفرد لمرضه ، باعتباره عاملا حاسما في تفسير سلوكياته الصحية ومدى التزامه بالتوصيات العلاجية والوقائية.

1_تعريف إدراك المرض:

يعد مفهوم العملية الإدراكية بصفة عامة إلى الفيلسوف اليوناني أفلاطون قبل 2400 سنة من خلال قوله بأننا ندرك الأشياء من خلال الإحساس وبمساعدة العقل من أجل أن نبني العالم في ذهننا ، ويجب أن نستكشف القوة الفيزيائية من البيئة ونحولها لرموز محايدة والتي تدعى بالإحساس ويجب أن نختار وننظم ونحول مشاعرنا وهذا ما ندعوه بالإدراك ، فنحن لا نشعر بالإشارات والأصوات المجردة بل نستشفها وهذا يعني أننا ندرك ، ويحتاج الإنسان كي يتكيف مع البيئة إلى معرفة ماذا يحدث في العالم من حوله فتقوم الحواس بإخباره عن وجود الموضوعات خارج ذاته ومن ثم يقوم الإدراك بتفسير الموضوعات والتعرف على ماهية الشيء ومكانه، وماذا يعمل ومن خلال عملية التكامل بين الحواس والإدراك معا يتم الاتصال مع الدماغ لتشكيل التمثيلات العقلية.(شمل، 2022، صفحة 584)

أما إدراك المرض فهو يشير إلى كيفية فهم الناس للمرض أو الإعاقة و إعطاءها معنى، فعند ظهور الأعراض يسعى الأفراد جاهدين لتفسيرها أو إيجاد تصنيف لها .وعلى العكس

من ذلك عندما يكون المرض بدون أعراض، يحاول الناس _عن طريق الخطأ أحيانا_ أن ينسبوا الأعراض إلى تصنيف معين. حيث يؤثر إدراك المرض للفرد على إدارة صحته ونتائج العلاج ، ولقد ثبت أن كثرة الآراء السلبية عن المرض ترتبط بنتائج أسوأ . كما يمكن أن يكون لدى المرضى الذين يعانون من نفس المرض تصورات مختلفة عن حالتهم، وقد تختلف نظرة المريض لمرضه عن نظرة مقدمي الرعاية الصحة، ويمكن تغيير إدراك الفرد لمرضه مما يوفر فرصة لتحسين تكيفه مع مرضه.(Petrie KJ, 2006, p. 539)

يشير إدراك المرض أيضا إلى انه عبارة عن نماذج معرفية لدى الناس حول الأعراضوالأمراض والحالات الطبية والتهديدات الصحية.(موسى حميداني، 2023، صفحة 29)

حيث يقوم المرضى بتكوينها لفهم أعراضهم وحالاتهم الطبية والتعامل معها. وتعرف أيضا باسم تصورات المرض ، أو تمثيلات المرضأو نماذج الشخصية لمرضه .

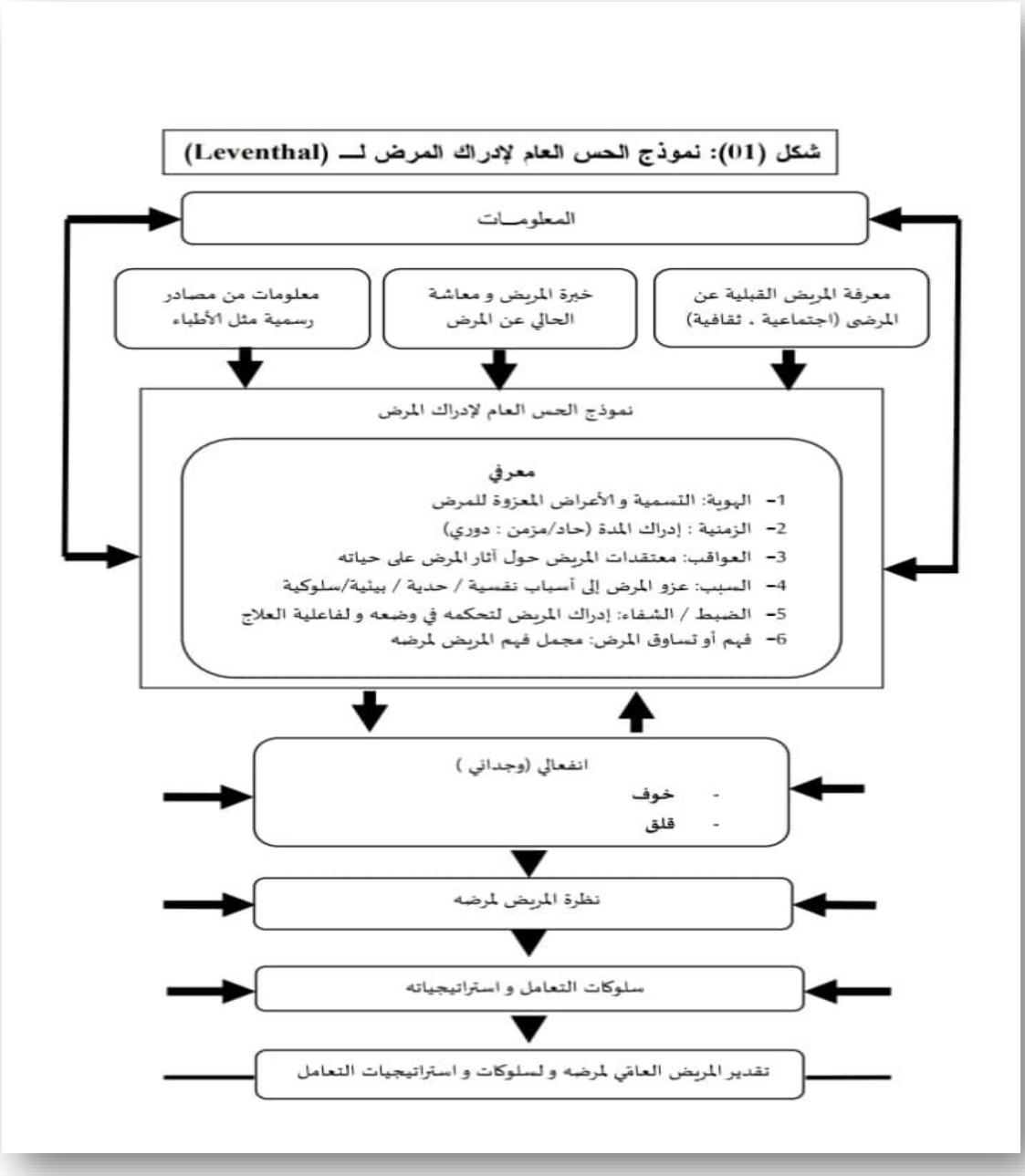
(LEVENTHAL H., The common sense representation of illess danger. In: RACHMAN S.,, 1980)، ويتكون إدراك المرض من عدد من المعتقدات المترابطة حول المرض وماتعنيه لحياة المريض. وتشمل المكونات الرئيسية لإدراك المرض كيفية حدوث المرض ، ومدة استمراره ، وماهي عواقب المرض على حياة المريض، و أعراض المرض وكيفية السيطرة على الحالة أو علاجها.

يعتقد ان الطريقة التي ينظر بها المرضى إلى مرضهم هي عامل رئيسي في نوع رد الفعل النفسي لديهم اتجاه المرض والسلوك اللاحق والمواقف اتجاه المرض.(موسى حميداني، 2023، صفحة 29)

وفقا لنظرية التنظيم الذاتي، فان إدراك المرض يشير إلى كيفية تجربة الأفراد مع المرض، وفهمه وطريقة إدارته، وتغيير السلوك واعتماده لتحسين الصحة بعد تهديد صحي أو مرض ،حيث يكون الفرد مشتركا نشطا يمكنه حل المشكلات.

حيث تؤثر العوامل البيولوجية النفسية الاجتماعية والتجارب السابقة على معالجة المعلومات واستراتيجيات التعامل والاستجابات لمرض أو تهديد صحي.

فعندما يحصـــل الناس على معلومات جديدة حولمرض أو تهديد صـــحي، فإنهم يقومون بتقييم اســـتراتيجيات لمحاولة تعديل النتائج الصـــحية، ويتم تبني تمثيلات أو تصـــورات مرضـــية جديدة أو التخلص منها او تكييفها بمرور الوقت مع تقدم الأفراد في الســـن يمكن أن تتغير تصـورات المرض واسـتراتيجيات التعامل مع التهديد الصـحي بناءا على تجارب سابقة .(Khosravi, 2016, p. 8)



(روبيح، 2017، صفحة 18)

رسم توضيحي 1نموذج الحس العام لإدراك المرض ل leventhal

2_مكونات ادراك المرض :

يعتبر إدراك المرض أحد المكونات الرئيسية لنموذج التنظيم الذاتي . نظرا لان سلسلة حل المشكلات قد بدأت إما عن طريق الإحساس الجسدي أو عن طريق علامات المرض،على الرغم من استخدام مصطلحات أخرى لفحص إدراك المرض (أي النموذج الشخصي أو المعتقد الشخصي)، فمن المتفق عليه عموما أن تصورات المرض تحتوي على خمس مكونات(موسى حميداني، 2023، صفحة 36) :

- **الهوية_علامات أعراض المرض** :أول مايواجهه الفرد هو أعراض المرض.تشير هوية_تسميةالأعراض إلى عملية مطابقة الأحاسيس الجسدية للضرر مع الأفراد التابعين للمخطط، عندما يكتشف الأفراد أحاسيس جسدية معينة ،سيبدؤون في التساؤل عن أنفسهم :

ما الذي يحدث؟ هناك شيء ماصحيح معي؟ هذه الأسئلة ستحث الفرد على جمع المعلومات وتحديد مدى جدية هذه الرموز ،وتأتي المعلومات بشكل أساسي من ثلاثة مصادر:

_ الخبرات السابقة من الآخرين المهمين أو الأفراد أنفسهم.

_معلومات موثوقة.

_التجارب الأساسية للأفراد،اعتمادا على المعلومات ،يقرر الأفراد ما إذا كان ينبغي عليهم تجاهل الأعراض. وأقترح رأي أخر العملية على أنها مطابقة لمجموعة من الأعراض مع نموذج أولي عام ، وقد كان لهذين العرضين نتائج داعمة ، واقترح **كرويل وبارجر** أن

العملية الســـابقة قد تكون أكثر نشـــاطا عند حدوث حلقة غير عادية وقد تكون العملية اللاحقة أكثر هيمنة حيث أن الأحاســيس الجســدية تتطابق بســهولة مع النماذج الأولية (Tseng, 2008, p. 90).

- **الجدول الزمني للمرض:**

_ المدة: يشـير الجدول الزمني إلى معتقدات الأفراد حول مسـار المرض والنطاق الزمني للأعراض .كما يشير إلى مدة المرض ، وطول نظام والوقت اللازم للعلاج _ السيطرة، أو حتى المدة من الأول حتى الموت.

2_3_**أسباب المرض:** تمثل الأسباب الشخصية الفردية للعوامل المسؤولة عن التسبب في هذا المرض، وقد تشمل هذه الأسباب البيئية والسلوكية والنفسية أو البيولوجية.

2_4 _**عواقب المرض** : تشــير إلى توقعات الفرد أو معتقداته حول التأثيرات التيقد تكون ناجمة عن المرض،وقد تكون هذه العواقب جسدية أول اجتماعية أو نفسية أو مالية .

(Tseng, 2008, p. 94)

- **الســـيطرة على المرض _العلاج** : يشـــير إلى المعتقدات التي يحملها الأفراد فيما يتعلق بإمكانيةالإدارة الذاتية الناجحة أو تدخلات الخبراء.(Lau, 1983)

يجب أن يشـــير المرء إلى أن الاعتقاد في الســـيطرة على المرض _ العلاج يختلف عن مفهوم من "موضع السيطرة" .

يفحص موضـع التحكم المعتقدات الشـخصـية العامة حول التحكم الخارجي والداخلي في حياة المرء .

الاعتقاد في السيطرة على المرض هو أكثر تحديدا للأمراض .(موسى حميداني، 2023، صفحة 36_37)

3_تصورات إدراك المرض :

ظهر مفهوم تصور المرض في شكل متنوع ومعقد بالنسبة لتصور الصحة في الأبحاث السابقة إذ يصعب تمييز المرض على انه حالة كما هي أو تشبيه لحالة أخرى، إذ أن الصحة و المرض صورتين متطابقتين، إلا أنه عادة يتصور المرض بحسب نتائجه فمثلا العجز يعتبر عرض خارجي للمرض، لكن ليس كل عجز عن النشاط يعتبر مرضا .

(Raymond, 2008, p. 32)

هناك محوران واسعان مكملان لبعضهما للبحث في ميدان النظريات ذات المعنى المشترك، هناك نوعان من التصورات :تصورات اجتماعية للمرض وتصورات معرفية للمرض .

- **التصورات الاجتماعية للمرض**

حسب ما جاء به موسكوفسي Moscovisci سنة 1961 فإن هناك تفاعل بين عوامل شخصية و عوامل اجتماعية لها علاقة بالشخص وثقافته داخل المجتمع الذي يعيش فيه.

وفي سياق العلاقة المتبادلة والمتفاعلة بين الشخص المريض والجماعة ترى هرزليش1969 Herzlischفي النموذج المعروف باسم المخطط التوضيحي(figurativeschema) "بان هناك علاقة بين الفرد والمجتمع شانها العلاقة بين الصحة والمرض، وفي هذه النظرية فان الشخص يكون بطبعه سليما، ولكن يصير مريضا نتيجة أسلوب الحياة التي يفرضها المحيط الاجتماعي عليه، وينتج عن ذلك (

03) ثلاث مفاهيم وتفســـيرات للمرض، والتي تتعلق بمفهوم العلاقة بين الفرد والمجتمع، وتميز :

1) destructionIllness (المرض المتلف للجسم)

2) liberation Illness(المرضالحرية)

3) Profession Illness (.المرض الوظيفة)

وفي نفس الســياق فإن الصــحة والمرض ليســت أمور موضــوعية ، لأنه تحكمها أحكام قيمية، ولأنه لا توجدمعاني كثيرة (اقتصــادية، ســياســية، أخلاقية دينية.....)فلكل مجتمع فكرته عن السواء والمرض.

إذ نجد عادة قطبين من التصـورات السـببية واحدة تحكمها فكرة أن المرض حالة سـلبية، والأخرى وهي نادرة ترى أن المرض خبرة ايجابية .

فالمرض السلبي : سواء أكان نتيجة لاعتداء من الوسط أو نتيجة الاستجابة غير متوازنة للعضوية، فانه في كل الحالات أمرا سلبيا للغاية، وهذا اللاسواء يجب تجنبه بواسطة شبكة من المحرمات في المجتمعات التقليدية، وبواســطة الوقاية الصــحية في مجتمعاتنا، وإن حدث فانه يجب محاربته بلا هوادة.

أما المرض الايجابي: إذ يعتبر استجابة ذات معنى وقيمة، لأنه عبارة عن محاولة الإعادة التوازن المضطرب، ويعتبر في بعض الأحيان مرحلة حماس وغنى مثل : المرض المكافأة إذ يســتعمل كوســيلة للإفلات من الالتزامات الاجتماعية، ووســيلة للحصــول على اهتمام الناس، وهو ما يعرف في الطب النفســي بالفوائد الثانوية للمرض، وتأخذ مثال آخر المرض الانجاز، حيث يســتنهض المرض لدى بعض الأفراد إرادة وعزيمة اســتثنائية للتعويض عن نقصــهم، والأمثلة كثيرة في العالم عن هؤلاء الأفراد الذين طوروا إمكانيات خارقة رغم عجزهم.(الحميد، 2006، صفحة 142_143)

- **التصورات المعرفية للمرض:**

تؤثر المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة والمرض، في كيفية استجاباتهم للأعراض المرضية، وإن ما يطلق عليها بالتمثيلات المرضية أو المخططات، تشير إلى المدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام، ومن الخبرة الشخصيةومن الأسرة والأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة، إلى الشمولية والدقة التامة، وتنبع أهميتها من حقيقة كونها عاملا مؤثرا في سلوك الناس الوقائي، وفي ردود أفعالهم عندما يتعرضون للأعراض، أو تشخص لديهم الأمراض، وفي مدى التزامهم بالتوصيات العلاجية، وتوقعاتهم بشأن مستقبل وضعهم الصحي.(تايلور، 2008، صفحة 483).

وكل شخص يعطي معنى خاص لمرضه، وذلك حسب تصوراته داخل الجماعة، وكما يمليه الإدراك الجماعي للصحة والمرض، وكذا طبيعة الخبرة الشخصية مع أعراض المرض، ويرى روش (Rosch) سنة 1978 بأنه على المستوى الشخصي للمريض يوجد نموذج أولي للمرض (prototype) إذ يبني المريض مفهوم عام حول طبيعة المرض، أعرضه أسبابه، وكذا نتائج المرض. وبالتالي فالمريض يستدعي إلا الأعراض ذات الخصوصية عندما يطابقها مع مختلف الأمراض الأخرى التي أصيب بها، أو سمع عنها من قبل، ومن هنا يحتاج المريض للنموذج الأولي للمرض والأفضل لديه (حتى يستطيع مواجهته بما لديه من

معلومات متوفرة.(H. R. Rahe، 1978)فقد يحمل الفرد مثلا نموذجا أوليا للإصابة بمرض القلب – وهو مرض مزمن يتضمن حدوثه التدخين والزيادة في الوزن، وعدم القيام بممارسة النشاط الرياضي بوصفها عوامل مسببة، وآلم الصدر، وخطر الإصابة بالسكتة القلبية، بوصفها نواتج، واستمرار المرض لفترة طويلة ، واحتمال أن يؤدي إلى الموت .

