جامعة الجزائر-2-

أبو القاسم سعد الله

كليـــة العلـــوم الإجتماعـيـة

قسم علم النفس

عنوان البحث:

علاقة المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي نمط الشخصية د بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د تخصص علم النفس الصحة

إعداد الطالبة:

ديهية أيت حمودة

تحت إشراف:

د. محمد أجراد

السنة الجامعية

2018/2017

*** ملخص البحث باللغة العربية:**

"علاقة المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية".

*** هدف البحث:**

يهدف البحث الحالي إلى تحديد مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، كما تهدف إلى دراسة الفروق في مستوى الملاءمة العلاجية وفقا لمتغيرات الجنس، السن، مستوى التعليم، ومدة المرض لدى مرضى الربو، وتحديد مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو، و تحديد نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو، وتهدف أيضا إلى معرفة ما إن كان مرضى الربو (عينة البحث الحالي) يتميزون بنمط الشخصية "د"، و دراسة طبيعة العلاقة التفاعلية بين الملاءمة العلاجية والمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو.

*** تساؤلات البحث:**

التساؤل الأساسي للبحث الحالي: "**هل توجد علاقة بين الملاءمة العلاجية والمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو؟**". "**هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى لبعض العوامل السوسيوديمغرافية؟**".

ويتفرع من التساؤل الأساسي للبحث الحالي التساؤلات الفرعية التالية:

1- ما هو مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو؟.

2- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير الجنس؟.

3- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير السن؟.

4- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير مستوى التعليمي؟.

5- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة المرض؟.

6- ما هو مستوى المعتقدات الصحية؟.

7- ما نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو؟.

8- هل يتميز المرضى الربويين (عينة البحث الحالي) بنمط الشخصية "د"؟.

9- هل توجد علاقة بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو؟.

*** فرضيات البحث:**

نقترح الفرضيات التالية للإجابة على تساؤلات البحث الحالي:

1- مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو منخفضة.

2- توجد فروق بين الجنسين في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

3- توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للسن.

4- توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمستوى التعليم.

5- توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة المرض.

6- مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو منخفضة.

7- مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو (عينة البحث الحالي) هو مصدر الضبط الخارجي (نفوذ- حظ).

8- يتميز مرضى الربو (عينة البحث الحالي) بنمط الشخصية "د".

9- توجد علاقة بين الملاءمة العلاجية والمعتقدات الصحية، ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو.

*** منهج المتبع في البحث:**

اعتمدت الباحثة في البحث الحالي على المنهج الوصفي لأنه الأنسب لطبيعة دراستنا، وبعد جمع المعطيات وتفريغها تم إجراء الإحصائية وتوصلنا إلى النتائج التالية:

1- مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو متوسطة، حيث أن نسبة المرضى ذوي مستوى متوسط في الملاءمة العلاجية **(94،40 %)** أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في الملاءمة العلاجية **(3،97%).**

2- لا توجد فروق دالة إحصائيا (عند 0،05) بين الجنسين في متوسط الملاءمة العلاجية.

3- لا توجد فروق دالة إحصائيا (عند 0،05) في متوسط الملاءمة العلاجية بإختلاف سن مريض بالربو.

4- لا توجد فروق دالة إحصائيا (عند 0،05) في متوسط الملاءمة العلاجية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

5- لا توجد فروق دالة إحصائيا (عند 0،05) في متوسط الملاءمة العلاجية تعزى لمدة المرض.

6- مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو متوسط، حيث أن نسبة المرضى ذوي مستوى متوسط في المعتقدات الصحية **(87،50%)** أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في المعتقدات الصحية **(1،14%)**.

7- مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو، هو مصدر الضبط خارجي نفوذ بنسبة **(22،49%)**.

8- يتميز مرضى الربو بنمط الشخصية "د"، لأن نسبة المرضى ذوي مستوى متوسط في نمط الشخصية "د" قدرت بـ **87،30%** أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في نمط الشخصية "د" **(12،70%)**.

9- لا توجد علاقة بين الملاءمة العلاجية والمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو.

2- ملخص باللغة الفرنسية:

La relation entre les croyances de la santé , lieux de contrôle de la santé et type de personnalité « d » en rapport avec l'observance thérapeutique chez les asthmatiques, à la lumière de quelques variables socio-démographiques.

Résumé de la recherche :

Notre travail de recherche a d'abord pour objectif d'identifier le niveau de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques ; puis, dans un second temps, il s'agira d'étudier les différences dans le niveau de l'observance thérapeutique selon les variables du sexe, de l'âge, du niveau d'étude et de la durée de la maladie chez les asthmatiques. Nous essaierons ensuite de déterminer le niveau de croyances de la santé ainsi que la nature du lieu de contrôle de santé le plus répandu chez cette population, l'objectif consistant à la fois à vérifier si les asthmatiques (notre échantillon actuel) sont concernés par le type de personnalité D et à étudier la nature de la relation interactive entre l'observance thérapeutique, les croyances de la santé, le lieu de contrôle de santé et le type de personnalité D chez les asthmatiques.

Le questionnement de la recherche :

La principale question de notre recherche est la suivante : existe-il une relation entre l'observance thérapeutique, les croyances de la santé, le lieu de contrôle de la santé et le type de personnalité D chez les asthmatiques? Existe-il des différences dans le niveau de l'observance thérapeutique qui soient imputables à quelques facteurs socio-démographiques ?

A travers cette question principale, nous évoquerons les questions suivantes :
1- Quel est le niveau de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques ?
2- Y a-t-il des différences dans le niveau de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques qui soient imputable à la variable du sexe ?
3- Y a-t-il des différences dans le niveau de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques qui soient imputables à la variable de l'âge ?
4- Y a-t-il des différences dans le niveau de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques qui soient imputables à la variable du niveau d'étude ?
5- Y a-t-il des différences dans le niveau l'observance thérapeutique chez les asthmatiques qui soient imputables à la variable de la durée de la maladie ?
6- Quel est le niveau des croyances de la santé ?
7- Quel est la nature du lieu de contrôle le plus répondu chez les asthmatiques ?
8- Est-ce que les asthmatiques (l'échantillon de la recherche actuelle) sont concernés par le type de personnalité D ?
9- Y-a-t-il une relation entre les croyances de la santé, le lieu de contrôle et le type de personnalité D avec l'observance thérapeutique chez les asthmatiques ?

Les hypothèses de la recherche :

Nous émettons les hypothèses suivantes afin de répondre au questionnement de notre recherche :
1- Le niveau de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques est de base.

2- Il existe des différences entre le sexe dans la moyenne de l'observance thérapeutiques chez les asthmatiques.
3- Il existe des différences dans la moyenne de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques, imputables à l'âge.
4- Il existe des différences dans la moyenne de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques, imputables au niveau d'étude.
5- Il existe des différences dans la moyenne de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques, imputables à la durée de la maladie.
6- Le niveau des croyances de la santé chez les asthmatiques est de base.
7- Le lieu de contrôle de santé le plus répondu chez les asthmatiques (échantillon de la recherche actuelle) est le lieu de contrôle extérieur (influence, chance).
8- Les asthmatiques (l'échantillon de la recherche actuelle) sont caractérisés par le type de personnalité D.
9- Il existe une relation entre l'observance thérapeutique, les croyances de la santé, le lieu de contrôle et le type de la personnalité D chez les asthmatiques.

La méthode suivie dans la recherche :

La chercheuse a recouru dans la recherche actuelle à la méthode descriptive dans la mesure où cette méthode répond à la nature de notre recherche. Après avoir additionné les données et analyser la procédure statistique, nous sommes arrivés aux résultats suivants :
1-Le niveau de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques est moyenne, le pourcentage des malades qui ont un niveau moyen dans l'observance thérapeutique (% 94،40) étant plus grand que le pourcentage des malades qui ont un niveau bas dans l'observance thérapeutique . (%3،97)
2-Il n'existe pas de différences statistiquement significatives (0,05) entre le sexe dans l'observance thérapeutique.
3- Il n'existe pas de différences statistiquement significatives (0,05) dans la moyenne de l'observance thérapeutique à la différence de l'âge du malade souffrant de l'asthme.
4- - Il n'existe pas de différences statistiquement significatives (0,05) dans la moyenne de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques, imputables au niveau d'étude.
5- Il n'existe pas de différences statistiquement significatives (0,05)
dans la moyenne de l'observance thérapeutique imputable à la durée de la maladie.
6- Le niveau des croyances de la santé chez les asthmatiques est moyen, le pourcentage des malades qui ont un niveau moyen dans les croyances de la santé (%87،50) étant plus grand que celui des malades qui ont un niveau bas dans les croyances de la santé. (%1،14)
7- Le lieu de contrôle de santé le plus répondu chez les asthmatiques est le lieu de contrôle extérieur augmentant en pourcentage (%22،49)
8-Les asthmatiques sont caractérisés par le type de personnalité D, estimé à,%87،30 plus grand en pourcentage que les malades qui ont une moyenne basse dans le type de personnalité D (%12،70).
9-Il n'existe pas de relation entre l'observance thérapeutique, les croyances de la santé, le lieu de contrôle et le type de personnalité D chez les asthmatiques

كلمة شكر

أوجه بالشكر إلى المولى القدير سبحانه وتعالى وأحمده على كل نعمة أنعم بها علي وعلى توفيقي في إنجاز هذا العمل المتواضع.

كما أقدم بالشكر والتقدير والعرفان بالجميل إلى الأستاذ القدير "أجراد محمد " الذي كان خير مشرف لي في هذا العمل المتواضع، ولم يبخل علي بوقته وجهده وتوجيهاته ونصائحه القيمة.

كما لا أنسى تقديم الشكر والتقدير إلى الأستاذة التي لم تبخل علي بمعلوماتها ونصائحها القيمة وتوجيهاتها الأستاذة القديرة "أيت حمودة حكيمة".

ولا أنسى بالذكر أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم لمناقشة الأطروحة.

كما أشكر كل ما ساعدني وشجعني في سبيل إتمام هذا العمل.

الإهداء

إلى روح أمي الغالية رحمها الله وأسكنها فسيح جنانه.

والتي تمنت دائما نجاحي.

إلى من أجهد نفسه من أجلي.

ومهد لي طريق العلم وشجعني.

أبي العزيز على قلبي.

إلى من شارك الحياة معي.

و قاسم الحلو والمر معي.

إخوتي وأخواتي.

أعز ما أملك في حياتي.

إلى أعز من إلتقيت في حياتي.

صديقات درب دراستي.

إلى كل من يؤمن بأن العلم نور والجهل ظلام.

- **ديهية .**

فهرس المحتوى

العنوان **الصفحة**

كلمة شكر

إهداء

ملخص البحث باللغة العربية

ملخص البحث باللغة الفرنسية

مقدمة البحث.....1-7

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام البحث

إشكالية البحث.....8

فرضيات البحث.....16

أهداف البحث.....17

أهمية البحث:.....17-18

تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث.....18-20

الفصل الثاني: المعتقدات الصحية

* تمهيد.....21

أولا: المعتقدات

1- تعريف المعتقد.....22

1-1- تعريف المعتقد لغة.....22

1-2- تعريف المعتقد إصطلاحا.....22

2- خصائص المعتقد.....23

3- أنواع المعتقد.....24

3-1- المعتقد الديني.....24

3-2- المعتقد الشعبي.....24-25

3-3- المعتقد المعرفي.....25-26

3-4- المعتقد الصحي.....26-27

ثانيا: مفهوم الصحة

1- الصحة ومفاهيمها.....27-29
2- التصورات النظرية لمفهوم الصحة.....29-30
3- مجالات الصحة.....30-32

ثالثا: المعتقدات الصحية

1- نشأة نموذج المعتقدات الصحية.....33-39
2- مصدر المعتقدات الصحية.....40
2-1- الثقافة.....40
2-2- التاريخ الفردي والعائلي.....40
2-3- تأثير الوسط الاجتماعي على المعتقدات الصحية.....40-41
3- إسهامات نموذج المعتقدات الصحية في مجال الصحة.....41-44
4- دور المعتقدات الصحية في المرض المزمن.....44
5- علاقة المعتقدات الصحية للمريض بالربو بالملاءمة العلاجية.....45-53
6- كيفية الكشف عن هذه المعتقدات الصحية في الممارسة الميدانية.....53-55
7- دور التربية العلاجية في تعديل المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وإنعكاسها في تحسين الملاءمة العلاجية.....55-58
8- الانتقادات الموجهة لنموذج المعتقدات الصحية.....59
* خلاصة.....60

الفصل الثالث: مصدر الضبط الصحي

* تمهيد.....61

أولا: مركز الضبط

1- التطور التاريخي لمفهوم الضبط الداخلي والخارجي.....62-63
2- تعريف مركز الضبط.....63-64
3- أبعاد مركز الضبط.....64
3-1- البعد الداخلي لمركز الضبط.....64-65

3-2- البعد الخارجي لمركز الضبط.....65
4- مصادر مركز الضبط.....66
4-1- عند فئة الضبط الداخلي.....66
4-2- عند فئة الضبط الخارجي.....66
5- العوامل المؤثرة في مركز الضبط.....67
5-1- مركز الضبط والسن.....67
5-2- مركز الضبط والجنس.....68-69
5-3- مركز الضبط والتنشئة الاجتماعية.....70-73
6- سمات أفراد ذوي الضبط الداخلي والخارجي.....73
6-1- سمات أفراد ذوي الضبط الداخلي.....74-75
6-2- سمات أفراد ذوي الضبط الخارجي.....75-77
7- النظريات السيكولوجية المفسرة لمركز الضبط.....77
7-1- نظرية الدافعية الداخلية /الخارجية.....77-79
7-2- نظرية العزو السببي.....79-81
7-3- نظرية العزو.....81-83
7-4- نظرية العجز المتعلم (المكتسب).....83-85
7-5- نظرية دافع الكفاءة.....85-86
ثانيا: مصدر الضبط الصحي
1- مفهوم مصدر الضبط الصحي.....87
2- أبعاد مصدر الضبط الصحي.....87-88
2-1- البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي.....88
2-2- البعد الخارجي النفوذ لمصدر الضبط الصحي.....88
2-3- البعد الخارجي الحظ لمصدر الضبط الصحي.....88
3- أنماط مصدر الضبط الصحي.....88-89
4- مقاييس مصدر الضبط الصحي.....89-91
5- فعالية مصدر الضبط الصحي.....91-92

6- علاقة مصدر الضبط الصحي بالسلوكات الصحية.....93-94
7- علاقة مصدر الضبط الصحي بالأمراض العضوية.....94-97
8- علاقة مصدر الضبط الصحي بمرض الربو.....97-98
* خلاصة.....99

الفصل الرابع: نمط الشخصية "د"

* تمهيد.....100
1- نبذة تاريخية عن ظهور أنماط الشخصية.....101
1-1- نظرية هيبوقراط.....101-102
1-2- نظرية كريتشمر.....102-103
1-3- كارل يونغ.....104
2- تعريف أنماط الشخصية.....104-105
3- ظهور أنماط الشخصية.....105-106

أولا: نمط الشخصية (أ)

1- تعريف نمط الشخصية (أ).....106-107
2- السمات المميزة لنمط الشخصية (أ).....107-108
3- نمط الشخصية (أ) والإصابة بالأمراض القلبية-الوعائية.....108-113
4- النظريات المفسرة لنمط الشخصية (أ).....113
4-1- نظرية التعلم الاجتماعي.....113-114
4-2- نظرية مفهوم الذات لروجرز.....114-115
4-3- النظرية الفيزيولوجية.....115
4-4- نظرية التحليل النفسي.....116
5- الانتقادات الموجهة لنمط الشخصية (أ).....117-118

ثانيا: نمط الشخصية (ب)

1- تعريف نمط الشخصية (ب).....118-119
2- السمات المميزة لنمط الشخصية (ب).....119-120
3- نمط الشخصية (ب) والأمراض العضوية.....121

4- الخصائص الشخصية التي تفرق بين النمطين (أ) و (ب).....122-124
ثالثا: نمط الشخصية (ج)
1- تعريف نمط الشخصية (ج).....125-126
2- السمات المميزة لنمط الشخصية (ج).....126-127
3- نمط الشخصية (ج) ومرض السرطان.....127-129
رابعا: نمط الشخصية (د)
1- تعريف نمط الشخصية (د).....130-131
2- السمات المميزة لنمط الشخصية (د).....131
3- علاقة نمط الشخصية (د) بالصحة والمرض.....131-136
4- الوسائل المساعدة لأفراد ذوي نمط الشخصية (د).....136-137
5- الانتقادات الموجهة لنمط الشخصية (د).....137
* خلاصة.....138

الفصل الخامس: الملاءمة العلاجية

* **تمهيد**.....139
1- تعريف الملاءمة العلاجية.....140-142
2- تعريف عدم الملاءمة العلاجية.....142
3- أصناف المرضى غير الممتثلين.....143
4- أنواع عدم الملاءمة العلاجية.....143
4-1- عدم الملاءمة العلاجية غير المستقر.....143
4-2- عدم الملاءمة العلاجية غير المتعمد.....143
4-3- عدم الملاءمة العلاجية المتعمدة.....143-145
5- العوامل المحددة للملاءمة العلاجية.....145
5-1- العوامل الشخصية.....145-147
5-2- العوامل السوسيوديمغرافية.....147-149
5-3- دور الأسرة.....150
5-4- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب-مريض.....151-152

5-5- العوامل المتعلقة بالمرض.....152-153
5-6- العوامل المتعلقة بالعلاج.....153-156
6- النماذج النظرية المفسرة للملاءمة العلاجية.....156
6-1- نموذج المعتقدات الصحية.....156-160
6-2- نموذج المعرفي.....160-163
6-3- نموذج مراحل التغيير.....163-165
6-4- نموذج النشاط العقلاني.....165-166
6-5- نموذج السلوك المخطط.....167-169
6-6- نموذج الملاءمة العلاجية.....169-172
7- الملاءمة العلاجية ومرض الربو.....172-175
8- إستراتجيات تحسين الملاءمة العلاجية.....175
8-1- تعليم المرضى.....175-176
8-2- تحسين المعرفة والفهم.....176
8-3- الاستراتجيات السلوكية لتحسين سلوك الملاءمة العلاجية.....176
8-4- تبسيط العلاج.....176
8-5- تحسين عملية التذكير.....177
8-6- تعليم القائمين على الرعاية الصحية.....177-178
9- صعوبات قياس الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.....178-183
* خلاصة.....184

الفصل السادس: مرض الربو

* تمهيد.....185
1- تعريف مرض الربو.....186-187
2- أعراض مرض الربو.....187-190
3- النوبة الربوية.....190-192
4- تشخيص مرض الربو.....192-194
5- أدوات وإجراءات التشخيص والإعلان عن المرض.....195-198

6- أنواع الربو.....198
6-1- الربو التحسسي (ناتج عن عوامل خارجية).....198-199
6-2- الربو الداخلي غير التحسسي.....199
7- درجات الربو وتصنيفاته.....199-200
8- العوامل السببية للربو.....200-201
8-1- عوامل الاستعداد.....201-204
8-2- العوامل المساعدة.....204-211
9- النظريات المفسرة لمرض الربو.....212
9-1- وجهة نظر التناول السلوكي في الربو.....212-217
9-2- وجهة نظر التناول السيكوسوماتي في الربو.....217-220
9-3- وجهة نظر التناول التحليلي في الربو.....220-221
10- علاج مرض الربو.....221
10-1- العلاج الدوائي.....221-229
10-2- العلاج النفسي.....230-231
* خلاصة.....231-232

الجانب التطبيقي

الفصل السابع: الإجراءات الميدانية

* تمهيد.....233
1- دراسة الاستطلاعية.....234-237
2- منهج البحث.....237
3- العينة وطريقة إختيارها.....238
3-1- معايير إختيار العينة.....238
3-2- خصائص العينة.....239-242
4- أدوات البحث.....242
4-1- مقياس المعتقدات الصحية.....242-246
4-2- مقياس متعدد أبعاد لوالستون لمصدر الضبط الصحي.....246-251

4-3- مقياس نمط الشخصية "د".....251-253
4-4- مقياس الملاءمة العلاجية.....254-257
5- مكان وطريقة إجراء البحث.....257-258
6- المعالجة الإحصائية.....258

الفصل الثامن: عرض ومناقشة النتائج

* تمهيد.....259
1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى.....259-268
2-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....268-270
3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....270-273
4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....273-276
5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....276-279
6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....279-288
7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.....288-292
8- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.....292-298
9- عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.....298-304
* خاتمة البحث.....305-307
* الإقتراحات.....308-311
* قائمة المراجع.....312
* المراجع باللغة العربية.....312-319
* المراجع باللغة الأجنبية.....320-333
* الملاحق

فـهرس الـجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الخصائص السلوكية التي تفرق بين النمطين "أ" و "ب"	122-123
02	أنواع عدم الملاءمة العلاجية	144
03	تلخيص أهم نقاط النموذج المعرفي لـ لاي **(Ley)**	163
04	شبكة المؤشرات المتعلقة بدرجات مرض الربو	197
05	درجات الربو وتصنيفاته	200
06	الأدوية الخاصة بكل شكل من أشكال الربو	223
07	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	239
08	توزيع أفراد العينة حسب السن	239
09	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	240
10	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	240
11	توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض	241
12	توزيع أفراد العينة حسب مدة العلاج	241-242
13	نتائج الصدق الظاهري لبنود المقياس في صورته الأولية حسب المحكمين	244
14	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والأبعاد	245
15	معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس المعتقدات الصحية	245
16	يوضح ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي من خلال طريقة الاتساق الداخلي (ألفا كرومباخ) و طريقة التجزئة النصفية	247
17	يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي و الدرجة الكلية للبعد	248
18	يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد ضبط الحظ و الدرجة الكلية للبعد	248
19	معاملات الارتباط بين بنود بعد نفوذ الآخرين و الدرجة الكلية	249
20	قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا و الفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي	250
21	يوضح قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا و الفئة الدنيا في بعد الحظ	250

22	بين متوسطات الفئة العليا و الفئة الدنيا في بعد نفوذ الآخرين	250
23	نتائج الصدق الظاهري لبنود المقياس في صورته الأولية حسب المحكمين	253-252
24	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان ببعديه	253
25	معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس نمط الشخصية "د"	253
26	نتائج الصدق الظاهري لبنود المقياس في صورته الأولية حسب المحكمين	256-255
27	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والأبعاد	256
28	معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس الملاءمة العلاجية	256
29	نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية بين المتوسط الافتراضي و متوسط العينة	259
30	نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)	260
31	نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية حسب متغير الجنس	268
32	نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي(ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير السن	270
33	نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي(ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للمستوى التعليمي	274
34	نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي(ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة الإصابة بالمرض	276
35	نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط المعتقدات الصحية بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة	280
36	نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات المعتقدات الصحية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة) لدى مرضى الربو	280
37	نتائج تطبيق اختبار فريدمان لتحديد مستويات مصدر الضبط الصحي (داخلي، خارجي نفوذ، خارجي حظ) لدى مرضى الربو	288

38	نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط نمط الشخصية "د" بين المتوسط الافتراضي و متوسط العينة	293
39	نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات نمط الشخصية "د" (أقل من 20، أكثر أو يساوي 20) لدى مرضى الربو	294
40	معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و مصدر الصحي (داخلي، نفوذ، حظ) و نمط الشخصية "د" مع الملاءمة العلاجية	298

فـهرس الأشكـال

الرقم	العـنوان	الصفحة
01	نموذج المعتقدات الصحية العامة لـ بيكر	36
02	نموذج المعتقدات الصحية	38
03	علاقة بعض المعتقدات تجاه إستعمال الكورتيكويد بالملاءمة العلاجية	48
04	شكل توضيحي لبعدي الإستقرار ومركز الضبط	83
05	مخطط يمثل علاقة مصدر الضبط الصحي بالمرض الجسدي	96
06	العوامل المسببة للاضطرابات القلبية لدى نمط "أ"	111
07	تطور نمط (ج) حسب تيموشك (1987)	129
08	دور العوامل النفسية – الفيسيولوجية والسلوكية كعوامل تتوسط العلاقة بين النمط "د" والصحة المرض	134
09	الميكانزمات النفسية– الفسيولوجية (الإفتراضية) التي تربط نمط الشخصية "د" بنتائج إكلينيكية مضطربة	135
10	نموذج المعتقدات الصحية	157
11	نموذج تفسيري لعلاقة المعتقدات الصحية والسلوك المرضي أو الصحي	159
12	النموذج المعرفي للملاءمة العلاجية لـ **(Ley)**	160
13	نموذج النشاط العقلاني **(T.R.A)**	166
14	نموذج السلوك المخطط **(T. P. B)**	168

15	نموذج الملاءمة العلاجية **(H. C. M)**	171
16	مخطط يوضح تشخيص مرض الربو في الممارسة الاكلينيكية	194
17	العوامل المسببة للربو	211
18	يوضح دورة علاج مرض الربو تحت المراقبة	226
19	نسب توزيع مستويات الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو	261
20	نسبة توزيع مستويات المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو	281
21	نسب توزع نمط الشخصية "د" (أقل من 20، أكثر من 20) لدى مرضى الربو	295

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام

البحث

*** مقدمة البحث:**

يعتبر مرض الربو من الأمراض المزمنة الشائعة وتزداد نسبة الإصابة به باستمرار ويوما بعد يوم في جميع أنحاء العالم، وقدرت بحوالي 150 مليون شخص في كافة أنحاء العالم يعانون من مرض الربو. وحسب الاحصائيات العالمية فإن نسبة الاصابة بمرض الربو تقدر بين 5- 10%. ويزيد معدل الإصابة بالربو لدى الأطفال بين الرابعة والعاشرة من العمر وخاصة الذكور، بينما تزيد النسبة بعد سن الأربعين عند البالغين وخاصة النساء.

وقدر مدى تواتر مرض الربو في العالم سنة 2016 بـ 300 مليون مريض، ويمثل مشكل صحي عالمي كبير، ويمس كل الفئات العمرية وهو في تزايد مستمر في العديد من البلدان في طريق النمو. كما أن تكاليف هذا المرض في تزايد وتكلف ميزانية المرضى والمصالح الصحية.

وفي السياق نفسه، أشار **كراتز وآخرون (Krantz et al, 1997)** حول مدى انتشار مرض الربو، بأن الإصابة به والوفاة بسببه في تزايد مستمر خلال السنتين الأخيرتين في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الغربية الأمريكية. وقدرت النسبة بين 10 إلى 15 مليون شخص بالولايات المتحدة الامريكية مصاب بالربو، حيث قدر تواتر انتشار المرض لدى فئة الراشدين بين 4 إلى 5%.

وبالنسبة للجزائر، أظهر التحقيق الوطني الصحي الذي أجري سنة 1990 من طرف المعهد الوطني للصحة العامة أنّ الأمراض التنفسية تحتل في الجزائر المكانة الأولى. كما تحتل الأمراض التنفسية المزمنة المرتبة الثانية بعد الأمراض القلبية الوعائية، وتشكل **35,70%** من أسباب المرض وطلب الفحص الطبي، وأكثرها تواترًا داء الربو.

الربو مرض مزمن متواتر وقد يمثل خطرا، وتثقل تكاليف هذا المرض ميزانية المرضى، وعائلتهم والمجتمع. ويسبب هذا المرض أعراض تنفسية، وحدوث نوبات ويؤدي إلى تحديد النشاط، كما قد يستدعي المرض أحيانا عناية طبية استعجالية والتي قد تكون مهددة لحياة المريض.

هذا بالإضافة إلى إزدياد نسبة الوفيات بهذا المرض بشكل كبير وارتفاع التكاليف الاقتصادية الناجمة عن المرض. وقد نشرت منظمة الصحة العالمية أن التكاليف الاقتصادية الناجمة عن مرض الربو تعادل التكاليف الاقتصادية الناجمة عن مرضي الإيدز و الدرن مجتمعين.

وفيما يخص التكاليف العلاجية الكلية لمرض الربو في الولايات المتحدة الأمريكية، أشار **كراتز وآخرون (Krantz et al, 1997)** أنها قدرت سنة 1990 بين 3.64 إلى 6.21 بليون دولار أمريكي وتمثل تكاليف الزيارات الطبية، الاستشفاء الاستعجالي والزيارات الاستعجالية المنزلية. ضف إلى ذلك يتوفى أكثر من 5000 شخص سنويا بسبب الربو.

وترى **(Gina, 2016)** بأنه من المهم تحديد المرضى الذين لديهم خطر الوفاة بسبب الربو، وتوصلوا إلى أنهم يتميزون بوجود سوابق ربوية شكلت تهديدا لحياة المريض، الاستشفاء أو التعرض لعلاج استعجالي للربو خلال 12 شهر الماضية، عدم الملاءمة العلاجية، وجود سوابق لاضطرابات عقلية أو مشكلات نفسية–اجتماعية، وجود حساسية غذائية مؤكدة لدى مريض الربو وتناول مفرط لدواء **(BAAC : Béta-agonistes à action courte)** أي تناول أكثر من قارورة في الشهر وفي الأخير غياب مخطط تدخل علاجي (كتابي) لمواجهة نوبة الربو.

وفي الجزائر، يعتبر الرّبو مشكل صحة عامة، وتتراوح نسبة انتشاره بين 2 إلى 3% حسب تقدير سنة 1992، حيث يسجل كل سنة ما يتعدى عن 500.000 حالة ربو تستلزم التكفل والعلاج في المصالح الصحية. وتستدعي هذه الإصابة مستلزمات علاج مهمة على مستوى مصالح الاستعجالات أو في الهياكل الصحية التي توفر تكفل غير مستقر للمرضى. كما تثقل تكاليف هذا الداء ميزانية الصحة والعائلات.

إن عدم التحكم في الربو بشكل جيد يؤثر على حياة المريض مؤديا لقلة النوم وعدم الانتظام في المدرسة أو العمل بسبب السعال المزمن وتكرار النوبات. كما يؤدي إلى تأخر النمو عند الأطفال خصوصا إذا كان يعاني هن حالة الربو الشديدة. وقد يؤدي الربو إلى الوفاة إذا تجاهل المرض والأعراض ولم تكشف مبكرا، وعدم أخذ الاحتياطات اللازمة والنصائح الطبية.

وعموما فإن مرضى الربو بإمكانهم العيش حياة طبيعية نشيطة إذا ما تعرفوا على مرضهم جيدا وتعلموا كيفية الوقاية من النوبات وكيفية السيطرة على الربو والمداومة على خطة العلاج.

وفي الجزائر، يعتبر الرّبو لدى جلة الباحثين **(رحال (Rahal, 1991)** ، و**آيت خالد (Aït Khaled, 1992)** وخلاف**((Khellaf, 1982))** مصدرًا للعديد من العوائق المدرسية، المهنية والنفسية، ويؤدي إلى عجز تنفسي لدى فئة الشباب. ففي دراسة قام بها **رحال (Rahal, 1991)** على **3118** مريض، وجد لدى **20%** من الأطفال تأخرًا مدرسيًا بسبب المرض، قد يؤدي إلى التغيب عن المدرسة، في حين وجد نسبة **11,30%** من الراشدين يتغيبون عن العمل، وقد تؤدي الانعكاسات المهنية الخطيرة إلى تغيير كلي لنوع العمل الممارس. كما قد يؤدي المرض إلى تغيير مقر السكن في **0,90%** من الحالات.

يتجلى من خلال ما تقدم أهمية دراسة الربو، لكونه يطرح مشكل الصحة العمومية لما له من إنعكاسات واضحة على مستوى الفرد ومحيطه والمصالح الصحية. ضف إلى ذلك لوحظ غياب الاجماع الوطني حول طرق التشخيص، التكفل، العلاج ومتابعة المرضى، لذلك يفرض داء الربو نفسه كأولوية على الساحة الإبديمولوجية الوطنية.

وفي السياق نفسه، يرى **ديمولي وآخرون (Demoly et al, 2010)** بأن الربو: "مرض إلتهابي مزمن للمسالك التنفسية ويتميز بفرط نشاط الشعب الهوائية، ويمثل مشكل حقيقي للصحة العمومية، كما أن محاولة ضبطه ما تزال محور الدراسات والممارسات سواء على الصعيد الوطني أو الدولي".

وأكدت العديد من الدراسات منها دراسة **دالس وآخرون (Dales et al, 1989)** ودراسة **ستيرين وآخرون (Strine et al, 2008)** "أن مرض الربو يؤثر على حياة المريض من الناحية الجسمية والنفسية".

ويتجلى مما تقدم أهمية إلتزام مرضى الربويين بالدواء الموصوف لهم، وأن يكونوا أكثر وعيا بخطورة مرضهم، ويذكر **بيسكادو (Piscado, 1989)** أن عدم الالتزام بالتعليمات الطبية لدى مرضى الربو، من الممكن أن تؤدي إلى الوفاة أو الخضوع لعلاج سيكاتري.

ويتمثل هذا السلوك في الملاءمة العلاجية والتي تعرف بأنها: "درجة الإتفاق والمطابقة بين سلوك الفرد المريض (أخذ الأدوية، متابعة العلاج، إتباع الحمية، إحداث تغييرات في أسلوب الحياة) والتعليمات الطبية والنصائح الطبية".

ويرى **تاشكان (Tashkin, 1995)** أن سلوك عدم الملاءمة العلاجية لدى المرضى المزمنين كالربو قد تأخذ أنماطا مختلفة، كالتناول المنتظم للدواء لكن بأخذ جرعات أقل من الجرعة التي وصفها الطبيب المعالج، أو إهمال تناوله أو تناول جزء من الأدوية التي وصفها الطبيب، أو متابعة العلاج لفترات متقاطعة مع فترات إيقاف تناول الدواء، فرط إستعمال الدواء، ...إلخ، كلها سلوكات لا صحية تعبر عن عدم إلتزام مريض الربو بالوصفة الطبية.

على العموم، تظهر مشكلة عدم الملاءمة العلاجية عندما يكون هناك إحساس المريض بضبط سيء لمرضه وخوفه من تفاقمه مستقبلا، وللزيارات الاستعجالية والاستشفاء وتفاقم حدثه التي قد تكون مميتة.

وعلى هذا الأساس، إتجهت العديد من الدراسات إلى الإهتمام بالعوامل التي تؤدي إلى تدني الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، مع ذلك لم تتوصل إلى إتفاق في نتائجها. مما يجعل "**موضوع الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو**" محل البحث والإستقصاء.

أجمعت العديد من الدراسات أن المرضى الربو يتميزون بمستوى ملاءمة علاجية منخفضة، أرجعها بعضهم إلى دور العوامل السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، مستوى التعليمي)، بينما يرى البعض الآخر أن لمدة المرض علاقة بتدني إلتزام المريض بأدويته وعلاجه. بينما ركز باحثون آخرين في فهم سلوك عدم الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو على عوامل معرفية وشخصية كالمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د".

ومن خلال ما تقدم يمكن طرح السؤال الأساسي للبحث الحالي: "هل توجد علاقة بين الملاءمة العلاجية والمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو؟. وهل توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للمتغيرات السوسيوديمغرافية؟.

ولتحقيق أهداف البحث الحالي، تقدمت بحثنا مقدمة أتبعت بستة فصول نظرية وتخص الجانب النظري للبحث، حيث خصص **الفصل الأوّل** للإطار العام للدراسة وشمل إشكالية البحث وفرضياته أهداف وأهمية البحث وتحديد المفاهيم الإجرائية.

أفردنا **الفصل الثاني:** المعتقدات الصحية وتطرقنا فيه إلى تعريف المعتقد، خصائصه، أنواعه، معتقدات المرضى تجاه المرض المزمن، الصحة ومفاهيمها، التصورات النظرية لمفهوم الصحة، مجالات الصحة، تعريف المعتقدات الصحية، نشأة نموذج المعتقدات الصحية، مصدر المعتقدات الصحية، اسهاماته في مجال الصحة، دور المعتقدات الصحية في المرض المزمن، علاقة المعتقدات الصحية للمريض بالربو والملاءمة العلاجية، كيفية الكشف عنها، الانتقادات الموجهة إلى النموذج، وخلاصة الفصل.

بينما شمل **الفصل الثالث** مفهوم مصدر الضبط الصحي ويتضمن تمهيد، مفهوم مركز الضبط، أبعاد مركز الضبط، مصادر مركز الضبط، العوامل المؤثرة في مركز الضبط، النظريات السيكولوجية المفسرة لمركز الضبط، مفهوم مصدر الضبط الصحي، أبعاد مصدر الضبط الصحي، أنماط مصدر الضبط الصحي، فعالية مصدر الضبط الصحي، علاقة مصدر الضبط الصحي بالسلوكات الصحية، علاقة مصدر الضبط الصحي بالأمراض العضوية، علاقة مصدر الضبط الصحي بمرض الربو، وخلاصة الفصل.

بينما تناول **الفصل الرابع** لنمط الشخصية "د" تناولا، وتضمن نبذة تاريخية عن ظهور أنماط الشخصية، تعريف نمط الشخصية، ظهور أنماط الشخصية، تعريف نمط الشخصية (أ)، السمات المميزة لنمط (أ)، علاقة نمط الشخصية (أ) والإصابة بمرض القلب–الوعائي، نظريات المفسرة لنمط (أ)، الانتقادات الموجهة لنمط (أ)، تعريف نمط الشخصية (ب)، سمات المميزة لنمط (ب)، نمط (ب) والأمراض الجسمية، تعريف نمط الشخصية (ج)، سمات المميزة لنمط (ج)، نمط (ج) ومرض السرطان، تعريف نمط الشخصية "د"، سمات المميزة لنمط الشخصية "د"، علاقة نمط الشخصية "د" بالأمراض العضوية، وسائل المساعدة لأفراد ذوي نمط "د"، الانتقادات الموجهة لنمط الشخصية (د)، وخلاصة الفصل.

كما أفردنا **الفصل الخامس** للملاءمة العلاجية تناولا، ويتضمن تمهيد الفصل، تعريف الملاءمة العلاجية، تعريف عدم الملاءمة العلاجية، أصناف المرضى غير الممتثلين، أنواع عدم الملاءمة العلاجية، العوامل المحددة في الملاءمة العلاجية، النظريات المفسرة للملاءمة العلاجية، الملاءمة العلاجية ومرض الربو، استراتيجيات تحسين الملائمة العلاجية، وخلاصة الفصل.

كما تناول **الفصل السادس** مرض الربو وتضمن تعريف الربو، أعراض الربو، وصف النوبة الربوية، تشخيص مرض الربو، أنواعه، درجاته وتصنيفاته، العوامل المسببة للمرض، النظريات المفسرة لمرض الربو، علاج مرض الربو، وخلاصة الفصل.

ثم جاء الجانب الميداني للبحث ويتكون من فصلين. يتعلق **الفصل السابع** بمنهجية البحث وإجراءاته، وتطرقنا فيه إلى الدراسة الاستطلاعية، العينة، طريقة اختيارها وخصائصها، أدوات البحث المستعملة، مكان وطريقة إجراء البحث، وأخيرًا عرضًا للمعالجات الإحصائية المتعبة. أمّا **الفصل الثامن** فعرضت فيه ونوقشت نتائج البحث من حيث قبول فرضياته أو رفضها. ثمّ مناقشة هذه النتائج وتحليلها استنادًا إلى الدّراسات السابقة في الموضوع. وأنهينا البحث بخاتمة وفتحنا مجالاً للاقتراحات الميدانية.