إن النماذج الأولية للأمراض، تساعد الناس على تنظيم المعلومات المتعلقة بالأحاسيس الجسمية التي لا يمكن تفسيرها بدون هذه النماذج المرضية وتقييمها، بذلك فان الشخص

الذي يشعر أنه عرضة للإصابة بمرض القلب، سيقوم بتفسير الم الصدر بطريقة مختلفة تماما عن الشخص الذي لا يحمل هذا النموذج الأولي للمرض، أو الذي لا يدرك أن لهذا العرض ارتباطا بمرض القلب، ومن الممكن للشخص الثاني أن بعد هذه الأعراض مؤشرا إلى اضطرابالهضم. فالمدركات المنظمة حول المرضيمكن أن تقود الناس إلى تفسير المعلومات الجديدة، وهي تؤثر بالقرارات التي يتخذها الناس في البحث عن العلاج، وتقود الأفراد إلى التغيير، أوالى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما أنها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بمستقبلهم الصحي (تايلور، 2008، صفحة 486)

وحسب ليفنتال وزملائه (Leventhal et al) فإن الأشخاص المرضى يخلقون نوعا من التصورات المعرفية والانفعالية لمرضهم، وهذا لإعطاء معنى يساعد على تحقيق الشفاء لمشكلهم الصحي هذا. ومن هنا بدا البحث حول كيفية مواجهة المشاكل الصحية لدى المرضى من خلال البحث حول أساليب لتدبر المرض، وكيفيات التكفل بالمريض.

(Leventhal H. N., 1984)

إن تصورات المرض تأتي بعد توفر ثلاث مصادر معلوماتية Abstracts & Concretsوهي:

1-معلومات متوفرة قبل مضاهاة المرض، وهي عبارة معلومات جماعية حول المرض.

2 معلومات معطاة من طرف المجتمع و من طرف أشخاص لهم دلالة هامة عند المريض مثل الرفاق، الأقارب، الفريق الطبي.

3 – الخبرة مع المرض تعطي معلومات حول الأعراض، وحول الحالة الجسمية والتي تقوم أساسا على الإدراك الحالي للمرض، بالإضافة إلى الخبرة السابقة مع المرض والتي من شانها إعطاء تقييم حول الوسائل والأساليب الفعالة التي يحتاجها المريض للشفاء من تلك الأعراض، ومن العوامل المساعدة نجد : الشخصية، وأصل الثقافة التي لها علاقة مع الخبرة (Dilatah&Lond،1990).

إن المعلومات الواردة من هذه المصـــادر تســـمح بتكوين ما يســـمى النظريات الضـــمنية للمرض و هذا لوصـف عمليات الاسـتنتاج اللاشـعورية ، والتي تمكن من تشـكيل انطباع عن المرض، بناءا على أدلة محدودة جدا بشأنه.

وفيما يتعلق بمصـــادر المعلومات حول المرض وضـــع ليفنتال 1992 عملية خاصـــة بتصورات المرض . إذ يرى بان هذه الصورة تناظرية من جهتين :

_الجهة الأولى : مفاهمية (Conceptual) وتضم كل من الصورة المجردة(Abstract) ، والصورة الافتراضية (Presuppose)

_ أما الجهة الثانية: تخطيطية (Schematic) وتضم الصورة الملموسة(Concrete)،

والصورة المدركة (Perceived)

ويوجد بين مصـادر المعلومة المجردة ومصـادر المعلومة الملموسـة أسـلوب حدسـي والي(Automatic& Intuitive)

وفيما نبحث عن التطابق بين نوعي المعلومة نجد :

_وجود وتحقق معلومات افتراضية في واقع تجربة المرض .

_ومعلومات معطاة من واقع الأعراض، ومحاولة تنظيم المعلومات المجردة والافتراضـــية النظرية .

إذ يتعلق الأمر هنا على سـبيل المثال بالربط بين الأعراض والتشـخيص، أنه إدراك وتدير مختلف مصـــادر المعلومات، التي تؤدي إلى البناء التصـــوري للمرض عن طريق العملية التناظرية السابقة.

وهذه التصـورات المتكونة نسميها: "إدراك المرض، والذي يعطى مدلول شـخصـي للمريض اتجاه أعراض المرض، وهذا المدلول يتكون من عدة أبعاد منطقية

(Leventhal H. D., 1992)

4_قياس ادراك المرض :

ظهرت طرق مختلفة لتقييم إدراك المرض، وقد استخدم في البداية في هذا المجال أسئلة مغلقة ومفتوحة من المقابلات المنظمة(Meyer, 1985)

تضـمنت هذه المقابلات أسـئلة مثل: هل تعتقد أن حالتك طفيفة أو خطيرة أو تهدد حياتك كيف تستطيع أن تقول ذلك؟.

ومع ذلك، أدى الاهتمام المتزايد بنموذج التنظيم الذاتي والحاجة إلى أداة قياس منهجية إلى تطوير الأداة الأكثر شيوعا والمستخدمة لتقييم تمثيل المرض وهي استبيان إدراك المرض (IPQ) ، تم تطوير هذه الأداةبواسـطة weien و petrie و moss_ morris and home D exter ,2014 ,p6 من أجل توفير أداة قياس مشـتقة من نموذج التنظيم الذاتي

(LEVENTHAL H., The common sense representation of illess danger. In: RACHMAN S., 1980)وقابلة للاسـتخدام الجميع أنواع الأفراد، في الواقع يسمح للباحثين بتضمين جوانب خاصة بالمرض قيد الدراسة، لا سيما على مستوى الصـفات السـببية وكذلك على مسـتوى الأعراض الخاصـة بالحالة المدروسـة(Cooper، 1998)،

يحتوي على خمسـة أبعاد تسـمح بقياس مكونات نظرية التنظيم الذاتي هذه المقاييس الفرعية الخمسـة هي هوية المرض، وإدراك الأسـباب، وتصـور مدة (مسـار) المرض، والمعتقدات حول شـدة العواقب والتصـور حول العلاج والسـيطرة على المرض وينمان وآخرون (1996) تم تطوير IPQ باسـتخدام بيانات تم الحصـول عليها من مجموعات سـكانية مختلفة وثبت أنها موثوقة وصـحيحة(Cooper، 1998)تتطور هذه الأداة باستمرار، على سبيل المثال، تم تطوير نسخة منقحة من هذا الاستبيان في عام 2002 للرد على بعض الانتقادات الموجهة للاسـتبيان في الواقع، تمت إضـافة عناصـر لإنشـاء ثلاثة مقاييس فرعية جديدة: الجدول الزمني الدوري، والتصـورات العاطفية للمرض وكذلك

مستوى فهم تماسك) المرض ومقياس السيطرة / العلاج تم تقسيمها إلى مقياسين فرعيين، وهما: السيطرة الشخصية والسيطرة على العلاج (موسى حميداني، 2023، صفحة 46) في الآونة الأخيرة في عام 2006، اقترح برودبنت Broadbent وزملاؤه نسخة قصيرة من IPQ تتألف من تسعة عناصر من أجل تحسين إمكانية الوصول وسرعة الإنجاز. تم استخدام جميع الإصدارات الثلاثة من IPQ في مجموعة متنوعة من النصوص الطبية، على سبيل المثال تم استخدام استبيان إدراك المرض المعدل (IPQ-R) في أكثر من 57 دراسة من قبل مؤلفين مختلفين في سياقات مرضية مختلفة(Hagger, 2003)كما دعم التحليل البعدي بواسطة Scollan-Koliopoulos (2003) استخدامه في كل من السياقات السريرية والبحثية.

اقترح جورج George وزملاؤه سنة (2003)، فإن البحث النوعي هو منهجية مفضلة لفهم معتقدات واتجاهات صحة المرضى بشكل أفضل. يؤكد فيرمير Vermeire وزملاؤه سنة (2001) أنه خلال ثلاثة عقود من البحث الكمي في مجال الالتزام بالعلاج، لا يزال مستوى معرفتنا بهذا الموضوع منخفضا، ويحدد هذا الأخير أيضا أن الدراسات النوعية من ناحية أخرى، جعلت من الممكن تحديد الجوانب المهمة لمعتقدات المرضى الصحية. اقتراحDeGeestسنة 2005 بأنه يأتي في المرتبة الثانية في التأكيد على أنه سيكون من الضروري استخدام الأساليب النوعية لإلقاء الضوء على الديناميات المعقدة لعدم الالتزام الميزة الرئيسية للمنهجية النوعية كما أشار Coutu وزملاؤه سنة (2008) هي السماح لمواد جديدة ومعلومات جديدة بالظهور من المحتوى النوعي وبالتالي تعزيز اكتشاف نتائج جديدة في سياق حيث يكون الهدف هو الوصول إلى فهم أفضل لتمثيل المرض وفي هدف ثانوي، لإنشاء روابط وصفية مع الالتزام بالعلاج، فإن المنهجية النوعية مناسبة تماما في الواقع، توفر الدراسات النوعية الوصول إلى العالم العاطفي والتجريبي في سياق التعايش مع المرض(موسى حميداني، 2023، صفحة 47)وتجدر الإشارة إلى أنه في عام 1999 اقترحSteedوزملاؤه أهمية مراعاة السياق الشخصي والمعنى الخاص للردود على عناصر

استبيان ادراك المرض(IPQ) ، لاحظ Weinman وزملاؤه (1996) أيضًا أن المشاركين الذين خضـــعوا لأول مرة المقابلة نوعية قبل اســـتخدام IPQ اســـتجابوا بســـهولة أكبر للاستبيان.

لذلك يقترح هؤلاء المؤلفون إضـافة مقاييس نوعية لتحسـين اسـتخدام .IPQ. يتفق مؤلفون آخرون أيضـــا مع هذا عن طريق إضـــافة مقابلة مفتوحة لتســـليم هذه الأداة على ســـبيل المثال(Scharloo، 1998)لذلك يبدو أنه من المهم تحســـين طرق تقييم تمثيل المرض بحيث تعكس بشكل أفضل الفروق الفردية وتأثير السياق والجانب الديناميكي لهذا المفهوم.

5_علاقة ادراك المرض بالالتزام بالعلاج :

حاول ليفينثال وزملاؤه (1992) شرح عدم الالتزام في إطار نموذج التنظيم الذاتي بالنسبة لهؤلاء الباحثين فقد يمثل عدم الالتزام تناقضـا في مفهوم الفرد للمرض. على سبيل المثال، إذا تناول المريض دواء بهدف إخفاء الأعراض، وعلى العكس من ذلك، وجد نفســه يعاني من أعراض جديدة آثار جانبية، فمن الممكن أن يتوقف عن تنـاول دوائـه أو قد يجد المريض صـعوبة في فهم سـبب وصـفه الأدوية ارتفاع ضـغط الدم على الرغم من شـعوره بتحسن كبير.

يمكن أن ينتج عدم الالتزام أيضـــا عن عدم الاتســـاق بين تمثيل مرض المريض وتمثيل الطبيب المعالج، أن نموذج التنظيم الذاتي قادر على شـــرح ســـلوكيات عدم الالتزام عند المرضـــى، تحقيقا لهذه الغاية نظرت العديد من الدراســـات الى طبيعة الروابط بين ادراك المرض والالتزام بالعلاج .هناك ديناميكية واضـــحة بين تمثيل المرض ومســـتوى الالتزام بالعلاج لمختلف جوانبه، وقد تم إجراء العديد من الدراســـات حول العديد من الأمراض المزمنـة وتـأكيـد هـذه الروابط بين ادراك المرض والالتزام بـالعلاج من أهمهـا التهـاب المفاصل(موسى حميداني، 2023، صفحة 50)مرض السكري، أمراض الرئة ،الامراض الكلى، ارتفـاع ضـــغط الـدم، والتهـاب القولون التقرحي، وفيروس نقص المنـاعـة البشرية.(JANELLE, 2010)

تشـير نتائج الدراسـة التي أجراها QCarroll وزملاؤه (2006) على متلقي زراعة الكبد أيضاإلى أن المعتقدات حول صحتهم وعلاجهم بالإضافة إلى تصورهم لتجربة الزرع كانت من العوامل المهمة الامتثال للأدوية. باختصـار، إن إدراك المريض لمرضـه يؤثر على سـلوكياتهالصـحية وبالتالي على مسـتوى التزامه سـعت غالبية هذه الدراسـات إلى تحديد العوامـل المختلفـة المسـؤولـة عن عـدم الالتزام (مثـل الجنس، والحـالـة الاجتمـاعيـة والاقتصـادية، ومـا إلى ذلـك) بـدلاً من تعميق فهم دور تمثيـل المرض في عـدم الالتزام.(موسى حميداني، 2023)

إن تصورات المرض ومعتقداته ديناميكية بطبيعتها : تتشكل التصورات من خلال التجارب وتقييم جهود التـأقلم، وهـذه التقييمـات بـدورهـا تؤثر على الإجراءات اللاحقـة في عمليـة تكرارية مستمرة. لذلك من المهم التحقيق في كيفية تغير التصـورات بمرور الوقت من أجل اكتسـاب رؤى حول هذه العمليات الديناميكية وكيف يمكن للتغييرات أن تؤثر على سـلوك الالتزام.(Emma K. Massey, 2013, p. 233)

6_ادراك المرض لدى مرضى السكري :

عندما تشـخص الإصـابة بمرض السـكري للمرة الأولى عند شـخص ما، فإنه بالطبع سـتتجمع لديه أسـئلة كثيرة ويتملكه شـعور بالغموض نحو هذا المرض، وينبغي أن يكون الأخصـائيأول من يقدم المسـاعدة فيشـعره أنه ليس الوحيد الذي أصـابه ذلك ولكن يوجد ملايين من الناس يعانون من مثل هذا الداء ومعظم هؤلاء الناس يعيشـون حياة طبيعية وعادية. ولكن الشـيء الممتاز أنك سـتبدأ بتقديم المعرفة الممنهجة المتدرجة عن داء السكري.

يجب أن يدرك المريض المصاب بداء السكري أنه مرض مزمن يتطلب من المصاب به أن يعيش نظام حياة معينة يدير تنظيمها بنفسـه، لأن نظام الطعام ونوعه يؤثران على مريض السـكري وكذلك الفعالية الفيزيائية، والشـدات العاطفية والنفسـية والصـحية، و كلها عوامل يمكن لها أن تؤثر على ضـبط الداء السـكري، فيجب على المريض أن يتعلم كيف يوازن بين هـذه العوامـل جميعهـا بمهـارة، وليس فقط كيف يتعـامـل مع المخـاطر الحـادة

الناجمة عن ارتفاع سكر الدم، ويجب أن يعمل بعدة نصائح خلال نظام حياته العادية لتفادي حدوث المضاعفات المزمنة للداء السكري.

هناك عدة وسائل لجعل المرضى يفهمون ويحفظون أكبر كمية من المعلومات الواجب تعلمها كونه مريضاً بالسكري، كما أن بعض المستشفيات والعديد من مراكز الصحية المتابعة لمريض السكري قد أصدرت مطبوعات إرشادية حول طرق عناية مريض السكري بنفسه، وهذه النشرات تستند غالباً على التوجيهات والإرشادات الصادرة عن الجمعية الأمريكية للداء السكري .وهناك طريقة شائعة لتأسيس ثقافة جيدة لمريض السكري حول مرضه تعتمد على تقسيم المعلومات الواجب تقديمها للمريض وفق مرحلتين :

1_معلومات ومهارات أساسية أو بدئية (أو مهارات للحفاظ على الحياة).

2 _تثقيف مستمر أو عميق(متقدم لتحقيق الضبط الأمثل والمستمر للحالة السكرية).

يجب تقديم هذه المعلومات للمريض الذي شخص له حديثاً داء سكري نمط ا أو أي مريض سكري نمط 11 احتاج للإنسولين في سياق علاجه. تقديم وهذه المعلومات الأساسية المشار إليها(بالحفاظ على الحياة)تعني حرفياً: المعلومات التي يجب على المريض معرفتها ليجنب نفسه الخطورة المهددة لحياته مثل الارتفاع الشديد لسكر دمه لعوز الأنسولين وحوادث نقص سكر الدم. وتتضمن مجموعة هذه المعلومات ما يلي:

- **الآليات الإمراضية بشكل مبسط:**

التعريف الأساسي للداء السكري ومعنى ارتفاع سكر الدم.

معدلات سكر الدم الطبيعية.

دور الأنسولين والتمارين البدنية في إنقاص سكر الدم.

تأثير الطعام والشدة بكل أنواعها بما في ذلك حالات المرض والأخماج في رفع سكر الدم.

- **أشكال العلاج:**

طرق إعطاء الأنسولين أو الحبوب الفموية.

معلومات أساسية عن الحمية (قوائم الأغذية ومواعيد الوجبات).

مراقبة سكر الدم والأجسام الخلونية في البول.

- **معرفة الاختلاطات الحادة ومعالجتها والوقاية منها:**

نقص سكر الدم.

فرط سكر الدم .

الحماض الخلوني السكري 4.

- **معلومات إضافية :**

من أين يتم الحصول على الأنسولين للعلاج وكيفية حفظه والتعامل مع المحاقن ومهارات الحقن وكيفية قياس سكر الدم.

متى يجب على المريض الاتصال بالطبيب وكيفية ذلك.

_قبل البدء بتعليم مريض السكري يجب التأكد من جاهزيته هو وعائلته لتقبل هذه المعلومات، فعندما يتم تشخيص داء سكري لدى مريض أو لدى إعلام مريض سكري أنه أصبح بحاجة للإنسولين، فإنه يمر بعدة مراحل من الحزن والذهول وعدم تقبل فكرة أنه مصاب بالسكري فهو يشعر بالصدمة ثم إنكار المرض لفترة معينة ثم الاكتئاب ثم مرحلة من العصبية والغضب والتمرد وأخيراً القبول بالأمر الواقع، هذا الوقت الذي يأخذه المريض وعائلته للمرور بهذه المراحل يختلف كثيراً من مريض لآخر، وعادة تراود المرضى مشاعر العجز والإثم وفقدان احترام الذات والقلق تجاه المستقبل، ويجب على الاخصائي النفسي في هذه المرحلة أن يعزز ثقة المريض بنفسه وأن يؤكد له ولأسرته أن ما يشعر به من اكتئاب أو أي مشاعر هو أمر طبيعي وعليها أن تعلمه أسلوب مجابهة المرض. وإن سؤال المريض وأسرته عن أهم الأمور التي تثير قلقهم أو مخاوفهم هي طريقة جيدة لإزالة أي أفكار أو معتقدات خاطئة حول المرض والتي يمكن أن تكون سبباً لهذه المخاوف

وتعتبر هذه الخطوة الأساسية لبدء المقاربة مع المريض السكرييجب البدء باكراً ما أمكن بتعليمهم طريق الحفاظ على الحياة وهذا يعطي المريض حظاً أوفر لأن يكون تحت المراقبة الكاملة من الأخصائيقبل خروجه من المستشفى وتحمله مسؤولياته بنفسه. من الضروري أخصائيين العناية الصحية المنزلية متابعة للمريض في المنزل لتأكيد المعلومات الخاصة بالحفاظ على الحياة ومتابعة تعليمه المهارات الخاصة بالعناية الذاتية في منزله وفي أجواء حياته اليومية .

(الدليل التثقيفي في السكري في الرعاية الاولية والمضاعفات الحادة لمراكز وعيادات السكري)

خلاصة :

تناولنا في هذا الفصل ادراك المرض، حيث تم التطرق الى مختلف التعاريف النظرية مع عرض أهم مكوناته المعرفية والانفعالية ،كما تم التوسع في مفهوم تصورات المرض لدى الافراد وطرق قياس ادراك المرض بالاضافة الى ادراك المرض وعلاقته بالالتزام بالعلاج ،حيث أظهرت الدراسات أن طبيعة تصورات المرض حول مرضه تؤثر بشكل مباشر على سلوكياته العلاجية. وفي الاخير تم تسليط الضور على ادراك المرض لدى مريض السكري باعتباره من الامراض المزمنة التي تتطلب وعيا ادراكيا عميقا لضمان الالتزام بالخطة العلاجية وتحقيق التوازن الصحي .

الفصل الثالث : الالتزام بالعلاج

1_ تعريف الالتزام بالعلاج

2_ العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج

3_ النظريات المفسرة للالتزام بالعلاج

4_ قياس الالتزام بالعلاج

5_ أهمية الالتزام بالعلاج

6_ الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري

تمهيد:

يُعدّ الالتزام بالعلاج من المفاهيم الأساسية في علم النفس الصحي، لاسيما عند التعامل مع الأمراض المزمنة كداء السكري، إذ يُمثل سلوكًا صحّيًا يعكس مدى استجابة المريض لتوصيات الفريق الطبي، سواء من حيث الانتظام في تناول الأدوية، أو الالتزام بالنظام الغذائي وممارسة الرياضة، أو الحضور المنتظم للمواعيد الطبية. ويكتسي هذا المفهوم أهمية بالغة نظراً لما له من أثر مباشر في التحكم في المرض وتفادي مضاعفاته. ومع تزايد الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بالأمراض المزمنة، أصبح الالتزام بالعلاج موضوعًا متعدد الأبعاد، يتأثر بعوامل معرفية، نفسية، اجتماعية، واقتصادية، مما يتطلب مقاربة شمولية لفهم هذا السلوك الصحي. من هذا المنطلق، يتناول هذا الفصل مختلف الجوانب النظرية المتعلقة بمفهوم الالتزام بالعلاج، العوامل المؤثرة فيه، أهم النظريات المفسرة له، إضافة إلى طرق قياسه وأهميته في إدارة مرض السكري.

1_ تعريف الالتزام بالعلاج :

عندما نتكلم عن الالتزام الصحي(الالتزام بالعلاج) يتبادر للذهن في المقام الأول الالتزام بتناول الدواء لكن في الواقع ، يجب أن ندرك أنّ كل توجيهات الطبيب يجب إتباعها، وليس فقط الأدوية مثل الجرعة اليومية، ومدة العلاج المنصوص عليها، ولكن أيضا توصيات أخرى مثل تلك التي تتعلق بإتباع الحمية، وممارسة النشاط البدني اليومي

للسيطرة على الوزن أو نسبة السكر في الدم، وأداء اختبارات إضافية قبل الزيارة القادمة، أو مجرد الحفاظ على مواعيد الزيارات الطبية بانتظام. (Reach, 2006)

وبالتالي اختلفت وتنوعت التعريفات حسب الاستعمال، وسنستعرض بعض ما ورد منها في التراث العلمي كما يلي:

❖ يعرف هاينس (Haynes) الالتزام بالعلاج ب": مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية، والطبية من حيث تناول الأدوية و اتباع الحمية أو تغييرات أخرى تخص نمط الحياة . (Curtis، 2001)

❖ كما يعرف الالتزام بالعلاج بأنه ": سلوك الشخص بأخذ الدواء بالانضباط والانتظام الأمثل وفقا للشروط، والشروح التي يحددها الطبيب من إتباع دقيق لكيفية أخذ الدواء فيما يتعلق بالجرعات، الشكل، طريقة التعاطي، نوعية الجرعة لكل يوم،احترام الفترات الفاصلة بين الجرعات والوجبات الغذائية، المشروبات، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدواء. (Gauchet, 2008)

❖ أما المنظمة العالمية للصحة فقد تبنت التعريف التالي" :درجة التوافق بين سلوك الفرد في أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم، أو القيام بتعديلات سلوكية

والتعليمات، والإرشادات الصحية من قبل محترفي الصحة . (WHO, 2003)

❖ يعرف الالتزام بالعلاج على أنه" مدى تطابق سلوك المريض مع التوصيات المتفق عليها من الفريق المعالج"، فقد تم تبني مصطلح الالتزام للتأكيد على أن للمرضى الحرية في اختيار ما إذا كانوا سيسرون من خلال التوصيات أم لا .بالإضافة إلى ذلك، فإن الفشل في إتباع نظام العلاج الموصوف يجب ألا يوفر سببًا لإلقاء اللوم على المريض . (Horne, 2005, p. 12)

❖ يرى **portick** أن الالتزام بالعلاج هو ذلك السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله لدوائه بدقة، فالالتزام الأمثل يحدد حسب الشروط المضبوطة والمفسرة من قبل الطبيب، أي الالتزام

الدقيق بنماذج تناول الدواء من حيث الجرعات، طرق الاســـتخدام، كمية الدواء،احترام المدى بين الجرعات، شروط التغذية والشرب . (رشيد، 2012، صفحة 46)

❖ ويشـير **Le gal et al (2003)** الى أن الالتزام بالعلاج يرتبط كذلك بالعلاج، التوصـيات (نشـاط بدني، حمية) .... احترام مواعيد المعاينة، كما أن سـوء الالتزام لا يرتبط بعدم تناول الدواء فقط، إذ يمكن أن يتخذ شـكل تناول غير مبرر، أو خطا في الجرعة والمقادير، عدم احترام التناول الدوائي الموصوف من قبل المعالج. (ديهية، 2014، صفحة 41)

❖ تعرفه منظمة الصـــحة العالمية على أنه: "درجة التوافق بين ســلوك الفرد في(أخذ الدواء، إتباع الحمية الغذائية، تبني نمط الحياة الملائم أو القيام بالتعديلات الســـلوكية وإتباع التعليمات والإرشادات الطبية). (OMS, 2003, p. 3)

❖ أما الالتزام بالعلاج لمرضـى السكري فيعرفه معهد الطب الأمريكي على أنه المهام التي يتعهد المريض بالقيامبها للعيش مع الشـروط المزمنة ، هذه المهام تتضـمن امتلاك الثقة للتعامل مع الحالات الطبية، الســـلوك، وإدارة العاطفة المتعلقةبهذه الحالات، وهذه السـلوكيات الصـحية مؤسـسـة لتحقيق السـيطرة القصـوى على الجلوكوز في الدم لتفادي تعقيدات مرض الســـكري من خلال المعرفة، والوعي بتعليم تقنيات ســـلوكية فعالة لإدارة مرض السكري.

تأسيسا على التعاريف السابق ذكرها يمكن استخلاص تعريف يتوافق مع الدراسة الحالية الى الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري هي إتباع المرضى لكل ما هو متعلق بمتطلبات العلاج، سواء كـــــــان أدوية، حمية غذائية ، رياضة، وغيرها من التوصيات والإرشادات الصحية المقدمة من طرف الفريق العلاجي للمرضى . (بوعافية نبيلة)

2_العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة (2003) WHO العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي فيما يلي : عوامل متعلقة بالمريض والمرض،عوامل متعلقة بالسيرورة العلاجية ،العوامل الاجتماعية والاقتصادية،العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطبيب والمريض .

❖ **العوامل المتعلقة بالمريض**:يعتبر المريض الحجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيرورة جيدة للعملية العلاجية ، و تجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصة في الأمراض المزمنة ويبقى المريض يعيش تجربة المرض ويتصورها بأسلوبه الخاص، إذ يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها، تخضع خلالها تمثلات المريض ونشاطاته ورغباته للتوتر، و تعاد ملائمتها من قبل المريض نفسه تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوارا اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة ذلك لأن سيرورة المرض اتجاه هذا الواقع الجديد قبل بدء العلاج، لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب وإنما معتقدات المريض وانفعالاته وكذلك سوابقه ، ومن أهم المشاكل المطروحة والمؤثرة في الالتزام بالعلاج لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبل المريض، مما يعني رفض العلاج وتناول الأدوية، إذ أن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال في سير النشاطات اليومية للمرضى ، مثلا مرضى السكري يحتاجون إلى ضبط حميتهم، ومراقبة نظام غذائهم والمرضى الذين يدركون خبرة المرض المزمن كخبرة ضاغطة ومؤلمة في معاشهم النفسي يظهرون صعوبات تكيفية، واضطرابات سيكولوجية، و هذا ما يؤدي إلى فشلهم في إتباع علاجهم وحميتهم، أي أنهملا يمتثلون للتعليمات الطبية، ولعل هذا يعود إلى تبني ميكانيزم الإنكار، حيث ينكرون وجود المرض رغم أن أعراضه واضحة، ونتيجة لذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضهم، ويظهر هؤلاء المرضى سلوكات مرضية تزيد من شدة المرض، حيث يهمل المرضى ذواتهم، و لا ينتظمون في أغذيتهم وأحيانا يتناسون حتى الحصص العلاجية كما أنهم يفشلون في تطبيق السلوك الصحي الذي يسمح إذا ما تم إتباعه بتخطي المرض، أو على الأقل تجنب مضاعفات ، حيث أن يمكن التعرض إلى بعض العوامل المتعلقة

بالمريض فيما يخص التزامه الصحي رغم أن الدراســـات التي تناولت هذا الموضوع قـــد جاءت غير متوافقة تماما، فمثـلا فيمـا يخص السن فقد بينت دراسـة جيبسون (Gibson) أن الالتزام بالعلاج ينخفض مع التقدم في الســن، وعلى العكس يكون مرتفعا لدى الأطفال و صغار السن(Fincham, 2007) ،لكن في مثل هذه الدراسات يمكـن أن ترجـع أسباب الالتزام بالعلاج لدى الأطفال الصــغار إلى حرص الأولياء والدعم الاجتماعي المقدم لهم، وعلـــــى العكس نجد أن المسنين قد يعانون من أمراض عضوية أخرى، أو من النسيان، أوعدم وجـود المتكفلين بهم. على عكس الأطفال الصغار ،كما أكدت بعض الدراسات على الدور الإيجابي للدعم الاجتماعي فـــــي زيادة الالتزام بالعلاج لدى المرضى. فقــد و جد سبيكور (Specor) فـــــــي دراسة أجراها سنة 1985م أن الأطفال المصابين بالربو يزيد التزامهم الصحي في حال حصولهم على الدعم الاجتمـاعي فالأشخاص الذين لديهـم دعم اجتمـــــاعي يمتثلون أكثر للتوصــيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم (بشير، 2007)، يمكن القول أن المريض يلعب دورا محوريا في تحديد مستوى الالتـــــزام بالبرنامج العلاجـــــي بما في ذلك من تناول للأدويـــــة، وإتباع الحمية الغذائية، وممارسة الرياضة والامتثال للإرشادات الطبية، هذا من خــلال معتقدات المريض وانفعالاته وطريقة تقبله وإدراكه لمرضـه، و هو مـــــا يقودنا إلى عوامل أخرى تتعلق بطبيعة المرض في حد ذاتـه و هو ما سنوضحه في العنصر القادم. (بوعافية نبيلة)

- **العوامل المتعلقة بالمرض:** تؤثر طبيعة المرض على الالتزام بالعلاج لدى المرضى بطرق مختلفة، فقد يزيد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حســـب طبيعة المرض ودرجة خطورته التي يتصــورها المريض، و كيف يعيشــها، فمن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض:
  - إزمان المرض .
  - عدم وجود أعراض واضحة.
  - أعراض ثابتة يمكن الاعتماد عليها.

- عدم وجود خطورة للمرض كما يحسها المريض بشكل ذاتي.

إذ أن تشخيص الإصابة بالمرض، و ما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الداخلية والخارجية للفرد فحسب، فهذا التغير بحكم المرض، وما يفرضه من اختلال على الوظائف البيولوجية ، وما ينجر عنها من آثار نفسية لا يكون تغييرا إراديا من قبل المريض ، وحسب الباحثة شنايدر (2005) Schneiderفإن أسباب عدم الالتزام الصحي بسبب المرض يكون نتيجة:

- عدم ظهور الأعراض أو استمرارها.
- تحسن الحالة الصحية للمريض (دون شفائه التام).

كما يتأثر الالتزام بالعلاج بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة الأخرى ، فتصبح مسألة الالتزام بالعلاج تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاءه ويحول دون تحسن حالته الصحية ، وهنا يطرح في هذا السياق مسألة الخضوع المطول للعلاج، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب، بل تتعداها إلى تغييرات 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 وأثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه (تايلور، 2008)، ولاشك في أن طبيعة المرض وكيفية إدراكه من قبل المريض ومن المجتمع الذي يعيش فيه تؤثر في مدى التزام المريض بالخطة العلاجية الموضوعة، فلكل مرض علاجه الخاص ومدته، وأثاره الجانبية، وهو ما يقودنا حتما إلى الحديث عن العوامل المتعلقة بالعلاج والتي تؤثر على الالتزام بالعلاج للمريض في العنصر التالي. (بوعافية نبيلة)

❖ **العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية (أو بالعلاج):** لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف، وهذا من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة ، لذلك تختلف استجابة المريض

تبعا لمدة العلاج،وتعقيداته، وفعاليته،والأعراض الجانبيـــــــة الناتجة عنه. (Fischer, 2002, p. 237) وتتحكم مجموعـــة مـــن العوامل فـــي سير العملية العلاجية، ومدى تقبل المريض لها ومدى امتثاله، ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

- المعرفة المرتبطة بالعلاج: إن المعرفة المرتبطة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، أو وجود تفاعلات بين العلاج والأغذية أو الأدويةالأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمســـتوى جيد من الالتزام العلاجيوتحدد بدورها المســـتوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصـحية. (Bauer .C, Observance thérapeutique chez les personnes âgées , Synthèse, 2001, p. 16)
- تعقيدات النظام العلاجي: تؤكد معظم الدراســـات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الالتـــزام الصحي سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراســـات أن عدم الالتزام يعادل 15% عندما يقتصـــر العلاج على دواء واحد، و25 % عندما يفوق خمســـة أدوية. (Blic, 2007, p. 422)ويؤكد معظم البـــــاحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية و كثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مســـتوى الالتزام الصحي لـــدى المرضى وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الالتزام والامتثال للعـــــلاج صـــعبا لكون مدة العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة بالنســـبة للبعض .**_الاستشفاء :** عـــادة مـــا يصل المرضى إلى المستشفى في حالة قلق حول مـــا يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات ، حيث يخضع المريض لفحوصات تبدو غريبة له وغالبا ما يشعر هذاالمريض بأنه محجوز في غرفته، وعليه التكيف مع الوضع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب مما كان تصوره وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عـــادة أعراض، لا سيما القلق والكآبة كمـــا أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحـــــة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق والكوابيس انعدام التركيز بصفة

عامة (تايلور، 2008) وبالرغم من التزامهـــم الصحي ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية، والحمية الغذائية إذ يؤكد يدبارغ(Heedeberg) ، أن % 39فقط من المرضى يحافظون علـــى استقرار الحميـــة العلاجية لثلاثة أشهر بعد فترة الاستشفاء، ويضيف كريس(Kruse) فـــي دراسة علـى 300 مريض مكثوا بالمستشفى، أن 51 % منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و48 % التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من خروجهم من المستشفى، في حين قدرت نسبة التغييرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهمب 30 ب% عند انتهاء نفس الفترة، وترتفع نسبة الالتزام خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية. (Bauer .C, Observance thérapeutique chez les personnes âgées , Synthèse, 2001, p. 16)

- **تحسن الأعراض:** في هذا الصدد يرى بايدا وآخرون(al et Bayada) أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض، وعدم ملاحظته للأثر العلاجـــي المرجو من العلاج يعد العامـل الأول للانقطاع عنه، ويـؤكد كوليس وآخرون(colis, 2008) فـي الدراســـة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي يخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسن الأعراض بـالرغم من تلقي العلاج عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض العلاج، ونقص التزامه ، ومن جهة أخرى فإن تحسن الأعراض وزوالها يدفـع المرضى إلى توقيف العلاج وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب، وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج
- **الآثار الجانبية للعلاج:** كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصـدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطـول فترة العـلاج، ممـا يدفع بالكثير من المرضـــى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله وهذه المشـكلة مطروحة بصـورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة ، فـي دراسة قامبهاتوراتوتيرجيس (Turgis et Tourette)سنة 2000

عن الآثـار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثـار الجانبية للعلاج شكلت عامـلا هـامـا لانقطـاع مرضـــى الســـيـدا عن علاجهم ،كمـا أثبتـت دراســـة قـامبهـا ليفنتال(Leventhal)عام 1986 لدى عينة من مريضـــات ســـرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ ، وممـــا سبق تتضح أهمية العوامـــل المتعلقة بـــالمرض فـــي تحديد مدى التزام الصحي للمرضى، فمعرفة المريض بطبيعة علاج مرضه، من حيث الأهداف، وخطورة الانقطـــــــاع مدة البقاء بالمستشفى، والآثار الجانبية غير المرغوبة كلها عوامـــــــل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند دراسة موضوع التزام الصحي للمرضى (بوعافية نبيلة)

- **العوامل الاجتماعيةوالاقتصـادية:** إن الوضــع الاجتماعي، والاقتصــادي، وكذلك المستوى التعليمي، والدخل كلها عوامل تؤثر على الالتزام الصحي، فـالوضع الاجتماعـي للفرد إما أن يكون مسـاهما بإيجابية في التزامه الصـحي وتقبله للعلاج خاصـة عند توفر المـساندة الاجتماعية مـن طرف العائلـة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحـالة المريض الصـحية و تشـجيعه و المحافظة على جو الاسـتقرار العائلي (Gauchet, 2008, p. 36_42)ولا تتوقف المســـاندة على دعم العائلة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسـات الحديثة حول المسـاندة الاجتماعية ،أمـــا الجانب الاقتصـــادي فان انخفاضـــه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم امتلاك التأمين الصحي يجعل مستوى الالتزام الصحي ينخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضـــى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية، و الاقتصادية لديهم مـــن المرجح أن يواجهوا تحدياأكبر في تحقيق الالتزام الصحي الجيد، علـى عكـس ذوي الدخل المرتـع والوضع الاجتماعـي والاقتصادي المرتفع.(Gauchet, 2008)