1- إشكالية البحث:

يمس مرض الربو حوالي **300** مليون شخص في العالم، ويمثل مشكل هام للصحة العمومية، وهو داء يمس كل الأعمار من الرضع حتى الشيخوخة، ولوحظ خلال **30** سنة الأخيرة إرتفاع نسبة إنتشار المرض في أغلب دول العالم ويتميز بكونه مرضا مزمنا ويكلف ميزانية الصحة **(Dutau et Lavaud, 2016, p4).**

وتمثل الملاءمة العلاجية مشكلة غالبا ما يواجهها الطبيب في علاقته مع المريض وبالخصوص في الأمراض المزمنة كالربو، ذلك أن المتابعة الطبية لمريض الربو تعتمد على تقييم مدى إحترام وإلتزام المريض بالتعليمات الطبية والتوصيات العلاجية **(Blanc, 2007, p 43).**

وفي هذا السياق، يشير **شمالين وآخرون (Shmaling et al, 1998, p 631)** أن الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو ترتكز على مجموعة من النشاطات والسلوكات كأخذ الأدوية، الزيارات الطبية، تجنب وإبعاد مولدات الحساسية، قياس الوظيفة التنفسية وتعاون المريض.

وفي الممارسات الميدانية الطبية غالبا ما يواجه الأطباء مشكلات إتباع المريض لنصائحهم وتعليماتهم العلاجية (الملاءمة العلاجية)، فهناك العديد من المرضى لا يمتثلون بصفة صحيحة للتعليمات الطبية رغم المجهودات المبذولة من طرف الأطباء (معلومات – حوار) سواء تعلق الأمر بمرضى مصابين بأمراض حادة **(Aigues)** أو بأمراض مزمنة **(Assal, 1996, p2).**

وهذا ما دفع بالعديد من الباحثين أمثال **كولب وآخرون (Kolbe et al, 1996, p 1463)** التساؤل لماذا لا يمتثل المرضى للتعليمات والنصائح الطبية المقدمة لهم (عدم الملاءمة العلاجية) مع علمهم ومعرفتهم بالأخطار التي يمكن أن يتعرضوا إذا إستمروا في عدم إمتثالهم الطبي؟. ويضيف بأن الكثير من المرضى نجدهم يستهترون ويضعون حياتهم في خطر قد يصل إلى حد الموت.

وفي إحدى تقارير **منظمة الصحة العالمية (OMS, 2003)** حول الملاءمة العلاجية في حالات المرضى المزمن (علاج طويل المدى)، صرحت بأن "تحسين إلتزام المريض بالعلاج يعتبر أكثر أهمية من أية إكتشافات بيوطبية **(OMS, 2003, p24).**

يصرح **بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001, p470)** أن كثيرا ما يواجه الأطباء المختصون بالتكفل العلاجي بمرضى الربو مشكلات الملاءمة العلاجية، حيث لاحظ عدم إلتزام المرضى الربويين بالتعليمات والنصائح الطبية المقدمة من قبل المعالج. ويضيف **دوتوا ولافوود (Dutau & Lavaud, 2016, p5)** أن حوالي **50 %** من المرضى الربويين (راشدين وأطفال) لا يأخذون أدويتهم كما وصفها الطبيب، وهذه الملاءمة العلاجية السيئة أدت إلى ضبط سيء للمرض وظهور الأعراض.

على العموم، أظهرت العديد من الدراسات أن مريض الربو يتميز بمستوى ملاءمة علاجية منخفضة نظرا لكونه يمارس سلوكات لا صحية كالإستعمال السيء للأدوية، عدم الإنتظام في أخذ الدواء أو عدم تناوله أو نسيانه ...إلخ. أوضحت نتائج دراسة **بيكسادو وآخرون (Piscado et al, 1989, p 232)** (دراسة تتبعية مستقبلية إسبانية) تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو مع حدوث حالات وفاة وحالات أخرى أخضعت للعلاج السيكاتري. كما أظهرت دراسة تتبعية أمريكية قام بها **كووتس وآخرون (Coutts et al, 1992, p 332)** أن نسبة 55 % من مرضى الربو تميزوا بتدني مستوى الملاءمة العلاجية والتي تجلت في زيادة تناول جرعات اليومية للدواء.

كما توصلت دراسات تتبعية أمريكية أخرى **كأبتر وآخرون (Apter et al, 1998, p 1810)**، **داييت وآخرون (Diette et al, 1999 , p 381)** ، **بار وآخرون (Barr et al, 2002, p 177)** **وأبتر وآخرون (Apter et al, 2003, p19)** إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو سواء بزيادة جرعات الدواء أو الإنقاص من الإستعماله مقارنة بتعليمات الطبيب المعالج.

وفي نفس السياق، تؤكد العديد من الدراسات أن تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو من خلال عدم الإلتزام بالعلاج المقترح والمواعيد الطبية البرمجة يزيد من عدد الاستشارات الطبية وحالات الاستشفاء وتفاقم حدة المرض التي قد تهدد حياة المريض. فقد أوضحت دراسة **سترودي وآخرون (Strudy et al, 2002)** على عينة قوامها **533** مريض بالربو في بريطانيا. بأن

هناك إرتباط تدني الملاءمة العلاجية بخطر الموت لدى مرضى الربو(**Strudy et al, 2002, p 1034**).

كما أظهرت دراسة **ريا وآخرون (Rea et al, 1986)** على عينة قوامها **121** مريض بنيوزيلاندا حيث سجلت **23** حالة وفاة نتيجة تدني مستوى الملاءمة العلاجية (مستوى منخفض)، كما سجلت **8** حالات إلى **16** حالة تعرضت إلى الإستشفاء(**Rea et al, 1986, p 833**).

ونظرا لتعقد الحالات الصحية وبروز مضاعفات المرض التي قد تهدد صحة المريض وتعرضه لخطر الموت، دفع العديد من الباحثين إلى الإهتمام بسلوك الملاءمة العلاجية والأسباب الكامنة وراء نجاح أو فشل بعض المرضى في تبني هذا السلوك.

يرى كل من **كوراز (Corraze, 1992)** و**باندر وآخرون (Bender et al, 1997)** بأن العوامل السوسيوديمغرافية **(sociodémographique)** كالسن، الجنس، المستوى الدراسي، وحالة الاجتماعية– الاقتصادية يمكن إعتبارها ذات قيمة تنبئية في مجال الملاءمة العلاجية، وفي مدى تبني المريض لهذا السلوك(**in Halimi et al, 2009, p3**)، في حين أسفرت دراسة **كابلان وسيمون (Kaplan et Simon, 1990)** بعدم وجود علاقة بين العوامل السوسيوديمغرافية (السن، الجنس، مستوى التعليم، مستوى الاجتماعي–الاقتصادي) بمستوى الملاءمة العلاجية(**عن حدرا، 2008، ص 50**).

وفي مجال الإصابة بمرض الربو، أشار كل من **برونشون شويتزار (Bruchon-Schwietzer, 2002) وريتش (Reach, 2005)** إلى عدم وجود بروفيل (ملمح) خاص لعدم الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، وإن العلاقة بين الملاءمة العلاجية والمتغيرات السوسيوديمغرافية هي علاقة غير واضحة ومبهمة(**In Halimi et al, 2009, p 5**).

مع ذلك أسفرت بعض الدراسات منها دراسة **جايمس وآخرون (James et al, 1985, p7)** و**بار وآخرون (Barr et al, 2002, p 176)** أن من العوامل التي تعزز تدني مستوى الملاءمة العلاجية

لدى الربو هي: الجنس الذكري، صغار السن أو المسنين، مستوى تعليمي منخفض، مستوى إقتصادي–إجتماعي متدني.

ونظرا لعدم توصل الدراسات إلى نتائج واضحة بخصوص دور هذه العوامل السوسيوديمغرافية في تدني مستوى الملاءمة العلاجية، إتجهت دراسات أخرى منها دراسة **كولب وآخرون (Kolbe et al, 1998, p 241)** للبحث عن عوامل أخرى تساهم في فهم سلوك عدم الملاءمة العلاجية ترتبط بالمرض في حد ذاته مثل حداثة المرض أو قدمه (مدة المرض)، إستمرار المرض، شدة المرض، غياب أو ظهور الأعراض ومعتقدات المريض. كما أوضح **بار وآخرون (Barr et al, 2002, p 1761)** إرتباط تدني الملاءمة العلاجية بحداثة المرض وإنتكاسه. ويرى **كوشران وآخرون (Cochrane et al, 1999, p 763) وريتش (Reach, 2005)** أن "لعوامل مثل مدة المرض، شدة المرض، طريقة أخذ الدواء وآثاره الجانبية علاقة بعدم الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو".

ويضيف **رايسون (Raherison, 2006, p145 - 146)** بأن للمعتقدات التي يحملها مريض الربو حول مرضه، وإدراكه لأعراضه ووجهة نظره وتوقعاته تجاه تكفله العلاجي من العوامل المهمة لفهم سلوك الملاءمة العلاجية.

لذلك تلعب المعتقدات الصحية دورا مهما وأساسيا عند دراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى المزمنين، وهي تمثل عامل من بين العديد من العوامل التي تتدخل في نجاح أو فشل التكفل العلاجي لمريض الربو.

ويضيف **بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001, p476)** لابد من الكشف عن المعتقدات الصحية وحصرها لدى المريض لأن ذلك يساعد على الملاءمة العلاجية الجيدة، كما أن تجاهلها لدى مريض الربو يؤدي إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية مما يؤدي بدوره إلى فشل التكفل العلاجي لمريض الربو.

وفي نفس السياق، أوضحت نتائج دراسة كل من **هورم ووينمان (Horme et Weinman, 2002)** على عينة قوامها **100** مريض بالربو، بأن تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى

الربو، إرتبطت بعدم ثقة بفعالية الدواء والعلاج وكذلك بالمعتقدات الخاطئة حول المرض ومضاعفاته**(In Ogden, 2004, p 70).**

كما أوضحت دراسة **ماير وآخرون (Meyer et al, 2001, p 351)** بأن مرضى الربو الذين كان مستوى معلوماتهم ومعارفهم (المعتقدات الصحية) حول مرض الربو منخفض تميزوا بنوعية حياة سيئة.

ويضيف **شامبرز وآخرون (Chamberes et al, 1999)** من خلال دراسة أجراها على عينة قوامها **394** مريض بالربو. توصلت إلى أن المعتقدات الصحية للمرضى تجاه مرضهم (مثل الربو مشكلة صحية خطيرة) تؤثر إيجابيا أو سلبيا على مستوى الملاءمة العلاجية(**Chamberes et al, 1999, p 90).**

ونظرا لأهمية هذه المعتقدات الصحية في فهم سلوك الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، أشارت باولا **كرينر وآخرون (Paula Kriner et al, 2003)** أن مرضى الربو بحاجة إلى التربية الصحية والتثقيف الصحي سواء تعلق الأمر في الإستعمال الصحيح للدواء أو في تبني سلوك صحي**(Kriner et al, 2003, p98-99).**

ففي دراسة أجراها **جيفارا وآخرون (Guevara et al, 2003)** "لمعرفة آثار التربية الصحية في الإدراة الذاتية لمرض الربو"، لدى عينة قوامها **3706** مريض بالربو من الأطفال والمراهقين تراوحت أعمارهم بين **2-18** سنة. أسفرت نتائجها أن البرامج التربوية الصحية المقدمة ساهمت في تحسين الوظيفة التنفسية، وخفض نسبة الغياب المدرسي، وخفض الزيارات الإستعجالية وخفض تكرار الإستقاظ الليلي**(In Vervloet et Rolland, 2005, p 16).**

كما أسفرت نتائج دراسة **جيبسون وآخرون (Gibson et al, 2002)** بأن التربية العلاجية ساعدت على الإدراة الذاتية للربو لدى مرضى الراشدين من خلال تقليص دال لحالات الإستشفاء، وللزيارات الإستعجالية وللزيارات غير المبرمجة لدى الطبيب وللغياب عن العمل وتحسن دال في نوعية الحياة **(Gibson et al, 2002, p3).**

وعليه، يساعد التثقيف الصحي وتنمية المعتقدات الصحية من خلال التربية العلاجية على تحسين مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو هذا من جهة. ومن جهة أخرى إتجهت بعض الدراسات للبحث عن عوامل أخرى تجعل المريض يتبع التوصيات والتعليمات الطبية أو تجعله لا يلتزم بها منها العوامل الشخصية.

ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة **إياشوس (Eachus, 1991)** والتي أشار إلى أهمية مصدر الضبط في التنبؤ بقبول المريض للعلاج والمتابعة، ويعتبر عامل دال في السلوك التفاعلي بين المرض والمشتغلين في المجال الصحي**(عن جبالي، 2007، ص 15)**.

وقد عرف **عثمان يخلف (2001، ص92)** مصدر الضبط الصحي على أنه: "مجموعة معتقدات الأشخاص حول مصدر صحتهم، بمعنى ميل الأفراد إلى عزو نتائج مرضهم إلى سلوكياتهم فهم مسئولون عما يحدث لهم أي **(ضبط داخلي)**. في حين يعتقد آخرين أن مرضهم تحت تأثير وتحكم الآخرين كالأطباء أو العائلة في تحديد صحتهم **(ضبط خارجي أشخاص ذو نفوذ)**. بينما يعتقد البعض الآخر **بالحظ والصدفة أو القدر** فيما يتعلق بصحته وأنه ليس له علاقة بين نتائج أفعاله وسلوكاته **(ضبط خارجي حظ)**".

ويشير **غليين وصول (Glenn et suls, 1989, p 67)** بأن مصدر الضبط الصحي هو: "درجة إعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية (ضبط داخلي مثل: أنا المسؤول المباشر فيما يتعلق بصحتي) أو عوامل خارجية (ضبط خارجي مثل: أشخاص آخرين يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض، أو بقائي بصحة جيدة مجرد حظ).

وفي مجال الإصابة بالمرض الربو، أوضحت دراسة **حاليمي وآخرون (Halimi et al, 2007, p 154)** أن مرضى الربو الحاد وغير المتحكمين في مرضهم يتميزون بمركز ضبط خارجي، كما أن نسبة إستشفائهم بسبب المرض كانت أكبر مقارنة بمرضى الربو ذوي الضبط الداخلي. كما أظهرت دراسة **شميت وآخرون (Schmitt et al, 1989, p33)** أن مرضى الربو البالغين يتميزون بمصدر ضبط خارجي.

وفي السياق نفسه، أشار كل من **سيمان وسيمان (Seeman et Seeman, 1983)** أن المرضى ذوي الضبط الخارجي كانوا أقل ميلا وإستعدادا لتنفيذ السلوكات الصحية (مراجعة الطبيب، إجراء الفحوص، إتباع التعليمات الطبية) مقارنة بذوي الضبط الداخلي يميلون أكثر لتنفيذ السلوكات الصحية.

كما أوضحت دراسة **ميزكاكي و ماك دونالد (Miszcaki et Mc Donald, 2000)** التي أجريت على عينة قوامها **90** فردا مسنا يعانون من أمراض مزمنة مختلفة، وأسفرت بوجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي (داخلي- خارجي) بالإلتزام بالقواعد الصحية (الملاءمة العلاجية) وإن المرضى الذين يتميزون بعدم الملاءمة العلاجية هم ذوي مصدر ضبط خارجي(**عن يخلف، 2001، ص97-98**).

وفي سياق آخر، إهتمت دراسات أخرى مثل دراسة كل من **بيدرسون وآخرون (Pederson & al, 2006)** دراسة **وليام وآخرون (Williams et al, 2008)** ، ودراسة **مولز ودينوليت(Mols et Denollet, 2010)(In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 206)** ودراسة **وليام وآخرون (Williams et al, 2011, p3)** ودراسة **بروسترون وآخرون (Brostron et al, 2007, p39)**، بالعلاقة بين نمط الشخصية "د" والملاءمة العلاجية لدى مختلف المرضى المزمنين الراشدين (الربو، السكري، مرض القلب، الآلام المزمنة). أسفرت نتائجها أن نمط الشخصية "د" يمثل عامل هشاشة يرتبط بشدة الآلام الجسدية والانفعالات السلبية وقلة السلوكات الصحية ومستوى منخفض للملاءمة العلاجية.

وفي السياق نفسه، أوضحت دراسة كل من **فان دي فان وآخرون** سنة **2013** حول "آثار نمط الشخصية "د" في الملاءمة العلاجية لدى المرضى المراهقين المصابين بالربو"، وأظهرت نتائج الدراسة أن نمط شخصية "د" ببعديها (انفعالات السلبية والكف الاجتماعي) تلعب دور مهم في إنخفاض مستوى الملاءمة العلاجية من عام لآخر لدى المرضى (**Van de ven & al, 2013,pp 3-4**).

ويضيف **بيدرسون وآخرون (Pederson et al, 2009)** أن أفراد نمط الشخصية "د" يتميزون بالميل للشعور بلإنفعالات السلبية وعدم التعبير عنها للآخرين. لذلك يعد هذا النمط إستعدادا نفسيا مرضيا ويرتبط بأعراض القلق والإكتئاب ونوعية حياة سيئة. كما يتميزون بعدم البحث عن العلاج الطبي سواء كانوا بحاجة إليه أو تم وصفه من طرف الطبيب المعالج (تدني مستوى الملاءمة العلاجية)**(In Bruchon-Schweitzer, 2014, p 205).**

نستخلص مما تقدم أن الملاءمة العلاجية (الجيدة أو السيئة) تشكل وتعتبر مسألة دقيقة ومعقدة في الأمراض المزمنة، وبالخصوص في مرض الربو. كما لوحظ إرتباط مستوى الملاءمة العلاجية بالعديد من العوامل منها العوامل السوسيوديمغرافية كالجنس، السن، ومستوى التعليمي، وعوامل أخرى بمدة المرض وبالمعتقدات الصحية للمريض تجاه المرض وعلاجه، وأخرى تعزى لعوامل الشخصية كمصدر الضبط الصحي الداخلي والخارجي ونمط الشخصية "د" التي تلعب دورا مهما في رفع أو تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو. كما أن الأبحاث التي أجريت في هذا المجال والطرق المنهجية التي إتبعتها أسفرت على نتائج غير مرضية وبعضها جاء متناقض، وهذا ما دفع **باندر (Bendre, 2003 , 936)** للقول:" إن دراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تنتهي غالبا كما بدأت، وهذا راجع لصعوبة قياس الملاءمة العلاجية لدى هذه الفئة المرضية".

ومن خلال العرض السابق، يمكن طرح التساؤل الأساسي للبحث الحالي: "**هل توجد علاقة بين الملاءمة العلاجية والمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو؟**". "**هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى لبعض العوامل السوسيوديمغرافية؟**".

ويتفرع من التساؤل الأساسي للبحث الحالي التساؤلات الفرعية التالية:

1- ما هو مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو؟.

2- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير الجنس؟.

3- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير السن؟.

4- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير مستوى التعليمي؟.

5- هل توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة المرض؟.

6- ما هو مستوى المعتقدات الصحية؟.

7- ما نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو؟.

8- هل يتميز المرضى الربويين (عينة البحث الحالي) بنمط الشخصية "د"؟.

9- هل توجد علاقة بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو ؟.

2- فرضيات البحث:

من خلال التراث السيكولوجي والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، نقترح الفرضيات التالية للإجابة على تساؤلات البحث الحالي:

1- مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو منخفضة.

2- توجد فروق بين الجنسين في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

3- توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للسن.

4- توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمستوى التعليم.

5- توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة المرض.

6- مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو منخفضة.

7- مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو (عينة البحث الحالي) هو مصدر الضبط الخارجي (نفوذ- حظ).

8- يتميز مرضى الربو (عينة البحث الحالي) بنمط الشخصية "د".

9- توجد علاقة بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

3- أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1- تحديد مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

2- دراسة الفروق في مستوى الملاءمة العلاجية وفقا لمتغيرات الجنس، السن، مستوى التعليم، ومدة المرض لدى مرضى الربو.

3- تحديد مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو.

4- تحديد نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو.

5- معرفة ما إن كان مرضى الربو (عينة البحث الحالي) يتميزون بنمط الشخصية "د".

6- دراسة طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

4- أهمية البحث:

يمكن حصر أهمية البحث الحالي في ما يلي:

1- تعتبر الملاءمة العلاجية عملية تقييمية تهدف إلى معرفة مدى إلتزام المريض لأوامر الطبيب وأخذ الدواء المقدم له، وهذا الإلتزام يتأثر إيجابيا أو سلبيا بعوامل سوسيوديمغرافية، وعوامل الشخصية إنفعالية واخرى معرفية وسلوكية التي تتفاعل مع بعضها البعض، ومن خلال معرفة هذه العوامل يمكننا فهم سبب تفاقم الحالة المرضية لدى بعض المرضى الربويين في حين تستقر عند البعض الآخر وتجنب المضاعفات الخطيرة للمرض، ويتم ذلك من خلال شد إنتباه المختصين في علاج مرض الربو إلى أهمية مثل هذه العوامل في رفع مستوى الملاءمة العلاجية لدى هذه الفئة المرضية.

2- تطبيق برامج التربية العلاجية والصحية لفائدة مرضى الربو والتي تتضمن العديد من النشاطات كالعمليات التحسيسية، تقديم المعلومات والمرافقة النفسية الاجتماعية بخصوص المرض وبخصوص العلاج الموصوف من قبل الطبيب، السلوكات الصحية واللاصحية للمريض، بهدف مساعدة المريض الربوي وعائلته (في حالة الأطفال) فهم المرض والعلاج، والتعاون مع الطبيب المعالج والعيش بطريقة أكثر صحية ممكنة ومحاولة تحسين نوعية الحياة للتعامل مع مرضه بصفة متفائلة، ضف إلى ذلك فالتربية العلاجية تساهم على تحسين مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو من خلال التثقيف الصحي.

3- إقناع المرضى الربويين من خلال برامج التربية الصحية والعلاجية على تبني معتقدات صحية صحيحة حول مرضهم، والعلاج ومآل المرض، ذلك لأن مثل هذه المعتقدات قد تؤثر على سلوك الملاءمة العلاجية.

4- تدريب المرضى الربويين على ضبط الداخلي من خلال تحمل المسؤولية الشخصية والمساهمة الفعالة في علاجهم والحرص على تناول أدويتهم وتنفيذ السلوكات الصحية، وعدم الاعتقاد بأن الآخرين كالأطباء أو العائلة أو الحظ أو الصدفة (ضبط خارجي) هم المسؤولين عن مرضهم ومآل علاجهم.

5- إدراج علاجات سلوكات معرفية لفائدة مرضى الربو ذوي نمط الشخصية "د" الذين يتميزون بالإنفعالات السلبية والكف الاجتماعي، ومثل هذه الخصائص الشخصية ترتبط بتدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى المزمنين كالربو والسكري.

5- المفاهيم الإجرائية للبحث:

5-1- مفهوم المعتقدات الصحية:

عرفت **شيلي تايلور(2008)** المعتقدات الصحية: "بأنها تنبؤ بممارسة الفرد، لعادة صحية معينة وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها وجود تهديد صحي ما، ويدرك أن ممارسة صحية معينة تكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد" **(تايلور، 2008، ص 888).**

ويعرف إجرائيا في البحث الحالي من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس نموذج المعتقدات الصحية **(the Health Beliefs Model Questionnaire)** لـ **Miguel Perpiñá Tordera** وآخرون سنة 2009.

5-2- مفهوم مصدر الضبط الصحي:

عرف **عثمان يخلف (2001، ص92)** مصدر الضبط الصحي على أنه:" مجموعة معتقدات الأشخاص حول مصدر صحتهم، بمعنى ميل الأفراد إلى عزو نتائج مرضهم إلى سلوكياتهم فهم مسئولون عما يحدث لهم أي **(ضبط داخلي)**. في حين يعتقد آخرين أن مرضهم تحت تأثير وتحكم الآخرين كالأطباء أو العائلة في تحديد صحتهم **(ضبط خارجي أشخاص ذو نفوذ)**. بينما يعتقد البعض الآخر **بالحظ والصدفة أو القدر** فيما يتعلق بصحته وأنه ليس له علاقة بين نتائج أفعاله وسلوكاته **(ضبط خارجي حظ)**".

ويعرف إجرائيا في البحث الحالي من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد في **مقياس متعدد أبعاد لوالستون لمصدر الضبط الصحي (1978)**.

5-3- مفهوم نمط الشخصية "د"(Type « D »):

عرف **دينوليت (Denollet, 2005, p89)** شخصية "د" بأنها: " شخصية التي تميل إلى السلبية (قلقة، سريعة الإثارة، كئيبة) وأيضا تميل إلى التحفظ من إبداء الرأي في الكثير من الأمور وغير واثقة كثيرا في نفسها. جاءت التسمية بنمط الشخصية (د) من المفردة الإنجليزية "(distressed)التي تعني أن الشخص حزين، مهموم ."

ويعرف إجرائيا في البحث الحالي من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس نمط الشخصية "د" لـ **Mols et Denollet** سنة 2005.

5-4- مفهوم الملاءمة العلاجية:

يعرفها **(Tourette-turgis , 2005, p01):** "أن مصطلح الملاءمة العلاجية يرتبط بقدرات الفرد في أخذ أدويته حسب الوصفة المقدمة، وهذه القدرات تتأثر إيجابيا أو سلبيا بعوامل إنفعالية، إجتماعية، سلوكية التي تتفاعل مع بعضها البعض".

ويعرف إجرائيا في البحث الحالي من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس الملاءمة العلاجية لـ **Véronique Chateaux** سنة 2005.

5-5- مفهوم الربو:

تعرف **GINA (2010)** على أنه: "إلتهاب مزمن في المسالك الهوائية مصحوبا بزيادة في توتر الشعب الهوائية وتقلصها والتهابها المتكرر مع تهتك في الغشاء المخاطي المبطن للشعب الهوائية، تحدث هذه التغيرات نتيجة للمؤثرات المناعية وغير المناعية التي تجعل المسالك الهوائية تضيق، مما يخفض كمية الهواء الذي يجرى فيها ويجعل الشخص يعاني من ضيق في التنفس و/ أو من الصفير"**(Gina, 2010, p15)**.

الفصل الثاني:

المعتقدات الصحية

*** تمهيد:**

تعتبر المعتقدات مجموعة من الأفكار التي يؤمن بها الأفراد وغالبا ما تسند هذه الأفكار إلى تبريرات اجتماعية أو نظريات فلسفية أو أحكام عقائدية أو أفكار تقليدية، ولقد حظي موضوع المعتقدات بوجه عام باهتمام علماء النفس الاجتماعي في العديد من القضايا السياسية، الاقتصادية، والاجتماعية والدينية، وامتد هذا الاهتمام ليمس مختلف الميادين التي تهتم بالصحة وسلوكها، ويعتبر علم النفس الصحي أحد أهم الميادين التي أولت اهتماما كبيرا للمعتقدات الصحية. وهذا من خلال مجموعة من النماذج النظرية والمعرفية حيث يعتبر نموذج المعتقدات الصحية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية. الذي ينظر للتصرفات الانسانية بأنها محددة منطقيا، كما أنه يحاول التنبؤ بتصرفات الأفراد في المواقف الصحية المختلفة مما يجعل البرامج الصحية الوقائية أكثر دقة وفعالية في التنفيذ.

وقبل التطرق إلى نموذج المعتقد الصحي موضوع الدراسة والذي سيتم تناوله في هذا الفصل. سنحاول أولا التطرق إلى معرفة مفهوم المعتقدات بصفة عامة، خصائصها، أنواعها، ثانيا: تطرقنا إلى مفهوم الصحة وتصورات النظرية حول مفهومها، مجالاتها، ثالثا: تطرقنا إلى مفهوم المعتقدات الصحية من حيث نشأته، مصدر المعتقدات الصحية، إسهاماته في مجال الصحة، دوره في المرض المزمن، علاقة المعتقدات الصحية للمريض بالربو بالملاءمة العلاجية، كيفية الكشف عنها في الممارسة الميدانية، دور التربية العلاجية في تعديل المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وإنعكاسها في تحسين الملاءمة العلاجية، واخيرا الانتقادات الموجهة له، خلاصة.

أولا: المعتقدات

تختلف معتقدات الناس حول صحتهم على حسب الاتجاهات و المعايير التي يعتمدونها في حياتهم، و على حسب هذه المعتقدات تختلف سلوكاتهم نحو صحتهم، و عليه و قبل التطرق إلى مفهوم المعتقد الصحي، لا بد لنا أولا أن نفهم ما هو المعتقد؟، و ما هي أهم الخصائص التي تميزه؟.

1- تعريف المعتقد:

1-1- تعريف المعتقد لغة:

يقال إعتقدت كذا أي عقدت عليه قلبي وضميري **(الطريحي، 2009، ص 106)**.

1-2- تعريف المعتقد اصطلاحا:

يعرفه **كريتش وكرتشفلد (Krech et crutchfield, 1948): "**بأنه تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد **(عن عبد اللطيف، 1998، ص 16)**.

ويعرفه **فيشباين وآجزن (Fishbein et Ajzen, 1975): "**بأنه المعلومات والمعارف التي توجد لدى الشخص عن موضوع الاتجاه. بمعنى أن المعتقد يربط بين موضوع ما وخاصية معينة تميز هذا الموضوع".

أما **روكيتش (Rokeach, 1980)** فيعرفه على أنه:" توقع يتعلق بوجود كائن ما، أو بتقديم معين، أو عادات معينة، أو قضايا أمرية ناهية، أو وقائع سببية". **(عن عبد الله، 2001، ص8)**.

ونستنتج من خلال ما سبق أن المعتقد هو عبارة عن:" نظام أفكار تعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته، وهي ترتبط بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور، وبهذا فإن

المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة."

2- خصائص المعتقد:

للمعتقد عدة خصائص يلخصها **عبد اللطيف محمد خليفة (1998)** فيما يلي:

-المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدركاته.

-المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع بيئة.

-تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.

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

-يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور.

-يعكس مفهوم الفرد تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

-يمكن الاستدلال عن طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد وطريقة تفكيره، وهي تقترن عادة بعبارة :"أنا أعتقد" **(خليفة،1998 ، ص52)**.

ونستخلص مما سبق أن المعتقد هو معنى يضيفه الفرد ليزيد من مدركاته وهي مكتسبة من تفاعل الفرد مع بيئته وثابتة نسبيا، كما يعتبر بأنه التقييمات التي يمتلكها الفرد حول الأشياء أو الأشخاص أو المواقف أو وجهات النظر حول أشياء ومواضيع معينة يعبر بها عن أفكاره بعبارة "أنا أعتقد" وهي تختلف من شخص لآخر.

3- أنواع المعتقد:

للمعتقدات عدة أنواع نذكر منها:

3-1- المعتقد الديني :

يعرف المعتقد بأنه أول أشكال التعبيرات التي خرج من حيز الانفعال العاطفي إلى حيز التأمل الذهني، ويبدوا أن توصل الخبرة الدينية إلى تكوين المعتقد هو حاجة سيكولوجية ماسة، لأن المعتقد هو الذي يعطي للخبرة الدينية شكلها المعقول، الذي يعمل على ضبط وتقنين أحوالها.

وتحدث هناك فترة صراع بين ما يراه الفرد غيبيا صعب التفسير فيصنفه في عقله على أنه قدسي، خارج حدود السيطرة وبين ما يثيره هذا المقدس من انفعالات تحاول التأمل والتفسير والكشف والتوصل إلى حقائق معينة، إلى حين يتولد عن هذا مخاض ما يدعى بالمعتقد الذي تشترك الجماعة في صياغته وهو محاولة دمج أو تصالح الإنسانية مع الخارج المقدس بالإحساسات والانفعالات، وهنا يتم فرز موضوعات معينة، أو خلق شخصيات وقوى معنوية، تستقطب الإحساس بالمقدس، وتجتذبه إلى خارج النفس وبذلك تتكون الصيغ الأولية للمعتقدات، هو الدين. **(السواح، 1994، ص 47-48).**

يوضح العلاقة والصلة بين عالم المقدسات، وعالم الإنسان الدنيوي المادي، ويرسم صورا ذهنية لعالم المقدسات والذهنيات والأفكار التي غالبا ما تصاغ في شكل صلوات وتراتيل. **(السواح، 1997، ص146).**

3-2- المعتقد الشعبي:

ويعرف المعتقد الشعبي على أنه ظاهرة اجتماعية تنتج من تفاعل الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية، وتصوراتهم حول الحياة والوجود، وقوى الطبيعة المخيفة، والمسيطرة أو المتحكمة في تسيير الحياة الكونية لأسباب عديدة أهمها: التراكم الاجتماعي للعادات والتقاليد والأفكار،

فيصبح المعتقد ذا قوة آمرة قاهرة، فهو يأمر في حالة الإيجاب، ويقهر في حالة السلب(**الباش وآخرون، دون تاريخ، ص6**).

إن مفهوم المرض يتحدد في ضوء مجموعة اعتبارات منها المعتقدات الشعبية المتعلقة بوجود الإنسان، والمخلوقات المختلفة وعلاقتها بالكون وبني البشر، رؤية الإنسان للحياة والموت والصحة والمرض، وتأثير الموجودات الطبيعية وفوق الطبيعية عليه كالجن والأنهار والنباتات والحيوانات...وبالتالي يتشكل سلوك أبناء الثقافة الواحدة في تفسير أسباب المرض وكيفية تلمس العلاج.

وبرزت دراسات الأنثروبولوجية الطبية في توضيح العلاقة بين الممارسات الطبية والمعتقدات عند الشعوب الأمية انطلاقا من أعمال" ريفرز "كطبيب وكأنثروبولوجي حول (الطب والسحر والدين) ثم تبعه كثيرون حتى نصل إلى **ماكلين (Maclan)** التي قدمت لنا دراسة نظرية ميدانية على مجتمع نيجيريا حول(الطب السحري)، ناقشت فيها العلاقة الوطيدة بين المعتقدات الشعبية والصحة والمرض (**المكاوي، 1994، ص 55**).

ومن ناحية أخرى فإن المعتقدات تحدد لصاحبها نوع العلاج الطبي الذي يلجأ إليه، فقد تحث هذه المعتقدات السائدة لدى الناس على اللجوء إلى الطبيب الشعبي أو الطب الموازي مثل الحجامة، الرقية، الوخز بالإبر، تداوي بالأعشاب وهذا حتى في الدول المتقدمة، وهذا بسبب إعتقادهم بعدم فعالية دواء الطبيب وفعالية الممارسات الأخرى المنتشرة في المجتمع على الرغم من توافر إمكانيات على اللجوء إلى الطب الحديث (**هديبل، 2009، ص60**).

3-3- المعتقد المعرفي:

المعتقدات المعرفية كما تحدد من قبل علماء النفس التربويين، هي معتقدات عن طبيعة المعرفة والتعلم، ولكن ليس بحس أو اتجاه فلسفي صارم. و يعتبر" **بري Perry»** هو الرائد في صياغة المعتقدات المعرفية داخل علم النفس التربوي وهو يعتبرها بعدا معقدا وفرديا. **(Schommer, 1998, p129).**

وترى هوفر :أن المعرفة الشخصية هي مجموعة محددة من الأبعاد الخاصة بالمعتقدات حول المعرفة والتعلم والمنظمة كنظريات والتي تتقدم في اتجاهات قابلة للتنبؤ بها بشكل عقلي، وتنشط في السياق، وتعمل بطريقة معرفية وما وراء معرفية.**(Hofer, 2008, p14).**

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

أ –بنية نمائية معرفية.

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

ج –عمليات معرفية في حد ذاتها.**(Hofer et pntritch, 1997, p 111).**

3-4- المعتقد الصحي:

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

* تعريف المعتقدات الصحية على أنها "تصورات وإحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض". **(Kazarian et Evans, 2001, p120).**

* أما المعتقد الصحي التعويضي فيعرفه كل من **مارجوري رابيوي وباربال كنوبر (Marjorie Rabiau, Barbel Knaupre)** :" بأنها قناعات يكونها الأفراد عن الجوانب السلبية للسلوك وتمثل تعويضات بديلة عن السلوك السلبي مثل تناول طعام دسم يمكن التعويض بالتخلص منه في ممارسة الرياضة". **(Rabiau et al, 2006, p3).**

ونستخلص مما سبق أن للمعتقد عدة أنواع منها **المعتقد الديني** الذي هو أول أشكال التعبيرات التي خرج من حيز الانفعال إلى حيز التأمل الذهني أي أن الانسان يؤمن بما يحدث له وأن الغيب يصعب تفسيره وبعد ذلك يصنف على أنه مقدس. وهو يضح العلاقة بين عالم المقدسات وعالم الانسان، والتي تتجسد في الصلوات والتراتيل. **والمعتقد الشعبي** الذي هو ظاهرة اجتماعية تنتج من خلال تفاعل الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية فيما بعضهم البعض وهذا لتكوين تصوراتهم وأفكارهم في عدة مواضيع. أما **المعتقد المعرفي** فهي

مجموعة معارف تعلمها الفرد خلال حياته والتي تؤثر في العمليات المعرفية، **وأخيرا المعتقد الصحي** فهو عبارة عن معلومات وتصورات حول خطورة المرض. أما **المعتقد الصحي التعويضي** فهو تعويض سلوك سيء بسلوك صحي.

المعتقدات هي عبارة عن أفكار يكونها الفرد من خلال تجاربه السابقة في تفاعله مع البيئة الاجتماعية، وهي مختلفة من فرد لآخر. إذ تلعب دور مهم في تبني المريض سلوك صحي (الملاءمة العلاجية) لكي يحافظ على صحته وعدم تطور المرض. ومن بينها نجد المعتقد الديني، المعرفي، الشعبي، أي يكون الفرد أفكار عن أسباب وعلاج المرض (عين، سحر، الرقية، الحجامة، وخز بالإبر، التداوي بالأعشاب... إلخ)، معتقد الصحي يعني أن الفرد يكون أفكار وتصورات حول المرض والصحة. ولكن قبل التطرق إليه، يجب أن نعرف ماهية الصحة.

ثانيا: مفهوم الصحة:

1- الصحة ومفاهيمها:

يعتبر مفهوم الصحة من المصطلحات الهامة التي تحمل العديد من الاتجهات والمعاني ولقد أولاها العلماء والباحثون من شتى التخصصات العلمية والاكلينيكية اهتماما كبيرا حاليا، حيث تكاد لا تعد الندوات العلمية والمؤتمرات العالمية التي تعقد سنويا في هذا الشأن ناهيك عن الدوريات العلمية المجلات التثقيفية والكتب الدراسية التي لم تعد ولم تحصى والتي تعالج موضوع الصحة وقضياها المختلفة كموضوع التغذية والرياضة والبدانة والضغط النفسي، كما أن منظمة الصحة العالمية **(W.H.O)** تقريرا سنويا حول وضع الصحة في العالم تحدد من خلاله التحديات الصحية الخطيرة التي قد تواجهها بعض أقطار العالم وتعمل على رسم السياسات الصحية التي ينبغي اعتمادها لمواجهة تلك التحديات. ولقد ساهم هذا الاهتمام المتزايد بالصحة في تعريف هذا المفهوم بطرق مختلفة تعكس كل منها توجها نظريا معينا، ونورد فيما يلي تعريفاتها:

1- فقد عرف البعض الصحة على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، ويبدو واضحا أن هذا التعريف يقوم على إبراز الجانب الفسيولوجي للجسم كمحدد رئيسي للوضع الصحي للفرد وبغلب هذا الاتجاه على الأطباء. **(يخلف، 2001، ص 4)**.

2- الصحة هي غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل، ويعتبر هذا المفهوم عن الصحة أكثر شيوعا لدى عامة الناس، حيث يحكم على المستوى الصحي من خلال سلامة الجسم وخلوه من الإصابات.

3- الصحة حالة ديناميكية تعكس تفاعلات بيئة الفرد البدنية وبيئته الاجتماعية وتركيبه البيولوجي.

4- الصحة هي الحالة الناتجة من التفاعل الكلي للفرد مع بيئته والتي تمكنه من الحياة بفعالية ونجاح.