- **العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض:**يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التـــي تربطه بالطبيب، إلا أن هناك بعض التحفظات التـــــي يحملها المريض بخصوص هذه

العلاقة، حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصـــحية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدام مصطلحات علميـة معقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب علـــى المريض كإنسان له شخصيته المميزة .لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي وجودته لا ترتكز فـــي كثيـــر من الأحيان على مقومات موضوعية، وعلمية، حتـى لـو كـان هنـاك تقصيـر فعلـــي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتـــي تلك الأحكـام في الغالب نتيجة عدم درايـة المريض بالأمـور الطبيـة، ومعاييـر الكفـاءة 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 أسـباب عدم الالتزام الصـحي لدى المرضى، ورفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد أنه 23 % من الاستشـــارات لا يستطيع المريض الانتهاء من طرح أعراضه، وبث شكواه للطبيب حتى يتدخـــل الطبيب ليقاطع المريض قبلنهاية كلامـه، وفي 69 من % الحالات بوجه عام 12ثانية من كلام المريض يقاطعه الطبيب. (تايلور، 2008)

وفي تقرير المنظمة العالمية للصحة (WHO(2003 أشـــار إلى نوعية العلاقـــة بين المريض والطبيب المعالج، و التـــي من شأنها أن تعزز عمليـة الامتثـال للعلاج عنـد المريض وأنه يجب أن ينظر للمريض علـــى أســـاس أنـــه طرف فعـــال في العملية العلاجيةوأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض، حـــول اختيـار الحميـة الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، وحول اختيـــار الوسائل العلاجية البديلة ، إذن فالعلاقة طبيب /مريض قد تسـاهم بشـكل فعال وترفع من مسـتوى الالتزام الصـحي خاصـة لدى المرضـى المصـابين بأمراض مزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغـــاء التفاوض، وإشراك المريض في الخطة العـــلاجية، وشرح المرض أعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه، ومضاعفاته مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول، وهو ما يرفع من درجة

الالتزام الصحي لديـــه وهوما يقود فــي نهاية المطــاف إلــى تجنب النتائج السلبية لعدم الالتـزام على الصعيد الاقتصادي والطبي (بوعافية نبيلة، صفحة 8)

3_ النظريات المفسرة للالتزام بالعلاج:

يعتمد الباحثون و الممارســون و الدارســون في مجال علم النفس الصــحة في فهمهم و تفســيرهم لمظاهر الســلوكيات المجنبة للمرض على بعض الآراء و الأفكار و النماذج و النظريات العلمية التي يزخر بها التراث العلمي الســيكولوجي و الطبي، و في هذا الميدان شهدت العقود الأخيرة منها إقدام مجموعة من العلماء و الباحثين من مختلف التخصصات العلمية الصحية على صياغة نماذج و نظريات علمية لغرض تحديد الأسباب و المتغيرات التي تدفع بالفرد إلى ممارسـة بعض الأنماط السـلوكية الصـحية دون الأخرى، و فيما يلي يمكن عرض لبعض من هذه النماذج و النظريات (موسى حميداني، 2023):

❖ **نظرية المعتقدات الصحية** : يعتبر نموذج المعتقدات الصـحية من النماذج النظرية الأكثر شـيوعا في الأوسـاط الصـحية خاصـة مجال الصـحة العامة، حيث يعتمد عليه إلى حد كبير في تفســير بعض الممارســات الصــحية الوقائية (يخلف، 2001) قد بدأ هذا النموذج في الظهور عام 1950 على أيدي مجموعة من المتخصــصــين في علم النفس الاجتماعي في مجال الصــحة العامة بالولايات المتحدة ، محاولين بذلك شــرح القصــور المنتشر لدى الافراد للمشاركة في برامج اكتشاف المرض الصامت و الوقاية منه، ثم طبق هذا النموذج مؤخرا ليشـمل اسـتجابات الأفراد للأعراض المرضـية، و التزامهم بالوصـفات الطبية فيما يخص الحمية (Brown, 1987) و قد تبلور هذا النموذج بشكل كامل على يد روزنستوك Rosenstock عام 1966 بهدف شرح سلوكيات الوقاية الصحية من قبيل الفحوصـــات الدورية و التطعيمات، ثم طوره بعد ذلك بيكر Becker عام ،1974 و تم تطبيقه في مجالات متعددة في علم نفس الصـــحة تشـــمل الإذعان لأوامر الطبية، و سلوكيات دعم الصحة (الدق، 2011، صفحة 105) تسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في ســـلوك الفرد الوقائي، بعبارة أخرى أنها تحاول التنبؤ

بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة، مما سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أو النمائية أكثر دقة و فعالية في التنفيذ ,(M.R, 2007, p. 521)كما يستخدم النموذج أيضا للتنبؤ بسلوك كل من المرضى الحاديين و المزمنين (فرج، 2000، صفحة 571)و بناءا عليه فالعناصر الأساسية للنموذج هي :

- **القابلية المدركة للاصـــابة**SusceptibilityPerceived : بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجوداحتمال بأنه قد يصاب بمرض.(Sylvie, 2001, p. 61)

- **الخطورة المدركة للمرض** :SeverityPerceivedأي تأثير المرض على بعض جوانب حياتهم (Godin, 2003, p. 279)
- **الفوائد المدركة للفعل** : BenefitPerceivedأي الاعتقاد بأن العلاج له تأثير ايجابي(Phillipe, 2004, p. 4)
- **المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل** :Costs/BarriersPerceivedبمعنى ما الأشياء التيتحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟، أي إذا كان الفرد يسعى للتوافق أو عدم التوافق مع سلوك ما، فما التكاليف المحتملة ؟ (شويخ، 2012، صفحة 62)

و أخذا في الاعتبار العوامل الايجابية أو الســـلبية فيما يخص القيام بإجراءات وقائية، يلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل خفض مخاطر تعرضـــهم لمشكلات صحية ترجح العوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء، وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية، و لكنها قد تتضمن أيضا انشغالات أخرى أقل وضوحا مثل الوقت المنفق، و بالتالي فإن الأشـخاصـالأكثرميلا لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك الذين يشعرون أنهم مهددون بمرض ما ، و يشعرون أن مزايا المراجعة الطبية أرجح من التكلفة (فرج، 2000، صفحة 571)

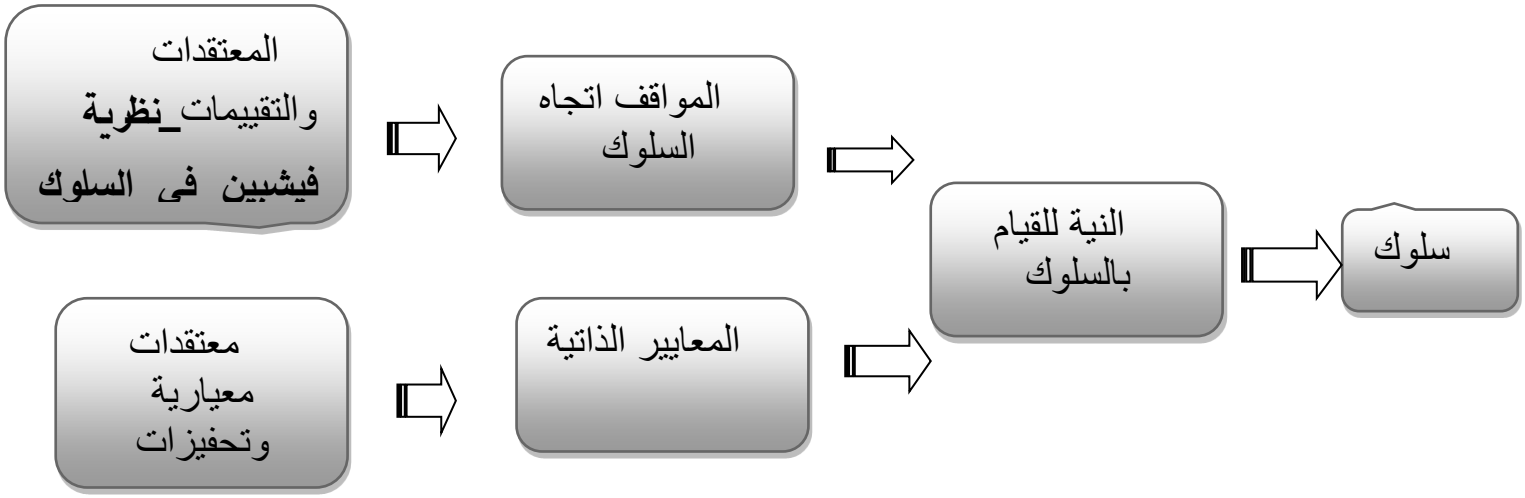
- **الدافعية الصحية:Motivation Health** و هي تفسر واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجةتقدير مستوى الصحة التي يتمنوها، و كذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة .الهاديات للتصرف :action to Cues و هي الحدث الذي

يؤدي إلى الســـلوك، و قد تكون هذهالهاديات داخلية (مثل الاعراض المدركة)، كما قد تكون خارجية (مثل حملات التوعية الصحية أو الإصابة بمرض أو وفاة صديق عزيز)

❖ **المتغيرات الديموغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية:** و يمكن أن تشمل الجنس أو الســـن أو العرق (الهوية الثقافية)، التعليم و الدخل(Taylor, 2006, p. 34) ويرى الباحثون أن هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد مدى احتمال انخراطالأفراد في سلوك معين، و القاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة "مدركة"، و هذا يؤكد أن إدراكنا يؤدي دورا محوريا في هذه العملية، و بالتالي لا يعتمد ســـلوكنا على أســـاس موضوعي، و لكن على أساس إدراكي (احمد، 2012، صفحة 62)

❖ **_نظرية فيشبين في السلوك المبرر "action reasoned of Theory"** :هو نموذج انبثق من علم النفس الاجتماعي،و طور من طرف مارتين فيشبين و أيسك أجزين ســـنة ، 1975و هو يحدد العلاقة القائمة بين كل من المعتقدات ، المواقف، المعايير، النية، سلوك الأفراد ،(Fishbein, 1975) فالفرضية الأساسية لهذه النظرية أن نية الشخص لتبني سلوك معين يتحدد بمواقفه حيال هذا السلوك و معتقداته الخاصة بعواقب هذا الســلوك أي ما يترتب على هذا الســلوك من نتائج إيجابية أو سلبية و تقييمه لنتائج أفعاله (موقف شـــخصـــي) (N, 1994, p. 380) زد على ذلك إدراكه للمعايير الاجتماعية الواردة في ثقافته أو المتبعة في مجتمعه حول سلوك ما، أي إدراك الشخص للضغط الاجتماعي المفروض عليه ألداء الفعل أو عدم أدائه (61-62 pp ,2001) E,R,Sylvie,و بذلك نجد أن هذا النموذج يعمل على ترشـــيح المحفزات الخارجية التي تؤثر على المواقف، و لذلك فالتدخل هنا يكون بتعديل هيكل المعتقدات للفرد في حالة تبني معتقدات خاطئة. (Werle, p. 10) ،على الرغم من أن نموذج فيشـــبين أســـتخدم للتنبؤ بمجال عريض من الســـلوك إلا أن اســـتخدامه محدود بمجال الســـلوك المتعلق بالصـــحة، وهناك بعض البحوث التي أوضـــحت إمكانية تطبيق النموذج للتنبؤ بقصـــد ممارسة الرياضة، أو ممارسة سلوك معين، و في التغذية من الزجاجة مقابل الرضاعة

الطبيعية و قد عرض (,1986) Madden & Ajzenفي فترة أحدث صـــورة معدلة عن النظرية يشـار إليها باعتبارها نظرية السلوك المخطط (behavior Planned). (فرج، 2000، صفحة 570)



شكل (2): نموذج سلوك المبرر (صليحة، 2015)

فبعد اكتشـاف بعض الثغرات في بنية نظرية السلوك المبرر قام كل من فيشـبين و أجزين (l,Ajzen et M,Fishbein) بإجراء بعض التغييرات في النموذج، حيث أضـــافا عامل التحكم السلوكي المدرك، هذا المفهوم يُعرف على أساس أن اعتقاد الفرد بفكرة معينة يسهل عليه القيام بسـلوك ما، أو يجعله يتخلى عنه، و يهدف هذا العنصـر إلى موازنة الحالات التي يعتقد فيها الأشـخاص بأنهم غير قادرين على التحكم في سـلوكاتهم و عاداتهم ، و بالتالي فإن هذا العامل الإضـــافي في النموذج له تأثير مباشـــر على نية الأفراد، فأولئك الذين يظنون بأنهم لا يملكون فرص أو إمكانيات لتغيير سـلوكهم و تحسـينه غير قادرين على تنمية النية أو قصـــديه سـلوكية قوية، هذا المكون شـبيه بمفهوم باندورا فيما يخص الكفاءة الذاتية، و بالتالي فإن سـلوك الأفراد ليكون فعال يجب أن يكون مقررا و مخططا، هذا الأخير يتأثر بالعوامل التالية :(Zani, 2002, p. 30)

_ **الاتجاهات Attitudes** :و هي المشـاعر الايجابية أو السـلبية المتولدة عن الانخراط في سـلوك محدد، و من الضـروري تذكر أن الاتجاهات هي أيضـا وظيفة للمعتقدات (احمد، 2012، صفحة 66)

-**المعايير الذاتية : Norms Subjective** :و هي ترتبط بمعتقدات الفرد بخصـوص ما يرى آلخرون أن عليه القيام به (المعتقدات المعيارية)، و بدافعتيه للامتثال لهذه المرجعيات (Meyer, 1985, p. 119)

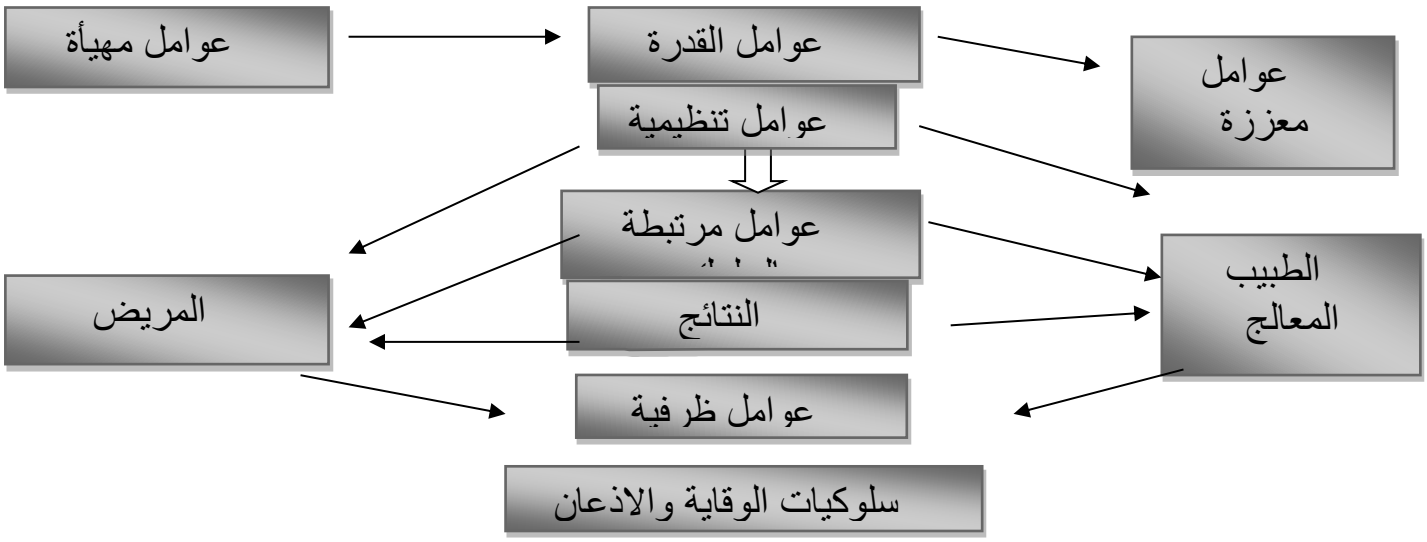
_**الضـبط المدرك للسـلوك :Control Behavioral Perceived** و هو ما يحدث عندما يحتاج الفرد إلى الشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب، و أن السلوك المتبع سـيحقق النتيجة المرجوة (كفاءة الذات)، و لنأخذ مثال بسـيط، فالمدخن الذي يعتقد بأن التدخين يترك نتائج خطيرة على الصـحة و يعتقد بأن الآخرين يرون أن عليه التوقف عن التدخين، و يرى أن لديه الدافع للامتثال لهذه المعتقدات المعيارية، و يعتقد أنه قادر على التوقف عن التدخين، سـيكون أكثر قدرة على التصـميم على ترك التدخين من الشـخص الذي لا يمتلك هذه الاتجاهات و المعتقدات المعيارية (تايلور، 2008، صـفحة 148_147)

_النموذج القيمي للعلاجات الوقائية :إن هذا النموذج اهتم في إطار تطبيقاته الإكلينيكية بدراسة الالتزام بالعلاج مباشرة، و لو أنه أدمج في طياته عدد معتبر من المعايير المنبثقة من الوقاية، و لقد تميز بإبراز أهمية دراسـة الأدوار المتتالية للمريض و الطبيب في القيام بالسـلوكيات الوقائية والالتزام بالعلاج .هذا النموذج أنجز عام 1992 من طرف Mcphee & Walsh منطلقا في ذلك من نموذج المعتقدات الصحية و نموذج برسيد و ألبرت باندورا "الكفاءة الذاتية"، و نموذج فيشبين في السلوك المبرر، و يشير هذا النموذج إلى ثالثة أصناف من العوامل و هي :

1. العوامل المهيأة
2. العوامل المسهلة
3. العوامل المعززة

4. العوامل التنظيمية .
5. العوامل المرتبطة بالسلوكيات الوقائية
6. العوامل الظرفية

و الشـــكل الموالي يبين أهم مكونات النموذج القيمي للعلاجات الوقائية ل Mcphee & Walsh



الشـــكل (3): النموذج القيمي للعلاجات الوقائية ل Walsh & Mcphee (صـــليحة، 2015)

العوامل المهيأة:

العوامل المهيأة الخاصة بالمرضى: و تشتمل على :

- **الخصائص السوسيوديموغرافية:** (الجنس، السن .)...
- **_المعتقدات و المواقف:** المعتقدات الدينية أو الثقافية، الخوافات، الحوافز، المواقف اتجاه الوقاية، مشـــاعر الكفاءة الذاتية و مشـــاعر الضـــبط اتجاه المرض، القيمة المعطاة للمرض .

❖ **العوامل المهيأة الخاصة بالأطباء :** تضم معايير مشابهة للمرضى مثل :

_الجنس أو السن

_ المواقف اتجاه الوقاية

_ إدراك الطبيب لمســـتوى الكفاءة الذاتية للمريض و مســـتوى الحوافز، و معلوماته، و أيضا إدراكه لكفاءته الطبية و لدوره التربوي.

❖ **العوامل المسهلة :**

_العوامل المسهلة الخاصة بالمريض: و تتجلى في :

_مهارته و مقدرته على الالتزام بالعلاج

_ العوامل الفيزيولوجية الخاصة بكل مريض

_ العوامل المادية المتعلقة على سبيل المثال بالوصول المادي للعلاج.

العوامل المسهلة الخاصة بالطبيب: و تخص :

_بالدرجة الأولى كفاءته الحقيقية في مجال الوقاية (التربية و التكوين)

_اختصاصه الطبي.

_درجة الخبرة الطبية

_ فهمه الأهداف و اتجاهات الوقاية

_ العوامل المادية (الأوقات، المكان، المستخدمين، العتاد و التجهيزات الطبية)

❖ **العوامل المعززة:**

العوامل المعززة الخاصة بالمرضى :

_مساندة المحيط

_ التأثيرات الإيجابية للعلاج كفقدان الوزن

العوامل المعززة الخاصة بالطبيب :

_تأثيرات ايجابية مدركة لرضا المريض

_ نوعية الاتصال ما بين المهنيين حول الوقاية

العوامل التنظيمية: و هي تهم المريض و الطبيب في نفس الوقت و تتضمن :

_الوصول إلى العلاج

_وفرة الخدمات العلاجية و الوقائية

العوامل المرتبطة بالسلوكات: و هي تخص كفاءة سلوكيات الالتزام الواضحة، و هذه العوامل تمس أيضا التأثيرات الثانوية الحقيقية أو الممكنة و الغير مرغوب فيها التي يمكن أن تظهر لدى المرضى.

- **العوامل الظرفية** و لها شكلين:

داخلية: الأعراض .

خارجية: تدخل المحيطين بالمريض، تذكير الطبيب، المعلومات من طرف وسائل الإعلام... و التي تعتبر كمعايير تؤخذ بعين الاعتبار من أجل رفع معنويات المرضى، و جعلهم يتفاءلون بالالتزام بالعلاج (صليحة، 2015، صفحة 88)

4_ قياس الالتزام بالعلاج :

ان قياس الالتزام بالعلاج من المشاكل التي تعترض الباحثين والقائمين على الرعاية الصحية للمرضى، هناك العديد من الاختلافات بين الباحثين والمختصين حول الطرق المستخدمة من أجل تقييم وقياس مستوى الالتزام بالعلاج لدى المرضى. ويبقى قياس الالتزام بالعلاج في كثير من الاحيان معيارا مهم من اجل نجاح البرنامج العلاجي الذي

يرسمه المختصين، وعلى العموم فان العديد من الدراسات تشير الى انه لا توجد طريقة مثالية لقياس مستوى الالتزام بالعلاج فلكل طريقة لها مزاياها وعيوبها. ويمكن تقسيم طرق قياس الالتزام الى قسمين طرق مباشرة وطرق غير مباشرة .(موسى حميداني، 2023)

1_**قياس مباشر** : ويتمثل القياس المباشر فيما يلي :

_**الفحص البيولوجي:** ويتضمن مراقبة مستوى تركيز اثار الادوية المثبطة للمناعة في الدم. ومع ذلكنظرا لان كل مريض يستجيب للادوية بطرق مختلفة، ويمكن أن تتأثر النتائج بعدد من المتغيرات مثل معدل التمثيل الغذائي، والتفاعلات بين الادوية فيما بينها. مما قد يجعل ذلك من الصعب تحديد مستوى الالتزام(Belaiche, 2018, p. 32) .

_**وزن المريض:** ففي كثير من الامراض التي تستوجب نظام غذائي خاص ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنة وزنه بآخر.

_ **فحص معرفة المريض:** ومدى التزامه واندماجه في الخطة العالجية.

_ **الملاحظة المباشرة** :إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص وملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الاعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض وأيضا الاثار الجانبية الملاحظة ومن خلال هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه ومستوى التزامه (رشيد، 2012، صفحة 78)

قياس غير مباشر :ويتمثل القياس غير المباشر فيما يلي :

_**يمكن أن تشمل التقارير الذاتية** مثل الاستبيانات والاستمارات وما يميز هذه الطريقة انها سهلة التنفيذ، وعادة ما تكون غير مكلفة ومتوفرة في معظم البيئات السريرية.

_ **يمكن استخدام تقارير الطبيب** من خلال ملاحظة سلوك تناول الدواء كمؤشر على الالتزام، ويمكن مراقبة تسجيلات أو تقارير الالتزام أثناء الزيارات الروتينية مع أخصائي الرعاية الصحية، ولكن تتطلب هذه الطريقة تفاعلا بين المريض والطبيب .

عد حبوب الدواء : تعد طريقة عد الحبوب طريقة بســـيطة لتحديد مدى الالتزام بالدواء في شـكل أقراص،ومع ذلك فإن أحد قيود هذه الطريقة هو أنها تتطلب من المرضــى إحضــار أدويتهم في كل موعد مع أخصائي الرعاية الصحية، وتفيد هذه الطريقة مع المرضى الذين لا يعبثون بـالادويـة عن طريق تخزين أو التخلص من الادويـة التي لم يتم تنـاولهـا على النحو الموصوف .

_**المراقبة الالكترونية لاستهلاك الادوية:** وهي تعتبر طريقة جيدة من خلال تحديدها لعدد الوحدات والجرعات والاكثر استخداما هو من خلال وضـع جهاز على غطاء علبة الدواء يقوم بتسجيل تاريخ ووقت استعمال الدواء ولكن هذا الجهاز مكلف للغاية . (Belaiche, 2018, p. 32)

_**المقابلات مع المرضى:** حيث أشارت الادبيات السابقة إلى أن استخدام أكثر من طريقة واحدة لقياس الالتزام في نفس الوقت يمكن أن يحســن دقة المعدالت المبلغ عنها (موســى حميداني، 2023، صفحة 74)

5_أهمية الالتزام بالعلاج:

يعد عدم لالتزام بالعلاج مشـكلة طبية شـائعة، ويمكن ان تعزى اسـبابه الى التواصـل غير الجيد بين الطبيب والمريض وفيما يلي بعض نتائج الابحاث التي يمكن ان تســـاعدنا في ايجاد أفضل السبل لتحسين مستوى الالتزام .

_الاستماع الجيد للمريض .

_الطلب من المريض اعادة ما يجب عليه القيام به .

_البساطة والوضح في تحرير الوصفة العالجية .

_تقديم تعليمات واضحة حول البرنامج العلاجي، ومن الاحسن ان تكون مكتوبة .

_الاستعانة باللاصق الموجود على غلاف علبة الدواء، وبالرزنامة لتذكير المريض بموعد عالجه .

_الاتصال بالمريض في حال تخلفه عن موعده .

_وصف برنامج العناية الذاتية، بحيث يتلاءم مع البرنامج اليومي للمريض .

_التذكير في كل زيارة على اهمية الالتزام العالجي .

_تخصيص جزء من الزيارات المتكررة لمسائل الالتزام .

_الثناء والتشـــجيع في كل زيارة للمريض على المجهودات التي يبذلها في مجال الالتزام .
_العمل على توسيع دائرة المشاركة، وذلك من خلال اشراك المريض وأسرته وأصدقائه.
_اعطاء المريض التعليمات والنصائح في بداية عرض المعلومات .

_التأكيد على أهمية التعليمات والنصائح أمام المريض وأسرته

_ .استعمال كلمات وعبارات واضحة وقصيرة .

_استعمال تصنيفات واضحة كلما أمكن ذلك.

_تكرار الاشياء والمعلومات كلما كان ذلك مفيدا .

_تزويد المريض بالنصح الدقيق والمفصل .

_التعرف على مشاكل وهموم المريض، وعدم حصر اللقاء بجمع المعلومات الطبية .

_محاولة الكشف عن توقعات المريض حول مرضه وعلاقته مع الفريق الطبي، واذا كانت لديه صعوبات فيجب تسهيلها بطرق بسيطة .

_توفير المعلومات الكافية حول تشخيص المرض واسبابه .

_بناء علاقة ودية مع المريض بدلا من العلاقة الرسمية.

_ عدم استخدام المصطلحات الطبية المعقدة .

_اعطاء بعض الوقت للحديث حول مواضيع غير طبية (تايلور، 2008، صفحة 466)

6_ الالتزام بالعلاج لدى مرضى سكري:

تؤكد التوجهات الحديثة في رعاية مرضـــى الســـكري على الدور المركزي للعناية الذاتية للمريض ويشير مفهوم العناية الذاتية أن المريض يراقب بشكل نشط، ويستجيب للتغيــرات البيئيـة والبيولوجيـة من خلال إجراء تعـديلات للتكيف مع مختلف جوانـب العلاج مرض الســـكري، وهذا للحفاظ على الســـيطرة الأيضـــية الكافية، والتقليل من احتمال حدوث مضـــاعفات على المدى البعيد، ولقد وصـــف هانتينان(Hentinen) الالتزام بســـلوكات العناية الذاتية على أنها عملية مرنة نشـــطة ،ومســـؤولة من الإدارة الذاتية التي يتبناها المريض من أجل تحقيق الصـــحة الجيدة وذلك بالتعاون مع الفريق الطبي المعالج ، إن ســـلوكات العناية الذاتية التي تســـهم في تحقيق إدارة مرض الســـكري بنجاح، تتمثل في المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم، اتباع الحمية الغذائية، التحكم في نسبة الأنسولين عن طريق الحقن أو الحبوب، ممارسة الرياضة بانتظام العناية بالأقدام، الزيارات المنتظمة للأطباء وسلوكات أخرى كالعناية بالأسنان واختيار الألبسة المناسبة ...

ضمن هذه الخلفية من المتطلبات المتعلقة بالمرض، فإن الإلتزام بالعلاج هو نشاط طوعي يشترك فيه المريض لإدارة مرضه من خلال إتباع البرنامج العلاجـــي، وتقاسم المسؤولية بينه وبين الفريق الطبي (WHO, 2003, p. 72) ومن أجل قياس الالتزام بالعلاج لدى مرضــى الســكري فقد أجريت العديد من الدراســات التي تناولت كل بعد من أبعاد البرنامج العلاجي الذي يتضـمن قياس نسـبة السـكر في الدم تناول الأدوية، إتباع الحمية الغذائية ، ممارسة الرياضة وغيرها من سلوكات الرعاية الذاتية، وسنعرض النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات فيما يلي :

- **الالتزام الصـحي لدى مرضـى السـكري من النمط (1):** سـنسـتعرض بعض نتائج الدراســات التي أجريت على مرضــى الســكري من النمط (1) حســب كل بعد من أبعاد الالتزام بالعلاج على حدى كما يلي:

❖ **المراقبة المستمرة للسكر في الدم:** مدى الالتزام بالمراقبة المستمرة للسكر في الدم يتفاوت بين مرضى السكري من النمط (1) على نحو واسع، فعلى سبيل المثال في عينة من أطفال مراهقين مصـــابين بالنمط (1) فإن % 26 من هذه العينة التزموا بما هو مطلوب منهم، بينما وصلت النسبة إلى 40 % عند البالغين المصابين بالنمط (1) ، و نفس النتائج توصلت إليها دراسة فلندية أجريت على 213 مريضا تتراوح أعمارهم ما بين 17- 65 سـنة حيث أن 20 % من المشـاركين راقبوا نسـبة السـكر في دمهم كما هو موصـــى بها، وفي دراســـة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة من مرضى السكري من النمط (1)يتراوح متوسط السن لديهم 30 سنة بلغت نسبة الإلتزام 7 % فقط .

❖ **استخدام حقن الأنسولين:**إن الإلتزام باستخدام حقن الأنسولين على نحو صحيح يتفاوت على نحو واسع بين مرضى السكري من النمط (1) ، فقد بلغت نسبة المرضى من المسـنين الذين إسـتخدموا حقن الأنسـولين كما هو موصـى به 84% ، بينما بلغت النسبة 53 % عند الشباب، و في دراسة أخرى بلغت النسبة 25 % فقط لدى المراهقين.

❖ **إتباع الحمية الغذائية:** نتائج البحث على مدى التزام مرضى السكري من النمط (1) بالحمية الغذائية كانت متنـــاقضة، ففي دراسة أجريت من قبل كرفجال و أخرون al et Carvajal في كوبا ودراســـة وينغ و أخرون al et Wing في الولايات المتحدة الأمريكية، بينت نتائجهما أن ما بين 70 إلى % 75 من المشاركين في هاتين الدراستين لا يلتزمـون بالحمية الغذائية بينما وجد في دراسة تولجامو وآخرون al et Toljamo التي أجريت في فلندا أن الالتزام بالحمية الغذائية كان مرتفعا، حيث أن 70 % من المشـاركين كانوا يلتزمون بنظام غذائي صحي(WHO, 2003, p. 73)

❖ **ممارسة الرياضة بانتظام:**إن الدراسات التي أجريت لتحديد مدى الالتزام بممارسة الرياضـة لدى مرضـى السـكري من النمط (1) نادرة، ففي دراسـة أجريت في فلندا على

213 مريضا وجد 35 % مارسوا التمارين الرياضية مرتين في الأسبوع، و10 % مارسوا التمارين الرياضية كل يوم.

❖ الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (2): سنورد بعض نتائج الدراسات التي أجريت على مرضـــى الســـكري من النمط (2) حســـب كل بعد من أبعاد الالتزام بالعلاج على حدى كما يلي:

- **المراقبة المستمرة للجلوكوز في الدم:** في دراسة أجريت لتقييم مدى التزام مرضى الســكري من النمط (2) بالمراقبة الذاتية للجلوكوز في الدم أجريت في شــمال كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 67 % ممن شملتهم الدراســـة ذكروا أنهم لا يراقبون نسبة الجلوكوز في دمهم كما هو موصى به، ونفس النتائج توصلت إليها دراسة أجريت في الهند، حيث أن 23 % فقط من المشـــاركين أبلغوا عن قيامهم بمراقبة الجلوكوز في الدم كما هو مطلوب منهم من الفريق الطبي .
- **استخدام الأدوية:** في دراسة أجريت على 91 مريضا بالنمط (2) من السكري وجد أن 75 % ممن شملتهم الدراسة أخطأو ا في تناول الجرعة اللازمة، والشكل السائد من عدم الإلتزام بتناول الأدوية حسب نفس الدراسة كان بتناول المرضى جرعات أكثر مما هو مطلوب منهم، و في دراســة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بالتعاون مع الصيدليات وجد أن 15 % فقط من مرضى السكري من النمط (2) يسعون للحصول على أدويتهم عند نفاذها في الوقت المناسب.
- **اتباع الحمية الغذائية:** في دراســة أجريت في الهند توصــلت إلى أن 37 % فقط من مرضى السكري من النمط (2)التزموا بالنظام الغذائي المطلوب، بينما وصلت نسبة الالتزام بالحمية الغذائية في الولايات المتحدة الأمريكية 52% ، و في دراسة قام بها وينغ وأخرون al et Wing بينت أن مرضى السكري من النمط (2) يخسرون وزنا أقل من أزواجهم غير المصابين

- **ممارسة الرياضة بانتظام:** سجلت دراسات أجريت في هذا المجال، ففي كندا مثلا أجريت دراسة على عينة من مرضى السكري من النمط (2) تم اختيارها بطريقة عشوائية، وجد أن 37 % فقط من المرضى يمارسون الرياضة،و7 % فقط مشتركين في نوادي رياضة، وفي دراسة ثانية أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية، و جد أن 26 % فقط من المشاركين يتبعون برنامج رياضي.

من خلال العرض السابق يتضح لنا أن مستوى الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري من النمط (1) والنمط (2)منخفض جدا، وهو ما يدعو إلى دق ناقوس الخطر نظرا لما يسببه عدم التزام مرضى السكري بالبرامج العلاجية من أخطار صحية تهدد حياة المرضى والمتتبع لنتائج الدراسات التي تم عرضها، يلاحظ أن نسب الالتزام تتفاوت ما بين كل بعد من أبعاد الالتزام بالعلاج ، هذا التفاوت في النسب يمكن أن يفسر انطلاقا من عوامل متعددة يمكن أن تؤثر في مدى الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري كالسن ، الجنس ، نوع السكري ، تعقيد البرامج العلاجية ، وحتى البعد الثقافي يطرح بقوة ، ومن هنا وجب اجراء المزيد من الدراسات والبحوث من أجل الوصول الى تحليل عميق للعوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج .

(بوعافية نبيلة، صفحة 11_12)

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل الالتزام بالعلاج ،حيث تم تقديم تعريفات متعددة للمفهوم ،مع العرض لاهم العوامل المؤثرة عليه سواء كانت نفسية او اجتماعية أو طبية ، كما تم التطرق الى اهم النظريات والنماذج التي فسرت الالتزام بالعلاج ،بالاضافة الى عرض ابرز ادوات القياس لتقييمه ،مع ابراز أهمية هذا المتغير في تحسين جودة الحياة الصحية للمرضى ،وفي الاخير تم التطرق الى خصوصية الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري ،نظرا لطبيعة المرض المزمنة والحاجة المستمرة للمتابعة والانضباط العلاجي.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1-الدراسة الاستطلاعية

1-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية

1-2-عينة الدراسة الاستطلاعية

1-3-أدوات جمع البيانات

1-4- نتائج الدراسة الإستطلاعية

2_ الدراسة الأساسية

2-1-منهج الدراسة

2_2_حدود الدراسة الأساسية

2_3_عينة الدراسة الأساسية

3-كيفية تطبيق اجراءات الدراسة

4-الأساليب الإحصائية

5_ خلاصة

تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري الخاص بمتغيرات الدراســـة إدراك المرض و الإلتزام بالعلاج نتطرق في هذا الفصـــل إلى الاجراءات الميدانية للدراســـة ، وذلك من خلال التعريف بالمنهج المســتخدم في الدراســة، والمكان الذي أجريت فيه الدراســة، والتأكد من صدق وثبات مقاييس الدراسة وبيان اجراءات الدراسة وأدواتها والأساليب الاحصائية التي استخدمت في تحليل المقياسين المطبقين في الدراسة.