5- ومن التعاريف الرائدة التي تقوم على فكرة الشمولية، تعريف منظمة الصحة العالمية التي عرفتها على أنها: "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز".**(يخلف، 2001، ص 5)**.

يتضح مما سبق أن مصطلح الصحة له دلالات عديدة ويحمل عدة معاني، منها حالة جسمية تخلو من أعراض المرض، ومنها ما يعادل الصحة بالنشاط الفسيولوجي السوي لوظائف الجسم، ولو أن الخلو من المرض لا يعني بالضرورة أن الفرد سليم الجسم ويخلو من المرض، كما أن النشاط الفسيولوجي السليم لا يعني بالضرورة أن صحة الفرد في حالة جيدة. وأخيرا هناك تعريف المنظمة الصحة العالمية الي يقترح مفهوما واسعا وشاملا للصحة بحيث يركز على سلامة الجوانب البدنية العقلية والاجتماعية وتكاملها باعتبار أن صحة فرد النفسية والاجتماعية تتأثر باعتلال صحة بدنه، كما أن نقص توازن الفرد انفعاليا وعدم توافقه اجتماعيا يضر بحالته الصحية ويتسبب في الاضطرابات السيكوسوماتية.

وتتمثل أهمية هذا التعريف في أنه ينظر إلى الإنسان نظرة كلية وشاملة، أي أن الإنسان كل لا يتجزأ بجوانبه الجسمية والنفسية والاجتماعية ويضع أمام كل فرد أو مجتمع مثلا أعلى

للصحة ينبغي السعي وراءه لتحقيقه، ويغلب على هذا التعريف الجانب التنموي والإنساني باعتبار الصحة فوق كل الشعوب في العالم. **(يخلف، 2001، ص 5-6)**.

لا شك أن الاهتمام بدراسة الصحة قديم، حيث عرف مفهوم الصحة تطورا ملحوظا عبر التاريخ والقرون الماضية، ففي الحضارتين المصرية واليونانية القديمتين كان مصطلح الصحة يقتصر على الكمال البدني وقوة الجسم، واستمر التركيز على الجانب البدني على غرار الجوانب الأخرى إلى غاية القرون الوسطى، عندما أقبلت الكنيسة في أوروبا وعملت على تضييق الخناق على المؤسسات التعليمية وأرغمت العلماء والمفكرين على تجاهل الجسم باعتباره موقع الغرائز الجنسية وأصبح مفهوم الصحة يقتصر على البعد الروحي. واستمر هذا التوجه الديني حتى بداية القرن التاسع عشر حيث جاءت مرحلة الإصلاح وتنوير الإنسانية، التي أفرزتها النهضة الأوربية، وقامت بإثراء مصطلح الصحة وتطويره.

يرجع بعض العلماء والباحثين البداية العلمية لمفهوم الصحة إلى ما بعد الحرب العالمية الثانية حيث حدثت تطورات علمية وطبية هائلة وتلاها الاهتمام الكبير بالسياقات الثقافية والاجتماعية للصحة، وكان للحركات الاجتماعية والإصلاحية في تطوير هذا المفهوم دور كبير، فأصبح يتضمن العلاقة المتبادلة بين الجوانب البدنية والعقلية والاجتماعية ولو أنه ومن الناحية العلمية أو الإكلينيكية لا زال ينظر إلى الصحة كحالة من غياب المرض العضوي. **(يخلف، 2001، ص 6)**.

2- التصورات النظرية لمفهوم الصحة:

قدم الباحثون والمنظرون في علم النفس والعلوم الصحية عدة تصورات نظرية للصحة، مما ساهم في تبلور مفهوم الصحة وتعريفه إجرائيا وتطويره نظريا، وفي هذا السياق توصل **وايلي (Wylie, 1970)** إلى تحديد اتجاهين رئيسيين في استخدام مفهوم الصحة هما:

*** مفهوم "مفتوح" للصحة :**

الذي ينظر إلى الصحة نظرة مثالية، بمعنى أن الصحة حالة مثالية يسعى الناس إلي تحقيقها ولكن تحقيقها لا يتم إلا جزئيا وبالتالي ليست حالة يتوقع الناس تحقيقها كليا. ويسمى أيضا بمفهوم تحقيق الذات لدى **بندر(Pender, 1982)** ولدى سميث يسمى الاتجاه المثالي.

*** مفهوم "مطاطي" للصحة:**

ينظر إلى الصحة على أنها القدرة أو الكفاءة على مواجهة تحديات الحياة والتكيف معها، وكذلك القدرة على التفاعل الفعال والإيجابي مع البيئة المحيطة والتوافق معها. ويسمى لدى **بندر (Pender, 1982)** بـ مفهوم الاستقرار و الاتجاه التوافقي لدى سميث.

وأضاف **بندر (Pender, 1982)** النوع الثالث هو يشمل بعدي الاستقرار وتحقيق الذات (مفهوم المفتوح والمطاطي لبندر) حيث ينظر إلى الصحة على أنها حالة تحقيق الذات والقدرة على الحفاظ على الاستقرار من خلال التوافق الشخصي والاجتماعي. وسماه سميث بـ **الاتجاه الوظيفي (عن يخلف، 2001، ص 7-8).**

ولقد أضيف **سميث (Smith, 1979)** تصور آخر من مستوى التصورات النظرية لمفهوم الصحة ويمثل المنحى الطبي في مجال الرعاية الصحية. وحسب هذا المنحى الاكلينيكي فإن الصحة عبارة عن حالة تخلو من المرض وأعراض المرض، وأما الرعاية الصحية فإنها تعتني بعلاج المرض بدلا من الاهتمام بتلك السلوكيات المتصلة بالصحة الايجابية. **(يخلف، 2001، ص 9).**

3- مجالات الصحة:

تطور مفهوم الصحة تدريجيا في العقود الماضية ليصبح مصطلح يستخدم في العديد من المجالات العلمية والعملية لعل أهمها:

*** الصحة الشخصية:**

يعتمد هذا المجال على حماية صحة الفرد والحفاظ عليها، وذلك من خلال إجراءات وقائية كالتغذية الصحية والنظافة وممارسة الأنشطة الرياضية لتقوية الجسم ورفع مستوى اللياقة البدنية، وكذلك إجراء التحاليل الطبية الدورية من الخدمات الطبية المتوفرة في المجتمع، وكذلك تجنب المخاطر الصحية كالتدخين وتناول المخدرات والبدانة.

*** الصحة العامة:**

عرفها ونسلو **(Winslow, 1920)** على أنها علم وفن حفظ الصحة ومنع حدوث المرض وإطالة الحياة وتنمية الصحة وتطورها وزيادة كفاءتها من جميع النواحي وذلك بجهود منتظمة من طرف المجتمع بالاشتراك مع مختلف الجهات الصحية وذلك للوصول إلى الأهداف الصحية التالية: **(يخلف، 2001، ص 10-11)**.

* توفير بيئة صحية.

* السيطرة على الأمراض الانتقالية المعدية.

* تثقيف الفرد والمجتمع صحيا.

* تنظيم وتوفير الخدمات الطبية والتمريضية للمجتمع والعمل التشخيص المبكر للأمراض وتوفير الخدمات العلاجية والوقائية.

كما يبدو واضحا من هذا التعريف أن الصحة العامة هي مجال صحي هام ذو طابع مركب وشامل يهتم بجميع نواحي الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية أي أنه يتناول كل العوامل التي من شأنها أن تعرض صحة الفرد والمجتمع لخطر الإصابة بأمراض معينة.

تاريخيا، عرف مفهوم الصحة العامة تطورا هاما نتيجة لحركات الإصلاح في القرن التاسع عشر بأوروبا، وقد كانت تعني بالسيطرة على الأمراض المعدية والأوبئة التي قد تهدد صحة المجتمع، وذلك من خلال التطعيم وتحسين البيئة الصحية.

هذا وقد أصبحت الصحة العامة في الوقت الحالي تهتم أكثر بالقضايا الصحية الراهنة كالأمراض المزمنة والتلوث البيئي والسلوك الصحي والصحة المهنية، والتي أفرزتها التحولات الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة التي عرفتها معظم مجتمعات العالم بعد الحرب العالمية الثانية. **(يخلف، 2001، ص 11).**

*** الرعاية الصحية الأولية:**

حسب إعلان **ألما آطا (Alma Ata Declaration, WHO, Geneva)** إن الرعاية الصحية الأولية هي "التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا ومسيرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع والبلاد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة".

*** التربية الصحية:**

تعد إحدى المجالات الصحية والعلمية الهامة التي تلعب دورا أساسيا في تنمية صحة الأفراد وتعمل على حمايتهم من المخاطر الصحية التي قد تظهر نتيجة لتبنيهم أسلوب غير صحيا في الحياة. وتعتبر كسلاح مهم لتحقيق الصحة العامة وهذا من خلال نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية، وهي تسعى في الواقع إلى تزويد الأفراد بمعلومات صحية صحيحة وتحثهم على تبني سلوكيات صحية إيجابية كما أنها تزود الأطفال بمهارات اتخاذ القرار في المواقف الحياتية والصحية المختلفة. **(يخلف، 2001، ص 12-13).**

*** الخدمات الوقائية:**

إن أسباب اختلال وتدهور حالة الفرد الصحية تغيرت بتغير المجتمعات، حيث كان السبب الرئيسي للوفيات في المجتمعات المعاصرة يعود إلى الأمراض المعدية والأوبئة الناجمة عن تفشيها. ولكن للإجراءات الوقائية المختلفة كالتلقيح والتغذية الصحية وتوفير بيئة صحية من مياه نقية والنظافة والمضادات الحيوية دور أساسي في السيطرة على الأمراض المعدية. **(يخلف، 2001، ص 14).**

الصحة مفهوم إهتم به العلماء والأطباء منذ القدم وتطور مفهومه، ونظرياته عبر مرور الزمن، فرغم إختلاف مفاهيمه من تخصص لآخر، إلا أنهم توصوا لمفهوم شامل التي قدمته منظمة الصحة العالمية: "هي حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والإجتماعية، وليست الخلو من المرض أو العجز". يعني أن خلل يصيب جانب معين سوف يؤثر على صحته.

ثالثا: نموذج المعتقدات الصحية

1- نشأة نموذج المعتقدات الصحية:

طور نموذج المعتقدات الصحية في الخمسينات من قبل علماء النفس الاجتماعي. **(Irwin Rosenstock. Godfrey Hochbaum .stephen kegels, 1966)** ، الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا.

لذلك فالنموذج طور ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل، وفي ذلك الحين زود برنامج فحص السل للبالغين بأشعة الفحص السينية "X" في الوحدات المتنقلة المتواجدة في الأماكن التي يعاني أفرادها من ارتفاع عدد الإصابة بمرض السل.

فلاحظ هوشبوم **(Hochbaum)** أن الأكثرية من سكان الحي لم يخرجوا لإجراء الفحوصات بالأشعة السينية "X"، فبحث عن أسباب امتناع البعض من الخضوع للكشوفات بواسطة أشعة "X"، وعن الأسباب التي حفزت البعض لإجراء الفحوصات. فوجد بأن خطرهم المحسوس للمرض ومن العدوى ومخاطر الأشعة "X" كانت من بين العوامل الحاسمة في سلوكهم. ومنذ ذلك الحين عرف نموذج المعتقدات الصحية **(HBM)** بدايات ظهوره، حيث بدأ يكيف ويطور لاستكشاف السلوكات الصحية طويلة المدى، وقصيرة المدى، بما فيها سلوكات المخاطر الخبيثة وانتشار مرض السيدا **(AIDS)**. **(M-Reiser ,2007, p16).**

ومن هنا اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح، كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة، ولأنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسة السلوك الصحي من نتائج، كما أنه

يعرض عمليات أو ميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية والسلوك الصحي الفردي **(زناد، 2013، ص 148)**.

بحيث قدم النموذج في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية:

-سهولة التأثير المحسوسة.

-الشدة المحسوسة.

-المنافع المحسوسة أو المدركة.

-الحواجز أو الموانع المدركة أو المحسوسة.

وفي سنة **1988** أضيف مصطلح جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فاعلية الذات، وذلك نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية غير صحية " كالتدخين".(**(Werl, s.d, p15)**.

وفي سنة **1994** أعطى كل من العلماء **(Rosenstok, Strecher et Becker)** المتغيرات الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية ألا وهي:

- **التهديد المدرك** ويتضمن جزآن:

*سهولة التأثر المدركة لشروط الصحة :وتتضمن الفهم الشخص للإحساس بالخطر الذي يهدد الصحة.

*الشدة المدركة لشروط الصحة :وهي أحاسيس متعلقة بجدية المرض أو تركه غير معالج، وتدخل هنا التقييمات الفردية للنتائج الطبية والسريرية والنتائج الإجتماعية المحتملة.

-**المنافع المدركة** :تأتي من التأثير الإيجابي المعتقد للاستراتيجيات والسلوكيات، للتخفيض من تهديدات المرض.

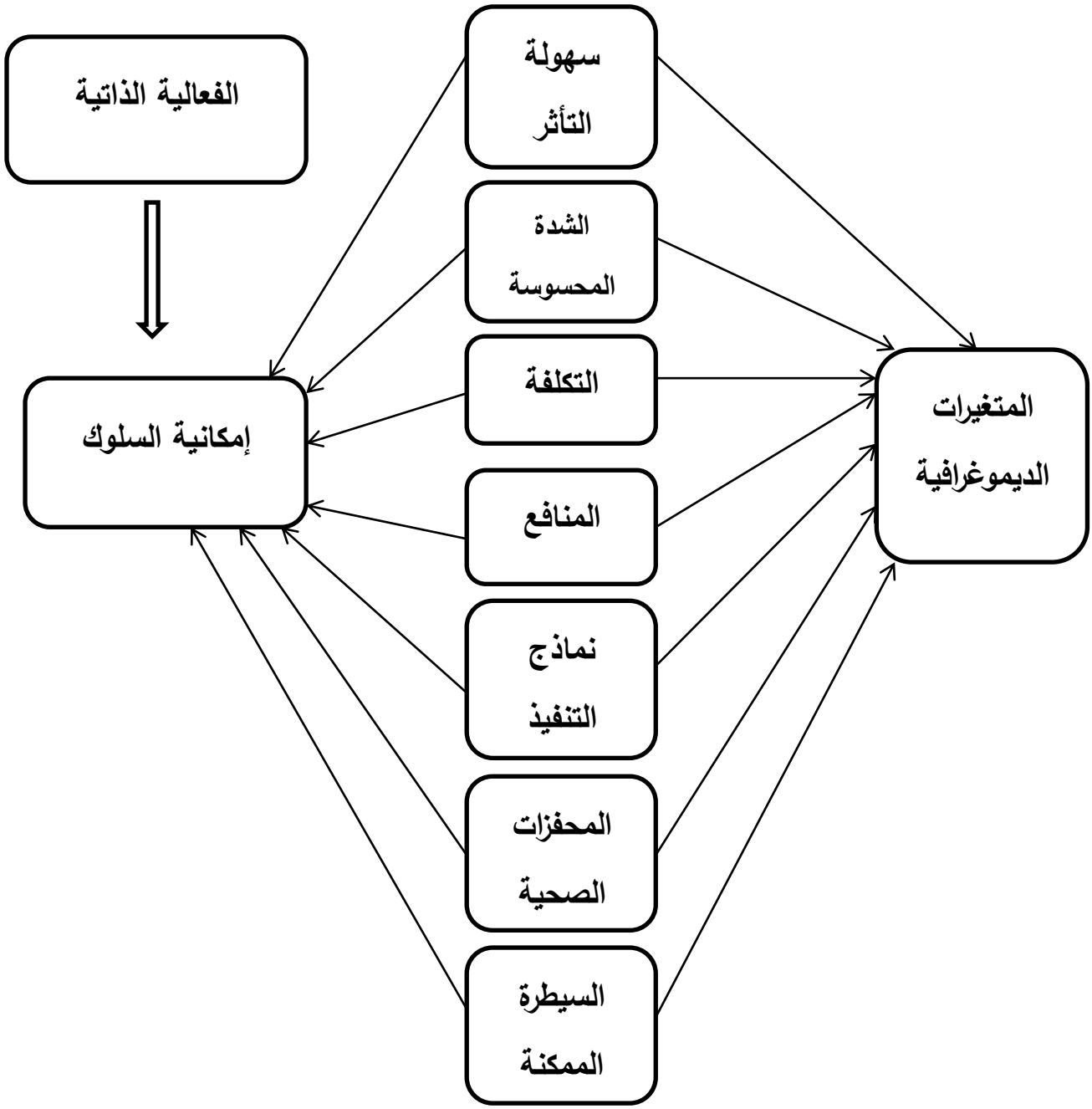
- **إدراك الموانع** : أي إدراك النتائج السلبية المحتملة التي قد تنتج من سلوكيات عدم الحفاظ على الصحة.

-**المتغيرات الأخرى** : وهي المتغيرات الهيكلية التي تؤثر على تصورات الفرد، وتؤثر على السلوكيات المتعلقة بالصحة بشكل غير مباشر مثل الدعاية والإعلان الذي يحفز الناس لاتخاذ الإجراءات الصحية، كذلك المستوى الثقافي والفكري للفرد... الخ.

-**الفعالية الذاتية:** تعني الاعتقاد في أن أكون قادرا على تنفيذ السلوك بنجاح، هذا المفهوم قدم من طرف **باندورة (Bandura, 1977)**.

إذن فنموذج المعتقدات الصحية طور أولا من قبل **(Rosenstock)** في أواخر الخمسينيات بداية الستينيات، ثم من قبل **(Becker)** وزملائه على مدار السبعينيات والثمانينيات، وهدفه كان توقع سلوكات صحية وقائية والرد السلوكي لمعالجة المريض، وخلال السنوات الأخيرة، إستعمل النموذج لتوقع العديد من السلوكات المتعلقة بالصحة خاصة منها السلوكات الوقائية.

وفيما يلي مخطط يبين أهم عناصر هذا النموذج (نموذج المعتقدات الصحية العامة)، وذلك حسب النموذج الذي قدمه **بيكر (Becker, 1977) (عن قارة ، 2015، ص 62)**.



شكل رقم (01): نموذج المعتقدات الصحية العامة لـ بيكر(In Ogden, 2004, p25)

ووفق لنموذج المعتقدات الصحية فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن تتحقق من خلال معرفة عاملين، هما :الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، وإدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد. وللربط بين الأنواع المختلفة للمعتقدات والسلوك الصحي المتوقع يأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

– المتغيرات الديموغرافية: (مثل العمر، الجنس، العرق، المهنة).

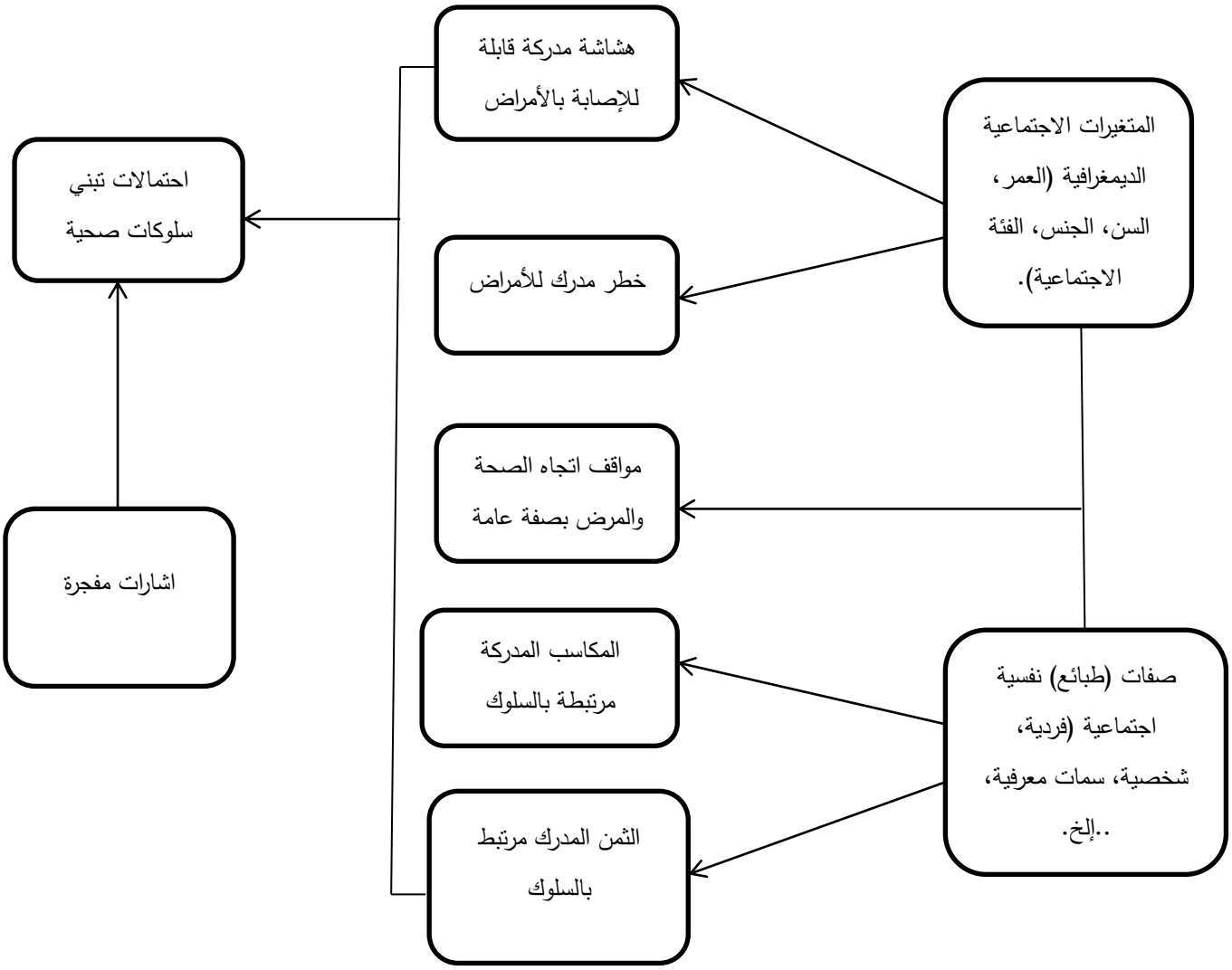
– المتغيرات الاجتماعية والنفسية: (مثل الحالة الاجتماعية، الاقتصادية، الشخصية واستراتيجيات المواجهة).

– إدراك الكفاءة: (تقييم الفرد لذاته من القدرة لتبني السلوك المطلوب بنجاح).

فالشخص الذي يشعر بأنه معرض للإصابة بالسكتة القلبية، على سبيل المثال، وعليه أن يغير نظام غذائه، ولكنه يعتقد بان تغيير نظام غذائه وحده قد لا يقلل من مخاطر الإصابة بالسكتة، وان التغيير قد يتدخل بدرجة كبيرة في سعادته، سوف يعد سلوك التغير غير مسوغ ، لذا فإن الاعتقاد الذي يحمله الشخص حول وجود قابلية كبيرة لديه للإصابة بأمراض القلب لا يكفي لإحداث التغيير إذا كان إيمانه ضعيفا بأن التغيير في نظام التغذية .سوف يقلل من الخطر، لذلك فانه لن يقوم على الأغلب بالتغيير.(**تايلور،2008، ص126**).

وعلى هذا الأساس، فالنموذج يقترح إمكانية الفرد باتخاذ إجراءات وسلوكيات معينة كالوقاية من المرض وحفاظا على صحته، وأما فيما يتعلق بشروط الصحة فهي محددة برغبة الفرد في اتخاذ الإجراءات الوقائية والمنافع التي ستترتب على هذه الإجراءات فالنموذج يقيم أيضا إدراك الفرد لمنافع الكشف والمعالجة من مرض معين. **(In Strecher et Rosenstock, 1997, p22).**

ومؤخرا تم إدماج أثر بعض الإشارات المفجرة **(Signaux déclencheurs)**، للصياغة النهائية للنموذج **(H.B.M)** كل هذه العوارض تم تمثيلها في الشكل التالي:



الشكل رقم (02): نموذج المعتقدات الصحية (Bruchon-Schweitzer, 2002, p43).

ووفقا للنموذج، فإن احتمال قيام الشخص بإجراء وقائي يعتمد على عاملين:

* تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية، وتقييم إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات إزائه.

* والتهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية وحساسية إدراكه لها، ومؤشرات اتخاذ قرار بشأنها، وقد تأخذ هذه الأخيرة صورا مثل :حملات وسائل الإعلام، أو خطاب تذكير من الطبيب أو طبيب الأسنان، والأمراض التي تحدث في العائلة، أو إدراك الشخص للأعراض التي تنم عنه، ويتأثر إدراك تهديد المرض بالعوامل الديموغرافية، مثل

العمر أو الجنس، والعوامل الشخصية، والمعلومات حول المشكلات الصحية أو التعرض لها.

وأخذا في الاعتبار العوامل الإيجابية والسلبية فيما يختص بالقيام بإجراءات وقائية. يلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل : خفض مخاطر تعرضهم لمشكلات صحية ترجع للعوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء، وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية، ولكنها قد تتضمن أيضا انشغالات أخرى أقل وضوحا، مثل الوقت المنفق، وبالتالي فإن الأشخاص الأكثر ميلا لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك، الذين يشعرون أنهم مهددون بمرض ما، ويشعرون أن مزايا المراجعة الطبية أرجح من التكلفة . **(ليندزي وبوال،2000 ، ص567).**

فحسب نموذج المعتقدات الصحية **(HBM)** ينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض عالي، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة . ويتم تنفيذ مثل هذا السلوك على وجه الخصوص عندما يتوفر عدد من بعض الشروط التالية:

-عندما يدرك ويقتنع الفرد أن عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي يعرضه لخطر الإصابة بمرض.

- قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية.

- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية وتكون الفوائد المتوقعة أهم بكثير من التكلفة.

- أن تتوفر قناعة ذاتية، أن ممارسة النشاط الوقائي ستسفر على النتائج الإيجابية المتوقعة.

- أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه).**(يخلف، 2001، ص20).**

2- مصدر المعتقدات الصحية:

إن معتقدات الصحية لمريض الربو وأوليائه (خاصة الصغار) ترتبط أساسا بثقافتهم، تاريخهم الشخصي وتأثيرات التعلم الاجتماعي وهي كالتالي:

2-1- الثقافة: لها أثر في تكوين المعتقدات الصحية، كما أن للدين والعادات الثقافية والنظريات الشعبية دور في تحديد الطريقة التي من خلالها سيدرك المريض جسده، مرضه (الأسباب، النتائج، والخصائص،...إلخ) تكلفة العلاج (التوقعات بالنسبة للمعالج، موقفه تجاه الأدوية،...).

إن معتقدات المريض ذو ثقافة إفريقية مشبعة بالممارسات السحرية، وتختلف عن المريض ذو الثقافة الغربية المشبعة منذ الصغر بتناول البيوطبي.

2-2- التاريخ الفردي والعائلي: يؤثر في طريقة إدراك المريض للمرض وتكلفة العلاج، لأن خبرات وتجاربه الشخصية والعائلية أدت إلى تكوين عدد من المعتقدات الخاصة به والتي تميزه. فمثلا مريض بالربو الذي توفى جده بسبب نوبة ربوية لا يتعامل مع مرضه وكيفية إدراكه له لا تكون بنفس الطريقة مع مريض ربو آخر ليس لديه سوابق عائلية. كما أن إدراك مريض الربو الذي تعرض لنوبات ربوية خطيرة وحالات استشفاء متكررة، تختلف طريقة إدراكه عن مريض بالربو أصيب بضيق تنفسي بسيط رغم الإصابة الخطيرة لوظيفة التنفسية **(Boutry et al, 2001, p472).**

2-3- تأثير الوسط الاجتماعي على المعتقدات الصحية: يرتبط إدراك المريض بالربو لمرضه وعلاجه بالوسط الاجتماعي الدي يعيش فيه. يتعرض الأطباء باستمرار لمعتقدات جديدة حول الربو، وقد تكون بعضها غير متوقع. وبعض هذه المعتقدات ترتبط باستنتاجات وتعميمات من الوسط الاجتماعي مثلا: **"إن ربو جارتي شفي فجأة، بعدما ان رحلت إلى مدينة بروفنس، أنا متأكدة بأن المناخ هو الذي يستطيع علاج الربو"**، **"قرأت بأن الربو**

الطفل يختفي دائما مع النمو والكبر"، "قالت لي صديقة أمي بأن هذا الدواء غير فعال إطلاقا لدى مرضى الربو"(Boutry et al, 2001, p472).

3- إسهامات نموذج المعتقدات الصحية في مجال الصحة:

تجدر الإشارة هنا إلى أن هذه النظرية المعرفية كانت لها مساهمة كبيرة في تفسير السلوك الوقائي وفهمه، كما أنها طبقت في مجالات صحية شتى كتلك التي تتعلق بالتطعيم ضد الشلل ونظافة الأسنان وسلامتها، والوقاية من ظاهرة ارتفاع ضغط الدم وظاهرة التدخين، والفحوص الطبية.

وقد توصل كل من **بيكر وجانز (Janz et Bicker, 1984)** إلى أن معظم البحوث والدراسات التي استعملت هذا النموذج النظري للتنبؤ بالسلوكيات الوقائية قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة، والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي انه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية، ولعل ما يقترحه هذه النموذج المعرفي والعلمي من أفكار هامة وتصورات عملية مفيدة وحلول مناسبة هي تلك المتعلقة بوضع استراتيجيات وقائية فعالة للتصدي للمشكلات الصحية الخطيرة كمرضى الإيدز والسرطان مثلا أو سلوك الإدمان على المخدرات أو أمراض القلب المختلفة، التي تكاد تعرف كلها انتشارا شبه وبائي في مجتمعاتنا هذه الأيام.**(يخلف، 2001، ص31-32).**

ولمزيد من الإيضاح حول كيفية تطبيق نموذج المعتقدات الصحية فإنه من الضروري إستعراض إحدى الدراسات بشكل مفصل فقد ركز كل من **نورمان وبراين (Normen et Brain, 2005)** في دراستهما لبحث حول تطبيق نموذج المعتقدات الصحية وللتنبؤ بين السيدات ذوات التاريخ الأسري بالإصابة بهذا المرض وعلى الرغم من سهولة تنفيذ الفحص الذاتي للثدي وكونه طريقة غير مكلفة تبعا لسهولة الكشف عن أي كتل قد تدل على وجود سرطان الثدي، فإن الكثير من السيدات (حتى أولئك اللاتي لديهن تاريخ بالإصابة بالمرض)، لا يؤدي سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل منتظم وقد اهتم كلا الباحثين السابقين

في دراستهما بوجه خاص بمحاولة فهم المنبئات النفسية والاجتماعية لسلوك الفحص الذاتي للثدي بين السيدات المستهدفات للمرض، وفي سبيل ذلك تم بناء استبيانين على عينة قوامها **(822)** سيدة تتراوح أعمارهن بين **(17– 77**سنة) ومتوسط أعمارهن **41** سنة، بحيث طبق الاستبيان الأول (مقياس المخاوف من سرطان الثدي وذلك من خلال تركيزه على تقدير القلق) قبل ذهابهن إلى العيادة.

كما طلب من السيدات تقرير عدد مرات قيامهن بسلوك الفحص الذاتي، وأخيرا تم تطبيق الاستبيان الثاني لقياس المكونات المختلفة لنموذج المعتقدات الصحية(بما في ذلك مقياس الكفاءة الذاتية) التي تتعلق بسرطان الثدي، وهذه بعض الأمثلة:

* **القابلية المدركة للإصابة:** ما مستوى الاستهداف من وجهة نظرك؟ ما فرص الإصابة بسرطان الثدي؟.**(شويخ، 2009، ص20).**

* **الخطورة المدركة للمرض:** إذا أصيبت بالمرض، فحياتي كلها ستتغير وإذا كنت مصابة بالفعل به، فأرى أنه مرض أكثر خطورة من الأمراض الأخرى.

* **الفوائد المدركة للفعل:** الوسائل التي تكف عن سرطان الثدي مبكرا تعطيني قدرا أكبر من راحة البال.

* **معوقات الكفاءة الذاتية المدركة:** أنا واثقة من قدرتي على فحص الثدي وأفضل أن أترك الطبيب يفحص ثدي وعلى هذا الأساس استجابة أفراد العينة لهذه الأسئلة، تم تصنيف السيدات إلى ثلاث مجموعات:

فاحصات الثدي ذاتيا بدرجة نادرة، فاحصات الثدي ذاتيا بشكل أقرب للمناسبة، فاحصات الثدي ذاتيا بشكل مفرط، وتشير نادرا إلى أداء السلوك بين 3–4 مرات في السنة، أما المناسبة إلى سلوك شهري أو كل نصف شهر، في حين تدل "مفرط" على أدائه أسبوعيا أو يوميا.

وتبعا لذلك، فقد وجدت الدراسة أن هناك اختلافات في أبعاد النموذج المعتقدات الصحية باختلاف المجموعات الثلاث لسلوك الفحص الذاتي، النادر والمناسب و المفرط. فالسيدات

اللاتي يمارس سلوك الفحص الذاتي بشكا نادر اتسمن بانخفاض الكفاءة الذاتية والمعوقات، أما المناسبة هي ذو فائدة ولكنها ضعيفة، والمفرط يعني أن السيدات لديهن ارتفاع في مستويات الضغط المرتبط بخطورة المدركة للمرض والمخاوف من الاصابة به أدى إلى ممارسة سلوك الفحص الذاتي. كما استخلص كلا الباحثين أن المعوقات المدركة تمثل أقوى المنبئات بممارسة السلوك الصحي، وعلى هذه النتائج، سلط الضوء على التطبيقات العملية الناجمة عن دراستهما، فالحاجة ليست إلى تأكيد الفوائد الايجابية لأداء سلوك الفحص الذاتي للثدي شهريا، بل إلى تطوير طرق معالجة المعوقات التي ذكرت من قبل السيدات في هذه الدراسة، ولاسيما المعوقات الكفاءة الذاتية **(شويخ، 2009، ص20)**.

كما أن هناك العديد من الدلائل المساندة لنموذج المعتقدات الصحية. فلقد خلص عدد كبير من الدراسات إلى أن هذا النموذج يفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد فعلى سبيل المثال:

-يساعد نموذج المعتقد الصحي على التنبؤ بالممارسات التي تهدف إلى وقاية الأسنان والاعتناء بها.

-فحص الذاتي للثدي.

-الحمية للوقاية من السمنة.

-تجنب السلوكيات التي تعرض الفرد لخطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة AIDS.

-والاشتراك في ممارسات متنوعة للحفاظ على الصحة.

كما بينت هذه الدراسات أيضا، بأن المعتقدات هي من أقل المحددات تأثيرا في تقرير قيام الأفراد بمراعاة هذه السلوكيات الصحية. والأهم من ذلك فإن إدراك الفرد للمعوقات التي تمنع ممارسة السلوك الصحي ومدركاته المتعلقة بوجود قابلية لديه لتطوير أمراض معينة، هي من أكثر المؤثرات التي تقرر فيما إذا كان الأفراد سيقومون فعلا بممارسات سلوكية معينة أم لا . **(تايلور، 2008، ص 143)**.

ومما سبق يتضح لنا أن نموذج المعتقدات الصحية من أقدم النماذج المعروفة التي تشرح وتتنبأ بسلوكات الصحية، وذلك انطلاقا من مجموع العوامل المعرفية (**Ogden (1996), Godin (1991), Rosenstock (1974)).**

4- دور المعتقدات الصحية في المرض المزمن:

يمكن أن تؤثر المعتقدات الصحية أيضا في سرعة الشفاء من المرض، فقد تحقق **مكارثي وآخرون (Macarithy et al , 2003)** من ذلك وأكد أنها تؤثر في معتقداتهم أو توقعاتهم على الشفاء من عملية جراحية بسيطة نسبيا، حيث ترتبط الجراحة في كثير من الأحيان بتوقع المشقة وإجراءات طبية مؤلمة كما تتسم بتوقع المعاناة من خبرة الألم والعجز أثناء فترة النقاهة.

وقد جاءت الدراسات السابقة على دراسة **مكارثي وآخرون (Macarithy et al , 2003)** أن التوقعات السابقة للألم والتورم والتدخل في النشاطات اليومية ترتبط بمستوى خبرة الألم بعد الجراحة وعدد الأقراص المهدئة المتناولة، وطول فترة الزمنية للشفاء .

لكن هذه الدراسة لم تضبط متغير القلق ولهذا أخذ **مكارثي وآخرون** متغير القلق في اعتبارهم عند قياس التوقعات والنتائج، فوجدوا أن التوقعات قبل الجراحة كانت من أكثر المتغيرات التنبؤية مقارنة بالعوامل الطبية، ولذلك أبدوا أهمية أخذ المعتقدات المرضى في الاعتبار عند تناول نتائج الجراحة أثناء مراحل التخطيط للتدخل الجراحي، وأوصى الباحثون بعمل تدخلات تهدف إلى التركيز على توقعات المرضى قبل الجراحة، مما يؤدي ذلك إلى سرعة الشفاء**(شويخ، 2009، ص45-46)**.

نستنتج من خلال ما سبق أن المعتقدات الصحية دور كبير في التأثير على توقعات المرضى في الشفاء من المرض، وعلى هذا الأساس يجب على المختص النفسي أن يقوم بفحص معتقدات المريض لكي يساعده في تقبل حالته والتكيف معها وتقليل نسبة القلق والاكتئاب.

5- علاقة المعتقدات الصحية للمريض بالربو بالملاءمة العلاجية:

كثيرا ما يواجه الأطباء المختصون بالتكفل العلاجي لمرضى الربو بمشكلات الملاءمة العلاجية، حيث لوحظ عدم إلتزام المرضى أو سوء إلتزامهم بالتعليمات والنصائح الطبية المقدمة.

كما إتضح أن للمعتقدات الصحية لهؤلاء المرضى الربويين وعائلتهم لها تأثير واضح على الملاءمة العلاجية. بالإضافة إلى ذلك لوحظ أن هناك إرتباط قوي لهذه المعتقدات الصحية بعدد من العوامل منها: التاريخ الفردي للمريض **(L'histoire Individuelle)** ، البيئة الثقافية والاجتماعية التي تحيط بالمريض، والتي تتجلى بدورها في إتجاهاته، أحكامه وبالخصوص سلوكاته.

ويتضح مما تقدم أنه من الضروري الأخذ بعين الإعتبار هذه المعتقدات الصحية إذا أردنا الحصول على تغير في السلوك لدى المريض، وبالتالي الحصول على أحسن ملاءمة علاجية ومتابعة للتعليمات العلاجية **(Boutry et al, 2001, p470).**

إن تأثير المعتقدات الصحية تجاه المرض والعلاج على الملاءمة العلاجية، كان موضوع بحث وإستقصاء العديد من الدراسات منها الآتي:

توصلت دراسة كل من **شامبرز وآخرون (Chambres et al, 1999)** على عينة قوامها 394 مريض بالربو، بأن المشاركة الفعالة للمريض للتكفل بعلاج مرضه، وإعتقاده بأن مرض الربو هو مشكلة صحية خطيرة. فهذا يؤثر إيجابيا على مستوى الملاءمة العلاجية **(Chambres et al, 1999, p88).**

أما دراسة كل من **فان جرونسفن وآخرون (Van grunsven et al, 2000)** فقد توصلت إلى أن خوف المريض من الكورتكوستروييد **(Corticostéroïdes)**، ونقص الثقة حول فعالية العلاج تمثل عوامل لعدم الملاءمة العلاجية **(Van grunsven et al, 2000, p225).**

هذا ما أكدته دراسة كل من **كيللوواي وآخرون (Kelloway et al, 1994)** هي "دراسة مقارنة بين الكورتيكوييد المستنشق والأدوية أخرى للربو لدى المرضى"، وتوصلت النتائج إلى ما يلي: أن المرضى الذين يتسعملون الكورتيكوييد المستنشق لديهم ملاءمة علاجية ضعيفة **(Kelloway et al, 1994, p1340).**

في حين أجرى كل من **أبتر وآخرون (Apter et al, 2003)** دراسة على عينة قوامها 85 مريض بالربو، بالولايات المتحدة الأمريكية باللجوء إلى أجهزة إلكترونية لقياس الملاءمة العلاجية. أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربوين الذين لديهم إتجاهات سلبية نحو الكورتيكوييد المستنشقة.
- تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى الربوين ذوي مستوى التعليمي والإقتصادي منخفض.
- تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى الربويين الذين كثيرا ما يعانون من الأعراض المرضية**(Apter et al, 2003, p1219).**

وفي سياق آخر، أظهرت دراسة أمريكية تتبعية عرضية لكل من **جورج وآخرون(George et al, 2003)** على عينة قوامها 45 مريض بالربو. وأسفرت النتائج على ما يلي:

- إمتثال علاجي أقل.
- الخوف من الآثار الجانبية للكورتيكوييد **(George et al, 2003, p967).**

من خلال النتائج السابقة قام كل من **عصمان وآخرون (Osman et al, 1993)** بإقتراح أن فوبيا–الكورتيكويد قد تكون المسؤولة عن إنخفاض مستوى الملاءمة العلاجية. هذا ما اكدته دراسة كل من **بوسلي وآخرون (Bosley et al, 1995)** حول "مناقشة العوامل النفسية المرتبطة بعدم الملاءمة العلاجية". وتم رصد أهم الأسباب منها خوف

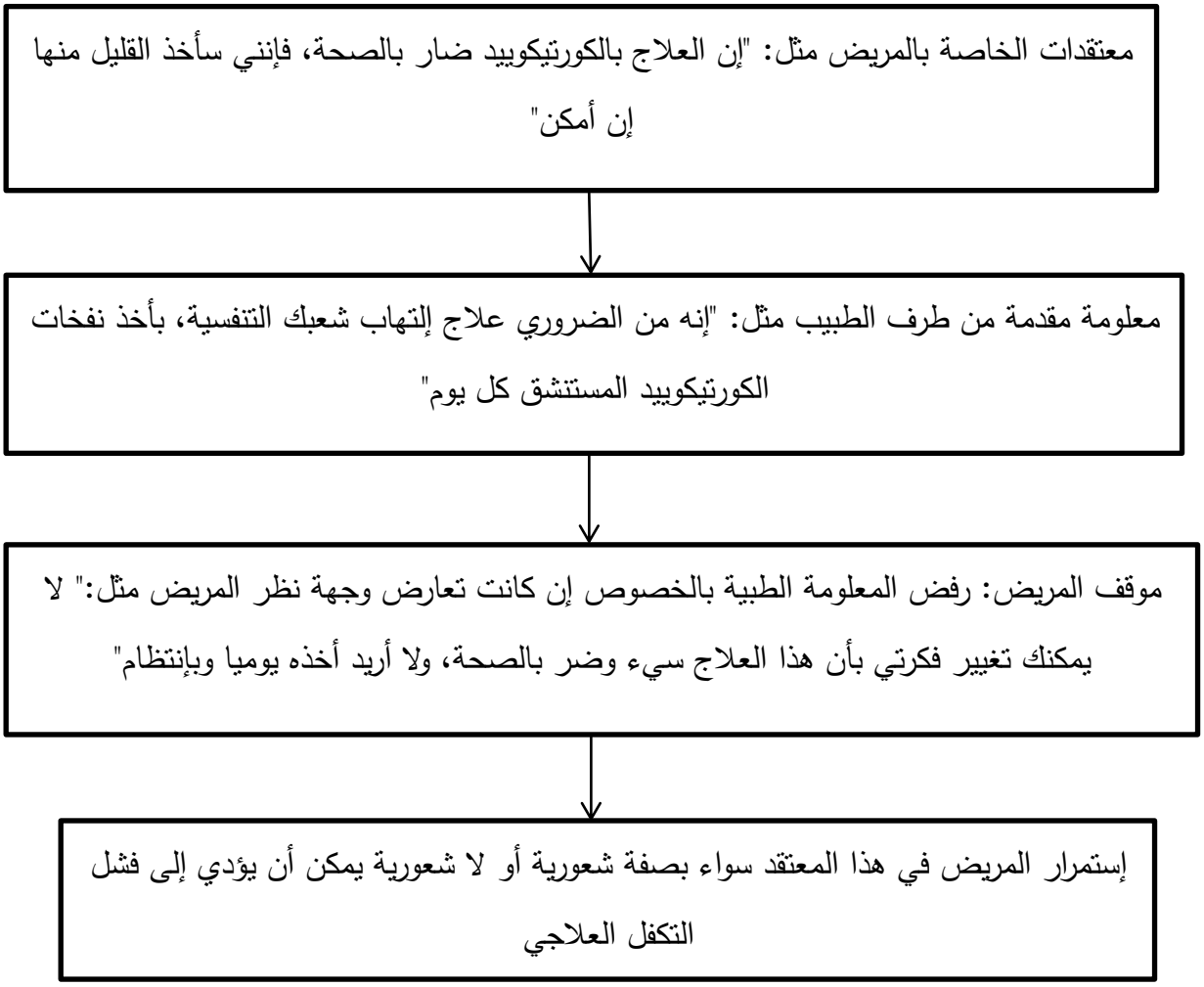
من آثار الكورتيكويد بنسبة 8% من المرضى لا يستعملون الأدوية الموصوفة لهم(**In Pujet, 1999, p199).**

وفي نفس السياق، توصلت دراسة **لاجراند (Lagrand, 1999)** حول "فوبيا–الكورتيكويد لدى مرضى الربو حقيقة أم خيال؟"، على عينة قوامها 40 مريض. ولقد أسفرت على ما يلي: أن نسبة 50 % من المرضى لديهم فوبيا للكورتيكويد. 30% من المرضى حاولوا وقف تناول الدواء بسبب الكورتيكويد. نسبة 30 % من المرضى لديهم معلومات صحيحة حول الكروتيكويد. ونسبة المرضى الذين إستعملوا الكورتيكويد لمدة طويلة قدرت بـ 33%. وأخيرا نسبة 88% من المرضى يستعملون الكورتيكويد المستنشق.

ومن بين أسباب خوف المرضى من إستعماله نجد ما يلي:

- نسبة 59 % من المرضى يخافون آثاره الجانبية.
- زيادة جرعات مع الوقت لضمان نفس نتيجة المتحصل عليها الآن بنسبة قدرت بـ 38%.
- يشرب الدواء كعادة فقط **(Accoutumance)** بنسبة 36%.
- زيادة الوزن 29%.
- ضمور عضلي قدرت نسبتها بـ 24%.
- حساسية تجاه الالتهابات بنسبة 20%.
- هشاشة العظام وكسرها بنسبة 16%.
- تأخر النمو بنسبة 14%.
- السيل **(Cataracte)** بنسبة 8%.
- السكري بنسبة 7%. **(In Pujet, 1999, p200).**

ومن خلال ما تقدم، سوف نعرض نموذج توضيحي يفسر ذلك:



شكل رقم (03): علاقة بعض المعتقدات تجاه إستعمال الكورتيكويد بالملاءمة العلاجية:

(In Asch, 1948, p 250)

فمريض الربو قبل أن يطبق تعليمات الطبيب(أخذ الدواء، تعديل أسلوب حياته، ...إلخ)، تراوده بصفة شعورية أو لا شعورية أفكاره ومعلوماته حول العلاج الذي تم وصفه له، وهنا تتدخل معتقداته وتصوراته حول صحته عموما(وبالخصوص مرض الربو تحديدا) والتي بدورها ستؤثر على سلوكاته (الملاءمة العلاجية، الإلتزام بالنصائح والتعليمات الطبية ... إلخ).

لذا يلجأ كل فرد (مريض) عند تعرضه لموقف ما إلى معلوماته الداخلية أي إلى تصوراته ومعتقداته التي يمتلكها مسبقا تجاه هذا الموقف. وكلما كانت المعتقدات الداخلية للمريض بعيدة عن المعلومة (الرسالة) الخارجية (قدمت من الخارج)، كلما قل أثر هذه المعلومة الخارجية عليه **(Rothschild, 1984, p216).**

وأشار **فيستانجر (Festinger. L.A, 1957)** إلى أن كل واحد منا يحاول الحفاظ على إنسجام وتناغم في جهاز معتقداته الداخلية. وفي السياق نفسه، أشار كل من **لوورد وليبور وروس (Lord.C.G, Lepper.L, et Ross, 1979)** بأن المعلومة الخارجية مثل نصائح الطبيب تتناقض مع معتقداته الداخلية الفردية، وهنا يؤدي إلى "إنزعاج عقلي فكري" ما ينتج عنه توتر النفسي **(In Boutry et al, 2001, p472).**

ولتجنب هذا الانزعاج والحصول على التوازن النفسي من جديد، يكون الحل بتعديل إحدى هاتين المعلوماتيين المتناقضتين (القديمة والجديدة، الداخلية والخارجية). كل فرد منا يواجه هذه الوضعية، ويميل غالبا إلى الحفاظ على المعلومة الأصلية (الداخلية)، ورفض ونبذ كل معلومة تعارض معتقداته الأولية(بما فيها النصائح الطبية). وعليه إن المعتقدات الصحية لمرضى الربو وعائلتهم تؤثر على:

1- إتجاهاته نحو الطب (مثل لا أثق بالعلاج بالكورتيكوييد لأنه يضر بالصحة).

2- أحكامه (مثل أخاف من إستعمال الكورتيكوييد، وأرى أنها غبر فعالة مع مرض إبني).

3- السلوكات (مثل لا أعطي صغيري المربض بالربو علاجه لأنه دواء كورتيكوييد) **(Boutry et al, 2001, p472).**

كما يتضح أن لمريض الربو وعائلته لديهم معتقدات حول نشأة المرض الربو، تطوره، وعلاجه. وفق تصريحات المرضى ومعتقداتهم ما يلي:

- "أنا مصاب بالربو بسبب التلوث".
- "إن أدوية الكورتيكويد مضرة بالصحة".

- أو "يشفى مرض الربو تلقائيا عند البلوغ". وفي المقابل هناك معتقدات أخرى غير مصرح عنها لدى المرضى الآخرين **(Cousson-geli et al, 1998, p 513).**

لهذا تعتبر الملاءمة العلاجية عامل مهم في ضبط ومراقبة مرض المزمن والوقاية من تفاقمه. تكونت عينة الدراسة المستقبلية من 60 مريض بالربو متوسط عمر أفراد العينة هو 25 سنة، 60 % من الحالات من الإناث (تفاوت عدد الاناث عدد الذكور)، متوسط مدة المرض الربو بـ 11 سنة، الذين يترددون على الاستشارة الطبية منذ شهر. وتم تطبيق إستبيان الملاءمة العلاجية وإمتثال المريض للدواء خلال ثلاث أيام الأخيرة ثم خلال الأسبوع الماضي.

وذلك بهدف تقييم أخذ المريض لدوائه أو عدم تناوله خلال ثلاث أيام الأخيرة والأسبوع الماضي الذي يسبق يوم الاستشارة الطبية. وذلك بهدف تقييم الملاءمة العلاجية لدى المرضى الربويين.

وأسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- 70% يصرحون بملاءمة علاجية جيدة من خلال الإجابة على الإستبيان.
- 30% يصرحون بملاءمة علاجية جزئية.

أما عن أسباب عدم الملاءمة العلاجية فترجع إلى ما يلي:

- إنكار المرض لدى 3 حالات.
- ثمن العلاج لدى 4 حالات.
- الانزعاج الاجتماعي عند إستعمال البخاخة لدى حالتين.
- كون المرض مزمنا لدى 3 حالات.
- كون المرض يستغرق وقتا طويلا لدى 3 حالات.

وإستخلص من نتائج هذه الدراسة، بأن الملاءمة العلاجية ترتبط بعوامل بعضها بالمريض، ولآخر بالطبيب، ونوع الأدوية المستخدمة للعلاج(**Lakhdar et al, 2015, p 258).**

أما دراسة التي قام بها **مولفينو وآخرون (Molfino et al, 1992)** وهي دراسة تتبعية مستقبلية لـ 12 حالة مريض بالربو في كندا تعرضوا سابقا لحالة توقف التنفسي، ودامت الدراسة 18 شهرا . أسفرت نتائجها: حالتين وفاة لمرضى تميزوا بعدم الملاءمة العلاجية، ولم تسجل حالات وفاة لذوي الملاءمة العلاجية مرضية **(Molfino et al, 1992, p621).**

وفي نفس السياق، أجرت **ريا وآخرون (Rea et al, 1986)** دراسة على عينة قوامها 121 مريض بالربو بنيوزيلاندا. وأسفرت نتائجها على ما يلي: سجلت 23 حالة وفاة نتيجة مستوى الضعيف للملاءمة العلاجية. كما سجلت أيضا أنه بين 8- 16 حالة تعرضت للاستشفاء (مجموعة الضابطة) **(Rea et al, 1986, p833).**

أجرت كل من **كرينر وآخرون (Kriner et al, 2003)** بدراسة اهتمت بفحص دور كل من المعتقدات والاتجاهات والممارسات اتجاه مرض الربو لدى عينة من الراشدين المصابين بالمرض في كاليفورنيا. وأسفرت النتائج على ما يلي: أن المرضى بحاجة إلى التربية الصحية والتثقيف الصحي كتدريبهم على استعمال الصحيح للدواء وتحفيزيهم لتبني سلوك صحي ولضبط الصحي للمرض وتهدف كل هذه الاجراءات إلى تحسين جودة الحياة وتمديد العمر لديهم، كما تتطلب التربية الصحية والمعلوماتية تقديم خدمات الدعم الاجتماعي عند الحاجة. وانطلاقا مما سبق ضرورة إقتراح برامج التربية الصحية إبتداءا من تشخيص المرض هدفها تعليم المريض تقنيات تساعده على مواجهة مرضه.

كما أسفرت الدراسة أن هناك مجموعة من العوامل تزيد من نسبة الإستشفاء لمرضى الربو منها: الفقر، نقص التأمين الصحي، معلومات محدودة حول المرض وعدم فهم سيرورته **(Kriner et al, 2003, p98-99)**.

وهذا ما أكدته دراسة الباحثان **حسن حيدر نزاد، سانازتوسيلي (Heidarnazhad et Tavasoli, 2009, p912)** حول "المعتقدات وإدراكات والممارسات حول الربو بين المصابين به في إيران" وهذا باستعمال تقنية المقابلة العيادية لـ 123 مريضا في قسمين

من أقسام العيادات الخارجية في مستشفيات طهران، بغرض تقييم المعتقدات والمدركات حول مختلف جوانب حالات الذين شخصت لديهم الإصابة بالربو، ولم يتذكر معظم المرضى أي سوابق مرضية للربو. وكان الكثير ممن لديه سوابق استخدام المنشقات الفموية **(inhalateur)** لم يستخدموها بشكل منتظم **(41.9%)**، وكان السبب الرئيسي الذي أبلغوا عنه أنهم لم يشعروا بالحاجة لاستخدام الأدوية في فترات التي لا تظهر فيها الأعراض، ولم يوضح سوى 32 مريضا **(30.5%)** الأسلوب الصحيح لاستخدام المنشقات الفموية **(inhalateur)**. ويحتاج مرضى الربو إلى المزيد من التثقيف حول الوقاية من الأعراض ومكافحتها، ومن العوامل الأخرى التي تثير القلق عدم اكتراث الأطباء بالمبادرة لإعداد دلائل إرشادية لتدبير الربو".

وفي هذا السياق اتجه بعض الباحثين إلى إعداد مقاييس نفسية لقياس المعتقدات الصحية لدى المرضى حول الربو وأدويته منها دراسة **توديرا وآخرون (Todera et al, 2009)** في إسبانيا بعد ملاحظتهم لإحدى مشكلات الاكلينيكية التي يواجهها مختصين في مجال الصحة ألا وهو سلوك عدم الملاءمة الذي يعتبر ذات ميزة خاصة لدى مرضى الربو لأنهم يتميزون بملاءمة علاجية منخفضة للأدوية المضادة للالتهاب. فقد سجلت الإحصائيات نسبة 40 % فقط من مرضى الربو المزمن يستعملون الكورتيكويد المستنشق على أقل مرتين في اليوم، ويرجع ذلك إلى عدة عوامل منها: طرق تناول الدواء، والعوامل النفسية الاجتماعية، والخوف من المضاعفات الثانوية للدواء، وخفض شعور بفائدة الدواء، واتجاهات المرضى نحو الصحة والمرض والمعتقدات المتعلقة بالأدوية**(Tordera et al, 2009, p220-221).**

وتوصلت نتائج أبحاثهم أن اتجاهات المرضى ومعتقداتهم تلعب دور أساسي في الملاءمة العلاجية. وذلك من خلال تحديد ملمح للمرضى الذين لا يلتزمون بالعلاج الكورتيكويدي ومحاولة معرفة الكثير عن معتقداتهم ومخاوفهم واتجاهاتهم. ومن بين أهداف هذه الدراسة هو وضع وتخطيط برنامج لقيام بتدخلات في التربية الصحية التي تكون فعالة لمساعدة المرضى

ولتحسين الملاءمة العلاجية لديهم. ولهذا الغرض تم تصميم أداتين احدهما موجهة لقياس المعتقدات الصحية والثاني موجه لقياس معتقدات المتعلقة بالأدوية. ومحاولة تحليل الارتباطات بين هذين المقياسيين وبعض الخصائص السوسيوديمغرافية، وشدة المرض، والحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب).

أسفرت نتائج تحليل العاملي بوجود ارتباط بين العوامل السوسيوديمغرافية وشدة المرض والحالة الانفعالية. كما اسفرت نتائج أن مرضى الربو لديهم معتقدات خاطئة حول الربو وأدويته وأن ضبط المرض يعود إلى الحظ، كما يتميزون بالقلق والاكتئاب وأفكار تشاؤمية حول علاج الربو **(Tordera et al, 2009, p222)**.

6- كيفية الكشف عن هذه المعتقدات الصحية في الممارسة الميدانية:

إن جمع المعتقدات الصحية هي عمل فريق (طبيب، أخصائي نفسي، مرشد تربوي) هدفه معرفة و فهم أفضل للمرضى وعائلتهم فيما يخص: إدراكاتهم، تصوراتهم، مخاوفهم، ودوافعهم.

ففي المرحلة الأولى يتم الاعتماد على المقابلة نصف الموجهة لتحقيق هذا الهدف، تتكون من مجموعة أسئلة مفتوحة. وذلك من خلال إعداد دليل مقابلة يسمح بالكشف بصفة منتظمة عدد من المعتقدات لدى مرضى الربويين وعائلتهم.

إن الكشف عن مثل هذه المعتقدات الصحية تسمح لفريق العمل (طبيب المعالج) الاستماع والإنصات بطريقة مختلفة للمريض وعائلته، ومنحهم فضاء جديد للتعبير، مما يعزز العلاقة طبيب–مريض. كما تسمح بحصر بعض العراقيل الملاءمة العلاجية**(Boutry et al, 2001, p474)**.

ثم في المرحلة الثانية، سيتم الاستفادة من هذه المعتقدات والتصورات لجذب المريض و/أو عائلته للحصول على تكفل علاجي فعال. فالوصول إلى مثل هذه المعتقدات والتصورات الخاصة بالمريض وعائلته تسمح للطبيب ما يلي:

1- تكييف لغته مع لغة المريض ليتسنى لهما الحديث عن نفس الشيء. وهذا ما يتطلب منه ضبط مفرداته (الكلمات المستعملة، وصف الأعراض، ...إلخ)، أصله العرقي، وسياقه الإجتماعي-الثقافي.

2- تحديد وحصر توقعات المرضى وعائلته، من خلال الكشف عن تصوراتهم، إنشغالاتهم، توقعاتهم ودوافعهم، مما يسمح بإقتراح برنامج علاجي يتماشى وتوقعاتهم.

3-إستعمال هذه التصورات والمعتقدات الصحية التي تم تحديدها، من الممكن إستعمالها بهدف جذب المريض (و/أو عائلته) لإتباع علاج بصفة صحيحة **(Boutry et al, 2001, p475)**.

وكثيرا ما يستجيب الطبيب وبالخصوص عندما يواجه معتقدات صحية لاعقلانية لدى مرضاه بمحاولة إقناع مريضه بالمنطق والموضوعية ويضح له بأنه على خطأ هذا من جهة. ومن جهة أخرى، يميل الفرد (المريض) إلى إدراك المعلومة (الرسالة الخارجية) بأنها قابلة للاستيعاب، إلا إذا كانت تتفق مع آرائه. بالمقابل إذا كانت تتعارض مع آرائه، فإنه يحكم عليها بالرفض.

لذلك، إذا أراد الطبيب معارضة معتقد خاطئ يمكنه حتى لا يقع في هذه المعارضة. وإستعمال هذه المعتقدات لإيصال معلومة صحية تربوية بهدف تحسين الملاءمة العلاجية. لذا على الطبيب تكييف حديثه وحواره وفق البنية المعرفية التي يمكنه الحصول عليها من مرضاه.

4- تقليص مخاطر عدم الملاءمة العلاجية (التنبؤ بالمشكلات الملاءمة العلاجية) ومشاركة المريض للبحث عن حلول مناسبة **(Sherif et Hovland, 1981, p10)**.

7- دور التربية العلاجية في تعديل المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وإنعكاسها في تحسين الملاءمة العلاجية:

عرفت **منظمة الصحة العالمية (OMS, 1998)** مفهوم التربية العلاجية (**l'éducation thérapeutique**) :"بأنها عملية مستمرة تتضمن علاجات وتتمركز على المريض". تتضمن التربية العلاجية مختلف النشاطات كالعمليات التحسيسية، تقديم المعلومات والمرافقة النفسية الاجتماعية بخصوص المرض، العلاج الموصوف من طرف الطبيب، الاستشفاء والسلوكات الصحية وغير الصحية للمريض.(**In Raherison, 2006, p145**).

وتهدف إلى مساعدة المريض وأسرته على فهم المرض والعلاج، التعاون مع المعالجين، والعيش بطريقة أكثر صحية ممكنة ومحاولة الحفاظ وتحسين نوعية الحياة. ما تهدف إلى جعل المريض قادرا على إكتساب والحفاظ على الموارد الضرورية للتعامل مع مرضه بطريقة متفائلة في حياته**(In Raherison, 2006, p145).**

* **العوامل التي تتدخل في التربية العلاجية:** هناك العديد من العوامل التي تتعلق بالمريض، تتدخل بصفة متشابكة ومعقدة في التربية العلاجية منها ما يلي: التصورات التي يحملها حول المرض، إدراكه لأعراضه، وجهة نظره تجاه تكفله العلاجي، إستراتجيات التعامل المستخدمة من طرف المريض، توقعات المريض تجاه تكلفه علاجه، المكانة التي يحتلها حول القرار العلاجي **(In Raherison, 2006, p 146)**.

وفي هذا السياق أجرى كل من **كارييس وآخرون (Caress et al, 2005)** دراسة على عينة من الراشدين يعانون من مرض الربو فيما يخص تطوير القرارات العلاجية، أسفرت هذه الدراسة أن **23.9%** من المرضى يفضلون أن يكون لهم دور فعال في العلاج، ونسبة **37.5%** يفضلون المشاركة مع الطبيب في أخذ القرار العلاجي، أما نسبة **40.4%** لديهم دور سلبي مهما كانت درجة خطورة مرض الربو **(Caress et al, 2005, p199).**

قام كل من **جيفارا وآخرون (Guevara et al, 2003)** بدراسة لمعرفة آثار التربية العلاجية لإدارة الذاتية لمرض الربو **(Self-management)** لدى فئتي الأطفال والمراهقين وذلك من خلال تقييم فعالية برامج تربوية. تكونت العينة من **3706** مريض بالربو تراوحت أعمارهم بين **2-18** سنة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية (خضعت لبرنامج التربية العلاجية). ومن معايير المقارنة كانت الوظيفة التنفسية: التغيب المدرسي، عدد الأيام التي يقل فيها النشاط، صعوبات ليلية **(Gênes Nocturnes)**، شدة الأعراض، زيارات إستعجالية والاستشفاء. أسفرت الدراسة على ما يلي: ساهمت برامج التربوية على: تحسين الوظيفة التنفسية، خفض الغياب المدرسي، خفض عدد الأيام التي يقل فيها النشاط، خفض زيارات لمصلحة الاستعجالات، خفض تكرار الاستيقاظ الليلي. كما أن آثار هذه البرامج التربوية كانت أكثر أهمية بالخصوص البرامج التي اهتمت بتقييم وظيفة التنفس، ولدى المرضى الذين يعانون من ربو شديد.**(In Vervloet et Rolland, 2005, p 16-17).**

وهذا ما أكدته دراسة كل من **جيبسون وآخرون (Gibson et al, 2002)** حول "التربية العلاجية على الإدارة الذاتية للربو لدى الراشدين". إرتكزت برامج التكفل بالربو على جلسات وتعاونية من خلال المراقبة الذاتية للأعراض أو لوظيفة التنفسية، ومرافق يساعد المريض ليتابع العلاج بشكل منتظم ويكون مخطط البرنامج كتابيا، ولقد أسفرت النتائج على أن هذه البرامج تؤدي إلى: تقليص دال لحالات الاستشفاء، وتقليص دال للزيارات الاستعجالية، وتقليص دال لزيارات وإستشارات غير مبرمجة لدى الطبيب، وتقليص دال لغياب عن العمل، وتقليص دال تواتر لصعوبات الليلية، كان الأثر على الوظيفة التنفسية أقل ملاحظة وتحسن هام ودال في نوعية الحياة**(Gibson et al, 2002, p3).**

يرى كل من **ماغار وآخرون (Magar et al, 2005)** أن التربية العلاجية تعمل على العموم في تحسين دال لـ: عدد الأيام بدون أعراض. تواتر الصعوبات والضيق الليلي. نوعية الحياة. تقليص اللجوء إلى العلاج **(Magar et al, 2005, p46).**

كما نجد دراسة **فان دير بلان وآخرون (Van der palen et al, 1997)** هي دراسة تتبعية مستقبلية على عينة قوامها **22** مريض بالربو **(Pays- bas)**، ودامت المتابعة 4 أسابيع. ومن الأدوات المستخدمة للقياس أجهزة إليكترونية، برامج التربية العلاجية والإدارة الذاتي. وأسفرت النتائج على ما يلي: سجلت إرتفاع 12 % من الحالات في مستوى الملاءمة العلاجية لعلاج بالكورتيكووويد المستنشق **(corticostéroïdes inhales)**، حيث كانت الحالات مستقرة. إنخفاض يقدر بـ 28% لنوبات الربو، التي كانت تستدعي أخذ جرعة مزدوجة أو مضاعفة. **(Van der palen et al, 1997, p 652).**

أما دراسة كل من **أونيريمبا وآخرون (Onyirimba et al, 2003)** التي هي دراسة تتبعية على عينة تكونت من 19 مريض، ودامت 10 أسابيع. وإعتمدت منهجيتها على إعلام المرضى عن إمتثالهم العلاجي والالتزام بالدواء (الملاءمة العلاجية) والحديث بصفة منتظمة عن ملاءمتهم العلاجية خلال مواعيد الاستشارات الطبية والمتابعة. وأسفرت نتائج التربية العلاجية زيادة مستوى الملاءمة العلاجية لدى 61 إلى 81% من أفراد المجموعة التجريبية، بينما إنخفض مستواها لدى 47 – 51% لدى مجموعة الضابطة التي لم تخضع لبرنامج التربية العلاجية.

وأوضحت أيضا نتائج هذه الدراسة أن هذه التغيرات في مستوى الملاءمة العلاجية لم تسجل فروق دالة بين المجموعتين فيما يخص مراقبة وضبط المرض أو نوعية الحياة **(Onyirimba et al, 2003, p 411).**

في حين دراسة كل من **ويندسور وآخرون (Windsor et al, 1990)** هي دراسة تتبعية على عينة 135 مريض بالربو التي إستغرقت سنة كاملة. أسفرت نتائج المقارنة بين المجموعة الضابطة والتجريبية (خضعت للتربية العلاجية) على ما يلي: تزداد الملاءمة العلاجية بنسبة 44% لدى أفراد المجموعة التجريبية الخاضعين للتربية العلاجية. تزداد

الملاءمة العلاجية بنسبة 2% لدى أفراد المجموعة الضابطة (**Windsor et al, 1990, p 19**).

أما دراسة **غاللیفوس وآخرون (Gallefoss et Bakke, 1999, p2000)** أن قياس وتقدير الملاءمة العلاجية من خلال توزيع الأدوية (على مستوى الصيدليات)، أسفرت على ما يلي: نسبة 57% بعد تلقي تربية علاجية. نسبة 32% لم تتلقى تربية علاجية لدى عينة تكونت من 78 مريض بالربو.

في حين نجد دراسة **فانس وآخرون (Vanes et al, 2001)** التي تمت على عينة من المراهقين، ولقد تم تطبيق برنامج تربوي (علاجي) لمدة سنة، كان يهدف إلى تغيير الاتجاهات، المؤثرات الاجتماعية، والتدريب على فعالية الإدارة والتسيير الذاتي، لدى عينة قوامها 112 مريض الربو. أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي: لم يلاحظ ولم يسجل أي تغيير وتعديل على مستوى الاتجاهات وفعالية الإدارة والتسيير الذاتي. سجل مستوى أفضل للملاءمة العلاجية لدى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج التربية العلاجية. **(Vanes et al, 2001, p 193).**

أسفرت دراسة **(ANAES, 2001, p1)** على ما يلي: تساهم التربية العلاجية لدى مرضى الربو على خفض خطر الاستشفاء بسبب الربو. إن الارتباط بين التحسن في التحكم في مرض الربو، لم يتم دراستها وتأكدها.

عموما، تساهم التربية العلاجية على تحسين الملاءمة العلاجية والتحكم ومراقبة مرض الربو. لكن من الصعوبة إيجاد العلاقة بين تأثير كل منهما.

8- الانتقادات الموجهة لنموذج المعتقدات الصحية:

على الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج والبحوث التي حفزها إلا أنه لا يسلم من النقد، مثال ذلك أنه:

1- لا يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل ":غسيل الأسنان، الذي يقوم به الناس بشكل معتاد."

2- لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات في النموذج، مثل":الحساسية المدركة أو الخطورة"، ولا شك أن هذا الأمر هو المسؤول عن النتائج المتباينة في مجال الدراسات، وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات.

3- لا يضع النموذج في الحسبان حقيقة أن تكلفة ومزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن.

بالإضافة إلى أن النظرية تفترض عقلانية اتخاذ القرار أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة في سلوك معين، وتعديل سلوكهم وفقا لذلك بعناية، ولهذا وكما توحي العديد من الدراسات فإن اتخاذ الناس للقرارات يميل إلى الانحراف عن العقلانية وتشير الكثير من نتائج البحوث إلى أن الناس متفائلون فيما يخص بصحتهم بشكل غير واقعي ولديهم خبرة ضئيلة بالتهديدات الصحية، ونحن نعطي تقييما أقل لاستهدافنا للمرض، أو نجد أنه من الصعب تصور ما يمكن أن يكون عليه مرض خطير، والواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجة لعوامل أقل تحديدا. **(ليندزي وبوال،2000 ، ص589).**

*** خلاصة:**

إن مسألة الملاءمة العلاجية في إطار الأمراض المزمنة، مسألة معقدة ودقيقة. والدور الذي تلعبه التصورات والمعتقدات الصحية مهم وأساسي، لكنه يمثل حلقة فقط من سلسلة الملاءمة العلاجية لأن هناك العديد من العوامل التي تتدخل في نجاح أو فشل التكفل العلاجي الطبي.

وتمثل المعتقدات الصحية من العوامل الهامة لأن الكشف عنها وحصرها، يسمح الحصول على ملاءمة علاجية جيدة (أفضل). كما أن غض النظر وتجاهل مثل هذه المعتقدات لدى مرضى الربو، تعني أخذ خطر كبير بعدم فهمه والتدخل لحصر الأسباب التي تدفع إلى فشل التكفل العلاجي للمريض.

لذلك من الأفضل أحذ الوقت الكافي للكشف عن هذه المعتقدات لدى مرضى الربو(وعائلته إذا تعلق الأمر بالطفل)، لأنها تمثل عائق لمتابعة علاجية فعالة وتزيد من مستوى الملاءمة العلاجية لديهم.

الفصل الثالث:

مصدر الضبط الصحي

*** تمهيد:**

يعتبر مصدر الضبط الصحي بعدا هاما من أبعاد الشخصية الذي لقي اهتمام الباحثين في علم النفس عامة وفي علم النفس الصحة خاصة. ولقد تعددت الترجمات العربية للمصطلح الانجليزي **locus of control** و الذي يقابله في اللغة الفرنسية مصطلح **lieu de contrôle**، وترجم إلى اللغة العربية إلى عدة مصطلحات فنجد منها: مركز التحكم، موضع الضبط، مصدر التحكم، وجهة التحكم، وجهة الضبط، مركز الضبط، محل المتابعة.

كما يعد من أهم المفاهيم التي انبثقت من نظرية التعلم الاجتماعي لـ **جوليان روتر (Julian Rotter)**، والتي نشأت من التراث النظري لكل من نظرية التعلم ونظرية الشخصية.

والبحث في مركز الضبط كمتغير من متغيرات الشخصية يهتم بالمعتقدات التي يحملها الفرد بخصوص أي العوامل هو أكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته، ويقوم مركز الضبط على افتراض مفاده أن الطريقة التي يسلك بها الفرد تتأثر بحد بعيد مما يدرك من علاقات سببية بين السلوك و توابعه، فتراه يسلك في ضوء إدراكه لهذه العلاقات، و هذا ما تؤكده نظرية العزو التي طورها **هايدر (Heider, 1958)** و ذلك في محاولة منه لتفسير العلاقة بين سلوك الفرد و ما يعزوه من أسباب لهذا السلوك كما يدركها الفرد نفسه.

ويعتبر مصدر الضبط الصحي من أحد أشكال مركز الضبط النوعي المتعلق بالجانب الصحي، فقد استخلصت عدة دراسات أن وجهة نظر الأفراد حول أنفسهم و إلى العالم و إلى الآخرين والمستقبل نتنبأ بطول العمر الذي يمكن أن يعيشوه. كما تبين كذلك أن مركز الضبط يعد عاملا وسيطا في حدوث المرض وأن له أهمية في التنبؤ بقبول العلاج و متابعته.

أولا: مركز الضبط:

1- التطور التاريخي لمفهوم مركز الضبط الداخلي- الخارجي:

برز مفهوم الضبط الداخلي – الخارجي من نظرية التعلم الاجتماعي التي وضعها روتر **(Rotter, 1954)**، والتي تستند إلى أعمال مدرستين كبيرتين من مدارس علم النفس هما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية **(Laverane, 2001, p209)**. عندما لاحظ روتر **(Rotter)** أثناء عملية العلاج أن:

* استجابة الأفراد للتعزيز تكون أحيانا لدى البعض متوقعة و آخرون أقل توقعا، بينما لدى البعض الآخر غير متوقعة تماما.

* مختلف الأفراد يدرسون نفس الشيء و لكن يتعلمون أشياء مختلفة.

* بعض الأشخاص يرون أن هناك اتصال مباشر و قوي بين السلوك، الثواب و العقاب.

تسمى هذه النظرية بالنظرية التوقعية، تكمن قاعدة افتراضها في أن السلوك ليس محدد بوجود أو بحجم التعزيز، و لكن بالاعتقاد حول نتائج السلوك المحتمل أن تكون.

يعتبر **روتر (Rotter)** كغيره من منظري نظرية التعلم الاجتماعي يعتقد بأنه إذا كانت هناك علاقة بين السلوك و التعزيز، فهذا يؤدي إلى تأثر السلوك بالتعزيز، و إذا لم تكن هناك علاقة بينهما فإن الاستجابة تتأثر بالتعزيز بدرجة أقل.

وقد أطلق **روتر(Rotter)** على هذه المعتقدات التي تربط السلوك بالثواب مصطلح "**مركز الضبط أو التحكم**" **Locus of control**.

إن الإسم الذي أعطاه **روتر** بداية لتلك المعتقدات هو "**مركز الضبط بالتعزيز**" **locus of control of reinforcement** وفي إعطائه هذا الاسم سد **روتر** الفراغ بين علم النفس السلوكي والمعرفي، حيث يرى أن السلوك موجه بدرجة كبيرة من طرف التعزيز (الثواب والعقاب)، إذ أن هذا التعزيز سيشكل طريقة الفرد في تفسير نتائج أفعاله الخاصة. وقد قسم **روتر** مركز الضبط إلى بعدين:

* **بعد داخلي:** يعبر على أن التحكم في النتائج المستقبلية متمركز مبدئيا في ذات الفرد، أي أن إدراك سلبيات و ايجابيات الأحداث كونها ناتجة عن النشاط الشخصي، و لهذا السبب تقع تحت التحكم الداخلي.

* **بعد خارجي:** يرجع إلى التوقع بأن التحكم يكون خارج ذات الفرد سواء القدر أو الحظ.

وبهذا يكون **روتر(Rotter)** قد غير المفهوم وأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية في إدراك العلاقات السببية، حيث أن هذه الفروق تمكننا من شرح اختلاف الأفراد في درجة تلك العلاقات المقامة بين التعزيز و السلوك. **(In ANAES, 2001, p 633-334).**

2- تعريف مركز الضبط:

لقد عرف **روتر(Rotter)** مركز الضبط على أنه مفهوم يشير إلى أحد الطرق التي يصنف بها الأفراد أحداث التعزيز (مثلا حسب ارتباطها بسلوك الفرد الخاص)، إذ يرى **روتر** أن الأفراد يختلفون في تفسير معنى الأحداث، و بالتالي إدراكهم لمركز التعزيز، حيث حدث ما قد يعتبر لدى بعض الأفراد كتعزيز أو مكافأة، بينما قد يفهم بشكل مختلف لدى البعض الآخر.

وعندما يدرك الفرد أن التعزيز يتبع بعض أفعاله الخاصة و لكنه لا يعتمد كلية على تصرفاته وسلوكه الشخصي، فإنه يدركه نتيجة للحظ أو القدر أو الآخرين الأقوياء أو أنه غير قابل للتنبؤ بسبب التعقيد الكبير للقوى المحيطة به، وعندما يفسر الحدث بهذه الطريقة من قبل الفرد فإننا نسمي هذا الاعتقاد في الضبط الخارجي، أما إذا أدرك الفرد أن الأحداث تتوقف على سلوكه الخاص وسماته الشخصية الدائمة، فإننا نسمي هذا اعتقادا في الضبط الداخلي **(معريش ، 1999، ص184- 185).**

أما **لفكورت (Lefcourt, 1976)** ، فيعرف مركز الضبط على أنه توقع تعميم الضبط الداخلي في مقابل الخارجي للتعزيزات. كما يرجع مركز الضبط إلى تعميم الفرد لتوقعاته الخاصة بالتحكم التابع للنتائج المحصل عليها، أي من المسؤول عما يحدث؟ فمركز الضبط

يشبه العزو لكن يختلف عنه، فعملية العزو تشير على وجه الخصوص إلى الآليات العقلية التي يستخدمها الفرد في حياته الاجتماعية من أجل شرح وتفسير السلوكات والمواقف التي يتعرض لها. ونظرية العزو **(attribution theory)** تهتم بالكيفية التي يشكل الناس أفكارهم عن الواقع ويفهمون الأحداث والمواقف ويعدلون تبعا لذلك ممارستهم السلوكية والانفعالية **(سلامة،2001، ص120)**. ولكن مركز الضبط يقيس التحكم في التعزيز وليس العزو البسيط للأسباب الخاصة بالمحددات الداخلية أو الخارجية.