1-الدراسة الاستطلاعية:

قبل البدء في إجراءات الدراسة الأساسية خاصة الدراسة الميدانية القيام بدراسة استطلاعية للتعرف على الظروف التي يتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي ربما تواجه الباحث في تطبيق أدوات بحثه مثلا ، أو إجراء مقابلة شخصية ، ولذلك ينبغي للباحث بإجرائه للدراسة الاستطلاعية أن يبين أهدافها والتحقق من صحة إجراءاتها ثم الإجراءات الخاصة للدراسة الأصلية (منسي، 2003، صفحة 61_62)

وهي الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف التي تحيط بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها ، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها، و اخضاعها للبحث العلمي ، وكذا التأكد من الخصائص لأدوات البحث.((ابراهيم، 2000، صفحة 38)

كونها خطوة من الخطوات الأساسية والأولية عند إجراء الدارسات أو البحوث العلمية، بحيث يتم من خلالها التعرف على مسار الدراسة وأهدافها.

1-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية:

قامت الطالبة بالدراسة الاستطلاعية للأغراض التالية:

- التعرف على صعوبات الميدان التي من الممكن مواجهتها في الدراسة الأساسية
- التأكد من توفر حجم العينة
- التحقق من ملائمة أدوات جمع البيانات لموضوع الدراسة

- معرفة مدى فهم العينة لبنود الادوات
- التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة
- التأكد من ملائمة المدة الزمنية لإجراء الدراسة

1-2-عينة الدراسة الاستطلاعية:

لقد تم اختيار عينة البحث مرضى السكري بمدينة عين وسارة ،وقد شملت 30 فردا

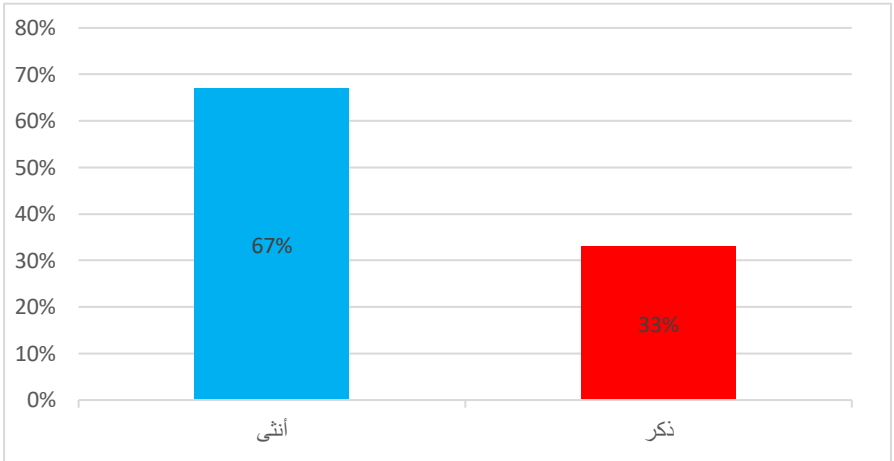
وقد اعتمدنا في اختيار عينة بحثنا هذا على العينة الغرضـــية على اســـاس أنها تحقق لنا أغراض

الدراسة التي نقوم بها .

من حيث الجنس :

الجنس	التكرار	النسب المئوية
ذكر	10	33%
أنثى	20	67%
المجموع	30	100%

جدول رقم (01) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب الجنس



الشكل رقم (01) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب الجنس

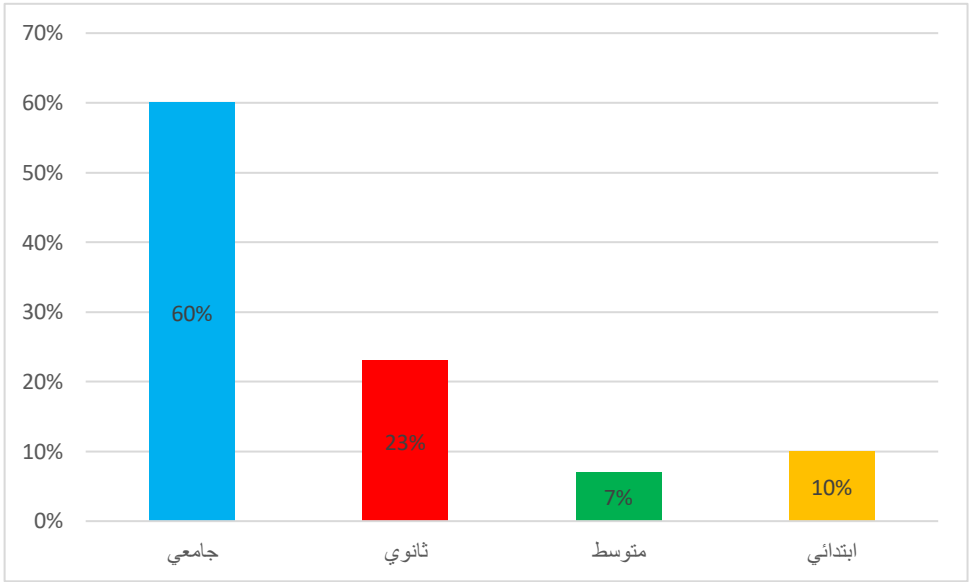
نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) و الشكل رقم (01) أن نسبة الإناث والتي بلغت 67%أكبر من نسبة الذكور 33%.

من حيث المستوى التعليمي :

المستوى	التكرار	النسب المئوية
إبتدائي	3	10%
متوسط	2	7%
ثانوي	7	23%
جامعي	18	60%
المجموع	30	100%

جدول رقم (02) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب المستوى التعليمي

الشكل رقم (02) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب المستوى التعليمي



نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) والشكل رقم (02) أن نسبة الجامعيين هي الأعلى، حيث بلغت 60%، تليها نسبة ذوي المستوى الثانوي التي بلغت 23% ثم نسبة ذوي المستوى الابتدائي بـ 10%وأخيرًا نسبة ذوي المستوى المتوسط التي بلغت 7% .

1-3-أدوات جمع البيانات :

استبيان إدراك المرض الموجز:

يحتوي استبيان إدراك المرض الموجز (Brief - IPQ) بواسطة Broadbent et al على ثمانية عناصر بالإضافة إلى عنصر واحد للمقياس السببي المستخدم سابقا في IPQ-R بواسطة Moss Morris et al. يتم تصنيف جميع العناصر باستثناء السؤال السببي باستخدام مقياس من 0 إلى 10. ويتكون من ثلاث محاور:

- المحور الأول: ويقيم التمثيلات المعرفية البند 1 (النتيجة)، البند 2 الجدول الزمني)، البند 3 (التحكم الشخصي)، البند (4 التحكم في العلاج)، والبند 5 (الهوية).
- المحور الثاني: ويقيم التمثيلات العاطفية البند 6 (القلق) والبند 8 (العواطف).
- المحور الثالث: ويقيم قابلية فهم المرض والمتمثل في البند رقم 7.

وهناك تقييم التمثيل السببي عن طريق عنصر استجابة مفتوح مقتبس من IPQ-R، والذي يطلب من المرضى سرد أهم ثلاثة عوامل سببية في مرضهم البند (9) ، يمكن تجميع الردود على العنصر السببي في فئات مثل الإجهاد ونمط الحياة والوراثة وما إلى ذلك، والتي يحددها المرض المعين الذي تمت دراسته ويمكن بعد ذلك إجراء تحليل فئوي. وفقًا لتقرير مؤلفي المقياس، أظهر موجز IPQ موثوقية اختبار - إعادة (Pertirea، 2005)اختبار جيدة وصلاحية متزامنة مع التدابير ذات الصلة.

وقد تم ترجمته الى اللغة العربية من قبل كل من ابركان الصالح. (موسى حميداني، 2023، صفحة 131)

الخصائص السيكومترية لإستبيان إدراك المرض الموجز:

الصّدق التّمييزي عن طريق المقارنة الطّرفية:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التمييزي، بأسلوب المقارنة الطرفية، و"تقوم هذه الطريقة على أحد مفاهيم الصدق، وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها" (بشير، 2007، صفحة 158).

حيث تم ترتيب درجات أفراد العينة على المقياس في توزيع تنازلي ثم تم سحب 33% من طرفي التوزيع، لنتحصل على (10) فردا من طرفي التوزيع، بمعنى صارت لدينا عينتان متطرفتان متساويتان، عدد أفراد كل مجموعة يساوي (10) أفراد تسمى إحداهما العينة العليا، والأخرى العينة الدنيا. بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عينة، ثم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين والجدول التالي يوضح ذلك.

العينة	العينة العليا ن=10		العينة الدنيا ن=10		قيمة "ت"	الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		

إدراك المرض الموجز	**55.60**	**4.25**	**31.40**	**6,59**	**9.765**	**دالة عند مستوى (α=0.01)**

الجدول رقم(03) يوضح دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعيّنة الدّنيا في إستبيان إدراك المرض الموجز

يتبيّن من الجدول رقم(03) أنّ قيمة اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين العليا والدنيا دالة إحصائيا عند مستوى (α=0.01) ، ممّا يشير إلى أنّ للأداة القدرة على التّمييز بين المجموعتين المتطرّفتين، ممّا يدلّ على صدق الاداة.

الثبات بطريقة ألفاكرونباخ:

تم إيجاد درجة ثبات الاداة بالاعتماد على معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach).

الجدول رقم (04) يبين نتائج ثبات بإستخدام ألفا كرونباخ لإستبيانإدراك المرض الموجز

مقياس	العينة	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
المحور الاول	**30**	**08**	**0.708**
المحور الثاني			**0.816**
المحور الثالث			**0.788**
المجموع			**0.813**

يتضح من الجدول رقم (04) أن معاملات الثبات المحسوبة باستخدام معامل ألفا كرونباخ لمحاور مقياس إدراك المرض وكذا للمقياس ككل تتراوح بين (0.708) و(0.816) وهي قيم مقبولةوتدل على ثبات الاداة.

الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

وتقوم هده الطريقة على تقسم المقياس إلى نصفين ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين وكذا معادلة تصحيح الطول لـ **سبيرمان براون** أو **جوثمان** وذلك حسب تساوي التباينات مع عدمه.

جدول رقم(05) يبين معامل ثبات باستخدام التجزئة النصفيةلإستبيانإدراك المرض الموجز

عدد البنود	معامل الارتباط بيرسون	سبيرمان براون	جوثمان
08	**0.674**	**0.805**	**0.804**

يتضح من خلال الجدول رقم (05) أن معامل الثبات المحسوب باستخدام طريقة التجزئة النصفية بلغ (0.67) وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان–براون ارتفع إلى (0.80) وهي قيمة تُعد مقبولة وتشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات.

مقياس الالتزام بالعلاج المتعدد الأبعاد (MAQ) :

تم اعداده والتحقق من صحته عن طريق Telles-Correia et al في عام 2007، واستخدم لمرضى الزرع.

استنادا إلى مراجعة الأدبيات الشاملة المتعلقة بالفشل في الزرع والمنهجية المستخدمة في تقييمه وبإشراف أطباء الكبد، تم إعداد استبيان يتناول التقيد بالأبعاد الثلاثة التواجد في الاستشارات والعلاجات وتناول الأدوية، واستهلاك الكحول، مع ثلاثة أسئلة لكل بعد من الأبعاد من هذا الاستبيان بعدة مراحل للتحقق من الصحة: التصحيح المعرفي، واختبارات الموثوقية، والتحقق من صحة المحتوى، والتحقق من صحة الإنشاء والتحقق من صحته من خلال معايير متزامنة ومتقاربة، وفقًا لنتائج التحقق من الاتساق الداخلي وتحليل العوامل استنتج أنه يمكن استخدام الاستبيان لكل بعد مستقل أو لمجموعة من عدة أبعاد، حيث أن الاتساق الداخلي ضمن الأبعاد مرتفع وكذلك مجموعة الأبعاد، وكذلك التماسك الذي يتم الحصول عليه من خلال تحليل العوامل.

وتتم الاجابة على بنود المقياس حسب سلم ليكرت ضمن ستة اختيارات تتدرج كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (06) يوضح البدائل الخاصة بمقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ)

أبدا	تقريبا أبدا	مرات قليلة	أحيانا	تقريبا دائما	دائما
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

وتصحح هذه البنود بالتدرج التصاعدي بالنسبة للبند (أ) بالنسبة للأبعاد الثلاث في حين البنود (ب.ج) فهي تحسب بطرقة عكسية. ويتم حساب مستوى الالتزام بجمع درجات البنود حيث تتراوح بين (1-54) وكلما ارتفعت كلما ارتفعت الدرجة كان الالتزام أكثر.

وباعتبار أن المقياس متوفر باللغة الإنجليزية واللغة البرتغالية فقط، فقد قام الطالب بترجمته للغة العربية، وقد تم عرض الترجمة على مجموعة من المختصين أستاذ علم نفس طبيبين اختصاصين في أمراض الكلى أستاذة لغة انجليزية واستاذة لغة عربية، وبعد ابداء آرائهم تم اعادة صياغة العبارات التي تم تغييرها واعادة صياغتها مرة اخرى. وبعدها تم تطبيق المقياس على افراد عينة الدراسة بعد التأكد من وضوح المعلومات والعبارات

قصد حساب خصائصها السيكومترية. وقد تحققنا من الخصائص السيكومترية للمقياس بواسطة برنامج Smart PLS4 . (موسى حميداني، 2023، صفحة 132)

الخصائص السيكومترية لمقياس الإلتزام بالعلاج :

الصّدق التّمييزي عن طريق المقارنة الطّرفية:

يتم ترتيب درجات أفراد العينة على المقياس في توزيع تنازلي ثم يتم سحب 33% من طرفي التوزيع، لنتحصل على (10) فردا من طرفي التوزيع، بمعنى صارت لدينا عينتان متطرفتان متساويتان، عدد أفراد كل مجموعة يساوي (10) أفراد تسمى إحداهما العينة العليا، والأخرى العينة الدنيا. بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عينة، ثم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم(07) يوضح دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعيّنة الدّنيا في مقياس الإلتزام بالعلاج.

العينة	العينة العليا ن=10		العينة الدنيا ن=10		قيمة "ت"	الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الإلتزام بالعلاج	49.70	4.16	27.80	5.57	9.953	دالة عند مستوى (α=0.01)

يتبين من الجدول رقم (07) أن قيمة اختبار "ت" للفروق بين متوسطَي درجات أفراد المجموعتين العليا والدنيا كانت دالّة إحصـــائيًا عند مســـتوى($\alpha = 0.01$) وهو ما يعكس قدرة الأداة على التمييز بين المستجيبين، ويُعد ذلك دليلًا على صدقها التمييزي.

الثبات بطريقة ألفاكرونباخ:

تم إيجاد درجة ثبات الاداة بالاعتماد على معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach).

الجدول رقم (08) يبين نتائج ثبات بإستخدام ألفا كرونباخ لمقياس الإلتزام بالعلاج

مقياس	العينة	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
الإلتزام بالعلاج	**30**	**09**	**0.812**

يتبيّن من خلال الجدول رقم (08) أن قيمة ألفا كرونباخ بلغت (0.81) وهي قيمة مقبولة جدًا وتدلّ على ثبات الأداة.

الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

وتقوم هده الطريقة على تقسم المقياس إلى نصفين ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين وكذا معادلة تصحيح الطول لـ **سبيرمان براون** أو **جوثمان** وذلك حسب تساوي التباينات مع عدمه.

جدول رقم(09) يبين معامل ثبات باستخدام التجزئة النصفية لمقياس الإلتزام بالعلاج.

عدد البنود	معامل الارتباط بيرسون	سبيرمان براون	جوثمان

09	0.807	0.893	0.894

يتضـح من خلال الجدول رقم (09) أن معامل الثبات باسـتخدام طريقة التجزئة النصـفية بلغ (0.80) وبعد تصـحيح الطول باسـتخدام معادلة سـبيرمان–براون، تم الحصـول على (0.89)، وهي قيمة مقبولة جدًا، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

1-4- نتائج الدراسة الاستطلاعية

تبين من خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

وضوح عبارات وتعليمات المقياسان وملاءمتها لموضوع الدراسة بإجماع الطلبة المجيبين.

التأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة.

وعليه، فبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأداة أصبح بإمكاننا الانتقال إلى الدراسة الاساسية.

2-الدراسة الأساسية:

2-1- منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراسـتنا على المنهج الوصـفي لملاءمته الدراسـة على حد علمنا قصـد تحليل ودراســة الإشــكالية التي تم طرحها ، والمنهج الوصــفي يعبر عن جمع البيانات بنوعيها الكمية والكيفية حول الظاهرة محل الدراسـة من أجل تحليلها وتفسـيرها واسـتخلاص النتائج لمعرفة طبيعتها وخصـائصـها وتحديد العلاقات بين عناصـرها وبينها وبين الظواهر الأخرى وصولا إلى تعميمها (وبوفاتح، 2007)

2_2_حدود الدراسة الأساسية:تحددت هذه الدراسة كالتالي:

الحدود المكانية :تمت الدراسة في"عيادة متعددة الخدمات غزال عمر _عين وسارة "

الحدود الزمانية :تم تطبيق الدراسة في الفترة الممتدة من1_1_2025 الى2_2_2025

2-3-عينة الدراسة الأساسية:

مجتمع الدراســـة : نقصـــد بالمجتمع جميع الأفراد أو الأشـــياء أو العناصـــر الذين لهم خصائص واحدة يمكن ملاحظتها وقياسها (محمود، 2004، صفحة 145)

تمثلت عينة الدراسة الأساسية ب100 فرد من مرضى السكري .

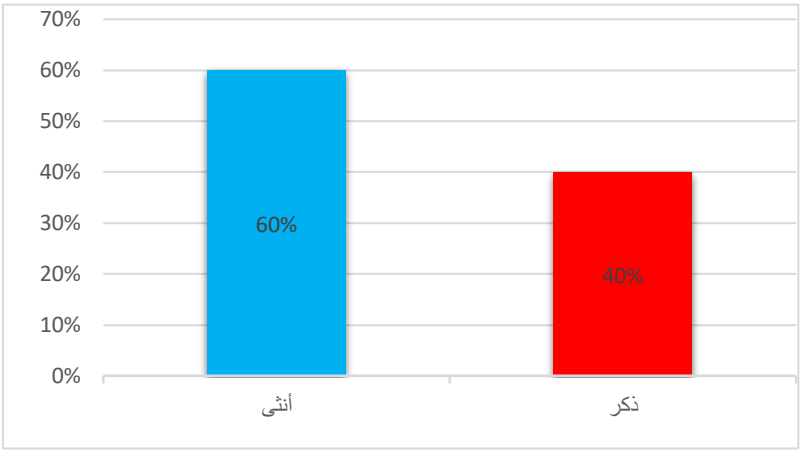
من حيث الجنس

جدول رقم

الجنس	التكرار	النسب المئوية
ذكر	40	40%
أنثى	60	60%
المجموع	100	100%

(10) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس

الشكل رقم (03) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس



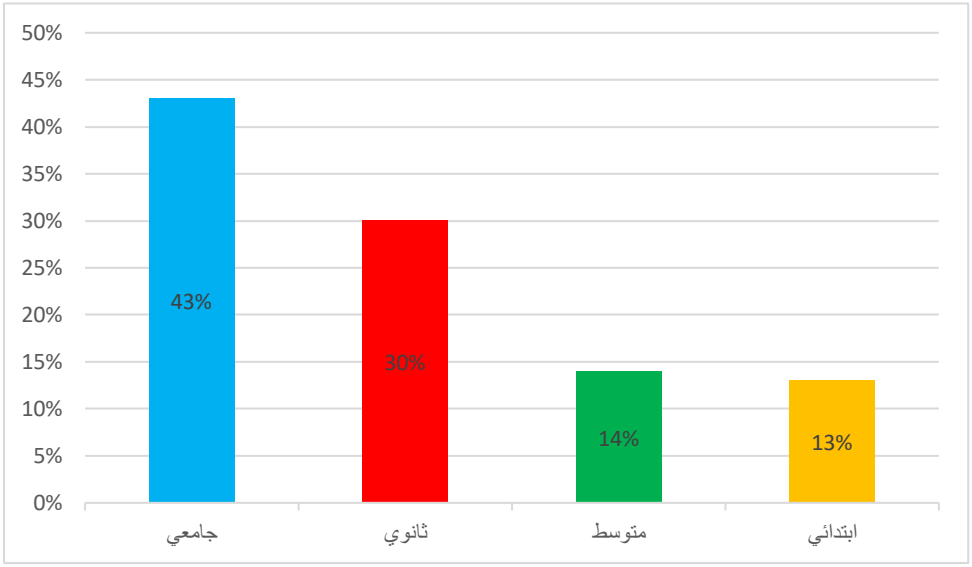
نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) و الشكل رقم (03) أن نسبة الإناث والتي بلغت 60%أكبر من نسبة الذكور 40%.

من حيث المستوى التعليمي :

المستوى	التكرار	النسب المئوية
إبتدائي	13	13%
متوسط	14	14%
ثانوي	30	30%
جامعي	43	43%
المجموع	100	100%

جدول رقم (11) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي

الشكل رقم (04) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي



نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) والشكل رقم (04) أن نسبة الجامعيين هي الأعلى، حيث بلغت 43%، تليها نسبة ذوي المستوى الثانوي التي بلغت 30% ثم نسبة ذوي المستوى الابتدائي بـ 14%وأخيرًا نسبة ذوي المستوى المتوسط التي بلغت% 13 .

3-كيفية تطبيق اجراءات الدراسة :

"قامت الباحثة باحضار الاستبيانات الخاصة بالدراسة (مقياس ادراك المرض و مقياس الالتزام بالعلاج) ،والتوجه الى عيادة غزال عمر في مدينة عين وسارة ، والتي يتردد عليها مرضى السكري ، تم التواصل مع الطاقم الطبي والاداري لشرح أهداف الدراسة واهمية الدراسة ، وتم الموافقة لتوزيع الاستبيانات على المرضى .

تم اختيار أفراد العينة بطريقة قصدية ، حيث تم استهداف المرضى الذين تم تشخيصهم بمرض السكري ، وحرصت الباحثة على تقديم شرح مبسط لمحتوى الاستبيان لكل مريض،خصوصا للذين يعانون من صعوبة القراءة او لديهم مستوى تعليمي منخفض ،مع التأكيد على سرية الاجوبة واستخدامها فقط لاغراض البحث العلمي.

تم توزيع الاستبيانات ورقيا على المشاركين ،مع منحهم الوقت الكافي للاجتبة في جو هادئ كما تولت الباحثة جمع الاستبيانات بنفسها بعد الاجابة عليها ومراجعتها مبدئيا للتأكد من اكتمالها وصلاحيتها للتحليل الاحصائي. "

4-الأساليب الإحصائية المستخدمة :

بعد جمع البيانات وتنظيمها، تم تحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي **(SPSSالإصدار 27)** الذي يُعد من أكثر البرامج استخدامًا في البحوث النفسية والاجتماعية.

وقد تم اختيار الأساليب الإحصائية بما يتناسب مع أهداف الدراسة وفرضياتها، وهي كالآتي:

- **التكرارات والنسب المئوية** :لوصف الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لأفراد العينة.
- **المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية** :لقياس الاتجاهات العامة وتوزيع درجات أفراد العينة على مختلف الأبعاد.

- **اختبار "ت" لعينتين مستقلتين (Independent Samples T-test):** للكشف عن الفروق بين متوسطات مجموعتين مستقلتين في بعض المتغيرات (مثل الجنس أو الحالة الاجتماعية).

- **تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA):** لاختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أكثر من مجموعتين في المتغيرات المدروسة (مثل المستوى التعليمي).

- **معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha):** لقياس ثبات الأداة الداخلية والتحقق من اتساق بنودها.

- **اختبار ت للصدق التمييزي:** للكشف عن قدرة الأداة على التمييز بين أفراد المجموعة العليا والدنيا.

خلاصة:

في هذا الفصل، تم التطرق إلى الإجراءات المنهجية التي تم اعتمادها في هذه الدراسة، والتي تُعدّ الركيزة الأساسية لضمان تحقيق أهداف البحث وفق المعايير العلمية. استُهلّ الفصل بتناول الدراسة الاستطلاعية من حيث أهدافها، وعينتها، والأدوات المعتمدة فيها بالإضافة إلى خطوات تنفيذها، وبيان مدى صلاحيتها واعتمادها لاحقًا في الدراسة الأساسية، ويشكّل هذا الفصل تمهيدًا مهمًا للانتقال إلى الفصل التالي، الذي خُصص لعرض النتائج وتحليلها ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

الفصـل الخامس:عرض نتائج الدراســة و مناقشـتها وتفسيرها

تمهيد

1. عرض ومناقشة وتفسير الفرضيات العامة
2. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الأولى
3. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثانية
4. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثالثة
5. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الرابعة

_ استنتاج عام

تمهيد :

سنتعرض في هذا الفصل الى عرض نتائج و تحليل فرضيات الدراسة، الفرضية العامة لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري، الفرضية الجزئية الأولى لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير الجنس، الفرضية الجزئية الثانية لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير الجنس، الفرضية الجزئية الثالثةلا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير المستوى التعليمي، الفرضية الجزئية الرابعة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير المستوى التعليمي.

1-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصـــائية بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضـــى السكري

1-1عرض نتائج الفرضية العامة:

جدول 1يمثل معامل الارتباط بين إدراك المرض و الإلتزام بالعلاج.

المتغيرات	العينة	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدراك المرض	100	0.283**	0.004
الإلتزام بالعلاج			

** العلاقة الارتباطية دالة عند المستوى 0.01

يوضّـــح الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج بلغت (0.283) وهي دالّة إحصـائيًا عند مسـتوى الدلالة (0.01) ممّا يشـير إلى وجود علاقة ارتباطية طردية ضعيفة بين المتغيرين، ويعني ذلك أن ارتفاع مستوى إدراك المرض يرتبط بزيادة درجة الالتزام بالعلاج، وهو ما يتعارض مع ما نصـــت عليه الفرضـــية: "**لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري**".

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

يتبين من خلال نتائج الفرضـية العامة وجود علاقة ارتباطية دالّة إحصـائيًا، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.283) مما يشـير إلى ارتباط طردي ضـعيف بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج، وهذا يعني أن ارتفاع مســـتوى إدراك المرض يرتبط بزيادة درجة الالتزام بالعلاج، وبناءً على ذلك يمكن القول إن الفرضـية التي تنص على: "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري" لم تتحقق.

أكدت نتائج الدراسة الفرضية العامة حيث ظهر ارتباط دال إحصائياً بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري. يُشير هذا إلى أنّ تصورات المرضى حول مرضهم، مثل فهمهم لأعراضه وخطورته وقدرتهم على التحكم فيه، تؤثر بشكل مباشر على مدى التزامهم بخطط العلاج، سواء فيما يخص تناول الأدوية أو متابعة الفحوصات الطبية أو تعديل نمط الحياة. وهذا يتوافق مع أغلب الدراسات السابقة التي اعتبرت الإدراك عاملاً حاسمًا في السلوك الصحي والالتزام العلاجي

حيث تتفق مع دراسة:((Broadbent, 2006) التي وجدت أن هناك علاقة قوية بين ادراك المرض (حسب نموذج IPQ) ومستوى التزام المرضى بالعلاج،حيث ان المرضى الذين يدركون خطورة مرضهم ويفهمون أسبابه يكونون أكثر التزاما بالأدوية والنظام الغذائي.

وتختلف مع دراسة:(petrie, 2002):التي لم تجد علاقة قوية بين ادراك المرض والالتزام بالعلاج ، وبينت أن بعض المرضى رغم معرفتهم الدقيقة بالمرض الا أنهم لا يغيرون سلوكهم العلاجي ، وهو مايفسره الباحثون بالعوامل النفسية الاخرى مثل القلق والاكتئاب .

2- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية :

وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ادراك المرض وفقا لمتغير الجنس.

2-1عرض نتائج الفرضية الثانية:

جدول 2نتائج اختبار "ت" للفروق في مقياس إدراك المرض حسب الجنس

	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
إدراك المرض	ذكر	**40**	**43.575**	**8.781**	**-1.494**	**0.138**	**0.05**	**غير دالة**
	أنثى	**60**	**46.450**	**9.829**				

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن قيمة (ت) لاختبار العينتين المستقلتين لمقياس إدراك المرض حسب متغير الجنس بلغت (-1.494)، وهي غير دالّة إحصائيًا، حيث إن قيمة الدلالة الإحصائية (Sig) تساوي (0.14)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05). وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إدراك المرض لدى الذكور والإناث، وهو ما يتوافق مع ما نصّت عليه الفرضية التي تقول: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك المرض وفقًا لمتغير الجنس.**"

2-2مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية :

يتبيّن من نتائج الفرضية الثانية أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى إدراك المرض،وبناءً على ذلك يمكن القول إن الفرضية التي تنص على: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك المرض وفقًا لمتغير الجنس**"، قد تحققت.

أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في مستوى إدراك المرض. يُفهم من ذلك أن إدراك المرض كتصورات ذهنية وعاطفية لا يختلف باختلاف الجنس في عينة الدراسة، ما يدل على تشابه المرضى من الجنسين في كيفية تفسيرهم وفهمهم لطبيعة السكري وتأثيره على حياتهم.

حيث تتفق مع دراسة (Hassali, 2012): لم تسجل فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في ادراكهم لمرض السكري ، وأرجعت ذلك الى توفر نفس المصادر التوعوية لكلا الجنسين.

وتختلف مع دراسة : (وسيلة، 2021) ،جامعة وهران :أشارت الى أن الاناث أظهرن ادراكا أعلى للمرض ، وفسرت ذلك بكون المرأة تميل الى الاهتمام بالصحة أكثر من الرجل.

3- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير الجنس.

3-1عرض نتائج الفرضية الثالثة :

جدول 3نتائج اختبار "ت" للفروق في مقياس الإلتزام بالعلاج حسب الجنس.

	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
الإلتزام بالعلاج	ذكر	**40**	**46.525**	**7.103**	**2.389**	**0.019**	**0.05**	**دالة**
	أنثى	**60**	**42.566**	**9.437**				

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن قيمة (ت) لاختبار العينتين المستقلتين لمقياس الإلتزام بالعلاج حسب متغير الجنس بلغت (2.389)، وهي دالّة إحصائيًا، حيث إن قيمة الدلالة الإحصائية (Sig) تساوي (0.01)، وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05). وهذا يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الإلتزام بالعلاج لدى الذكور والإناث، وهو ما يتعارض مع ما نصّت عليه الفرضية التي تقول: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام بالعلاج وفقًا لمتغير الجنس.**"

3-2مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

يتبيّن من نتائج الفرضـية الثالثة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصـائية بين الذكور والإناث في مسـتوى الإلتزام بالعلاج،وبناءً على ذلك يمكن القول إن الفرضـية التي تنص على: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصـائية في مسـتوى الإلتزام بالعلاج وفقًا لمتغير الجنس**"، لم تتحقق.

رفضـت النتائج هذه الفرضـية، إذ وُجدت فروق ذات دلالة إحصـائية في الالتزام بالعلاج تبعًا للجنس، لصـالح الذكور أو الإناث حسـب ما توضـحه الجداول (لم تحدد النتائج في المقتطف هل الفروق لصـالح من تحديدًا). هذا يُظهر أن هناك عوامل مرتبطة بالنوع الاجتماعي (gender) تؤثر على سـلوك الالتزام بالعلاج، كالقيم الاجتماعية، أو الأدوار الأسرية، أو الضغوط النفسية المختلفة بين الذكور والإناث.

حيث تتفق مع دراسـة "(فتيحة، 2018)) ، جامعة البليدة : لم تسـجل فروقا بين الذكور والاناث في الالتزام بالعلاج في في عينة من مرضى السكري ."

وتختلف مع دراسـة " (ahmed, 2017) : أظهرت أن النسـاء كن أكثر التزاما بالعلاج مقارنة بالرجال،بسبب اهتمامهن الاكبر بالصحة والميل لاتباع الارشادات الطبية."

4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيةالرابعة :

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصـائية في مسـتوى ادراك المرض وفقا لمتغير المسـتوى التعليمي.

4-1عرض نتائج الفرضية الرابعة:

جدول 4نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق في مسـتوى إدراك المرض تبعا لمتغير المستوى التعليمي

	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية (Sig)
بين المجموعات	290.447	3	96.816	**1.079**	**0.362**
داخل المجموعات	8616.553	96	89.756		
المجموع	8907.000	99			

تُبيّن نتائج الجدول أعلاه أن قيمة (F) لمتغير إدراك المرض حسب المستوى التعليمي بلغت (1.079) وهي غير دالّة إحصائيًا عند درجات الحرية بين المجموعات (3) وداخل المجموعات (96)، حيث بلغ مستوى الدلالة(0.362)وهي قيمة أكبر من (0.05) وبناءً عليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات تبعًا لمتغير المستوى التعليمي، وهو ما يتوافق مع ما نصّت عليه الفرضية التي تقول: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك المرض وفقًا لمتغير المستوى التعليمي**" .

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة :

يتبيّن من خلال نتائج الفرضية الرابعة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك المرض بين المجموعات تبعًا لمتغير المستوى التعليمي، وعليه يمكن القول إن الفرضية التي تنص على: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك المرض وفقًا لمتغير المستوى التعليمي**" قد تحققت.

أكدت النتائج هذه الفرضية، حيث لم تُسجل فروق دالة إحصائيًا في إدراك المرض تبعًا للمستوى التعليمي. هذا يُعني أنّ التصورات المتعلقة بالمرض في عينة الدراسة ليست مرتبطة بمستوى التعليم، وهو ما قد يُعزى إلى الطبيعة المزمنة والواضحة لمرض السكري التي تجعل المعلومات عنه متداولة ومعروفة بشكل واسع حتى لدى ذوي المستويات التعليمية المختلفة.

حيث تتفق مع دراســـة "(نوال، 2020)، جامعة ســـطيف : أظهرت ان ادراك المرض لا يختلف كثيرا حسب المستوى التعليمي ، بل حسب الدعم النفسي والتجارب الشخصية مع المرض. "

وتختلف مع دراســـة "(عبد القادر، 2018)، جامعة وهران : أشـــارت الى أن المرضـــى المتعلمين كانوا أكثر وعيا بطبيعة المرض وأسبابه مقارنة بذوي التعليم المحدود. "

5_عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصـــائية في مســـتوى الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير المســـتوى التعليمي

5-1عرض نتائج الفرضية الخامسة:

جدول 5نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق في مستوى الإلتزام بالعلاج تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية (Sig)
بين المجموعات	770.088	3	256.696	**3.609**	**0.016**
داخل المجموعات	6828.662	96	71.132		
المجموع	7598.750	99			

تُبيّن نتائج الجدول أعلاه أن قيمة (F) لمتغير الإلتزام بالعلاج حســب المســتوى التعليمي بلغت (**3.609**) وهي دالّة إحصـــائيًا عند درجات الحرية بين المجموعات (3) وداخل المجموعات (96)، حيث بلغ مســـتوى الدلالة(**0.016**)وهي قيمة أصـــغر من (0.05) وبناءً عليه توجد فروق ذات دلالة إحصـــائية بين المجموعات تبعًا لمتغير المســـتوى

التعليمي في مستوى الإلتزام بالعلاج، وهو ما يتعارض مع ما نصّت عليه الفرضية التي تقول: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام بالعلاج وفقًا لمتغير المستوى التعليمي**" .

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

يتبيّن من خلال نتائج الفرضية الخامسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام بالعلاج بين المجموعات تبعًا لمتغير المستوى التعليمي، وعليه يمكن القول إن الفرضية التي تنص على: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام بالعلاج وفقًا لمتغير المستوى التعليمي**" لم تتحقق.