لقد ركز **روتر** في تعريفه لمركز الضبط على تصنيف الأفراد إلى ذوي البعد الداخلي والخارجي، إذ أنه انطلق من هذا التصنيف ليصل إلى إعطاء تعريف مركز الضبط من خلال الفرق بين البعدين الداخلي و الخارجي و نفس الشيء بالنسبة لـ **لفكروت (عن رشاد، 1999، ص113)**.

وانطلاقا مما سبق يمكن تعريف مركز الضبط كما يلي: يشير مركز الضبط إلى إدراك الفرد للأسباب التي تتحكم في نتيجة أفعاله بالمواقف المختلفة، إذ يعتقد أنها متحكم فيها من طرف مجموعة من العوامل قد تكون داخلية خاصة بالفرد ذاته أو خارجية خاصة بالأفراد الآخرين أو الحظ أو الصدفة. وهكذا يمكن القول أن مركز الضبط يكون إما داخلي أو خارجي.

1-3- أبعاد مركز الضبط:

تم تقسيم مركز الضبط إلى بعدين هما:

أ- البعد الداخلي لمركز الضبط:

يرى **روتر** أن مركز الضبط الداخلي يتمثل في اعتقاد الفرد في موقف نوعي محدد أو في طبقة أو مجموعة من المواقف بأن ما قد حدث أو ما يحدث الآن أو ما سيحدث مستقبلا مرتبطا ارتباطا مباشرا بما قد فعل، أو يفعل الآن أو سيفعل في هذه المواقف. فإذا كانت جيدة فإنه يعتقد بأن هذه الأحداث قد حدثت بهذه الطريقة بسبب ما بذله من جهد كاف و ما

أظهره من مهارة عالية، فمثلا: إذا حصل الفرد على تقدير ممتاز في الامتحان أو حصل على زيادة مرتب، فذلك يرجع –حسب اعتقاده– إلى كفاءته وقدراته الخاصة في هذه المواقف. وإذا كانت سيئة فهو يشعر أيضا بأنه مسؤول عن هذه الأحداث التي تحدث له، إذا حاول و فشل في الحصول على المكافآت السابقة، فذلك يرجع –حسب اعتقاده– على أنه لم يكن ماهرا بما فيه الكفاية، أي أنه مسؤول عن فشله وسوء حظه في الماضي و الحاضر و المستقبل **(عن رشاد ،1999، ص113)**.

ب– البعد الخارجي لمركز الضبط:

في المقابل يرى **روتر** أن الضبط الخارجي يتمثل في اعتقاد الفرد أن ما يحدث له في مواقف معينة ليس مرتبطا بما يفعل في هذه المواقف. فهو يحصل على الإشباع أو التعزيز لأنه محظوظ أو لأن القدر بجانبه، أو بسبب تدخل الأشخاص ذوي التأثير أو النفوذ، أو لهذه الأشياء جميعا. في حين يعزو الأحداث السيئة التي تحدث له إلى قوى خارجية أبعد من قدرته على الفهم أو التحكم، أو إلى عوامل يصعب التنبؤ بها، فالفشل في الحصول على الأهداف المرغوبة أو العقاب من أي نوع يعزوه إلى شيء عدا أفعاله الخاصة أو افتقاره للقدرة و الكفاءة **(رشاد،1999، ص 113)**.

وتستنتج الباحثة من خلال ما سبق أن الأفراد ذوي مركز ضبط داخلي يعزون نجاحاتهم وفشلهم إلى قدراتهم الشخصية، ففي حالة نجاح يرجع الفرد السبب إلى قدراته ومهاراته وجهوده، وفي حالة الفشل يرجع السبب إلى إهماله وعدم حرصه. أما الأفراد ذوي مركز الضبط الخارجي فهم يعزون نجاحهم وفشلهم إلى عوامل خارجية تفوق قدرتهم الشخصية في التحكم في المواقف مثل: الصدفة والقدر والحظ وأشخاص ذو نفوذ.

1-4- مصادر مركز الضبط:

إن مصادر الذي يعزو إليها الأفراد أسباب حصولهم على التعزيز متعددة بالنسبة للفئتين:

1-4-1- عند فئة الضبط الداخلي:

* **الذكاء والقدرات العقلية:** فالفرد يعتقد بأنه يستطيع فهم البيئة وضبط أحداثها لصالحه وهو المسؤول عما يناله من ثواب وعقاب.

* المهارات والكفاءة والاستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة.

* **السمات الانفعالية والمزاجية:** فالفرد الذي يكون اعتقاده حول نفسه يأن لديه خصائص تجعله يتحكم في الأحداث البيئية وينال التعزيزات المرغوبة، وهذه الخصائص هي: الثقة بالنفس، الاكتفاء الذاتي، الطموح والمثابرة والجدية.

1-4-2- عند فئة الضبط الخارجي:

* **الحظ أو الصدفة:** حيث يعتقد الفرد أن العالم غير قابل للتنبؤ أو أن التأثيرات الاجتماعية غير خاضعة للفعل من وجهة نظره هي المسؤولة عن نتائج سلوكه.

* **القدرة:** الفرد يعتقد بأنه لا يمكن أن يغير من مسار الأحداث لأنها مقدرة سلفا.

* **الآخرون الأقوياء:** التعزيز يكون في أيدي الآخرين كالآباء المسؤولين والمعلمين، وهؤلاء لا يستطيع أن يؤثر فيهم لأنه ضعيف.**(معمرية، 2009، ص 19-20).**

ومن خلال ما سبق تستنتج الباحثة أن هناك مصادر تجعل الأفراد يعزون أسباب ما يحدث لهم، فمثلا إذا كان التعزيز من العالم الداخلي فهذا يرجع إلى ذكاء الفرد وقدرته العقلية في فهم بيئته والتحكم في أحداثها، كما يرجع أيضا إلى أن الفرد يتميز بالثقة بالنفس والاكتفاء الذاتي، الطموح والمثابرة والجدية. أما إذا كان التعزيز من العالم الخارجي فهذا يعني أن الفرد يرجع ما يحدث له للحظ أو الصدفة أو أشخاص آخرون أقوياء وهذا بسبب اعتقاده أنه لا يستطيع التحكم في المواقف والاشخاص لأنه ضعيف.

1-5- العوامل المؤثرة في مركز الضبط:

تجتمع مجموعة من العوامل التي لها تأثير في مصدر الضبط، سواء من حيث تأثيرها على تنمية مصدر ضبط معين، أو من حيث تأثيرها على تغيير بعدي مصدر الضبط من الداخلي إلى الخارجي أو العكس، ومن بين هذه العوامل:

1-5-1- مركز الضبط والسن:

لقد تبين من خلال العديد من الدراسات أن مركز الضبط يزداد أو ينمو مع تقدم العمر، ومن بين تلك الدراسات نجد دراسة **لايو (Lao, 1974)** باستخدام مقياس **روتر (Rotter)** أن هناك زيادة دالة إحصائيا في الإحساس بالكفاءة و الفعالية الشخصية (الضبط الداخلي) في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد. واتفقت هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها كل من **ريتشمان و مالكيكيسكي (Rychman et Malkikioski, 1975)** باستخدام مقياس **ليفنسون** متعدد الأبعاد إلى الاستقرار في مركز الضبط في مرحلة وسط العمر من 30 إلى40 سنة.

كما كشفت نتائج دراسة **روهانس و آخرون (Rohnes et al, 1980)** أن الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية مع الزيادة في عمر الأطفال، و أن الأطفال الذين يدركون أنفسهم على أنهم مقبلون من خلال علاقاتهم بالوالدين يزداد نمو الضبط الداخلي لديهم في (9-11 سنة). في حين الأطفال الذين يشعرون أنهم منبوذون لا يحدث لهم أي تغير في نفس الفئة العمرية. **(عن أبو الناهية، 1989، ص 187-188).**

ونستنتج من خلال ما سبق أن مركز الضبط ينمو من خلال مراحل نمو الفرد، بحيث يكون منخفض في مرحلة الطفولة ويزداد مع تقدم العمر ليستقر في مرحلة الرشد، ثم يتناقص في مرحلة الشيخوخة وبالتالي يرتفع الضبط الخارجي لدى الفرد.

1-5-2- مركز الضبط والجنس:

كشفت البحوث و الدراسات التي تعرضت للفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي والخارجي عن نتائج مختلفة، نذكر منها الدراسات التالية:

- دراسة **شاو و الهان (Shaw et uhl,1981)** على عينة مكونة من (211) طفل من الجنسين، متوسط أعمارهم (8 سنوات) من طبقات مختلفة، و جمعت البيانات بواسطة مقياس **(بيلر و كورميل)** للأطفال، و توصلت على أنه لا يوجد فروق بين الجنسين في الضبط الداخلي و الخارجي.
- دراسة **ميرلز(Mirles,1971) ، ليفاشيتزي (Lifshhtz,1978) ، برالينغ و فانشر (Barling et Finchan, 1978) ، روهان و آخرون (Rohner et al,1980)** ، والتي أسفرت نتائجها جميعا عن عدم وجود أي فروق جوهرية بين الجنسين في أبعاد الضبط **(عن جبالي،2007، ص49)**.
- الدراسات التي أجراها **صلاح أبو الناهية (1984)** عن مواضيع الضبط وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية و الانفعالية و المعرفية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، والتي أظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين في درجاتهم على مقياس الضبط **(عن فؤاد، 1994، ص81)**.
- دراسة **خانا و خانا (Khana et Khana,1979)** في الهند، و التي أجريت بهدف التعرف على الفروق بين الجنسين في مركز الضبط على عينة تتكون من (386) تلميذ من مدارس الثانوية، أخذت من ثلاث مجموعات دينية هي: الهندوس والمسلمين والمسيحيين، تم استخدام مقياس **روتر** لجمع بيانات الدراسة، وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين داخل كل مجموعة حيث كانت الإناث أكثر ضبط داخلي من الذكور **(معمرية، 2009، ص57)**.

- دراسة **ماهلر (Mahler,1974)** التي أجريت على طلاب يابانيين وأمريكيين باستخدام مقياس (روتر) وقد توصلت النتائج إلى أن الاناث أكثر ضبطا خارجيا من الذكور و بفرق دال **(يعقوب و مقابلة، 1996، ص19)**.
- دراسة **زيرقا و آخرون (Zirga et al,1976)** التي أجريت على (541) تلميذ من التعليم الثانوي، و قد استخدم مقياس روتر، فتبين من نتائجها أن الإناث خارجيات الضبط و الذكور داخليي الضبط وكان الفرق دالا إحصائيا **(معمرية،2009 ، ص57)**.

و لقد أوضحت بعض البحوث أن هناك فروقا بين الجنسين في مركز الضبط كما تقاس بمقياس روتر في مجالات معينة مثل مجال الانجاز، حيث ارتبطت الدرجات العالية في مقياس الانجاز مع مركز الضبط الداخلي عند الذكور و لم يرتبط المتغيرين عند الإناث.

كذلك ظهرت فروقا جنسية في تفضيل الأنشطة المعتمدة على المهارة بالوجهة الداخلية في الضبط، بينما ارتبط تفضيل الأنشطة المعتمدة على الحظ بالوجهة الخارجية في الضبط و ذلك عند الذكور، و لم يحدث هذا الارتباط عند الإناث **(كفافي، 1982، ص31)**.

من خلال ما سبق تستخلص الباحثة من هذه الدراسات السابقة عن وجود إختلاف في النتائج حول الفروق بين الجنسين وفقا لأبعاد مركز الضبط. حيث أسفرت كل من دراسة **شاو** و**الهان (Shaw et uhl,1981)** ودراسة **ميرلز(Mirles,1971)** و**ليفاشيتزي (Lifshhtz,1978)** إضافة إلى الدراسات التي أجراها صلاح **أبو الناهية (1984)** على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس وأبعاد مركز الضبط. بينما كشفت كل من دراسة **ماهلر (Mahler,1974)** ودراسة **زيرقا وآخرون (Zirga et al, 1976)** على وجود فرق بين الجنسيين في مركز الضبط أن الإناث أكثر خارجيا من الذكور. أما دراسة **خانا و خانا (Khana et Khana, 1979)** فتوصلت إلى وجود فرق بين الجنسيين في مركز الضبط أن الإناث أكثر داخليا من الذكور.

1-5-3- مركز الضبط والتنشئة الاجتماعية:

يعرف **زين الدين درويش (1990)** التنشئة الاجتماعية على أنها العملية التي تحقق للفرد من خلالها-وبالتفاعل مع الآخرين- تنمية رصيد من الخبرة الخاصة و أنماط السلوك الاجتماعي الملائمة، مع التأكيد على ضرورة الاعتراف بأن الأسرة كسياق اجتماعي تمثل رافدا واحدا من روافد هذه العملية، و أن يكن رافدا مهما و رئيسيا، و مستمرة باستمرار حياة الفرد و بالتالي فهي لا تقتصر على طفولته فحسب و إنما إلى ما بعدها **(درويش، 1990، ص101)**.

وبهذا فالتنشئة الاجتماعية قد تعد من العوامل الأساسية المساهمة في نشوء و نمو وتطور مركز الضبط، وهي تتخذ شكلين رئيسيين:

- تنشئة اجتماعية مباشرة: و تشمل التنشئة التي يتلقاها الفرد من الأسرة و المدرسة.
- تنشئة اجتماعية غير مباشرة: وتشمل التنشئة النابعة من المسجد ووسائل الإعلام وغيرها من المؤسسات التي تساهم في عملية التنشئة، ولقد حظيت أساليب التنشئة الاجتماعية باهتمام كبير من قبل الباحثين و العلماء الذين اهتموا بدراسة مدى تأثيرها في تحديد مركز الضبط لدى الأفراد، وهو ما يبدو جليا فيما يلي:

- يقر **لو (Loa, 1977)** أن البيئة بمستواها الثقافي الاجتماعي والاقتصادي، وطبيعة العلاقات الاجتماعية بها تؤثر في تحديد مركز الضبط لدى الأفراد أي نوع مركز الضبط و ذلك وفقا للاتجاهات نحو الأحداث.
- وقد أكد **زو (Zoe, 1982)** على دور المجتمعات في تحديد مركز الضبط لدى الأفراد في المجتمع، فالمجتمعات التي تركز على قيم معينة كالأصالة في الشخصية تدفع أفرادها إلى أن يكونوا ذو ضبط داخلي، كما يزداد ويتدعم مركز الضبط الداخلي لدى الأفراد الذين ينشئون في المجتمعات التي تنمي لديهم الاستقلالية وتشجع فيهم القدرات الفردية **(توفيق و سليمان، 1995، ص 27)**.

ويرى **حامد عبد السلام الزهران (1984)** أن البيئة الاجتماعية للفرد و ظروف التنشئة الاجتماعية تتضمن استدخال الطفل لمعايير والديه، ويتم ذلك عن طريق أساليب عقلية وانفعالية واجتماعية أهمها التعزيز والانطفاء القائم على الثواب والعقاب، حيث تعمل على تعزيز و تدعيم بعض أنماط السلوك المقبولة اجتماعيا، وعلى إطفاء بعضها الآخر غير مقبول اجتماعيا وبذلك ينمو الضبط الداخلي–الخارجي متأثرا ببيئة الطفل حيث يكون الدور بارز في هذه البيئة للأسرة **(الزهران ، 1984، ص35)**.

كما تشير بعض الدراسات إلى أهمية الظروف الأسرية وخصائص العائلة مثل حجمها ومستواها الاقتصادي الاجتماعي وترتيب الطفل وثقافة الأسرة والعمر وطبيعة إدراك الجنس وما ترتبط به من أدوار اجتماعية وتوقعات في تشكيل اتجاه الضبط داخليا كان أو خارجيا لدى أبنائها **(المومني و الصامدي،1995، ص 107)**.

وبالنسبة للدور الذي تلعبه الأسرة في تشكيل مركز الضبط الداخلي أو الخارجي لدى أبنائها، فقد أوضحت الدراسات أن مركز الضبط الداخلي يتشكل لدى الأبناء الذين تتسم أسرهم بالحب، الديمقراطية، القبول، الحماية، التوجيه والتشجيع، في حين يتشكل مركز الضبط الخارجي لدى الأبناء الذين تتسم أسرهم بالقسوة، العقاب، العدائية، الرفض، الإهمال، قلة التوجيه، النقد اللاذع والسخرية، وبين الدراسات التي تناولت دور الأسرة في تشكيل مركز الضبط.

- دراسة **ولسون و رامي (Wilson et Ramey, 1972)** التي أظهرت أن الأفراد الذين يعتقدون في الضبط الداخلي يأتون غالبا من أسر تتسم بالحب والديمقراطية والنظام، في حين أن الأفراد المعتقدين في الضبط الخارجي يصفون آباءهم بأنهم يبالغون في عقابهم بدنيا وانفعاليا ويحرمون حقوقا كثيرة **(معمرية،2009، ص 51)**.

- دراسة **ليفنسون (Levenson, 1973)** التي أوضحت أن أساليب المعاملة الوالدية القائمة على القسوة و العقاب البدني و الضبط العدائي كانت مرتبطة ارتباطا موجبا مع الضبط الخارجي (عن طريق قوى الآخرين)، وأن معاملة الأم التي تتسم بالقبول ارتبطت ايجابيا مع الضبط الداخلي عند الذكور فقط، ومعاملة الأب التي تتسم بالقبول لا ترتبط بأي من أبعاد الضبط الداخلي–ضبط الآخرين–ضبط الحظ.

كما أن المعاملة الوالدية التي تتسم بالحماية الزائدة ارتبطت ارتباطا ايجابيا بضبط الآخرين (الأقوياء) عند الذكور فقط، بينما سلوك الأم يتسم بالحماية الزائدة يرتبط ارتباطا سالبا بالضبط الداخلي عند الإناث **(جبالي،2007، ص56)**.

أما فيما يخص المدرسة أو المؤسسات التعليمية التي تلعب دورا فعالا في التأثير على معتقدات الطلاب، وذلك لكونها تزودهم بالحقائق الموضوعية المرتبطة بمجالات الحياة المختلفة، وهذا فضلا عن كونها إلى جانب الأسرة، تساعد الفرد على تبني فلسفة خاصة بحياته.

فيشير **يوسف محمد قطامي (1994)** إلى أنها تعمل على تأصيل المسؤولية الاجتماعية و تنسيقها عند أبناءها، وهي في قيامها بوظيفتها تعمل على استمرار ثقافة الفرد، لأنها تملك أساليب مختلفة في ذلك مثل الدراسات النظرية والنشاط المدرسي وممارسة الثواب والعقاب وما تقدمه من نماذج، وكذلك علاقة المدرس بطلابه وتلاميذه فهو يستطيع أن يغرس فيهم أنماط السلوك الاجتماعي السليم ويقلل تأثير التكوين الطبقي للطلاب الذي يؤثر على أنماط التفاعل والسلوك.

ويشير بعض العلماء إلى أن تقدير المعلم للطفل وتفضيله على غيره من أطفال يمثل أمرا يشجع على ميل هؤلاء إلى ظهورهم بأنهم داخلي التحكم رغبة في إعطاء صورة لائقة لأنفسهم بالظهور على أنهم مجدين إرضاء لمعلمهم، وبالتالي يسعى الأطفال الذين هم موضوع مستمر إلى الظهور بالصورة المرغوبة أمام المعلم وهي التحلي بالداخلية **(جبالي،2009 ، ص 35–36)**.

ونستنتج من خلال ما سبق أن الأسرة تعتبر أحد العوامل البيئية المؤثرة في تحديد فئتي مركز الضبط وذلك من خلال وظيفتها في عملية التنشئة الاجتماعية للأبناء، حيث ينعكس أسلوب الوالدين في تربية الأبناء على إدراكهم لأنفسهم وبيئتهم مما ينتج عن ذلك تكوين الاعتقاد لدى بعض بأن مصادر النجاح والفشل إنما تكمن داخل ذواتهم، وذلك حسب ما يتلقوه من تنشئة. دون أن ننسى أهمية المدرسة التي تؤثر على الطلبة بما تقدمه من خبرات ومواد تعليمية، وما تنتجه لهم من فرص التفاعل مع الأفراد والمعلمين وما يسودها من أجواء تساعد على رفع أو تدني مستوى الضبط الداخلي لديهم.

1-6- سمات الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي والخارجي:

يشير **جوليان روتر** على أن لكل فئة من فئتي مركز الضبط خصائص شخصية تميزها عن الآخرين **(معمرية، 2009، ص14)**، وعلى ذلك أوضحت دراسة **سيمون (1979)** حول بناء الشخصي ومركز الضبط عند التلاميذ وهدف معرفة هل يختلف بناء الشخصية لدى التلاميذ ذوي الإعتقاد في مركز الضبط الداخلي عن التلاميذ ذوي مركز الضبط الخارجي، تشير نتائج الدراسة إلى وجود إرتباط منخفض بين درجات التلاميذ ذوي مركز الضبط الخارجي مع مقياس قوة الأنا والإقدام والجرأة الإجتماعية والثقة بالنفس والسيطرة، وذلك عند مقارنتها بالتلاميذ ذوي مركز الضبط الداخلي، وعن سمات التلاميذ ذوي مركز الضبط الخارجي غالبا ما اتسموا بالهياج والحساسية وسرعة التقلب والتوتر وعدم الثبات، الإنفعال، واتضح وجود إرتباط عال لدرجات التلاميذ ذوي مركز الضبط الداخلي مع مقياس الثقة بالنفس، قوة الأنا العليا، أكثر ذكاء، أكثر مرونة بالمقارنة بتلاميذ ذو مركز الضبط الخارجي. **(مختار، 1999، ص92)**. ومن خلال ذلك يمكن حصر سمات كل فئة في النقاط التالية:

*** سمات ذوي مركز الضبط الداخلي:**

إن الأفراد الذين لديهم إعتقاد قوي بأنهم يستطيعون أن يسيطروا على البيئة ويتحكمون في مصيرهم يتميزون بمجموعة من الخصائص نذكر منها:

- أنهم أكثر وعيا بالعوامل البيئية التي قد تؤثر في السلوك.
- يأخذون خطوات جادة لتحسين ظروفهم البيئية.
- يعطون قيمة أكبر للمهارة وتدعيم الإنجاز وتعزيزه.
- يقاومون الخضوع وإستكانة الآخرين ولديهم محاولات مناسبة للتأثير في الأخرين.
- لا يقبلون ما هو شائع دون نقد وتمحيص والحذر والقيام بأنواع السلوك الأقل خطرا.
- التوافق، فهم يملكون متغيرات السلوك والاتجاهات وطرق التفكير التي تساعدهم على التوافق السوي مع المحيط الخارجي الذي يتفاعلون معه.
- قوة الأنا، ولاسيما الأنا الخاصة بالضمير والوازع الأخلاقي، والأنا الواقعية، والتوافق مع الذات والمجتمع والطموح والكفاح في سبيل تحقيق التفوق والإمتياز والمثابرة من أجل الوصول إلى الهدف وتحقيق النجاح.
- الإهتمام بالمؤشرات المرتبطة بالموقف ، والميل إلى التخطيط مقدما.
- الثبات الإنفعالي.
- يميلون إلى إجهاد أنفسهم في بذل مزيد من الجهد والمثابرة على تتبع الأهداف بغية المنال، وإلى مقاومة محاولات الآخرين للتأثير عليهم، فمثلا التلاميذ من ذوي مركز الضبط الداخلي لا يمارسون الغش الدراسي باعتباره سلوك لا أخلاقي يتنافى مع تعاليم الدين وقيم المجتمع، فهم يرون أن هذا الفعل لا يصدر عن أفراد يتسمون بقوة الأنا وتحمل المسؤولية والثقة بالنفس والإجهاد في سبيل تحقيق الأهداف، ولكنه يصدر عن أفراد يتسمون بضعف الأنا وعدم القدرة على تحمل المسؤولية والعجز والسلبية. **(الفرحاني والرفاعي، 2009، ص297 -299).**

– يميلون إلى البحث عن المعلومات ولا يكتفون بالإجابات المقدمة لهم، كما يتخذون التجارب السابقة كمرجعية للسلوكات اللاحقة ويواصلون بذل الجهود رغم الفشل الذي يتعرضون له.**(Jeammet et al, 1996, p221).**

– يمتازون بسرعة في استنباط قاعدة ثابتة من الموقف الغامض واستخدام هذه القاعدة في حل المشكلة، بالإضافة لتفضيلهم المواقف التي تتيح لهم قدرا كبيرا من السيطرة والتحكم، فقد بينت دراسات عديدة أن الفرد ذو مركز ضبط داخلي لا يعتقد فقط أن لديه قوة التأثير في نتائج أفعاله، بل إنه بالفعل يؤدي أداء أكثر فعالية في المواقف المعملية والمواقف الأكاديمية. **(السيد، 2005، ص 132).**

لكن **فيرز (Phares, 1976)** أعطى خاصية أساسية تظهر أكثر من غيرها من خصائص الأفراد المتوجهين داخليا، تبدو من خلال الجهود الكبيرة التي يبذلونها للتعامل مع السيطرة على بيئتهم أو تحقيق هذه السيطرة، وقد تأكد في الميدان (الحياة) كما تأكد في المختبرات السيكولوجية، وقد تم إن إنجاز هذا من خلال نشاطات عملياتهم المعرفية المتفوقة، ويبدو أنهم يكتسبون معلومات أكثر، ويقومون بمحاولات أكثر لاكتسابها، وهم أقدر على الإحتفاظ بها، وأقل رضا بالقدر في المعلومات التي يملكونها، وأقدر على استخدام المعلومات وتصميم القواعد لمعالجتها، وبصورة عامة أكثر إنتباها للإشارات الملائمة للموقف.**(غازدا وكورسيني تر: حجاج وهنا، 1986، ص233).**

*** سمات ذوي مركز الضبط الخارجي:**

إن الأفراد الذين لديهم إعتقاد في القوة الخارجية كالحظ والصدفة والقدر والآخرين الأقوياء يتميزون بمجموعة من الخصائص نذكر منها:

– إنخفاض دافعية الإنجاز والتراخي.

– تكون لديهم سلبية عامة وقلق في المشاركة والانتاج.

– تنخفض لديهم درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة.

– يرجعون الأحداث الإيجابية والسلبية إلى ما وراء التحكم الشخصي بالإضافة لافتقارهم إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الحوادث. **(معمرية، 2009، ص 14–15)**.

– يميلون للإستجابة للضغوط الإجتماعية الحادث من طرف الآخرين.

– تفضيل المواقف التي يكون فيها الضبط ضئيلا بصورة واضحة.

– يكونون أقل مثابرة وأقل نشاطا من الناحية المعرفية. **(السيد، 2005، ص132)**.

– إدراك عدم إمتلاكهم ما يوصلهم إلى تحقيق النجاح، فالحظ والصدفة وقوة الآخرين عوامل محركة لأحداث حياتهم.

– تباطؤ الأداء والإستسلام بسرعة عند مواجهة المشكلات.

– الإندفاع والتصرف بسرعة عند مواجهة المشكلات.

– إرتفاع مستوى القلق وانخفاض الثقة بالذات ومن ثم يتحركون بشك وريبة.

– الخوف والعجز في مواجهة ما يقابلهم من شدائد، حيث أنهم دائما في حاجة إلى توجيه الآخرين ومن ثم فهم أكثر تقبلا لسيطرة وتأثير الآخرين.

– الميل العصبي، وإدراك الضغوط في حياتهم.

– أكثر انصياعا وأسهل إقناعا، وأكثر قبولا للمعلومات الآخرين.

– الميل لحدوث حالات إكتئاب نتيجة ما يلاقونه من صعاب، وما يواجهونه من مخاطر، وما يتعرضون له من أزمات خلال تفاعلهم مع المواقف المختلفة.

– يميلون إلى إظهار مثابرة أقل في الأعمال التي يكلفون بها من نظرائهم ذوي الضبط الداخلي الذين لديهم ارتباط جوهري بالقدرة على الإنجاز الأكاديمي.

– يتسمون بضعف الأنا عند مقارنتهم بذوي الضبط الداخلي. **(الفرحاتي والرفاعي، 2009، ص 295–296)**.

من خلال ما سبق يتضح أن لكل من أفراد ذوي الضبط الداخلي وأفراد ذوي الضبط الخارجي سمات تميزهم عن بعضهم البعض، وما لاحظناه من العرض السابق أن كل

السمات التي يتمتع بها ذوي الضبط الداخلي هي سمات إيجابية، أما السمات التي كان يتمتع بها ذوي الضبط الخارجي هي سلبية.

لكن **فيرز (Phares, 1976)** أشار إلى أن كل فئة داخلية أو خارجية لها مزايا ومساوئ، حيث أن ذوي مركز الضبط الداخلي لا يتصفون كلهم بالفاعلية لأن البعض منهم يكونون متصلبين قاسين أخلاقيا أو محاصرين بمشاعر الفشل والخوف من الإحباط وخيبة الأمل، ويواجهون مشكلات الحياة بانفعال مبالغ فيها، كما أنهم لا يتعاطفون مع الآخرين الذين في حاجة إلى مساعدة لأنهم يعتقدون أن الشخص الذي يواجه المتاعب لابد وأنه السبب في تلك المتاعب، وكذلك بالنسبة لذوي الضبط الخارجي فلديهم مهارات نوعية التي لا تتوفر لدى الضبط الداخلي، فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث شرط أن تكون في الوقت المناسب والمكان المناسب، وأن تكون محظوظا.(**معمرية، 2009، ص 15**).

1-7- النظريات السيكولوجية المفسرة لمركز الضبط:

من خلال إتجاهات نظرية مختلفة وتحت عناوين متعددة، تحدث علماء النفس عن قدرة الفرد على التحكم في بيئته الخارجية، أو عالمه الشخصي الداخلي من خلال تفاعله مع المواقف والأحداث البيئية، فظهرت بذلك العديد من المفاهيم مثل: الكفاءة، الدافعية الداخلية، العزو السببي، العزو، العجز المكتسب والتي تفيد في وصف الدرجة التي يكون فيها الفرد قادرا على التحكم في الأحداث الهامة التي تحدث في بيئته.

1- نظرية الدافعية الداخلية والخارجية:

تدعى نظرية **إدوارد ديسي(Decie, 1980) بنظرية الدافعية المعرفية**، وينظر من خلالها للإنسان على أنه كائن إرادي عقلاني يتمتع بإدارة حرة تمكنه من اتخاذ القرارات المناسبة والسلوك على النحو الذي يراه مناسبا، وتتدخل عوامل مثل التحمل والتوقع والتحليل في السلوكيات التي يقوم بها، وبهذا فهي ترى أن الأفراد نشيطون ومثابرون وفعالون وتوجد

لديهم دوافع وحجات تتمثل في السعي لفهم البيئة التي يعيشون فيها والسيطرة عليها.**(زغلول ، 2009، ص166-167)**.

وعليه فإن الداخلية حسب **ديسي (Decie, 1980)** هي دافعية ترتكز على الحاجة الفطرية للكفاءة والتحكم الذاتي والاختيار الحر للنشاط، أما الدافعية الخارجية فهي تخص كل السلوكات التي يقوم بها الفرد ليس من أجل النشاط في حد ذاته إنما القيام بهذه السلوكيات مشروط بالضرورة أي بالأهمية التي يفترضها المحيط حيث يتناقص الإحساس بالتحكم الذاتي والاختيار الحر للنشاط.**(تيلوين وبوقريرس، 2007، ص19-20)**.

ومن خلال ذلك فهذه النظرية تعتبر الأفراد مخلوقات نشطة وليسوا أعضاء سلبيين خاضعين لقوى داخلية أو خارجية، وعلى ذلك تعتمد نظرية **ديسي "Decie"** على عنصرين أساسين هما:

* نفترض أن للناس القدرة على تقرير ما يريدون أو يفعلوه وهذه القرارات تنتج من تفسير الأفراد للأحداث البيئية وتجهيز المعلومات المتوفرة لديهم على البيئة والتعامل معها من خلال قدراتهم المعرفية كالذاكرة والتفكير والتخطيط لتقرير ما يجب فعله.

* نفترض أن الناس مشتركون في عدة أنماط سلوكية من أجل الشعور بالكفاءة وتحقيق الذات، حتى يشعروا أنهم وكلاء سببين ومتحكمين في تفاعلاتهم مع البيئة.

ومن خلال ما سبق ذكره حول نظرية **ديسي (Decie)** التي ترى أن الأفراد المدفوعين داخليا يسعون لتحقيق الكفاءة والتمكن والإستطاعة وتحقيق الذات والسيطرة على الأحداث نلاحظ أن هذه الصفات يتسم بها الأفراد ذو التحكم الداخلي الذين يتميزون بالتمكن والكفاءة ومحاولة السيطرة على البيئة وتطويعها لخدمتهم، ومن هنا يمكن القول أنه عندما يكون السلوك مدفوعا داخليا فإن إعتقاد في مركز الضبط يكون داخليا أيضا وقد دعمت هذا الإفتراض نتائج بحث أجراه **هسلر(Hesler)** ، حيث أوضحت الدراسة أن هناك إرتباطا دالا إحصائيا بين الفعالية الشخصية والإعتقادية في التحكم الشخصي (الداخلي)، كما أشارت هذه الدراسة إلى أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم يمارسون تأثيرا كبيرا على بيئاتهم بواسطة

قدراتهم لديهم ضبط داخلي مرتفع ويتميزون بفعالية شخصياتهم وكفاءتها العالية لتحقيق الكفاءة وتحقيق الذات.**(معمرية، 2009، ص29-30)**.

وهكذا يمكن القول أن الدافعية الداخلية هي أحد الخصائص التي يتوفر عليها الأفراد من ذوي الإعتقاد في مركز الضبط الداخلي.

2- نظرية العزو السببي:

تنظر **نظرية العزو السببي** إلى البشر من منظور بحث الأفراد عن فهم العالم المحيط بهم ومحاولتهم تحقيق الذات والحفاظ عليها والسيطرة على البيئة، فالفرد لا يكتفي بمجرد الملاحظة العابرة لسلوك الآخرين لكن يحاول عادة فهمه، وما تهتم به هذه النظرية ليس طبيعة الفعل في حد ذاته وإنما النظرة الذاتية لما وراءه من عوامل مسببة للفعل، أو تلك التي هيأت لوقوعه.**(الفرحاتي والرفاعي، 2009، ص188)**.

وهذا ما يوضح إفتراض **هايدر(Heider, 1958)** أن الأفراد يقومون بالعزو لأسباب نجاحهم وفشلهم، فحسب **هايدر (Heider, 1958)** هو عبارة عن ربط السلوك بالظروف والعوامل التي أدت إليه، إذ أن إدراك الفرد للسبب يؤدي إلى مساعدته على التحكم في ذلك الجزء من البيئة، حتى وإن لم تكن تلك المعتقدات حقيقية.**(تيلوين وبوقريرس، 2007، ص 29)**.

كما يفترض **هايدر (Heider, 1958)** أيضا أن كل فرد يخضع لقوى بيئية قوية، وهذه القوة يمكن أن تأخذ أشكالا مختلفة مثل: الضغوط من قبل الآخرين، المعايير الإجتماعية، الأزمات الإقتصادية والإجتماعية حيث تمارس هذه الأحداث ضغوطا على الفرد كأنها توقفه، بالإضافة إلى أن كل فرد لديه إستعدادات وقدرات وسمات واتجاهات مختلفة عما يتميز به الاخرين مما يسمح لتلك القوى والضغوط أن تعمل من خلال أنواع متباينة من الأمزجة والطبائع، وتجعل السلوك تتحكم فيه قوتان، القوى البيئية والقوى الشخصية، ولقد بين **هايدر (Heider, 1958)** أن القوى البيئية عندما يكون تأثيرها قويا على الأفراد، أو تمتلك القرار أو

لتحكم في سلوكهم فهنا نجد نوعين من الأفراد يختلفون في استجابتهم لهذه الضغوط، فبعضهم يبدون ميلا إلى رفض تحكم الضغوط ويقاومون قراراتها ويظهرون أنهم أكثر إصرارا وعنادا وأكثر مقاومة لتأثيرها عليهم، والبعض الآخر يبدون عكس ذلك حيث يظهرون الإستسلام والرضا والقبول بالواقع. **(عن معمرية، 2009، ص 30- 31).**

وهنا تظهر فكرة السببية الشخصية مقابل السببية غير الشخصية فالسببية الشخصية حسب **هايدر (Heider, 1958)** يظهر تأثيرها في تلك المواقف التي يكون فيها الفعل السلوكي للفرد نتيجة للقصد والجهد أي ذلك الفعل السلوكي الذي يقصده الفرد، ويحدث بتأثيره جهد خاص وسماته الشخصية كما أنها تشمل اعتقادا راسخا لدى الفرد بوجود علاقة بين الفعل السلوكي في البيئة وبين شعور الفرد بالمسؤولية الشخصية لما يحدث وتسمى العزو السببي الشخصي.

أما السببية غير الشخصية فتشير إلى المواقف التي لا يقصد فيها الشخص أن ينتج فعلا سلوكيا معينا، بل أن الفعل السلوكي يحدث بشكل خارج عن إرادته، أي أن أسبابه قوى خارجية في البيئة وليس للفرد أي قصد، وبالتالي فهو يعتقد بعدم وجود علاقة بين السلوك والإستجابات البيئية وتسمى هذه الحالة بالعزو السببي غير الشخصي.

ومن خلال ما سبق تبرز علاقة مفهوم مركز الضبط لدى **روتر(Rotter)** بنظرية العزو السببي لدى **هايدر (Heider, 1958)** فإذا كانت السببية الشخصية تشير إلى الفعل السلوكي الذي يكون للفرد فيه قصد واعتقاد بوجود العلاقة بين مجهوده الشخصي والإستجابات البيئية، وإذا كان الضبط الداخلي يشير إلى إدراك الحوادث الإيجابية والسلبية كنتيجة منطقية للأفعال الخاصة بالفرد ثم عزوها إلى تحكمه الشخصي فإنه يمكن القول أن العزو السببي الشخصي ما هو إلا صورة أخرى للضبط الداخلي، أما السببية غير الشخصية فتشير إلى السلوك الذي يحدث بواسطة تأثيره قوى خارجية في البيئة وتشمل اعتقاد الفرد بعدم وجود علاقة بين الفعل السلوكي والإستجابات البيئية، أما الضبط الخارجي فيشير إلى اعتقاد الفرد بسيطرة القوى

الخارجية في البيئة على الأحداث وأنها غير مرتبطة بسلوكه الخاص، كما يرجعها أو يعزوها إلى ما وراء التحكم الشخصي. **(معمرية، 2009، ص 32-33).**

وبذلك يمكن القول أن العزو السببي غير الشخصي هو مظهر آخر من مظاهر الإعتقاد في مركز الضبط الخارجي، أين يعتقد الفرد في عدم وجود علاقة بين سلوكه ونتائج هذا السلوك.

3- نظرية العزو:

لقد تأثر **وينر(Weiner, 1974)** في صياغة نظريته بوجهة نظر كل من **هايدر (Heider, 1958)**و**روتر (Rotter, 1966)** حيث افترض أن الأشخاص يرجعون أسباب نجاحهم وفشلهم إلى أربعة عناصر هي: القدرة، الجهد، صعوبة المهمة والحظ وهذه الأسباب إما أن تكون داخلية أو خارجية. ولقد تبين أن العزو أو الإنتساب إلى أسباب داخلية تستلزم العودة إلى قدرات ومهارات الفاعل الذي أنجز المهمة، كالجهد والإستعداد، بينما تتم العزوات إلى أسباب خارجية بالعودة إلى الحظ والصدفة، ولقد انتهى به هذا الطرح إلى إقتراح أربعة عوامل يمكن اعتبارها تفسيرات سببية للنجاح والفشل في أي إنجاز المتمثلة في البعد داخلي- خارجي، والبعد ثابت- متغير.

حيث أن الأفراد يعزون نجاحهم وفشلهم لعاملين هما القدرة والجهد هي عزوات داخلية لكن العامل الأول (القدرة) ثابت أما الثاني (الجهد) فهو متغير، كما يرجع إلى عاملين آخريين هما صعوبة المهمة والحظ التي هي عزوات خارجية إلا أن الأول ثابت والثاني متغير.

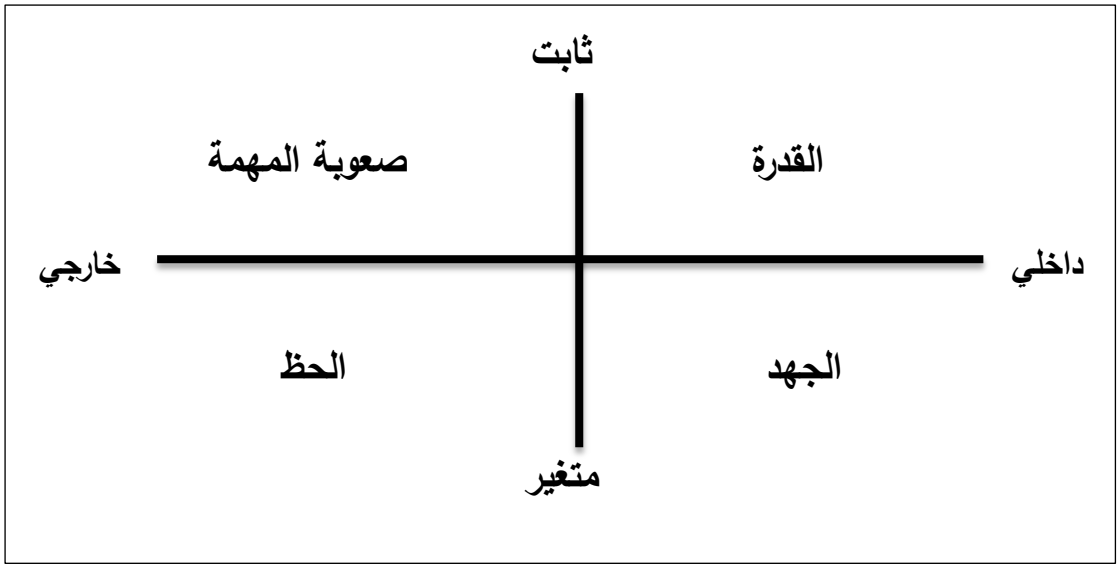
كما أن الثابت وعدم الثبات له علاقة بالتوقعات المستقبلية، فإذا قام الفرد بعزو نجاحه أو فشله لأسباب غير ثابتة فإنه يتوقع أن تتغير الظروف في المستقبل وبالتالي لن يحصل بالضرورة على نفس النتائج، أم إذا عزو النجاح لأسباب ثابتة كالقدرة أو صعوبة المهمة فإنه

يؤدي إلى توقع الفرد لنفس النتائج السلبية أو الإيجابية.(**تيلوين وبوقريرس، 2007، ص29-30**).

وعلى ذلك إن نتائج سلوكي النجاح والفشل له محددات ترتبط نجاز الفرد وهذه المحددات تتمثل في تقبل الفرد لإمكاناته أو مستوى قدراته وكمية المجهود المبذول ودرجة صعوبة المهمة وإتجاه الحظ ذلك أن من المفترض أن نتائج السلوكي يعزى إلى المصادر السببية الأربعة، أي أن التوقعات المستقبلية للنجاح أو الفشل تبنى على أساس مستوى القدرة المفترضة وإلى صعوبة المهمة المدركة وكذلك تتدبر الجهد الذي سيبدل الحظ المتوقع.

وإذا حاولنا أن نربط بين وجهة نظر **وينر (Weiner, 1974) و** وجهتي نظر كل من **هايدر (Heider, 1958)** و **روتر (Rotter, 1966)** في تفسير العزو السببي للنتائج السلوكي نشير إلى أن القدرة والجهد هما من خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي الذين يعزون أسباب نجاحهم أو فشلهم إلى قدراتهم أو جهودهم وبهذا تكون أسباب السلوك خاضعة لنوع من المسؤولية الشخصية، أما عزو النتائج السلوكي إلى صعوبة المهمة والحظ هو من خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الخارجي، وبالتالي تكون أسباب السلوك خارجة عن المسؤولية الشخصية.(**معمرية، 2009، ص34**).

وفي سبيل توضيحه لخصائص المتغيرات الأربعة لنظريته وربطها بمفهوم مركز الضبط لـ **روتر (Rotter, 1966)** يشير إلى أن القدرة وصعوبة المهمة لهما خواص ثابتة، بينما الجهد والحظ متغيران نسبيان، وهكذا فالعناصر الأربعة في نظرية **وينر (Weiner, 1974)** ومفهوم مركز الضبط يمكن دمجها وتصنيفها في بعدين أساسيين هما بعدي "**الإستقرار ومركز الضبط**". وفيما يلي شكل التوضيحي للبعدي.



شكل رقم (04): شكل توضيحي لبعدي الإستقرار ومركز الضبط (عن معمرية، 2009، ص 35).

4- نظرية العجز المتعلم (المكتسب):

يعد **سيلجمان (Seligman , 1975)** من رواد **نظرية التعلم الإجتماعي**، ويعود إليه الفضل في إدخال" **مفهوم المتعلم**" إلى ميدان علم النفس من خلال أبحاثه. **(عن معمرية، 2009، ص38)**. حيث لاحظ أن تعرض الفرد لموقف ضاغط لا يستطيع التحكم فيه أو السيطرة على عناصره المزعجة، قد يقود الفرد إلى تجنب القيام بأي سلوك مع العلم أنه بإمكانه التحكم فيه لو حاول القيام بذلك، أي القيام بسلوك يوقف التأثيرات المزعجة.**(تيلوين وبوقريرس، 2007، ص 26- 27)**.

فقد وجد أن بعض الأفراد في حالة مواجهتهم الأحداث الصعبة والخارجة عن سيطرتهم أو تحكمهم الشخصي يستجيبون بممارسة العجز ويبدو سلوكهم في هذه الحالة ال يتناسب مع الأحداث الواقعة عليهم، وبدلا من القيام بسلوك يساعدهم على استعادة السيطرة على أحداث بيئتهم فإنهم يتميزون بالسلبية ويتقبلون التهديدات النفسية والعقاب، وما يحدث لهم ويشعرون أنه ليس هناك ما يستطيعون فعله، ويبدو كأنهم فقدوا الرغبة في الحياة، وعند

محاولة إقناعهم بأن لديهم مهارات عالية يحتاجها الجميع، فإنهم غالبا ما يقابلون ذلك بالمقاومة والإعتذار والتبريرات تعكس إحساسهم العميق بالعجز. **(عن معمرية، 2009، ص38)**.

ولذلك افترض **سيلجمان (Seligman , 1975)** بأن الفرد يتعلم العجز، أي التوقف عن القيام بأي محاولة يصبح ذلك ملمحا من ملامح أدائه في المواقف المشابهة، أي يصبح العجز متعلما.(**عن تيلوين وبوقريرس، 2007، ص27)**.

فالشخص العاجز يعتقد أن الإستجابة سوف لا تكون فعالة في إنهاء الأحداث البغيضة والمؤلمة، لأنه ضد توقعات معممة باستحالة التحكم في الأحداث البيئية بينما الشخص غير عاجز يعتقد أن الإستجابة سوف تكون فعالة في إنهاء مثل هذه الأحداث، لأن هناك أفراد تعلموا عبر مواقف الحياة المختلفة، بحيث إستجاباتهم يمكن أن تبدل وتغير الأحداث في البيئة، حيث نمت لديهم توقعات معممة بأن يمكن التحكم في الأحداث البيئة والسيطرة عليها، وعندما يكتسب الإنسان العجز فإن الذي يحدث له هو:

* نقصان الدافع للسيطرة على النتيجة (نتيجة سلوكية).
* الإعتقاد بأن الإنسان لا يستطيع السيطرة على النتيجة.
* الخوف من عدم القدرة على السيطرة.

وهكذا نجد بعض الأفراد والمجتمعات لا يمكنها الهروب من بعض الوضعيات السيئة التي تعيش فيها كالفقر والحرمان والخضوع لأنهم تعلموا أنهم غير قادرين على السيطرة على بيئتهم.

ويضيف **سيلجمان (Seligman , 1975)** بأن الفرد المتصف بالعجز يتميز بثلاث عيوب هي:

الأول: الفشل في المبادأة بالإستجابات الملائمة في حضور المثير المزعج.

الثاني: عدم القدرة على التعليم بأن الفرد يمكنه أن يسيطر على أحداث في بيئته.

الثالث: إبداء إستجابات إنفعالية سليمة مثل القلق والإكتئاب.

وبعد التطرق لنظرية العجز المتعلم أو المكتسب لـ **سيلجمان (Seligman , 1975)** نلخص إلى أنه إذا كان العجز لدى الفرد يعني الشعور بالإفتقار إلى السيطرة على البيئة، كما أنه يتميز بالسلبية وتقبل التهديدات النفسية والعقاب، والإعتقاد بأنه ليس هناك ما يستطيع فعله، وإذا كان الضبط خارجي يعني أن الفرد يعتقد في سيطرة قوى خارجية على الأحداث البيئية، كما أنه يتميز بالسلبية وانخفاض درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية على نتائج أفعاله، فإذن يمكن القول أن العجز هو إحدى السمات الرئيسية التي يتوفر عليها الأفراد ذوي الإعتقاد في الضبط الخارجي. **(عن معمرية، 2009، ص 40-41).**

5- نظرية دافع الكفاءة:

يرى **وايت (White, 1959)** أن جميع أفراد الإنسان يولدون ولديهم دافع أولي نحو السيطرة على البيئة، وأطلق عليه دافع الكفاءة، وفي رأيه أن افتراض هذا الدافع يساعد على تفسير أنماط كثيرة من السلوك.

ويشير **وايت (White, 1959)** من جهة أخرى إلى أننا جميعا في حاجة إلى أن نتعامل بفعالية وكفاءة مع البيئة ولا فرق هنا بين البيئة المادية والبيئة الإجتماعية، وأننا لا نستطيع أن نتعامل بكفاءة مع البيئة إلا إذا عرفناها، فالنشاط الإستطلاعي والإستكشافي للبيئة وغيره من النشاطات الأخرى التي يقوم بها الفرد لمحاولة معرفتها والسيطرة والتحكم فيها هي كلها بالدرجة الأولى نشاطات معرفية توافقية الهدف منها تحقيق الكفاءة، وفي هذا الصدد يرى **وايت (White, 1959)** أن الكفاءة أو الجدارة تعني الملاحقات المستمرة والصعبة للأحداث في البيئة من قبل بعض الأفراد والتي تجعلهم يشعرون بالرضا عن الذات أكثر من أولئك الذين يميلون إلى ممارسة حياتهم بأكبر قدر من البساطة، ويضيف أيضا أن الفرد مسعاه لتحقيق الكفاءة والسيطرة على البيئة يمر بمرحلتين هما: مرحلة تحقيق دافعية التأثير، ومرحلة تحقيق دافعية الكفاءة. **(عن معمرية، 2009، ص 25- 26).**

ومع أن **وايت (White, 1959)** لم يجد السمات أو الخصائص المصاحبة للميل إلى الكفاح من أجل الكفاءة إلا أنه يشير إلى أن تحقيق الكفاءة يتم عندما يتوصل الفرد إلى السيطرة على البيئة من خلال مقاييس ذاتية وموضوعية معينة، فمثلا الطفل الذي يشعر بالكفاءة في تفاعله مع البيئة من خلال اللعب، والتلميذ الذي يحرز التوفق في تحصيله الدراسي ويشعره ذلك بالسرور والبهجة، والمهندس الذي يساهم في إضافة الجديد إلى ميدان عمله فيشعره ذلك بالنجاح والتفوق، هؤلاء جميعا يقودهم دافع الكفاءة، ويستخدمون قدراتهم وإمكانياتهم للوصول إلى التفوق والنجاح ويحصلون على التعزيزات المناسبة مثل الرضا عن الذات والقدرة على التحكم.

ومما سبق تتضح العلاقة القوية بين السعي وملاحقة الأحداث في البيئة بإستمرار في محاولات السيطرة عليها لتحقيق الذات والشعور بالرضا، أي تحقيق دافع الكفاءة بين الفعالية والتمكن والتحكم في البيئة والسيطرة عليها، أي الضبط الداخلي، حيث أشار **روتر (Rotter, 1966)** إلى وجود هذه العلاقة بين مفهوم الضبط الداخلي ومفهوم الكفاءة كما أورده **وايت (White, 1959)** خلال بحوثه بأن الأفراد الذين تميزوا بالتنقيب والبحث والإستكشاف ومحاولة السيطرة على البيئة كانوا من المعتقدين في الضبط الداخلي، ودعمت هذا الإفتراض بعض البحوث منها بحث **لاو(Law, 1970)** حيث أوضحت أن سلوك الكفاءة يرتبط ارتباطا موجبا دالا بالتحكم الشخصي (الضبط الداخلي)، كما توصلت بحث **وريت وآخرون (Write et al, 1980)** إلى وجود علاقة ذات دلالة بين الضبط الداخلي والتمكن والسيطرة على البيئة، حيث تميز أفراد ذو الضبط الداخلي بالسيطرة على البيئة والعمل بسرعة لتحسين ظروف المعيشة داخلها.**(عن معمرية، 2009، ص 27-28)**.

تستنتج الباحثة من خلال ما سبق عرضه أنه يوجد علاقة بين مركز الضبط و بين كل من دافع الكفاءة الداخلية والخارجية، العزو السببي، العزو والعجز المتعلم (المكتسب)، وهذه المفاهيم تشكل في مجمعها صفات وسمات يتحلى بها إما أفراد ذو الضبط الداخلي أو أفراد ذو الضبط الخارجي.

2- مصدر الضبط الصحي:

عرف مركز الضبط الصحي تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة، وتوصلت نتائج البحوث بأن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول صحته.

ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى **والستون وزملائه(Wallston et al, 1978)** ، حيث قاموا بإعداد أداة خاصة تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم وتعرف بـ **مقياس متعدد أبعاد لمصدر الضبط الصحي** " **Multidimensional Health Locus Of Control Scale** ".

1- مفهوم مصدر الضبط الصحي:

عرف **عثمان يخلف (2001، ص92)** مصدر الضبط الصحي على أنه :" مجموعة معتقدات الأشخاص حول مصدر صحتهم، بمعنى ميل الأفراد إلى عزو نتائج مرضهم إلى سلوكياتهم فهم مسئولون عما يحدث لهم أي (ضبط داخلي). في حين يعتقد آخرين في تحكم وتأثير الآخرين كالأطباء أو العائلة في تحديد صحتهم (ضبط خارجي). بينما يعتقد البعض الآخر بالحظ والصدفة أو القدر فيما يتعلق بصحته وأنه ليس له علاقة بين نتائج أفعاله وسلوكاته (ضبط خارجي)".

عرف كل من **غلين و صول (Glenn et Suls , 1982, p 67)** مصدر الضبط الصحي على أنه: "هو درجة إعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية، فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات أو التعابير مثل: أنا مسئول المباشر فيما يتعلق بصحتي، أشخاص آخرين يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض، بقائي بصحة جيدة مجرد حظ".

من خلال هذه التعاريف نستخلص التعريف التالي لمصدر الضبط الصحي وهو درجة إعتقاد الفرد في العوامل المتحكمة في صحته، والتي تشمل إما عوامل داخلية ترجع للفرد بحد ذاته، أو عوامل خارجية ترجع للأشخاص ذوي النفوذ كالأطباء و غيرهم، أو إلى الحظ والقدر.

2- أبعاد مصدر الضبط الصحي:

أ -البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي:(internal health locus of control)

يقرر درجة اعتقاد الفرد أن حالته الصحية تتأثر بسلوكه الخاص، فالفرد الذي يحرز إرتفاعا في مصدر الضبط الداخلي لديه إحساس بالمسؤولية الذاتية على صحته.

ب- البعد الخارجي النفوذ لمصدر الضبط الصحي:powerful others Heath locus of control

يقيس الاعتقاد أن صحة الفرد متحكم فيها من طرف الآخرين كالعائلة، الأصدقاء، العاملين بالقطاع الصحي.

ج- البعد الحظ لمصدر الضبط الصحي الخارجي:Chance Heath locus of control

بعد يقرر درجة إعتقاد الفرد بأن صحته متحكم فيها بواسطة القضاء والقدر. **(عن عبد العزيز، 2010، ص156).**

3- أنماط مصدر الضبط الصحي:

ركزت معظم الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي في أبعاده الثلاث منفصلة أن الدرجات المتحصل عليها بعد استخدام مقياس مركز الضبط الصحي تقسم الأفراد إلى (8) أنماط محتملة كما يقترح ولستون و آخرون **(Wallston et al, 1978)** انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد و هذه الأنماط هي:

- داخلي خالص: درجات مرتفعة على مركز الضبط الداخلي و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين و الحظ.

- نفوذ الآخرين خالص: درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين و منخفضة على البعد الداخلي و الحظ.
- حظ (صدفة) خالص: درجات مرتفعة على بعد الحظ و منخفضة على البعد الداخلي و النفوذ.
- خارجي مزدوج (درجات مرتفعة على بعد الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على البعد الداخلي).
- الإعتقاد في الضبط: درجات مرتفعة على بعد نفوذ آخرين و داخلي و منخفضة على بعد الحظ.
- النمط السادس: درجات مرتفعة على بعدي الداخلي الحظ و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين.
- المجيب بـ"نعم" : درجات مرتفعة في الأبعاد الثلاثة.
- المجيب بـ"لا": درجات منخفضة في الأبعاد الثلاثة **(جبالي، 2009، ص46- 47)**.

4- مقاييس مصدر الضبط الصحي:

ظهرت مقاييس مختلفة لتقدير مصدر الضبط الداخلي –الخارجي للتعزيز، حيث بدأت المحاولات الأولى على يد **فيرز وجيمس (Phares, 1955 et James,1957)**، وهما تلاميذ **روتر**، ثم توجهت هذه المحاولات بقيادة **روتر** لفريق من الباحثين في أعوام **(1962-1966)** في وضع المقياس المعروف باسمه "**مقياس روتر للضبط الداخلي-الخارجي**". **(أبو ناهية، 1987، ص186)**.

كما ظهرت مقاييس أخرى لقياس هذا المفهوم من بينها مقياس **ليفنسون (Levenson,1973)** التي أعطت مقياس ثنائي البعد (داخلي/ خارجي)، وقالت بأن البعد الخارجي لمصدر الضبط يتكون من نوعين من المعتقدات المختلفة: الصدفة وذوي النفوذ. إن **نموذج ليفنسون** إختص بالنتائج النوعية المتعلقة بالصحة والمرض.

وقام **نـويكي وسـتراكلاند** ببنـاء مقياس الضبط الداخلي- الخـارجي للأطفال (1973) ويرمز **لـه بـ (CNS-IE)**، وامتداد لهذا المقياس تم تصميم مقياس مصدر الضبط الخاص **بالراشدين (ANS-IE)** وينسب إلى **نويكي ودوك (عن أبو ناهية، 1989، ص114).**

ومقياس دوتويلر (Duttweiler, 1984) الذي تعلق ببعض المواضيع الخاصة مثل الصحة. وهكذا بدأت تظهر مقاييس مصدر الضبط التي تتعلق بعلم النفس الصحة، علم الصناعي. وأخيرا يمكن القول أن مقاييس مصدر الضبط يمكن تقسيمها إلى فئتين:

مقاييس أحادية البعد ومقاييس ثنائية البعد، وإلى مقاييس عامة وخاصة. فالمقاييس العامة عبارة عن مجموعة بنود تعمل على قياس الضبط في المواقف الحياتية المختلفة، والمقاييس الخاصة تقيس التوقعات والاعتقادات الخاصة بالضبط في مجالات خاصة ومحددة. والتي من بينها مجال الصحة، فنجد دراسة فريق **والستون** والتي اعتمدت على نتائج دراسة **ليفنسون** ومقياسها والذي ساعدهم في بناء **مقياس متعدد الأبعاد لوالستون لمصدر الضبط الصحي (Multidimensional Health Locus Of Control Scale)** ، وقد بدأ استخدام هذا المقياس منذ منتصف السبعينات، أين ظهر أول وصف له في كتابه **(Health Education Monographies)** سنة **1978** وهو يتكون من نوعين من الخيارات **(A) و (B)** يتضمن **18** عبارة مقسمة إلى ثلاثة أجزاء. وبظهور هذا المقياس ظهرت عدة دراسات بحثية حول علاقة مصدر الضبط الصحة بمختلف العوامل المتعلقة بالصحة، أين نشرت عدة مقالات نفسية تضمنت أكثر من 380 مقالا لـ **(Multidimensional Health Locus Of Control Scale)** المعلن عليه خلال فيفري **(2004) (Alexandra et Schwarzer, 2005, p 45-47).**

إذ إن مقياس مصدر الضبط الصحي هو من عائلة المقاييس التي نمت في القرن 20 على يد **والستون وزملائه،** خطط هذا المقياس لتقدير اعتقادات الفرد المتعلقة بأن حالته الصحية تتحدد من خلال نشاطات الفرد أي تمكن في الجهود الفرد الخاصة وهذا

هو مصدر الضبط الصحي الداخلي أما الخارجي يتعلق بنشاط الآخرين، الحظ، الصدفة.**(Mary et al, 2005, p 687-688).**

أول طبعة معلنة لمقياس مصدر الضبط الصحي الخاص بالصحة البدنية أو المرض كانت في عمل **كيرشت وزملائه (Krischt et al 1971-1972)** أما أول مقياس لمصدر الضبط المتعلق بالصحة (HLC) طور من قبل **(Wallston et al, 1978)** يتضمن **11** عبارة بـ **6** نقاط وفق نموذج ليكرت للتصحيح (موافق بشدة، موافق، غير موافق، غير موافق بشدة)، وهو مقياس أحادي البعد، وبعد عامين أعلن عن الطبعة المتعددة الأبعاد لمصدر الضبط الصحي (MHLC) من طرف **والستون وزملائه (1978)** صيغ على غرار **مقياس ليفنسون (1973).** يتضمن هذا المقياس على ثلاثة أبعاد هي داخلي، خارجي لتأثير الآخرين (ذوي نفوذ)، صدفة أو الحظ. **(Glenn et Suls, 1982, p 68).**

نستنتج في الأخير أن هذا المقياس تطور عبر مرور السنين وأصبح من أهم المقياس التي يتعمد عليها في الأبحاث عامة وخاصة في علم النفس الصحة.

5- فعالية مصدر الضبط الصحي:

مقارنة بين ذوي الضبط الخارجي من حيث التحكم تبين أن الداخلين أكثر إيجابية و أكثر محاولة لمواجهة الضغوط و هذا ما أثبته العديد من الدراسات و الآراء لبعض الباحثين:

ففي دراسة **لوالستون و آخرون (Wallston et al, 1987)** و دراسة **فواريز (Fowers,1994)** أوضحت أنه من بين الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة (كالتهاب المفاصل، القصور الكلوي، الأمراض القلبية.....الخ). الذين يتميزون ببعد ذوي النفوذ وخاصة الحظ يمثلون نتائج عالية من الضيق مقارنة بالداخليين.**(Bruchon-schweitzer, 2002, p41)**

أما دراسة **فريز (Phares, 1976)** حول مركز الضبط الخارجي، وجد أن أشخاص الذين لديهم ضبط خارجي كانوا أكثر خضوع يمثلون قلق أكثر و تقدير ذات منخفض.

في حين **روتر (Rotter, 1966)** وجد أنهم يمثلون قلق أكثر ومشاكل تكيف و إضطرابات نفسية، كما توصل كل من **اورمال و شوفلي (Ormel et Shaufeli, 1991)** إلى نفس النتيجة، في المقابل الذين لديهم ضبط داخلي لديهم مستوى من الرضا أكثر من ذوي الضبط الخارجي.

أما دراسة **كوهان و ادوارد (Cohen et Edward)** توصلا إلى أن التحكم الداخلي يخفض الاضطرابات الناجمة عم وضع ضاغط، بينما التحكم الخارجي يضاعفها **(عن عبد اللطيف، 1998، ص35)**.

وأسفرت دراسة لـ **بروسشوت و آخرون (Brosshot et Al)** على ارتباط الضبط الداخلي بصحة جسدية جيدة و أساليب حياة صحية، و استراتيجيات مواجهة مركزة على حل المشكل.

فمعظم الدراسات تؤيد أن البعد الداخلي ذو نفع على الصحة الجسدية و ذلك بدون شك لأنه يخفف الجهود المؤيدة للأحداث الضاغطة، أما ناحية أساليب الحياة الصحية فذوو الضبط الداخلي يبدون أكثر تفصيل سلوكاتهم (تمارين رياضية، تغذية متوازنة، علاجات طبية، امتناع عن التدخين...الخ) **(عن جبالي، 2007، ص 48)**.

وبالتالي ومن خلال الدراسات السابقة الذكر فإننا نستطيع القول أن مصدر الضبط الداخلي يبدو كورقة رابحة فمن خلاله يستطيع الفرد تحمل مسؤولية أفعاله وسلوكياته فيما يتعلق بصحته وبالتالي يبذل مجهودات ذاتية للحفاظ على صحته، بينما يبدو الضبط الخارجي كإعاقة أو أقل تكيف مع الأحداث المعاشة (الضاغطة منها كالمرض).

6- علاقة مصدر الضبط الصحي بالسلوكات الصحية:

إن الدراسات التي بحثت في العلاقة بين مصدر الضبط والسلوكات الصحية السليمة كانت دائما محل التساؤل بفضل حقيقة مفادها أن الفرد قد يملك الإستعداد والقابلية ليكون داخليا في الكثير من جوانب الحياة، لكن مع وجود إعتقاد خارجي ينظر به إلى سلوكات الصحة السليمة.

وكذلك فإن النتائج التي إستعملت في سلم "**روتر**" والسلوكات الصحية كانت أكثر إرتباطا بالأشخاص ذوو الضبط الداخلي وأنهم مستعدون للتصرف بشكل أكثر صحي، وهناك دراسات تؤكد أنهم يملكون أفضل العادات لبلوغ اللياقة الجسدية ومثال ذلك أن الأشخاص ذوو الضبط الداخلي قد يكون مفيدا لهم في خسارة الوزن الوائد وعملية تقليل وإيقاف التدخين الناجحة.

ففي دراسة أجراها كل من **سيمان وسيمان (Seeman et seeman, 1983)** حول العلاقة بين مصدر ضبط الصحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية**(Preventive health care)**، أظهرت نتائجها أن ذوي التحكم الخارجي هم أقل إستعدادا وميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية، بينما كان ذوي التحكم الداخلي أكثر ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحية أخرى يتخذونها بثلاثة أضعاف من ذوي التحكم الخارجي **(يخلف، 2001، ص 96)**.

وبهذا يتضح الدور الذي تؤديه معتقدات الفرد حول مصدر صحته، حيث يلعب أسلوب التحكم الداخلي للصحة دورا وقائيا في مجال الصحة الشخصية ويعمل على الحفاظ عليها من خلال تكوين عادات صحية سليمة في الحياة، وهي النتيجة التي وصل إليها "**لاو**" **(Law, 1982)** في مقال هام في هذا الشأن حيث وجد علاقة إيجابية بين التحكم الذاتي في الصحة وإتباع القواعد الصحية السليمة بينما يعمل الميل إلى التحكم الخارجي تقريبا عكس

ذلك حيث نجد ذوي التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز المكتسب المرضية **Learnad helpessness)**) والتشاؤم، وفي نفس الوقت نجدهم أقل إستعدادا لتنفيذ سلوكيات صحية إيجابية قد تحقق لهم سيطرة أفضل على حياتهم وتجسد طموحاتهم. **(يخلف،2001، ص 48).**

وكاستنتاج فإنه يظهر جليا أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي هم أكثر فاعلية في اتباع السلوكات الصحية والحصول على المعلومات، و يرجع الباحث ذلك لكونهم أفراد ذووا اعتماد شخصي في تسيير حالتهم الصحية، و هذا خلافا لذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي(لذوي النفوذ) الذين يمتازون بعدم الإعتماد على النفس في تسيير حالتهم الصحية بل على الآخرين ,لذا فهم يظهرون تقبلا عاليا للإرشادات الطبية، أي أنهم خاضعين مباشرة لآراء الآخرين و لا يمارسون سلطة على أنفسهم، ويبقى تقبلهم للعلاج من عدمه متحكما فيه من طرف عوامل أخرى.

7- علاقة مصدر الضبط الصحي بالأمراض العضوية:

يشير **اياشوس (Eachus, 1991)** إلى أنه قد تم فحص دور مصدر الضبط من عدة أوجه، وقد تبين أنه عامل وسيط في حدوث المرض كما تبين أن له أهمية في التنبؤ بقبول العلاج ومتابعته كما أنه عامل مساهم في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض، كما أنه عامل دال في السلوك التفاعلي بين المرض والمشتغلين في مجال الصحي.**(عن جبالي، 2007، ص 15).**

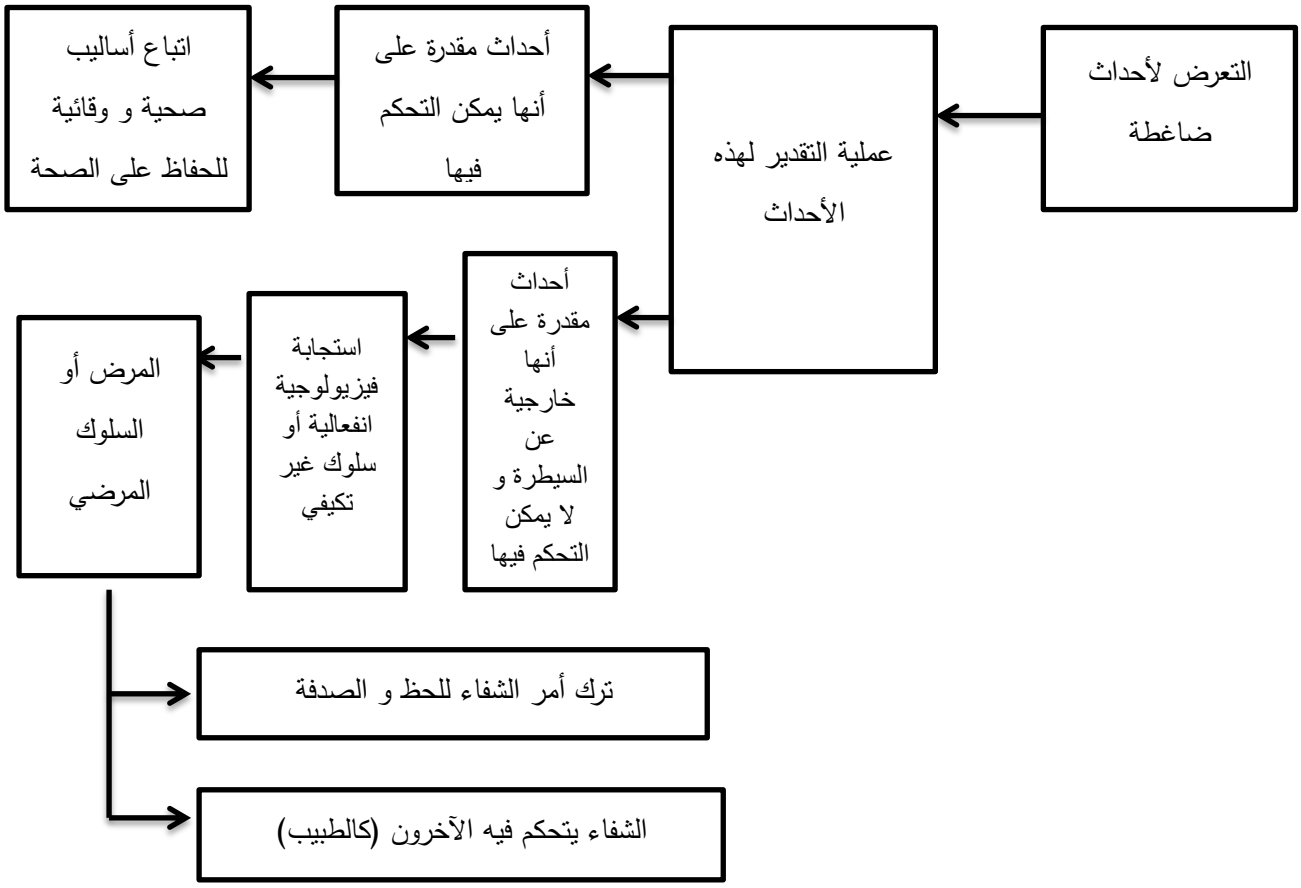
فمصدر الضبط الصحي يلعب دورا هاما في الوقاية أو الإصابة بالأمراض الجسدية المختلفة، وذلك يتوقف على طبيعة مصدر الضبط الأفراد، إذ بينت عدة دراسات أن الأفراد ذوي الضبط الصحي الداخلي والذين يعتقدون أن لهم تحكم في صحتهم هم أكثر الأشخاص الذين يسلكون سلوكا صحيا وقائيا من غيرهم من ذوي الضبط الصحي الخارجي أي الذين

يعتقدون في تأثير القدر أو الحظ أو تأثير الآخرين في مسارهم الصحي. **(أحمان، 2011، ص 147)**.

ولقد تم دراسة علاقة مصدر الضبط الصحي والمرض العضوي (الجسدي) والتي توصلت في مجملها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي ومرض العضوي، ومن بين تلك الدراسات نجد دراسة **سييمان و سييمان (Seeman et seeman, 1983)** أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم أكثر تحكما في صحتهم ومرضهم من المحتمل أن يلتزموا بسلوكات صحية من الآخرين الذين يعتقدون أنهم أقل تحكما.(**يخلف، 2001، ص 93)**.

أما دراسات كل من **كوهان وايدوارز (Cohen et Edwards, 1989) وا**وريال **وآخرون(Huriel et al, 1991)** و **هورمر (Hormer, 1998)** و **سيمان (Seeman، 1991)** أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يتميزون بحالة صحية أفضل من ذوي الضبط الخارجي.

في حين أسفرت دراسة كل من **بريمر و آخرون (Bremer et al ,1997) و جاين وآخرون (Jane et al, 2001)** أن ذوي الضبط الداخلي يتمتعون بصحة جسدية وأسلوب حياة صحي مقارنة بذوي الضبط الخارجي (ذوي السلطة والحظ) **(In Brunchon-Schweitzer, 2014, p 299)**. ويمكن تلخيص العلاقة بين مصدر الضبط الصحي أي الجانب النفسي بالأمراض العضوية أي الجانب البيولوجي، نستند إلى المخطط التالي:



شكل رقم (05): مخطط يمثل علاقة مصدر الضبط الصحي بالمرض الجسدي (أحمان، 2011، ص149-150).

من خلال الشكل السابق يمكن ملاحظة أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أحداث يمكن السيطرة والتحكم فيها، وذلك لكونهم يشعرون بالتمكن والكفاءة والقدرة على التحكم في حياتهم وعالمهم الخاص، مما يقوي لديهم القدرة على التعامل مع مطالب التي تفرضها عليهم المواقف الضاغطة، ومن ثم فهم لا يقدرون هذه المواقف على أنه شديدي الضغط. وفي نفس الوقت فإن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي يسعون إلى إتباع أساليب صحية وقائية لتخفيف من وطأة الضغوط بهدف الحفاظ على صحتهم، ولاعتقادهم بأن سلوكهم الفردي هو المسؤول عن صحتهم ومرضهم.

أما الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي يدركون الأحداث على أنها أحداث خارجية عن السيطرة ولا يمكن التحكم فيها، وذلك لكونهم يشعرون بالعجز واليأس وضعف المسؤولية

الشخصية عن ما يحدث في حياتهم وعالمهم الخاص، ومن ثم هم يقدرون المواقف الضاغطة على أنها شديدة الضغط، الأمر الذي يترتب عليه ظهور أعراض الضغط المختلفة والتي من بينها الإحساس بالانفعالات السلبية كالضيق والكدر، والتي تقوم بدورها على تحريض الاستجابات الفيزيولوجية والتي يترتب عنها ظهور الأمراض المختلفة.

ونستنتج في الأخير أن مصدر الضبط الصحي يعد من أهم العوامل الهامة التي تساعدنا على التنبؤ بالحالة الصحية للأفراد، وهذا ما أكدته عدة دراسات التي تناولت المفهوم في علاقته مع الاضطرابات الجسدية وكلها أجمعت على أن أفراد ذوي الضبط الداخلي يتمتعون بصحة جسدية جيدة وأقل عرضة للإصابة بالأمراض وهذا للإتباعهم لسلوكات صحية. أما أفراد ذوي ضبط الخارجي فهم أكثر إصابة بالأمراض العضوية وهذا لاعتقادهم بأن صحتهم هي نتيجة للحظ أو الصدفة أو تأثير الآخرين كالأسرة والأطباء.

8- علاقة مصدر الضبط الصحي بمرض الربو:

هدفت دراسة **نور الدين جبالي** سنة 2009 إلى البحث في وجود فروق في أبعاد مصدر ضبط الصحة الثلاث(بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ) عند مرض الربو، وذلك من خلال دراسة ميدانية على عينة قوامها 60 حالة تنقسم إلى 30 حالة أصحاء و30 حالة مرضى بالربو.

واستخدمت هذه الدراسة مقياس مصدر ضبط الصحة الذي أسّسه **والستون و والستون،** والذي تم إعداده من طرف جبالي نور الدين. وأظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية في أبعاد مصدر ضبط الصحة الثلاث بين مرضى الربو والأصحاء، وعدم وجود دلالة إحصائية في أبعاد مصدر ضبط الصحة الثلاث عند مرضى الربو حسب الجنس.**(جبالي، 2009، ص 45)**.

في حين قام **ستاينهاوسن (Steinhausen ,1982)** بدراسة حول الأطفال أصحاء وأطفال مصابين بمختلف الأمراض، ولقد استنتج أن أطفال المرضى يتميزون بمصدر الضبط

داخلي، باستثناء أطفال المصابين بالربو **(In Halimi et al, 2009, p06)**. أما دراسة **شيميت وآخرون (Schmitt et al,1989, p33)** حول "مرضى الربو البالغين"، ووجد أنهم يتميزون بمصدر ضبط خارجي.

لقد قام كل من **نوان وآخرون (Nouwen et al,1999, p217)** بدراسة حول "خصائص النفسية والفيسيولوجية لمرضى الربو في المستشفى"، ووجد بأنهم يتميزون بما يلي: إضطرابات الهلع، إنخفاض في مستوى فعالية الذات، ولكن لا يختلفون عن باقي مرضى الربو في المعتقدات التحكم.

أما **حاليمي وآخرون (Halimi et al,2007, p 154)** فترى أن المرضى المصابون بالربو المزمن (الحاد) غير المتحكمين يتميزون بمصدر ضبط خارجي، ويختلفون عن المتحكمون في مرضهم يتميزون بمصدر ضبط داخلي، كما لديهم مجموع أكبر في نسبة الاستشفاء. كما تضيف أنه من خلال الملاحظات الأطباء في الممارسة الميدانية، فقد لاحظوا أن المرضى الذين يتميزون بعدم الملاءمة العلاجية، هم ذو مصدر ضبط خارجي.