رفضت النتائج هذه الفرضية، حيث ظهرت فروق دالة إحصائيًا في الالتزام بالعلاج تبعًا للمستوى التعليمي. هذا يدل على أنّ المستوى التعليمي يلعب دورًا في تحديد مدى التزام المرضى بالعلاج، ربما لأنّ ذوي التعليم الأعلى يكون لديهم وعي صحي أكبر، وفهم أعمق لأهمية الالتزام بالعلاج، وإدراك أفضل لمخاطر الإهمال.

حيث تتفق مع دراسة " (سهيلة، 2021) ، جامعة قالمة : لم تسجل فروقا في الالتزام بالعلاج وفقا لمتغير المستوى التعليمي ، واعتبرت أن التوجه الطبي والتجربة الشخصية أهم."

وتختلف مع دراسة " (محمد، 2015)، جامعة القاهرة : بينت ان ارتفاع المستوى التعليمي يرتبط بزيادة في الالتزام بالعلاج عند مرضى السكري . "

6_استنتاج عام :

بعد تحليل النتائج الميدانية، تبين أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج عند مرضى السكري، مما يؤكد أن المريض كلما كان أكثر وعيًا بطبيعة مرضه ومدى خطورته، زاد التزامه بالعلاج.

كما أظهرت الدراسة أن هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية في الالتزام بالعلاج تعود لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي، حيث كان التزام الإناث والمرضى ذوي المستويات التعليمية

العليا أعلى من غيرهم، في المقابل، لم تظهر فروق في مســـتوى إدراك المرض حســـب الجنس أو المســـتوى التعليمي، ما قد يشـــير إلى أن إدراك المرض قد لا يتأثر بهذه المتغيرات بقدر ما يتأثر بالعوامل النفسية والاجتماعية الأخرى .

وتُظهر هذه النتائج أهمية التثقيف الصـحي في تعزيز الوعي بالمرض، إلى جانب ضـرورة المتابعة النفســية والاجتماعية للمرضــى، خاصــة من الفئات الأقل التزامًا بالعلاج. فكلما تحسّــن إدراك المريض لطبيعة مرضــه وأهمية العلاج، زادت فرص التزامه بالتوصــيات الطبية، مما ينعكس إيجابًا على صحته وجودة حياته.

خاتمة :

في ختام هذه الدراسة، يتضح أن إدراك المرض يُعتبر عاملاً مهمًا يؤثر في التزام مرضى السكري بالعلاج. إذ أظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيًا بين كيفية إدراك المرضى لمرضهم ومدى التزامهم بخطط العلاج، بينما لم تُسجل فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك المرض وفقًا للجنس أو المستوى التعليمي. في المقابل، بيّنت النتائج وجود فروق في الالتزام بالعلاج تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي، ما يشير إلى ضرورة مراعاة الخصائص السوسيو-ديموغرافية عند تصميم برامج التدخل الهادفة إلى رفع معدلات الالتزام بالعلاج.

إن النتائج المتوصل إليها تساهم في إثراء البحوث النفسية والصحية حول مرضى السكري، وتفتح المجال أمام دراسات مستقبلية تهتم باستكشاف المزيد من العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على إدراك المرض والالتزام العلاجي. كما يمكن الاستفادة منها في إعداد برامج إرشادية توعوية تراعي خصوصيات المرضى بهدف تحسين جودة حياتهم والحد من مضاعفات المرض.

اقتراحات :

- ضرورة تنظيم حملات توعية تستهدف مرضى السكري بمختلف مستوياتهم التعليمية، لشرح طبيعة المرض وأهمية الالتزام بالعلاج .
- إشراك الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في متابعة المرضى، خصوصًا من الفئات التي تعاني من ضعف الالتزام.
- التركيز على الجانب النفسي والانفعالي في برامج التوعية، وليس فقط على المعلومات الطبية الجافة .
- دعم المرضى من خلال مجموعات مرافقة أو برامج دعم ذاتي لتحفيزهم على تبني سلوكيات علاجية إيجابية

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

ابركان الصـالح. (2013). ادراك المرض واسـاليب التدبر لدى مرضـى التكلس الرئوي (السليكوز). مجلة الدراسات التربوية والنفسية : جامعة السلطان قابوس .

أبو علام ، رجاء محمود. (2004). مناهج البحث في العلوم النفســـية والتربوية . (الطبعة 4): دار النشر للجامعات.

الشويخ هناء احمد. (2012). علم النفس الصحي. القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية.

أميرة محمد الدق. (2011). أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي(س) المزمن. القاهرة: (ط1)، إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع.

داودي محمد وبوفاتح. (2007). منجية كتابة البحوث العلمية والرســـائل الجامعية (الجزء الاول). مكتبة الاوراسية.

س. لينـدازي ترجمـة صـــفوت فرج. (2000). المرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين. دار الانجلو المصرية.

شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي . جامعة عمان الاهلية ، ط1: الاردن.

صـــهيب الســـامعي بوعافية نبيلة. (بلا تاريخ). الالتزام الصـــحي والامراض المزمنة _مرضى السكري نموذجا_. قسم العلوم الاجتماعي، جامعة البليدة 02.

عبد الرحمن محمد منســـي. (2003). أصـــول البحث العلمي في التربية والعلوم الانسانية. مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.

عثمان يخلف. (2001). علم النفس الصـحة (لأسـس النفسـية والسـلوكية للصـحة). الدوحة ،قطر: ط 1،دار الثقافة .

عدودة صـــــليحة. (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة. اطروحة دكتو ا ره في علم النفس العيادي.، جامعة باتنة.

عيسـاوي نوال. (2020). ادراك المرض لدى مرضـى السـكري النوع الثاني في ضـوء بعض المتغيرات الشخصية. جامعة سطيف.

فريال ناجي عزيز و آخرون. (2007). نمط الإلتزام بالعلاج لمرضى داء السكر الذين يراجعون المركز التخصصـي لأمراض الغدد الصـماء و السكري في بغداد. المجلة الطبية العراقية: المجلد .2 ، 53 ، العدد 1.

مروان عبد المجيد ابراهيم. (2000). أسـس البحث العلمي لاعداد الرسـائل الجامعية (الجزء الاول). مؤسسة الورق.

معمرية بشير. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس (الجزء الثالث). منشورات الحبر.

موســـى حميداني. (2023). ادراك المرض واثره على الالتزام بالعلاج واســـتراتيجيات التعامل لدى المرضـى الخاضـعين لعملية زرع الكلية. اطروحة مقدمة لنيل شـهادة الدكتوراه ل. م.د في علم النفس.

وكالة الانباء الجزائرية. (2022).

يوسـف محمد. (2015). العلاقة بينالمسـتوى التعليمي والالتزام بالعلاج لدى مرضـى الامراض المزمنة. جامعة القاهرة ،مصر.

- رزقي رشـيد. (2012). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضـباط الصـحي لدى مرضـى القصور الكلوي. جامعة باتنة.

المراجع الاجنبية:

ahmed, A. D. (2017). medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus : a cross_sectional study. *journal of pharmacy & biollied sciences,* , 191_198.

Ahmed, T. (2010). diabetes:the hidden pandemic and its impact on the middle east and northen Africa. Dubai, Mena Diabetes Leadership Ferom.

Al Sayah, F., Majumdar, S.R., Williams, B., et al. (2013). The association between health literacy and medication adherence among patients with diabetes: A meta-analysis ا.

Bauer .C, T. .. (2001). Observance thérapeutique chez les personnes âgées , Synthèse. paris.

Bauer .C, T. .. (2001). Observance thérapeutique chez les personnes âgées , Synthèse. paris.

Belaiche, S. (2018). Adhésion thérapeutique et variation des taux sanguinsdes anti-calcineurines chez le patient greffé rénal, En vue de l'obtention du doctorat Université Lille Nord de France.

berhe,D.F,Gebru,H.B. (2022). :: Medication adherence and associated factors among diabetes patients in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis .

bezie& al. (2006). إلى التعرف على مختلف العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج في فرنسا 2لدى عينة من مرضى السكري النوع.

Blic, J. d. (2007). Groupe de Recherche sur les Avancées en Pneumopédiatrie(GRAPP),Observance thérapeutique chez l'enfant asmatique Recommandations pour lapratique clinique. paris: Elsevier masson.

Broadbent, E. P. (2006). The brief illness perception questionnaire. Journal of Psychosomatic Research. *https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020* , 631–637.

Brown, G. K. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain.

Chrvala, C.A., Sherr, D., Lipman, R.D. (2016). :: Diabetes self-management education programs in primary healthcare: a systematic review and meta-analysis .

colis. (2008).

Cooper, A. (1998). Whose illness is it anyway? Why patient perceptions matter. *International Journal of Clinical Practice* , 551-556.

Curtis, A. J. (2001). Health Psychology . 2nd Edition, Canada.

Emma K. Massey, M. M. (2013). the role of goal cognitions, illness perceptions and treatment beliefs in self-reported adherence after kidney transplantation: a cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* , 229–234.

Fincham, J. E. (2007). Patient compliance with medications , issues and opportunities. USA: Haworth Press.

Fischer, G. (2002). Traité de psychologie de santé. paris: Edition Duno.

Fishbein, M. e. (1975). Belief, attitude, intention and behavior an introduction to theory and research. Reading, M,A: Addison on Wesley.

Gauchet, A. (2008). Observance thérapeutique et VIH , enquête sur les facteurs biologiques. France , Editions l'Harmattan.

Godin, D. B. (2003). La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement. paris.

Guyton, A. C. (2016). TEXTBOOK OF MEDICAL PHYSIOLOGY. 13TH ED: ELSVIER .

Hagger, M. S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health* .

Hassali, M. A.-Q. (2012). Does educational level of diabetic patients influence their medication adherence. *International Journal of Pharmacy Practice* , 134_140.

Horne, R. W. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: NCCSDO.

Ismail, K., Winkley, K., Rabe-Hesketh, S. (2004). Effectiveness of psychological interventions in improving glycemic control among patients with type 2 diabetes.

JANELLE, C. (2010). .LA REPRÉSENTATION DE LA MALADIE CHEZ LES GREFFÉS CARDIAQUES ET L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT : PERSPECTIVES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES. THÈSE PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE. UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL.

Jani, B.D., McQueenie, R., Nicholl, B.I., et al. (2017). :: Interventions for enhancing medication adherence in type 2 diabetes: A systematic review .

Kassahun, C.W., Mekonen, A.G., Abebe, S.M. (2016). :: Adherence to self-care behaviors and glycemic control among people with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: A meta-analysis .

Khosravi, M. (2016). Illness Perception, Depression, Anxiety and Quality of Life in Older Adults Post Coronary Heart Disease Event. Dissertation Submitted in Partial Satisfaction Of the requirement for the degree of Doctor of philosophy in the Nursing, university of California .sanfrancisco.

Lau, R. R. (1983). Common sense representations of common sense illnesses. Health Psychol., 8, 195-219.

LEVENTHAL H., M. D. (1980). The common sense representation of illess danger. In: RACHMAN S. Pergamon pp 17-30, New York: ed. Contribution to medical psychology (Vol 2).

LEVENTHAL H., M. D. (1980). The common sense representation of illess danger. In: RACHMAN S.,. New York, Pergamon pp 17-30.: ed. Contribution to medical psychology (Vol 2).

Leventhal, H. D. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions.Cognitive Therapy and Research, 143-163.

Leventhal, H. N. (1984). Illness representations and coping with health threats. Handbook of psychology and health: sociological aspects of health (pp. 219-252).Hillsdale, NJ: Earlbaum.: In A.Baum, S. E. Tayloy, & J. E. Singer.

LEWKO J_et al. (2007). نوعيـة الحيـاة وعلاقتـه لـدرجـة قبول المرض في المرضى السكري مع او بدون اعتلال الأعصاب المحيطية السكري.

M.R, D. (2007). "Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis". Medical Care 45.

Meyer, D. L. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. Health Psychol., 4, 115-135.

N, S. (1994). Models of Health Behaviors and Compliance: Applications to Audiological Rehabilitation Research.

Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., et al. (2014). Interventions for improving adherence to medication in people with type 2 diabetes mellitus .

Norris, S.L., Lau, J., Smith, S.J., et al. (2002). The effect of diabetes education on knowledge, self-management behaviors, and self-efficacy among type 2 diabetes patients .

OMS. (2003).

Pertirea, B. &. (2005). The Brief Illness Perception Questionnaire. Department of Psychological Medicine, Faculty of Medical and Health Sciences. Department of Psychological Medicine.

Petrie KJ, W. J. (2006). Why illness perceptions matter. Clin Med.; 6 Pinson, C.W., Feurer, I.D., Payne, J. L., Wise, P.E., Shockley, S.,

& Speroff, T. (2000). Health-related quality of life after different types of solid organ transplantation.Annals of Surgery.

petrie, K. D. (2002). The role of illness perceptions in patients with medical conditions, Current opinion in psychiatry. *https://doi.org/10.1097/00001504-200203000-00013* , 163_167.

Phillipe, G. S. (2004). changer les comportements de santé par des méthodes inspérées du marketing. Quèbec, CANADA.

Polonsky, W.H., Henry, R.R. (2016). :: Barriers and facilitators to medication adherence in adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review .

Rahe .R .H, A. R. (1978). Life change and illness studie , past history and futur direction , Journal of Human Stress ;4,-3- 15 .

Raymond, B. (2008). L'infliancedes representations de la maladie,de la douleur,et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail, institut de recherche Robert-Sauvé en santè et securité de travail,Québec .

Reach, G. (2006). Clinique de l'observance :l'exemple des diabètes. Paris : Editions John 11.

Scharloo, M. K. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. J.Psychosom.Res., 44, 573-585.

Shrivastava, S.R., Shrivastava, P.S., Ramasamy, J. (2013). A meta-analysis of self-care behaviors among type 2 diabetes patients .

Sylvie, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. Recherche en soins infirmiers N-64.

Taylor, D. (2006). A Review of the use of the Health Belief Model HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change. The Department of Practice and Policy The School of Pharmacy, University of LondonLondon WC1N 1AX.

Tseng, S.-T. (2008). The Relationships between Ilness Perception .Social Support. Coping On MOOD AFTER FIRST-TILE MYOCARDIAL INFRACTION.

Uchendu, C., Blake, H. (2017). : Psychosocial interventions for patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis.

Werle, C. (s.d.). Les déterminant du comportement de santé préventive. revue de la littérature, perspectives de recherche et étude exploratoire.

WHO. (2022). Récupéré sur منظمة الصحة العالمية.

WHO. (2003). World Health Organization, Adherence to long-term therapies, evidence for action, World. Switzerland.

Zani, B. (2002). Théorie et modèle en psychologie de la santé. paris: Dunod.

الملاحق

الملحق 1: استبيان ادراك المرض الموجز (Brief IPQ)

تعليمة الاجراء : ضع دائرة حول الرقم الذي ينطبق عليك من بين هذه الأسئلة

_ كيف يؤثر المرض على حياتك؟

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لايؤثر كثيرا يؤثر كثيرا

_ كم من الوقت يدوم مرضك ؟

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

قليلا جدا دائما

_ كيف تقيم قدرتك على التحكم بمرضك؟

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لايوجد تحكم اطلاقا تحكم بانتظام

_كيف ترى فعاليةالعلاج لشفائك؟

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لا شيء مفيد للغاية

-كيف هي الأعراض المتكررة لمرضك؟

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لاتوجد اعراض أبدا كثير من الاعراض الخطيرة

-كيف تتعايش مع مرضك؟

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لا يوجد تعايش كثير من التعايش

-كيف ترى مفهومك لمرضك؟

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لا أفهمه اطلاقا أفهمه جدا

-كيف يؤثرالمرض على عواطفك؟(مثل :يغضبك ،يخيفك ،يجعلك مكتئب)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لا أتأثر اطلاقا أتأثر كثيرا

-اختر ثلاثة أسباب رئيسية تراها سببا لمرضك،وهذه الأسباب هي:

1_..... 2_..... 3_.....

الملحق 2: مقياس الالتزام بالعلاج متعدد الابعاد (MAQ)

تعليمة الاجراء :اليك العبارات التالية، يمكنك الإجابة بأحد الخيارات والتي تنطبق عليك.

العبارة	البدائل					
	ابدا 1	تقريبا ابدا 2	مرات قليلة 3	احيانا 4	تقريبا دائما 5	دائما 6
البعد الأول :حول حضور المواعيد والفحوصات الطبية						
أ-كُنت أحضُرُ خلال الأشهر الثلاثة الماضية جميع المواعيد الطبية، الفحوصات الطبية والعلاجات المبرمجة.						
ب-كُنت أنسى خلال الأشهر الثلاثة الماضية حضور كل المواعيد الطبية، الفحوصات الطبية والعلاجات المبرمجة.						
ج-كُنت اتخلف خلال الأشهر الثلاثة الماضية عن حضوربعض المواعيد الطبية، الفحوصات الطبية والعلاجات المبرمجة.						

2-البعد الثاني :حول الالتزام بتناول الدواء						
أ-كُنت اتناول خلال الأشهر الثلاثة الماضية كل الادوية التي وصفها لي طبيبي، ووفقًا للطريقة التي أخبرني بها لتناولها.						
ب-كُنت أنسى خلال الأشهر الثلاثة الماضية تناول كل الأدوية التي وصفها لي طبيبي، ووفقًا للطريقة التي أخبرني بها لتناولها.						
ج – كُنت أنسي خلال الأشهر الثلاثة الماضية، اتناول بعض الادوية التي وصفها لي طبيبي ولأي سبب من الأسباب، ووفقًا للطريقة التي طلبها مني لتناولها.						
البعد الثالث :حول تناول المشروبات الكحولية						
أ-كُنت اتبع خلال الأشهر الثلاثة الماضية تعليمات طبيبي بشأن تناول المشروبات الكحول.						
ب-كُنت اتجاهل احيانا خلال الأشهر الثلاثة الماضية،ولأي سبب من الأسباب تعليمات طبيبي بشأن تناول المشروبات الكحولية والحضور للمواعيد والفحوصات الطبية.						

ج-كُنت أنسى خلال الأشهر الثلاثة الماضية اتباع تعليمات طبيبي بشأن تناول المشروبات الكحولية.						