هذا ما أكدته دراسة كل من **سيمان وإيفانز (Seeman et Evans, 1962, p772)** و**والستون ووالستون (Wallston et Wallston, 1981, p189)** أن المرضى الذين يتميزون بتحكم داخلي، لديهم معلومات حول الصحة التي يتم اللجوء إليها في موقف معين وقدرة تحكم فعالة في مرضهم. لهذا يطبقون ويلتزمون بالعلاج والتعليمات الطبية.

ومن خلال ما سبق ذكره من دراسات نستنتج أن مرضى الربو الذين لديهم مصدر ضبط داخلي هم متحكمون في مرضهم وفي حياتهم وهذا لأنهم يبحثون عن المعلومة التي تخص مرضهم وصحتهم ويستعملونها عند الحاجة، بالإضافة إلى ذلك فهم يقومون بسلوكات صحية ومن بينها الملاءمة العلاجية. في حين مرضى الذين يتميزون بمصدر ضبط خارجي هم غير متحكمين في مرضهم وفي أحداث حياتهم لأنهم يعتقدون أن كل ما يحدث لهم راجع إما للحظ أو الصدفة أو نفوذ الآخرين مثل الأسرة والأطباء.

*** خلاصة:**

وخلاصة لما تقدم، يتجلى من خلال كل الدراسات التي تم التطرق إليها في هذا الفصل أنه يمكن القول أن مصدر الضبط الداخلي يبدو كورقة رابحة للفرد من خلال تحمله لمسؤولية أفعاله و سلوكاته فيما يتعلق بصحته و بالتالي يبذل مجهودات للحفاظ عليها. بينما يبدو أن أصحاب الضبط الخارجي أقل تكيفا مع الأحداث الضاغطة المعاشة، وبذلك يزيد من حظوظ وقوعه في الأمراض العضوية التي من بينها مرض الربو. أما في حالة المرض فإن مصدر الضبط الداخلي يساعد على الإستقرار الحالة وعدم تطور المرض على عكس ذلك فإن مصدر الضبط الخارجي والتي تتجلى سلوكه في عدم الملاءمة العلاجية سيؤدي حتما إلى تفاقم المرض وشدته وأحيانا إلى الموت. ومن بين العوامل التي تحدد نوع مصدر الضبط الصحي هي نمط شخصية الفرد والتي سوف نتعرض له في الفصل القادم بشكل مفصل.

الفصل الرابع:

نمط الشخصية "د"

*** تمهيد:**

يعتبر موضوع الشخصية من أهم موضوعات علم النفس، لأن من يريد دراستها فهو في الحقيقة يتناول دراسة الشخص بكل جوانبه الجسمية والانفعالية والعقلية والاجتماعية، وما يتعلق بهذه الجوانب من أنشطة ذهنية وحركية واتجاهات نفسية واجتماعية تتعلق بتفاعل الشخص مع بيئته كما أنه يتناول الشخص والعوامل المؤثرة في نموه.

ويدل مفهوم الشخصية على سمات سلوك الفرد وأنماطه التي تميزه عن الآخرين حيث يركز هذا المفهوم على الإنسان كله وعلى الفروق الفردية بين الناس.

لقد اهتم بعض العلماء في دراسة **(العادة)** أولا كأصغر وحدة لبناء الشخصية ليبنوا عليها مفاهيم بخصوص العلاقة بين الشخصية والسلوك، ثم ركزوا على وحدة بناء أكبر هي **(السمة)** التي من شأنها أن تميز شخصا دون آخر، وتساعد معرفتها وتحديدها في التنبؤ بما سيكون عليه الإنسان إزاء ما يواجهه في مواقف متعددة في حياته وصولا إلى أكبر وحدة بناء التي هي **(نمط)** الشخصية.

وعلى هذا الأساس صنف الأشخاص إلى أنماط سعيا إلى تحقيق أحد أهم أهداف دراسة الشخصية، ألا وهو الكشف عن الأسباب التي تجعل الأشخاص مختلفين في أساليب تصرفاتهم أو سلوكهم عندما يتعرضون إلى أحداث أو مواقف متشابهة.

وقد تزايدة الاهتمام في السنوات الأخيرة بآثار الأنماط السلوكية على الصحة والمرض. ونظرا للأهمية هذا المفهوم في بحثا الحالي خصصنا له فصلا كاملا تطرقنا فيه إلى نبذة تاريخية عن تطور المفهوم، تعريف نمط الشخصية، ثم تطرقنا إلى أنواع أنماط الشخصية "أ" و "ب"، و "ج" ، ونمط "د" المتغير المهم في بحثنا.

1- نبذة تاريخية عن ظهور أنماط الشخصية:

ربط أطباء العصور القديمة المدلول النفسي بالمتغيرات الوظيفية التي لاحظوها، كما إعتبروا أن المميزات الجسدية ترتبط بالخواص الجسدية للعالم المادي كالبرودة والحرارة والجفاف والرطوبة، فلإنسان والكون يعملان بنفس الطريقة حسب مبدأ التماثل بين العالم الكبير (الكون) والعالم الصغير (الفرد).**(فلادون والمصري، 1993، ص 45)**.

وتختلف المنطلقات النظرية التي تناولت دراسة الأنماط، وفيما يلي عرض لأهم النظريات التي تناولتها، وهي كالآتي:

1-1- نظرية هيبوقراط:

يرى **ريتشارد لازروس** أن أحسن نظرية للأنماط عرفت عند اليونان الأقدمين كانت تلك التي نادى بها هيبوقراط **(Hippocrate, 370-460)** في القرن الخامس قبل الميلاد، فبعد أن صاغ نظريته التي مفادها أن الجسم يحوي على نسب معينة من سوائل أو أخلاط أربعة هي الصفراء والسوداء، والبلغم، والدم، ذهب هيبوقراط إلى أن نمط الشخصية يتوقف على أي الأخلاط تكون نسبته أكثر لدى الفرد **(لازروس وغنيم، 1985، ص63)**. وإعتمد **كلوديوس جالينوس (Galenus, 129-193)** خلال القرن الثاني ميلادي على ما جاء به هيبوقراط، وربط بين الأخلاط والأمزجة الأربعة التالية:

* **النمط الصفراوي:** هو نمط تتغلب فيه الصفراء، يتميز بطول اليدين، ونمو مختلف القوالب الجسدية ومزاج نفس- حركي أي أنه فاعل وعمل، وكذا سريع الغضب، حاد الطباع، ويضمر الكراهية للغير، يميل إلى العدوان بشكل عام.

* **النمط البلغمي (اللمفاوي):** حيث يتغلب البلغم (الذي يوافق الماء البارد)، يتميز هذا النمط بثقل أطرافه وسمنتها وكذا بحيوية محدودة فهو يميل للهدوء، والوحدة، وتجنب الارتباط بعلاقات شخصية مع الغير، وعدم الاكتراث بالآخرين لكنه موثوق به، يمكن الاعتماد عليه.

* **النمط السوداوي (العصبي):** تتغلب فيه السوداء (الذي توافق الهواء البارد والجاف)، يمتاز هذا الأخير بهيمنة الجزء الأعلى من وجهه على الوجه أو حتى على الجسم ككل، فهو يتميز برأس كبير، وجسم هش وهزيل، دائما تحت تأثير ميوله وردات فعله العصبية، يميل إلى الاكتئاب والتشاؤم مع الشعور بالانقباض، وتعتبر هذه السمات مميزة لذوي النزعة الانتحارية بشكل عام.

* **النمط الدموي:** هو نمط يتغلب فيه الدم (الذي يوافق الأرض الساخنة والرطبة)، يتميز بالصدر الواسع يهيمن القسم الأوسط من وجهه على باقي أقسام وجهه، كثير الحركة، تستهويه الإثارة والانفعالات فيبحث عنها، يميل إلى المرح والبشاشة، والشجاعة، والصداقة، واستخدام أساليب القوة، وكذا التفاؤل مع تفضيله للمتعة الحسية.**(القذافي، 2001، ص 247-248).**

وقد ربط **جالينوس** بين التأثيرات الكيميائية التي تحدثها سوائل الجسم وبعض المظاهر وبخاصة الانفعالية منها، واعتبرت تلك السوائل هي الأساس الذي يقوم عليه مقومات الشخصية، ففي حالة إمتزاجها بنسب متعادلة في الجسم يكون الفرد في حالة سواء. أما إذا إختلت، فإن شخصية الفرد تدخل في اللاسواء **(القذافي، 2001، ص 246-247).**

1-2- نظرية كريتشمر:

ترتبط الأنماط حسب **كريتشمر (Kretschmer, 1964-1888)** إلى شكل جسم الفرد فهو الذي يحدد شخصيته، فقد قام – أثناء عمله كطبيب- بعدد من الأبحاث والدراسات على عينة من المصابين بالأمراض العقلية، اهتم فيها بالعلاقة بين شكل الجسم ونمط الشخصية، إذ لاحظ وجود إضطرابات يمكن التعرف عليها من المظهر الخارجي للمريض. ومن خلال أعماله حول مرضاه تمكن من عزل أربعة أنماط رئيسية وهي كما يلي:

* **النمط القصير السمين:** يتميز بأنه قصير القامة، وجهه عريض لين، يعلو رقبة قصيرة وغليظة وجذع مملوء، صدر منتفخ، وأطراف ذات عضلات وعظام قليلة غير متناسقة حيث

تبدو اليدان قصيرتين، وعريضتين ولينتين، والأكتاف صغيرة ومسحوبة إلى أعلى ويغوص الرأس إلى أسفل وكأنه يختفي داخل الرقبة، بينما يكون الجلد ناعما ورطبا. يميل صاحب هذا النمط إلى التطرف في التعبير عن مشاعره الوجدانية سلبية كانت أم إيجابية، فعلى الرغم من مرحه الظاهر، سرعان ما يتجه إلى الإنطواء وأعراض المزاج السوداوي في حالة شعوره بالضيق، ويعتبر على مستوى المرضي مهيأ للإصابة بالذهان الدوري.

* **النمط الرياضي:** يمتاز بجسم رشيق متناسق الأجزاء والعضلات، يتكون من رأس مستقيم وقوي محمول على رقبة مرنة، وصدر قوي، وأكتاف عريضة، وحوض يأخذ في التناقص كلما اتجهنا نحو الأسفل بشكل متناسق مع الفخذين، وللمفاصل واليدين هيكل عظمي قوي حيث تبدو العضلات والجلد في شكل متطور جدا وعادة ما يكون حجم الجسم فوق المتوسط. وتتميز شخصية هذا النمط بالنشاط والإقدام، ولديه استعداد للإصابة بالصداع الأساسي.

* **النمط الواهن:** يتميز باضطراب النمو في الطول وضآلة في النمو الجانبي، حيث يبدو ذلك (النحافة والطول) على كل أعضاء الجسم من وجه ورقبة وجذع وأطراف وعظام وعضلات، كتفاه غير عريضين، جذعه نحيل لا يتناسب مع الطول والوزن، ويمكن التعرف على الضلوع بمجرد النظر إلى الصدر الضيق وغير البارز. يميل إلى الإنطواء والخجل والتحفظ مع تفضيل البعد عن الغير، علاقاته الاجتماعية فاترة، وعلى الصعيد المرضي لديه استعداد للإصابة بالفصام **(القذافي، 2001، ص 252-253)**.

* **نمط مضطرب التكوين:** يشمل هذا الأخير الشواذ من العمالقة، والمصابين بالإفراط في السمنة بسبب اختلال في إفراز الغدة النخامية وغيرهما من الشذوذ المورفلوجي. على مستوى الشخصية لا يعتبر صاحب هذا النمط متميزا بسمات أو خصائص معينة، أما مرضيا، فلديه استعداد للإصابة بالصرع**(Delay & Pichot, 1990, p 338)**.

1-3- نظرية كارل يونغ:

يرى **كارل يونغ (Carl Young, 1875-1961)** أن الناس يمكن تصنيفهم حسب اهتماماتهم البارزة وأسلوب تعملهم مع الآخرين إلى نمطين هما:

* **النمط المنبسط:** ويمثل نمط الشخصية المنبسطة تنظيما لها نحو العالم الخارجي، فالشخص المنبسط تتجه حركاته نحو العلاقات الموضوعية وينصرف اهتمامه إلى الحوادث الخارجية، وهو أكثر اتصالا بحياة الواقع ويستطيع أن يعبر عن نفسه بسهولة في علاقته مع الآخرين **(مرسي، 1985، ص47)**. فيميل الفرد المنبسط إلى معاشرة الناس ويألفهم بسهولة، ولا يهتم بالنقد، إضافة إلى التفاؤل والقدرة على التعبير بسهولة عما يدور في رؤوسهم**(منصور وأبو عبادة، 1996، ص 17)**.

* **النمط المنطوي:** ويمثل نمط الشخصية المنطوية تنظيما لها نحو العالم الداخلي الذاتي، فالشخص المنطوي يتخذ موقف الدفاع ضد الالتزامات والمطالب الخارجية، في حين يركز اهتماماته على حاجاته ومطالبه الذاتية ويعتبرها محور نشاطه في الحياة، يميل الانطوائي إلى التفكير والتأمل والتخيل مع صعوبة التعبير عن ذاته مع الآخرين **(مرسي، 1985، ص 47)**. أي أن الشخص المنطوي يتسم بالخجل، شدة الحساسية، العزلة. الشك في الناس من حوله والقلق على المستقبل وعلى صحته مع عدم القدرة على التعبير بسهولة عن عواطفه **(منصور وأبو عبادة، 1996، ص17)**.

2- تعريف نمط الشخصية:

هو مشتق من المعنى الأصلي لكلمة **بيرسونا (Persona)** أي قناع، ففي المسرح القديم هناك مجموعة من الأدوار يعرف كل منها بقناعه، ويقابل كل منها نمط شخصية معين، وبذلك عرف النمط على أنه إما مجموع أشكال استجابات معينة أو البنية الخاصة للشخصية. **(Delay et Pichot, 1990, p 338).**

أما **ريسو (Riso)** فيعرفه بأّنه:" تعبير مجازي يعبر عن مختلف العمليات النفسية الفاعلة في داخلنا التي يشترك فيها مجموعة من الأفراد من دون غيرهم، وتعكس التفاعل الدينامي بين مراكز بناء الشخصية الثلاثة" **(المشاعر، التفكير، الغريزة)**". **(Riso, 1995, P 6).**

في حين يعرفه **العتاني** بأّنه: "تجمع للصفات المتشابهة التي تكونت في مستهلّ حياة الفرد ولا تخضع لتغيير كبير، وهو بذلك يدلّ على جوهر الشخص" **(العتاني، 2000، ص 72).**

وفي السياق نفسه يعرف **الملاح** النمط بأّنه: " مفهوم يشير إلى فئة أو صنف من الناس أو الأفراد الذين يشتركون في الصفات العامة، وإن اختلف بعضهم عن بعض في درجة ّاتسامهم بهذه الصفات ». **(الملاح، 2003، ص 3).**

ويرى **محمد أحمد النابلسي (1993، ص 60)** أن نمط الشخصية هو: "تعبير عن نهج سلوكي معين تدفع إلى إتباعه مجموعة من الأحداث والتجارب والعوامل النفسية، بحيث لو عرضنا مجموعة من الأشخاص(مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف لرأينا أنهم يقومون بإتباع هذا النمط، وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية أخرى".

نستنتج في الأخير أن نمط الشخصية بشكل عام هو عبارة عن طريقة أو أسلوب خاص ومميز للفرد في الاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم والضبط والتنبؤ.

3- ظهور أنماط الشخصية:

يعود ظهور أنماط الشخصية إلى أعمال كل من **فريدمان وروزنمان (Friedman & Rosenman, 1959-1974)** حول الفروق الفردية في مواجهة الضغط النفسي، التي أكدت أن نفس الحدث يمكن أن يؤدي إلى إستجابات مختلفة باختلاف الأفراد، مما جعل هذان العالمان يركزان على إظهار العلاقة القائمة بين الشخصية وخطر الإصابة بالأمراض القلبية، وقد توصلا إلى تحديد نمطين من الشخصية الأول سمي **بالنمط (أ) (Type A)** تميزه سمات معينة تجعل صاحبها مستهدفا بالإصابة بالأمراض القلبية- الوعائية، والثاني

هو **النمط (ب) (Type B)** متحرر من سمات **نمط (أ)**، مما يجعله نمطا وقائيا يضمن صحة جيدة وتكيفا اجتماعيا.**(بن زروال، 2008، ص 218)**.

وفي أوائل ثمانيات القرن العشرين قدم كل من **جرير وموريس (Greer & Morris, 1980)** نمط آخر سمي **النمط ج (Type C)**، وطورته فيما بعد **تيموشوك وزملاؤها (Temoshok et al,1987)**.

ويعتقد كل من **جرير وموريس (Greer & Morris)** أن هذا النمط من الشخصية يرتبط ارتباطا جوهريا بتطور السرطان وسرعة انتشاره، مشكلا أكبر مسببات ارتفاع نسبة الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية، بريطانيا ويوغسلافيا.

مع تطور الأبحاث التي اهتمت بدراسة علاقة بين **النمط (أ) (Type A)** والإصابة بالأمراض القلبية–الوعائية فقد توصلت نتائجها إلى أن هذه العلاقة غير ثابتة أي أنه ليس بالضرورة أن يصاب الفرد بمرض القلب ويكون من نمط (أ)، مما أدى إلى ظهور نمط جديد هو **نمط الشخصية (د) (Type D)** على يد **دينولت (Denollet, 1996)** وعلاقته بالإصابة بالأمراض القلبية– الوعائية. **(In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 204)**. وسوف نتطرق إلى كل نمط من هذه الأنماط بشكل مفصل لاحقا:

أولا: نمط الشخصية (أ) (Type A):

1– تعريف نمط الشخصية (أ):

اهتم الطبيبان القلبيان **فريدمان وروزنمان (Friedman & Rosenman, 1985)** بدراسة عوامل الخطر التي تسهم في أمراض القلب، فحاولا البحث إلى جانب عوامل الخطر الكلاسيكية (زيادة الكولسترول، ارتفاع ضغط الدم، التدخين) عن مصادر أخرى شخصية – عاطفية وسلوكية لها تأثيرات مؤذية على شرايين القلب، فوجدا سمات شخصية مشتركة بين مجموعة من المصابين بنوبات قلبية هي: الشعور بإلحاح الوقت، دافعية إنجاز عالية، الغضب والعدوانية، أطلق عليه تسمية **نمط شخصية (أ)**.

وعرفه كل من **فريدمان وروزنمان (Friedman & Rosenman,1985)** بأنه: "مركب من الفعل والانفعال يمكن أن يلاحظ في أي شخص عدواني منهمك في كفاح مرير ومزمن لإنجاز المزيد والمزيد في أقل وقت ممكن، حتى لو كان على حساب أشياء أخرى أو أشخاص آخرين. ويتصف أصحابه ببعض السمات المميزة مثل العداوة، القابلية للاستثارة، الشعور بضغط الوقت، وعدم التحلي بالصبر، والميل التنافسي ولانهماك الشديد في العمل، الغضب والسيطرة...إلخ.

وفي حين يرى **جونستون (Johnston,1982)** أن هذا النمط ينتج عن تضخيم داخلي للرغبة في ضبط الشخص لبيئته وحدوث القلق عند فقد مثل هذا الضبط.**(عن جمعة، 1994، ص 18)**.

ونستنتج مما تقدم أن الفرد ذو **نمط شخصية (أ)** يتميز باستجابة انفعالية عدوانية واندفاعية في أفعاله، كما لديه إحساس بنفاذ الصبر ومرور الوقت لذا يسعا للقيام بنشاطات قدر الامكان في وقت وجيز، يميل للمنافسة ويشعر بالقلق في حالة عدم ضبطه للأمور.

2- السمات المميزة لنمط الشخصية (أ):

يتصف هذا النمط عدة سمات ويمكن أن نعرض أهمها حسب **باتي ولاسار(Patay et al, 2002)** فيما يلي:

- منظم، مرتب، فعال في عمله.
- في حاجة لتحقيق ذاته والتفوق عليها.
- متحكم في ذاته وواثق من جدارته، مستعد للعمل وحيدا إذا ما اقتضت الظروف ذلك. **(Patay et al, 2002, p 131-132)**
- مثابر لا يعترف بالهزيمة.
- يهمل تعبه ويقلل من شأن آلامه، ويرفض فكرة إحساسه بالمرض، فإذا ما حذرته سخر منك في أعماقه.

- يحب المنافسة، فإذا لم يجد من ينافسه ينافس ذاته.
- يميل لإنجاز أعمال أكثر فأكثر في وقت أقل.
- طموح متعدد الأهداف، يحب الترقيات.
- عدواني يمارس عدائيته في مختلف المجالات، وإحدى مظاهرها تتجلى في رغبته الشديدة في المنافسة والسيطرة.
- استجاباته خارجية **(éxpressives)** يستعمل فيها إيماءات وجهه وحركات جسمه.
- الوقت لديه مهم جدا، لذلك فهو دائما نافذ الصبر، مستعجل، منشغل(حتى في وقت فراغه، وسريع حتى في كلامه.
- يميل لاستخدام آليات المقاومة التالية: كبت الانفعالات الشاقة، الإنكار، رفض تلقي المساعدة والإصرار على التغيير النشط للموقف المجهد.

نستخلص مما سبق أن الفرد ذو نمط الشخصية (أ) لديه الاستعداد للإصابة بأمراض القلب التاجية، لأنه يعيش تحت ضغط نفسي وتعب جسمي دائم بسبب التزامه نحو الترقية والتقدير، والبحث عن التحكم قد تكون نتائجها خطيرة. كما أنه فرد عدواني، ويحب المنافسة وهذا ما يعيق الفرد في تكوين العلاقة داعمة ما يقلل فرصه في الدعم الاجتماعي، وبالإضافة إلى ذلك يحب إنجاز أعمال كثيرة وفي وقت قصير ما يؤثر في علاقاته مع الآخرين أو مع أسرته.

3- نمط الشخصية (أ) والإصابة بالأمراض القلبية-الوعائية:

حسب النظرية الفيزيولوجية التي قامت بتفسير السلوكات التي يقوم بها أفراد النمط (أ) اتجاه موقف معين ما يسبب استثارة في الجهاز العصبي السمبتاوي وهذا بعد إجراء عدة دراسات للتأكد من صحة النظرية، وتوصلت النتائج أن النمط (أ) أثناء تفاعلهم مع موقف معملي محدد، ظهرت عليهم زيادة في معدل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة

مستوى الأدرينالين في الدم، وهذه الأعراض تؤثر في الجهاز السمبتاوي، مقارنة بالنمط الشخصية (ب).(**شكري، 1991، ص 44**).

وفي السياق نفسه يرى كل من **فريدمان وألمر (Friedman et Ulmer, 1984)** أن الأشخاص ذوي النمط (أ) يفرضون على أنفسهم مستويات مرتفعة من المهام التي تصبح ضغوط، ومن ثم فإن أجسادهم تطلق هرمونات، لأن الجسم يستعد لمواجهة مواقف تحدي، فيؤدي ذلك إلى زيادة إمداد القلب والدماغ بالدم، ونقصا في إمداد الكبد، ونتيجة لذلك تنخفض كفاءة الكبد في التخلص من الكولسترول والدهون، والقيام بعملية الأيض بالنسبة لهما، وهذا كله يؤدي إلى الإصابة بمرض الشريان التاجي.

ويضيف كل من **ألبورت وآخرون (Alport al,)** أن الضغوط التي يتعرض لها أفراد ذوي النمط (أ) تسبب إختناقات، وتزيد من معدل ضربات القلب، مما يؤدي إلى تمزق الشرايين المسؤولة عن معظم أمراض الشريان التاجي. **(عن عبد الخالق، 2000، ص 488)**.

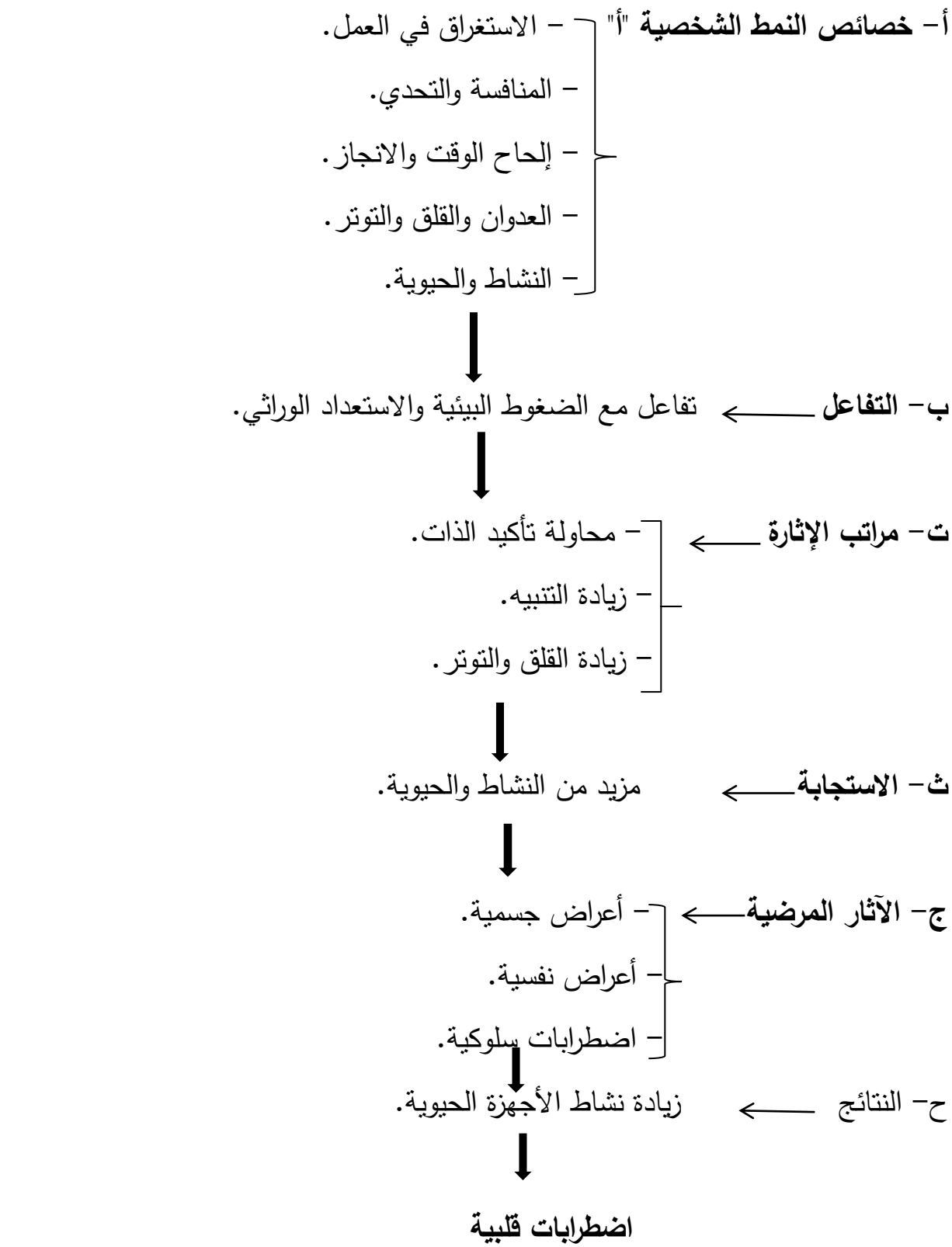
في حين وجد **كاري كوبر (Carry Cuper, 1990)** أن النمط (أ) يعمل كمتغير وسيط، فعندما اقترن بضغوط العمل والأسرة أمكن التنبؤ بحدوث الأمراض الناشئة عن الشدة، وبينت الدراسات أخرى أن هذا السلوك قد يضل كامنا حتى يواجه الفرد موقفا مشحونا بالتحدي والضغوط وفي ذلك الموقف فإن الامتزاج بين النمط (أ) والضغط الشديد قد يؤدي إلى انفجار أزمة قلبية.

لذا يبقى النمط (أ) أكثر عرضة لأمراض القلب دون غيرهم لأن الخصائص والسمات المرتبطة بهم والتي سبق الإشارة إليها تجعلهم أكثر عرضة للضغوط بشكل دائم، وهذا يجعلهم في حالة مستمرة من التوتر الداخلي.

وجاء التأكيد على أن النمط (أ) من العوامل التي تزيد من خطورة الإصابة بمرض الشريان التاجي من خلال دراسة طولية قامت بها مجموعة من التعاونية الغربية والتي قام بها كل من **جينكيز وبراندا وروزنمان سنة 1975** حول حدوث مرض الشريان التاجي لدى عينة من الرجال مكونة من **(3524)** رجال أصحاء تراوحت أعمارهم ما بين **(29- 59 سنة)** يعملون في شركات في ولاية كاليفورنيا الأمريكية، إذ تم قياس مجموعة من المتغيرات النفسية والاجتماعية في بداية الدراسة، ثم على مدى 9سنوات وهي المدة التي استغرقها البحث، ودلت النتائج أن الرابطة الخاصة والوثيقة بين النمط (أ) الذي يجعل صاحبه عرضة للإصابة بأمراض الشريان التاجي وبين الإصابة الاكلينيكية الفعلية بهذا المرض. **(يخلف، 2001، ص 18)**.

هذا ما أكده **دامبروسكي وآخرون (Dembroski et al, 1987, p232)** أن نمط شخصية (أ) عبارة عن مجموعة من الأشكال السلوكية والتعبيرات الانفعالية التي هي مؤشرات تنبؤية لأمراض شرايين القلب الواضحة إكلينيكيا.

وسوف نوضح ذلك في الشكل التوضيحي الذي يبين العوامل المسببة للإصابة بمرض القلب، الذي اقترحه **عادل شكري** سنة **2006**:



شكل رقم (06): العوامل المسببة للاضطرابات القلبية لدى نمط "أ" (شكري، 2006، ص60).

يتضح مما سبق أن الاستجابات الفيسيولوجية يمكن أن تكون هي الميكانزم المناسب لشرح العلاقة بين النمط الشخصية "أ" وبين الإصابة بالأمراض القلبية، حيث يتصف الأفراد ذوي النمط "أ" بردود فعل فسيولوجية عالية أمام الوضعيات التي تشعرهم بالتحدي، وعليه فيمكن اعتبار أن النمط الشخصية "أ" لا يحمل صفة الخطورة إلا من خلال ضمه واحتوائه على مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية والانفعالية كالغضب، العدائية، القلق والاكتئاب.

وعليه يقترح **فونتانا (Fontana, 1989)** العمل على تعديل بعض خصائص الشخصية من النمط (أ) كالتالي:

* **الدعابة:** ذو النمط (أ) في حاجة إلى الضحك أكثر، خاصة من نفسه، فلماذا لا ينظر مثلا إلى سعيه الذي لا يتوقف من زاوية مسلية؟.

* **توسيع الآفاق:** أفراد النمط (أ) يميلون للانغلاق أكثر في عالمهم، فمن الحيوي أن يخصصوا وقتا أكبر لتطوير اهتمامات أخرى.

* **تفهم أفضل للآخرين:** بما أن الكثيرين منهم لا يدركون اختلاف الآخرين عنهم من حيث الأمزجة والطبائع، والطموحات، والقيم فمن الضروري أن يخصص وقتا لتقدير الآخرين وحقهم في أن يكونوا مختلفين.

* **تفويض أكبر:** بما أنهم لا يستطيعون عمل كل شيء بأنفسهم، وبإمكان التفويض الذكي أن يحقق فوائد جمة لهم وللآخرين.

* **توقيتات مرنة:** عليهم أن يصيروا واعين بتناولهم المتسارع لأمور الحياة، ويتعلمون نسيان الآجال، المشي والتكلم والأكل والقيام بكل شيء بسرعة أقل، والاسترخاء.

* **الصبر على أنفسهم وعلى الآخرين:** هم بحاجة لدراسة أنفسهم أكثر بدل من وضع المطالب والواجبات. عليهم الإصغاء أكثر للآخرين وإعطائهم فرصة للتعبير عما يريدونه دون مقاطعة. **(Fontana, 1990, p89).**

نستنتج من خلال ما سبق أن نمط الشخصية (أ) يتميز بسمات الغضب والعدائية وغيرها من شأنها أن تحدث تغيرات فيزيولوجية تؤدي إلى خلل في إفرازات الهرمونات مما ينتج عنه إضعاف جهاز المناعة والتأثير ذلك على عضلة القلب ووظيفتها الطبيعية وبالتالي الإصابة بأمراض القلب والشرايين، لهذا عليه تعديل بعض من سماته الشخصية وهذا لتقليل خطر الإصابة بالأمراض.

4- النظريات المفسرة لنمط الشخصية "أ":

هناك عدة نظريات فسرت نمط الشخصية "أ" ونذكر منها ما يلي:

4-1- نظرية التعلم الاجتماعي:

تعد هذه النظرية واحدة من النظريات المفسرة للنمط "أ" وبالنظر إلى العناصر المهمة في نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي نجد أنها تتلخص فيما يلي:

- ❖ السلوك (حركي، لفظي).
- ❖ البيئة (الظروف الضاغطة، الظروف الفيزيقية).
- ❖ العامل المعرفي (العلاقات المباشرة للسلوك الصريح ومدى التأثر في الآخرين).

التنبه للعوامل البيئية. .**(شكري، 1991، ص 40).**

وعلى ضوء هذه العناصر نجد أن ذوي النمط "أ" ينتقون الاستجابة الايجابية على المدى القصير، ويستبعدون الاستجابات السلبية على المدى البعيد، ومن ثم يتعلمون الاستجابات الايجابية والتي تشكل سلوكهم فيما بعد، إذن فسلوك ذوي النمط "أ" نتاج تفاعل العوامل البيئية والاجتماعية والفيزيقية والعوامل المعرفية والنفسية وبالتالي فإن أصحاب هذه النظرية يرون أن نمط الشخصية "أ" يتحدد كما يلي:

- ❖ تعرف مدى تفاعل البيئة والسلوك والجانب المعرفي والعوامل النفسية الاجتماعية في ظهور نمط "أ".
- ❖ تحديد بعض العمليات التي تتضمن اكتساب سلوك النمط "أ".
- ❖ فحص العوامل السابقة واللاحقة لسلوك النمط "أ" وكذلك المشجعة على تكراره واستمراره.

ويرى عادل شكري أنه طبقا لهذه النظرية فإن أصحاب النمط "أ" يبدؤون في اكتساب عديد من الأنماط السلوكية الايجابية والتي تمثل بالنسبة لهم مرحلة اشباع وتوافق مع أنفسهم وطموحاتهم، والمنبهات البيئية التي تجعلهم على حافة التوتر، مما يجعلهم يكررون هذه السلوكات عن طريق الاستجابات المدعمة التي ترفع بتقديرهم لذاتهم وتجعلهم يرغبون دائما في أن ينجزوا أداءهم ويحسنوه إلى أقصى حد، حتى يستطيعوا أن يحسنوا صورتهم أما ذاتهم، وهذا بمثابة أسلوب تكيفي مقبول بالنسبة لهم.**(شكري، 1991، ص 41)**.

1-4-2- نظرية مفهوم الذات لروجرز:

يمكن تفسير نمط الشخصية "أ" على أنه نزعة نحو تحقيق الذات والوصول إلى الكمال فهو مدفوع بقوى داخلية لا يستطيع التخلص منها، لكي يحقق أعلى درجات الانجاز الشخصي، لذلك يلجأ للعدوان، والتنافس وغيرها، كي يشعر بقيمته كفرد وذلك عندما يتفوق على الآخرين.

وهكذا فإن كل ما يلزم لتفسير سلوك نمط الشخصية "أ" وفقا لما يراه (روجرز) هو مجموعة من الظروف الاجتماعية تؤدي بالفرد إلى أن يعد نفسه منجزا وشديد المراس وسريع الانفعال ولا ينثني ومتعدد المواهب وتنافسي، فإذا تولد لديه أو ولد الآخرون لديه هذا المفهوم وصاحبه شعور بقلة القيمة أو ضعف في تقدير الذات فإنه سوف يعمد إلى استجابات تعويضية كمواجهة الصعاب وتحدي العقبات وإنجازه الكثير في وقت قليل محاولة

منه تحقيق أهدافه وتأكيد ذاته وزيادة قيمتها للوصول إلى الكمال وهذه السمات والخصائص السلوكية الظاهرة في نمط الشخصية "أ". **(إبراهيم، 1994، ص 32).**

1-4-3- النظرية الفيزيولوجية:

حسب هذه النظرية يمكن أن نفسر عدة سلوكات التي يقوم بها أصحاب هذا النمط وهذا من خلال الاستثارة التي يتعرض لها الجهاز العصبي السمبتاوي، وقد أجريت بعض الدراسات للتأكد من صحة النظرية، وتوصلت إلى أن أصحاب هذا النمط أثناء تفاعلهم مع موقف معملي محدد، ظهرت عليهم زيادة في معدل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة مستوى الأدرينالين في الدم، وهذه أعراض أثرت على الجهاز السمبتاوي، مقارنة بأفراد النمط "ب". **(إبراهيم، 1994، ص 44).**

ويرى **فريدمان وألمر** أن أفراد ذوي النمط "أ" يفرضون على أنفسهم مستويات مرتفعة من المهام التي تصبح ضغوط، ومن ثم فإن أجسادهم تطلق هرمونات، لأن الجسم يستعد لمواجهة مواقف تحدي، فيؤدي ذلك إلى زيادة إمداد القلب والدماغ بالدم، ونقصا في إمداد الكبد، ونتيجة لذلك تنخفض كفاءة الكبد من التخلص من الكولسترول والدهون، والقيام بعملية الأيض بالنسبة لهما، وهذا كله يؤدي إلى الإصابة بمرض الشريان التاجي.

يرى **ألبورت وبيويل ورايت** أن الضغوط التي يتعرض لها ذوي النمط "أ" تسبب إختناقات، وتزيد من معدل ضربات القلب، مما يؤدي إلى تمزق الشرايين المسؤولة عن معظم أمراض الشريان التاجي.(عن **عبد الخالق، 2000، ص488).**

1-4-4- نظرية التحليل النفسي:

وتنظر إلى نمط الشخصية "أ" بأنه يتميز بالقلق المرتفع، وتُعدّ هذه النظرية أعراض الوسواس القهري دفاعاً يستهدف السيطرة على القلق، وهو ينجح بفضل قدرته على منع دخول مشاعر مؤلمة (الأنا) من اللاشعور إلى الشعور، ويفترض أن أصحاب هذا النمط يشبعون حياتهم بالأنشطة والأعمال بحيث لا تكون لمشاعر أو أفكار غير المرتبطة بالنشاط أو العمل أي أمل للوصول إلى الوعي **(الوائلي، 2012، ص619)**. بينما ترى روسكي وزملائه **(Roski et al, 1978)** أن أفراد هذا النمط هم أشخاص نشأوا في أسرة يتسم فيها الأب بالسلبية والأم بالعدوانية، ومن ثم فهم يلجؤون إلى الإنجاز بوصفه نتيجة ايجابية لتحقيق الحاجات والإشباع الانفعالي وتأكيد الذات، فهم يبحثون عن الوقت المفقود ومن ثم فهم غالبا مهددون انفعاليا مما يجعلهم يشعرون أنهم سوف يتعرضون دائما لفقد دافعية الإنجاز أو فقد مكانتهم الاجتماعية التي توصلوا إليها بصورة قهرية، ومن ثم يتولد لديهم إحباطات أمام إشباع حاجاتهم الانفعالية فيستمون بسلوك عدواني، ولكن هذا التفسير لا يمكن تعميمه، لأن لا يمكن تصنيف كل شخص لديه أب سلبي وأم عدوانية على أنه من ذوي نمط الشخصية "أ". **(الفلاحي و العاني ، 2013، ص 332)**.

ونستنتج من خلال ما سبق أن **نظرية التعلم الاجتماعي** فسرت النمط "أ" بأنه "نتاج تفاعل العوامل البيئية والاجتماعية والفيزيقية والنفسية، أي أن الفرد يتعلم أن يكون من هذا النمط من خلال تقليد سلوك الإيجابي للآخرين خصوصا إذا عززناه". أما **نظرية مفهوم الذات** فقد فسرت بوجود مجموعة من الظروف الاجتماعية التي أدت إلى اكتساب الفرد سمات الخاصة بهذا النمط وهذا كله من أجل تحقيق أهدافه وتأكيد ذاته والوصول إلى الكمال. **والنظرية الفيزيولوجية** فقد فسرت أن الفرد أثناء تفاعله مع موقف ضاغط ، فتظهر عليه الأعراض التالية: زيادة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع مستوى الأدرينالين في الدم، وهذه الأعراض أثرت على الجهاز السمبتاوي. أما **النظرية التحليل النفسي** فسرت

أفراد هذا النمط، بأنهم يشبعون حياتهم بالأنشطة والأعمال بحيث لا تكون لمشاعر أو أفكار أي أمل للوصول إلى الوعي، أو لأنهم نشأوا في أسرة كان الأب سلبي والأم عدوانية، لذا يلجؤون للإنجاز وهذا بغرض تحقيق أهدافهم وتأكيد ذواتهم.

1-5- الانتقادات الموجهة لنمط الشخصية "أ":

من أهم الانتقادات التي وجهت لنمط الشخصية "أ"، التناقص الموجود بين نتائج البحوث والدراسات التي تناولته فيما يخص الارتباط بينه وبين الأمراض القلبية التاجية.حيث تشير بعض هذه الدراسات الارتباط بينهما كدراسة **هاينس وزملائه (Haynes et al, 1980)**. بينما تنفي دراسات أخرى مثل هذا الارتباط ومن بينها دراسة **شيكل وزملائه(Shekelle et al, 1985)** فترى أن نموذج النمط الشخصية "أ" لا يمكنه التنبؤ باحتمال التعرض للإصابة بالأمراض القلبية إلا بوجود متغيرات أخرى كالاكتئاب والقلق والخوف.**(الزروق، 2015، ص 70)**.

من بين الانتقادات أيضا، عدم وضوح المفهوم من حيث تصنيفه بعدا من أبعاد الشخصية له دلالته المرضية كبعد العصابية عند آينزك، أو من حيث عرض من أعراض مرض قائم بذاته، أم أنه مجرد بديل لمسمى موجود مسبقا.

كما أن تناول نشأة مفهوم نمط الشخصية ضمن التفسيرات البيولوجية والوراثية يوحي بفكرة كونه سمة ثابتة إلى حد ما في الشخصية، في حين يرى النابلسي أنه من الممكن لأي شخص وبغض النظر عن خصائصه الشخصية أن يلجأ إلى هذا النمط الشخصية إذا توفرت له المثيرات والتحديات البيئية التي تجبره على إتباع هذا النمط.**(الزروق، 2015، ص 70)**.

كما أن الدراسات التي تناولت نمط الشخصية "أ" فقد ركزت بشكل أساسي على كونه عامل استعداد للإصابة بالأمراض القلبية في ظل إغفالها للتدخل المحتمل لعامل الجنس والاختلاف الذي يمكن أن يكون بين الذكور والاناث في قدرة هذا النمط على التنبؤ بالإصابة، وكذلك عامل البيئة الاجتماعية الثقافية وطبيعة الحياة التي تفرض أسلوبا أو طريقة في الحياة، وهي عوامل يمكن أن تساعد على إظهار خصائص نمط الشخصية "أ".

أن نمط الشخصية "أ" على الرغم من التساؤل ما يزال مطروحا من جهة، حول التداخل الموجود بين المفاهيم التي يعبر عن مكوناته (الرغبة الملحة في الانجاز، نفاذ الصبر، العدائية) ومن بين بعض المفاهيم الأخرى (كالحاجة إلى الضبط، تأكيد الذات، العصابية وغيرها). ومن جهة أخرى حول مدى قدرة هذا النمط على التنبؤ بالإصابة بالمرض القلب الشرياني التاجي، حيث تحاول البحوث حاليا إعادة فيما إذا كان هذا النمط مسؤولا بكل مكوناته عن الإصابة بأمراض القلب، أم أن هناك بعض المكونات فيه تقع خلف هذه الإصابة.**(الزروق، 2015، ص 71)**.

ومن خلال ما سبق نستنتج أن هذا النمط يتميز بجانبين هما : الجانب الايجابي لسماته ما يجعل الفرد يتحدى نفسه للوصول إلى هدفه بنجاح، في حين يملك خصائص سلبية تعيق الفرد في القيام بعلاقات اجتماعية مع آخرين لذا صمم فونتانا وسائل مساعدة لأفراد هذا النمط بهدف جعلهم أكثر تكيفا واسترخاءا.

ثانيا: نمط الشخصية (ب) (Type B):

1- تعريف نمط الشخصية (ب):

يعتبر النمط المقابل أو المضاد للنمط (أ) حيث وصفهم **فريدمان وروزنمان:** " بأن دافعيتهم عادية فهم لا يعملون أكثر من عمل في آن واحد كما تسير حياتهم بسهولة وهدوء، يسترخون بسرعة أكثر، هم أقل طموحا وأكثر صبرا، ويطمئنون أنفسهم بأنفسهم، وغير مستعجلين ويركزون على الكيف أكثر من الكم، ويدخنون أقل ولديهم مستوى أقل من

الكولسترول وهم الأفضل من حيث مسؤولية القيادة، لديهم القدرة على الاسترخاء دون الشعور بالذنب والتأني والتسامح والرضا والقناعة، أقل ميلا للمنافسة ويقسمون أوقاتهم بين العمل والترفيه وهم هادئون وغير متعجلين وصبورين، كما أنهم لا يستثارون بسهولة وبتفاوت أداؤهم ما بين الاعتدال والخمول". **(السيد، 1990، ص 689)**.

يضيف **كابلان (Kaplan, 1992)** أن "نمط الشخصية "ب" يدخل ضمن عوامل الحماية الخاصة بالصحة لما يعكسه من قدرة على التكيف الاجتماعي وما يوفره من خصائص صحية تجمع بين تقدير الذات والشعور بالاستقلالية، الاجتماعية، هدوء الطبع، التعقل والتسامح مع الآخرين". **(عن الزروق، 2009، ص79)**.

كما يشير **جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (1996)** أن نمط الشخصية "ب":' متحرر من العدوان والكراهية، ويتميز بغياب أو نقص الحاجة التنافسية لإظهار القدرات أو مناقشة انجازات الفرد وأعماله". **(جابر وكفافي، 1996، ص4048)**.

فنمط الشخصية "ب" ومن خلال ما سبق أنه يعتبر نمط صحي ويحمي الفرد من الأمراض كونه يتميز بغياب سمات النمط الشخصية "أ" خاصة الشعور بضغط الوقت والعدائية، فلدى هؤلاء قدرة عالية على الاستمتاع والاسترخاء دون الشعور بالذنب.

2- السمات المميزة لنمط الشخصية (ب):

يتميز أفراد النمط (ب) حسب **العتيبي (2003، ص 115-116)** بمميزات أغلبها معاكسة لما تم وصفه عندما تحدثنا عن النمط (أ) ويمكن حصر أهم هذه السمات فيما يلي:

* الصبر.
* الواقعية في أعمالهم أكثر من ذوي النمط (أ).
* الثقة والهدوء والعمل باعتدال في إيقاع منظم.
* عدم الحساسية تجاه إنجاز الأعمال تحت أي ظرف.
* إعطاء أهمية لمشاعر وأحاسيس من يتعاملون معه أكثر من الأعمال المنجزة.

* الاستمتاع بوقت فراغهم.

* غير مشغولي البال بما يحاولون إنجازه أو تحقيقه.

* لا يستثارون أو يتهيجون.

* يميلون للتمتع والاسترخاء.

* غير متوترين وغير متنافسين.

* لا يعانون من ضغط الوقت.

* يتطلعون إلى النجاح لكن بدرجة أقل من ذوي النمط (أ).

وفي السياق نفسه، يرى **هوارو(Hoareau, 2001)** أن أصحاب هذا النمط يتميزون بما يلي:

* لديهم نظرة متوازنة عن ذواتهم وبيئتهم.

* يديرون انفعالاتهم دون إنكارها أو مقاومتها أو تركها تسيطر عليهم وتسيرهم.

* تعبيرهم واستجابتهم تهدف إلى أحسن الاستراتيجيات الممكنة، مع أقل استهلاك للطاقة.

* يتحملون الاحباطات بحيث يواجهون إمكانية عدم تحقيق أهدافهم بالتقبل التام. **(عن بن زروال، 2008، ص 227).**

ويضيف **هال (Hall, 2000)** في وصفه أن لنمط (ب) بأنهم يتميزون بما يلي:

* أقل تنافسية، فهم لا يعتبرون المنافسة هدفا، ولا يقارنون أنفسهم بالآخرين.

* أقل عدائية، حيث تغيب لديهم العدوانية اللفظية والسلوكية، ويكون لديهم سلوكا تجنبيا تجاه المواقف المجهدة أو على الأقل تكون الاستجابة العدوانية لديهم تناسب الموقف المجهد بشكل منطقي.

* أقل شعورا بإلحاح الوقت، فلا يشعرون بأنهم في سباق مع الزمن، فهم أكثر هدوءا واسترخاء.

* أكثر صبرا فلا توترهم القضايا التي تأخذ وقتا أكثر من المعتاد أو المطلوب، ولا يزعجهم عدم انجاز بعض الأمور في وقتها المحدد.

* أقل دافعية، فمقارنة من النمط (أ) لا يشكل ها الدافع هاجسا لديهم، بل يحققون ما يناسب قدراتهم من انجازات. **(عن شريف، 2003، ص98).**

3- نمط الشخصية (ب) والأمراض الجسمية:

إن سمات النمط (ب) المذكورة أنفا تجعلهم أقرب إلى اتباع أسلوب حياة صحي يخلوا تقريبا من التعرض للضغط النفسي، فهم يهتمون بالغذاء الصحي المتوازن الذي يجدون له الوقت المناسب خلافا عن أفراد النمط (أ)، وقد اعتبر الباحثون النمط (ب) من الأنماط الصحية التي تقل فيها الاضطرابات النفسية والجسمية والسلوكية مقارنة بأفراد النمط (أ) بشكل خاص.

هذا ما أكده **كابلان (Kaplan, 1992)** أن سمات هذا النمط هي عوامل واقية تضمن الصحة الجيدة، وتكيفا ونجاحا اجتماعيين، بحيث ذكر أربع سيرورات لهذه الوقاية هي :

* تقدير الذات- استقلالية.
* التسامح.
* الإجتماعية.
* حكمة حياتية.**(In Paulhan et Bourgeois, 1995, p 65).**

إن النمط (ب) يستخدم معدلا طبيعيا من الاجهاد لإنتاج الطاقة التي تلزمه لحل مشكلاته دون أن يكون ذلك على حساب الآخرين أو على حساب ذاته، فأصحابه حكماء، واقعيون، ايجابيون، يمثلون أقلية من حيث العدد**(Chalvin, 1993, p 27).**

نستنتج في الأخير أن أفراد النمط (ب) يتبعون أسلوب حياة صحي، لهذا لا يرتبط بأي اضطراب معين ولكن يقترب من الحالة الصحية الجيدة مقارنة مع أفراد النمط (أ).

*** الخصائص السلوكية التي تفرق بين النمطين "أ" و "ب":**

ذكر **شكري عادل كريم** نقلا عن **(Chesney et al, 1981)** الخصائص السلوكية التالية باعتبار أنها تميز بين النمطين "أ" و "**ب**"، الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (01): الخصائص السلوكية التي تفرق بين النمطين "أ" و "ب" (شكري، 2006، ص 40-42).

الخاصية	نمط الشخصية "أ"	نمط الشخصية "ب"
1- الحوار:	سريع.	بطيء.
2- الطلاقة اللفظية: - قوة الصوت: - النوعية:	كلمات محددة و إجابات واضحة. عالي. عدواني.	يتوقف كثيرا. هادئ. لين.
3- مدة الاستجابة:	مباشر.	متأني.
4- السلوك: 5- البصر:	لماح وسريع.	عادي.
6- الجبهة:	مشدودة.	مسترخية.
7- الجلوس: - الحالة العصبية: - تعبيرات الوجه: - الابتسامة: - الضحك:	يجلس على حافة الكرسي. منتبه. عدوانية متحفزة ومتوترة. صفراوية وغامضة. جاف.	متمكن من الجلسة ويسترخي. هادئ. مسترخية. معبرة ومريحة.
8- الاستجابة نحو القائم بالمقابلة: - التعرض للمقابل - يعود مرة أخرى للموضوعات السابقة. - وضع الكلمات على	 كثيرا. نادرا. غالبا.	 قليلا. غالبا. نادرا.

الشفاه. – الدعابة. – يعجل من انتهاء المقابلة. – محاولة ضبط المقابلة. – العداء:	 نادرا. غالبا. يستخدم طرقا فنية وألفاظا وتعليقات كثيرة، ويسأل أكثر ويصحح أقوال المختبر كثيرا. كثيرا ومن نماذجه التحدي والاعتراض الدائم والجمود واستخدام بعض الكلمات ذات طابع البارد، والتي تثير في الوقت ذاته انفعال الآخرين.	 غالبا. نادرا. نادرا. لا يحدث أبدا.
9– بعض المكونات النمطية: – الرضا عن العمل: – الطموح والحافز: – إلحاح الوقت:	 غير راض، دائما في عجلة. شديد جدا. في غاية الأهمية.	 الرضا التام. عادي متوسط. لا يهم كثيرا.
10– نفاد الصبر: – التنافس: – طريقة أو نمط التفكير: – الحيوية والنشاط: – الإثارة:	ينفذ بسرعة ويكره الانتظار. يتلذذ بالمنافسة ويحب النجاح. يفكر بعيدا جدا. نشط جدا ودائم الحركة. يحب الإثارة والاندفاع والمغامرة.	يمكن أن ينتظر كثيرا. لا يهتم بالتحدي والتنافس. نادرا. قليلا. قليلا.

ومن الأعمال التي تؤكد هذا الاختلاف نجد دراسة كل من **هوكر وآخرون (Hooker et al, 1987)** والتي أسفرت نتائج على أن أفراد ذوي النمط "أ" لديهم درجات مرتفعة على مقياس

الحاجة للقوة والعداء، أما أفراد ذوي نمط "ب" فقط تحصلوا على درجات منخفضة على مقياس العداء.**(شكري، 2006، ص 103).**

إضافة إلى ما سبق من اختلافات، تتباين استجابة النمطان "أ" و "ب" للمواقف الضاغطة، فأفراد النمط "أ" أكثر استجابة من النمط "ب" في مواجهة الضغوط، سواء من حيث السرعة الاستجابة أو قوتها.

وفي هذا الصدد أجرى كل من **جلاوس وفريقه (Glass et al, 1980)** دراسة تضمنت التنافس بجائزة من خلال لعبة فيديو مصممة بحيث لا يمكن الفوز أبدا، قسم الأفراد إلى نمطين "أ" و "ب" انطلاقا من نتائج المقابلة مقننة، وأخضع نصف العدد أفراد كل مجموعة إلى الإزعاج والتهديد خلال اللعب، وأسفرت النتائج على ما يلي:

– تشابه القياسات الفيزيولوجية لدى أفراد النمطين في غياب الإزعاج التي ارتفعت فوق معدلها القاعدي.

– في حالة التعرض للإزعاج أظهر أفراد نمط "أ" استجابة أكثر.

وأثبتت دراسات أخرى تلتها **(Carver et Houstton, 1986 et Diamond & Humphies, 1985 et Contrada et Krantz, 1988)** أن الذكور من النمط "أ" أكثر استجابة من الإناث من نفس النمط، سواء لدى الراشدين أو الأطفال **(In Sarafino, 1990, p 127-128).**

يتباين النمطان أيضا من حيث احتمالات تعرضهما لأمراض القلب، فقد أورد ميلر وزملاؤه **(Miller et al)** أن دراسات عديدة تناولت عينات من الرجال متوسطي الأعمار أفضت نتائجها إلى أن نمط "أ" هم أكثر ميلا للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية من ذوي النمط "ب" **(In Kassin, 2004, p 728).**

ثالثا: نمط الشخصية (ج) Type (C):

1- تعريف نمط الشخصية (ج):

ظهر هذا النمط في الثمانينات القرن العشرين على يد **جرير و موريس Greer et) (Morris, 1980)** ويسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان، حيث برهنا أن هذا النمط مرتبط ارتباطا جوهريا بتطور مرض السرطان وسرعة انتشاره.**(الأنصاري، 1997، ص 94)**.

كما عرفته **تيموشوك (1987)** بأنه "نمط سلوكي معرفي للتوافق مع وضعيات اجتماعية ضاغطة مليئة بالصراع ومهددة بالفقدان، إذ يتميز التوافق (بإلغاء الانفعال والاحساس بالعجز واليأس) ويتأرجح بين التكيف العالي المبالغ فيه والشعور بالعجز المرتبط بالاكتئاب".

أما **برونشون شويتزر (Bruchon- schweitzer, 2002)** فقد عرفه على "أنه نمط من التوافق مع الوضعيات الصراعية الضاغطة يتميز بكبح الانفعالات المرتبطة بالشعور بالعجز واليأس".

لهذا فإن فأفراد ذوي النمط (ج) يميلون إلى استبطان استجابته ثابتة إزاء الضغط النفسي، آملين من خلال ذلك أن يسيطروا على أنفسهم وأن يتحكموا في الضغط، لكنهم في الواقع يحققون ذلك اجتماعيا فقط (ظاهريا)، حيث يبدون هادئين ورصينين **(Chalvin, 1993, p27)**، لأنهم يتميزون باللطف المفرط، يخضعون للسلطة والمعايير الاجتماعية، يتجاهلون مشاعرهم، لديهم تبعية للآخرين، إحساسهم الكبير بالمسؤولية، تثبيطهم لمشاعر العدوانية، خوفا من الصراعات، وشعور بالذنب دون سبب، شعورهم بالدونية وميلهم للاكتئاب. وبما أن المشكلات المرتبطة بالضغط لا تحل، بل تتحول إلى صراع داخلي بين الفرد ونفسه، فإن ذلك التقبل الذي يظهره أفراد هذا النمط تجاه الإحباطات ظاهري فقط، حيث يخفي لطفهم وتعاونهم وكذا بحثهم عن التوافق والانسجام شعورا بالعجز قد يصل إلى اليأس. والتعبير عن انفعالاتهم كالغضب مستحيل**(Hoareau, 2001, p 158)**.

نستنتج من خلال ما سبق أن أفراد الذين يظهرون لمحيطهم بأنهم متعاونين، وهادئين لأنهم يتخلون عن إرضاء حاجاتهم الخاصة، ولا يعبرون عن انفعالاتهم السلبية (كاليأس) التي تكبح، ويقبى التوتر الانفعالي كامنا الذي يولد بعد ذلك صراعا نفسيا داخليا لديهم، حيث تكلف الجهود الدفاعية المستمرة لاستيعابه طاقة كبيرة هذا ما يضعف جهازه المناعي لذا يصابون بمرض السرطان بعد ذلك بسبب استنزافهم كامل طاقتهم الجسمية.

2- السمات المميزة لنمط الشخصية (ج):

لقد قامت كل من **تيموشوك وزملاؤها** سنة **1990** بوصف سمات التي يتميز بها نمط الشخصية (ج) وهي كما يلي:

* العجز عن التعبير عن الغضب وتفريغ التوتر.
* الميل للموافقة والانصياع.
* غير مؤكد لذاته مضح بها، ميال للتساهل وتجنب الصراع.
* صبور، قادر على الانتظار وتقبل ضغط الوقت.
* هادئ.
* لا يفصح عما يستبد به من انفعالات.
* تقدير الذات منخفض (يرى نفسه تافها، قاصر الهمة، معدوم الكفاءة، فوضوي).
* يتمسك بالروتين، يعيش في وحدة نفسية.
* يعاني الاكتئاب والتشاؤم ويشعر باليأس(**الأنصاري، 1997، ص 94-95**).

وعلى الرغم من أن النمط الشخصية (ج) تشمل مختلف المكونات سابقة الذكر إلا أن **تيموشوك (1987)** ترى أنه يتميز أساسا بمكونين هما:

1- إدراكات إكتئابية:

يختلف هذا المفهوم عن الإكتئاب كتأثر، ويوافق نموذجا من الإكتئاب القائم أساسا على إدراكات خاصة اتجاه الأحداث الضاغطة، جمعها **سليجمان**

(Seligman) تحت مصطلح "**العجز المتعلم**" الذي بموجبه يشعر الفرد بالعجز في مواجهة الأحداث الضاغطة التي لا يمكن التحكم بها.

وقد لاحظت **تيموشوك (1987)** ارتباطا دالا بين الإدراكات الاكتئابية المشخصة خلال مقابلة مع مرضى مصابين بالورم القتامي **(Mélanome)** وبين حجم هذه الأورام. كما أظهرت دراسات **أنطوني وجودكين (Antoni et Goodkin, 1988)** **ويرشينغ وزملاؤه (Wirsching et al , 1982)** أن هناك علاقة بين العجز المتعلم والنتائج السلبية للإختبارات المجراة على عينات **(Biopsie)** من أورام العنق. **(عن بن زروال ، 2008، ص 233).**

2- كبح الانفعالات:

وتعني عدم قدرة الفرد على الاعتراف بانفعالاته والتعبير الشفهي عنها خاصة العدائية منها كالغضب. وهذا ما أكدته دراسة التنبؤية لـ **مارا جولييوس وفريقها (1971-1983)** على عينة من **696** فرد من سكان **تيسيمش** "**Tecimesh**" ولاية **ميتشغان** تتراوح أعمارهم بين **30** و **69** سنة. أنه هناك ارتباط إيجابي بين كبح التعبير عن الغضب واحتمال الموت **(Julius et al, 1994, p215).**

3- نمط الشخصية (ج) ومرض السرطان:

لقد كشفت العديد من الدراسات المتعددة العلاقة بين مكونات نمط الشخصية (ج) وبين احتمال الإصابة بالسرطان إلى الصعوبة التي يواجهها هذا النمط بسبب انفعالاته السلبية (العدائية، والقلق) وعدم التعبير عنها شفهيا. وهذه الصعوبة أساسها إدراكات إكتئابية كالعجز واليأس، تقدير الذات المنخفض، فقدان التحكم والميل للقدرية. أما إيجابيتهم وهدوءهم الظاهري، فيعود إلى الجهد المستمر الذي يبذلونه لتغطية شعورهم بالضغط النفسي مستخدمين آلية الكبت.

ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة **جرير وزملاءه** في دراسة تنبؤية سنة 1979 على 69 امرأة دخلت المستشفى بهدف إجراء فحوص على ورم بالثدي، أن التعبير الطبيعي عن الانفعالات خلال الأيام السابقة للفحص مقرونا بمقابلات مع الشريك أو الأقارب ارتبط بتشخيصات ثانوية للسرطان. وأن المريضات اللاتي أظهرن، قبل الفحص معدلات مرتفعة من كبح الغضب أو انفعالات أخرى، لديهن احتمالا أكبر من الأخريات لوجود ورم سرطاني **(Greer et al, 1994, p393).**

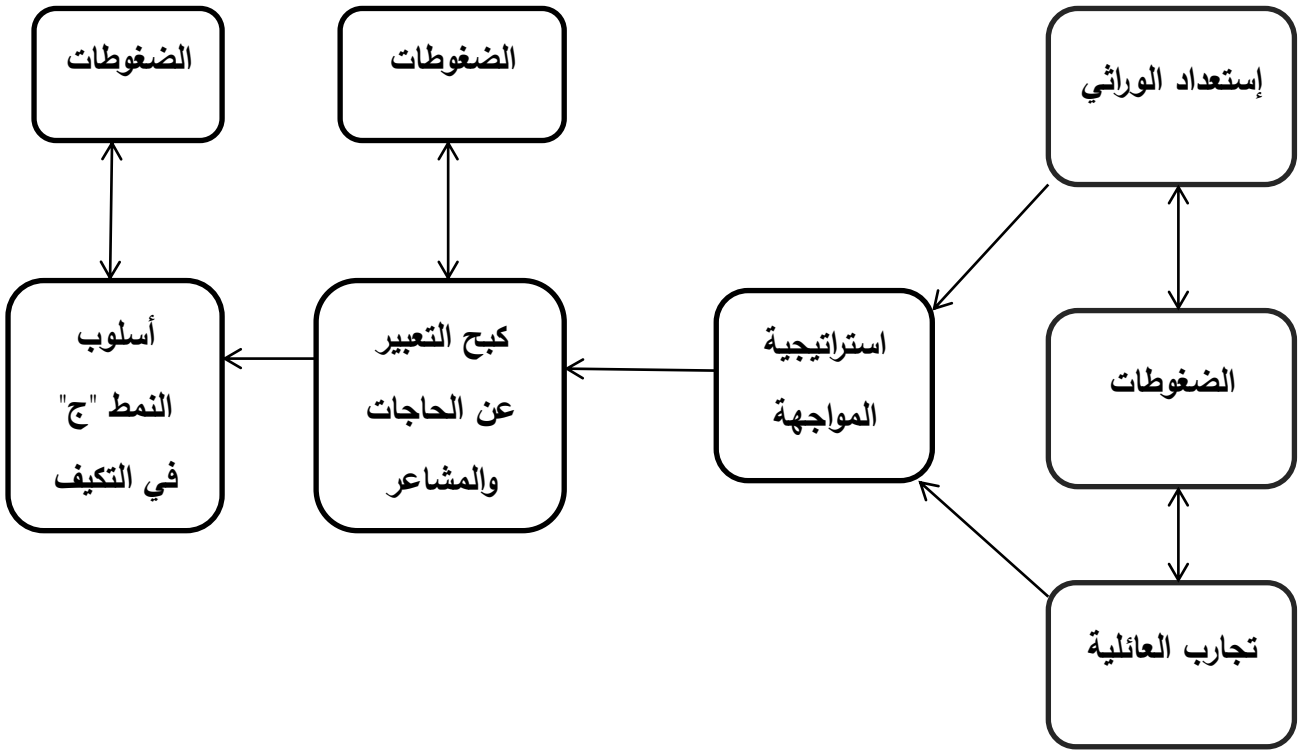
أما دراسة **تيموشوك وفريقها** سنة 1985 تم تطبيق اختبارات موجهة لقياس خصائص النمط (ج) على مجموعة من المرضى الذين دخلوا المستشفى لعلاج أورام جلدية سرطانية، وبينت النتائج أن اثنين من متغيرات الشخصية هما: الإيمان(بالقضاء والقدر وبقدرة الطبيب وبمعجزات الصلاة،...)، وأفراد ذوي نمط (ج) والذين لا يعبرون عن انفعالاتهم هم يتميزون بالبطيء، سلبين، حزنين و يرتبطان ارتباطا موجبا بسمك الورم **(بن زروال، 2008، ص 234).**

في حين أكدت نتائج دراستان طويلتان التي قام بهما كل من **جروسارث- ماتيساك وزملائهما،** شملت الأولى **1353** فردا من مدينة صغيرة بيوغسلافيا (سابقا) طبقت عليهم مختلف الاختبارات والمقاييس حول حالتهم وعاداتهم الصحية الحالية، ثم تم تتبعهم على مدى **10** سنوات، ابتداء من **1966.** أما الثانية فقد تضمنت تتبع **19000** فرد من مدينة **هايدلبرج Heidelberg** الألمانية منذ سنة **1974،** حتى سنة **2000** ومازالت مستمرة وفي كلتا دراستين أظهرت أن الكبح الانفعالي هي من عوامل النفس- اجتماعية المهمة التي تنبئ بالإصابة بالسرطان.

كما يضيف كل من **كونترادا وزملاؤه (Contrada et al , 1990)** في نفس السياق مشيرا إلى وجود الكبح الانفعالي أكثر لدى المصابين بالسرطان، وأنه مرتبط بأقل الفرص للنجاة. **(بن زروال، 2008، ص 234).**

وقد أعيد تناول العلاقة بين النمط (ج) وخطر الإصابة بالسرطان من خلال نموذج التعاملي **" Schéma Transactionnel"**، حيث تشير **شويتزار وزملاؤها** سنة **1998** إلى أن هذا النمط يلجأ إلى أسلوب خاص في التفاعل إزاء بعض الأحداث المفاجئة من الحياة التي يعيشها كالفقدان. ويعتبر هذا الأسلوب الذي يتضمن عدم التعبير عن المشاعر السلبية والإدراكات الاكتئابية في نفس الوقت مكلفا وغير فعال. **(Schweitzer et al, 2001, p 10).**

ونستنتج من خلال ما سبق أن هناك علاقة وطيدة بين النمط (ج) والإصابة بمرض السرطان، وذلك بسبب المدركات الاكتئابية والشعور بالعجز، وعدم تعبيرهم عن انفعالاتهم السلبية مما يجعلهم يتحملون فوق طاقتهم الجسدية والنفسية وبدون اهمال الإستعداد الوراثي الذي يعزز حدوث المرض. وسوف نوضح ذلك في الشكل التوضيحي الذي اقترحه **تيموشك** سنةّ **1987**.



شكل رقم (07): تطور النمط "ج" حسب تيموشوك (1987)

(Schweitzer et Quintard, 2001, p60)

رابعا: نمط الشخصية "د":

1- تعريف نمط الشخصية (د):

لقد توصلت دراسة كل **فريدمان وروزنمان (Friedman et Rosenman ,1959)** أن نمط الشخصية "أ" **(Type A)** كعامل مهم للإصابة بالأمراض القلب، ولكن مع تطور الأبحاث أكدت أن هذه العلاقة هي غير ثابتة. مما أدى إلى ظهور نمط جديد أطلق عليه **نمط الشخصية "د" (Type D)** على يد **دينوليت (Denollet, 1996)** وعلاقته بالإصابة بالأمراض القلبية- الوعائية **(In Bruchon- Schweitzer et al, 2014, p 204)**.

وعرف **دينوليت(Denollet, 2005, p89) نمط الشخصية "د"** بأنها: "شخصية التي تميل إلى السلبية (قلقة، سريعة الإثارة، كئيبة) وأيضا تميل إلى التحفظ من إبداء الرأي في الكثير من الأمور وغير واثقة كثيرا في نفسها. جاءت التسمية بنمط الشخصية "د" من المفردة الإنجليزية**(distressed)** التي تعني أن الشخص حزين، مهموم".

نستنتج من خلال ما تقدم أن أفراد نمط الشخصية (د) يميلون للمشاعر السلبية في حياتهم اليومية ولا يحبذون مشاركة هذه المشاعر مع الآخرين، خوفا من رفض المجتمع لهم أو وضعهم تحت مجهر الانتقاد والتجريح.

2- السمات المميزة لنمط الشخصية (د):

لقد قام كل من **دينوليت وزملاؤه (Denollet et al, 1996)** بوصف سمات التي يتميز بها نمط الشخصية (د) وهي كما يلي:

* الشعور بالضيق وتوتر نفسي.

* مستوى مرتفع من الوجدانات والانفعالات السلبية، الشعور بالحزن، سرعة الاستثارة، القلق، الاكتئاب، الغضب.

* كف إجتماعي هام: الخجل، الإنطواء، صعوبات في رد الفعل في التفاعل مع الآخرين.

* عدم التعبير الانفعالات السلبية في المواقف الحياتية والعلاقات الاجتماعية.

* إدراك وتقدير سلبي للذات.

* أكثر إنتباها (جذبا) للمثيرات البيئية السلبية.

* عدم الشعور بالأمان مع الآخرين.

* نظرة متشائمة للحياة مع الشعور بالاكتئاب واليأس.

* إنشغال البال والهموم.**(In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 206)**.

3- علاقة نمط الشخصية "د" بالصحة والمرض:

أغلب الدراسات التي اهتمت بدراسة هذا النمط وجدت أن له علاقة بين مرض القلب الوعائي، وهذا بسبب ارتفاع مستوى الانفعالات السلبية والكف الاجتماعي. ومن بين الدراسات نجد دراسة **دينوليت (Denollet, 1996)** التي أظهرت أن نمط الشخصية "د" وبمعزل عن عوامل الخطر الأخرى، يمثل عامل هشاشة وقابلية للإصابة المرضية **(Vulnérabilité)** حيث يزيد بين 2 إلى 5 مرات خطر النوبات القلبية والموت بسكتة قلبية، وإنتكاس المرض، وتسوية انفعالية سيئة للمرض كالشعور بالإنهاك والقلق والإكتئاب والضيق الإنفعالي.

أما دراسة **بيدرسون وأخرون (Pederson et al, 2009)** بأن مصابي مرض القلب ذو الشخصية "د" يعانون أكثر من الاستشفاء مقارنة بالشخصيات الأخرى، كما أن معدل الوفاة عندهم بسبب أمراض القلب يصل إلى 4 أمثال المرضى الآخرين.

كما أسفرت دراسة **مولز ودينوليت (Mols et Denollet, 2010a)** في أمراض أخرى مزمنة كالسكري والربو، حيث يظهر أن النمط "د" يمثل عامل هشاشة يرتبط مع الشكوى من الآلام الجسدية والانفعالات السلبية وقلة السلوكات الصحية ومستوى منخفض من الملاءمة العلاجية. **(In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 206)**.

وفي المجتمع العام، يرى دينوليت **(Denollet)** أن النمط "د" يمثل عامل خطر حيث يرتبط بمستوى مرتفع من الضيق والتوتر النفسي، وحالات إنفعالية إكتئابية وحالات القلق ومستوى منخفض من الدعم الاجتماعي.

يرى **بيدرسون وآخرون (Pederson et al, 2009)** أن نمط الشخصية "د" يتميز بالميل للشعور بإنفعالات سلبية وعدم التعبير عنها للآخرين، لذلك فهو يمثل إستعداد نفسي– مرضي، ويرتبط هذا النمط بأعراض القلق والاكتئاب ونوعية حياة سيئة.

لذا يمثل نمط "د" عامل ينبئ بالإنهاك الحيوي **(Epuisement Vital)** لدى مرضى القلب– الوعائي بسبب إرتفاع هرمونات الضغط (أدرينالين والكورتزول) الذي يضعف عضلة القلب ويسبب حالة إلتهاب الذي يساعد على الإصابة بالمرض.

في حين أسفرت دراسة **ولیامس وآخرون (William et al, 2009)** أن الأفراد ذوي نمط الشخصية "د" يتميزون بنشاط مرتفع للجهاز العصبي– المناعي.

كما أظهرت دراسة كل من **بيدرسون وآخرون (Pederson et al, 2006)** و دراسة **ولیامس وآخرون (William et al, 2009 - 2008)** أن أفراد النمط "د" (المجتمع العام ومرضى القلب) يقومون بسلوكات غير صحية كالتغذية السيئة، التدخين، عدم ممارسة نشاط، ...إلخ. كما يتميزون بعدم البحث عن العلاج الطبي سواء كانوا بحاجة إليه أو في حالة وصف الطبيب لهم (مستوى منخفض من الملاءمة العلاجية). (**In Bruchon-schweitzer et al, 2014, p 205**).

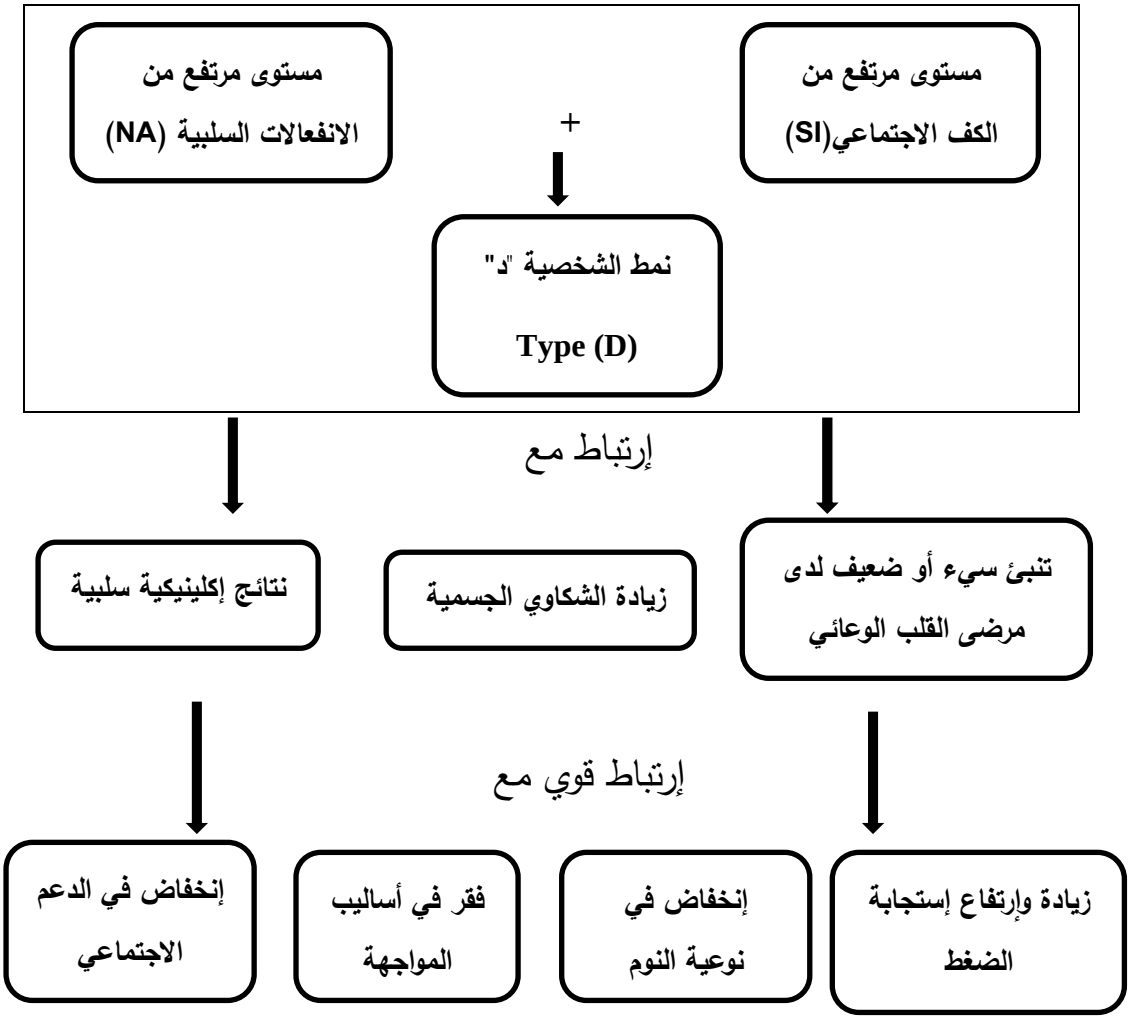
لقد أسفرت نتائج دراسة **مولز وآخرون (Mols et al, 2011)** أن نمط الشخصية "د" إرتبط بإنخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السرطان وفشلهم في مواجهة إكتئابهم.

أما دراسة **مولز ودينوليت (Mols et Denollet, 2010)** أن المرضى الناجين من سرطان القولون، وسرطان الرحم، والورم اللمفاوي ذوي نمط الشخصية "د" يتميزون بالضعف في الصحة العامة، كف إجتماعي، الشعور بالتعب والشعور بالآلام الجسدية المزمنة. كما أسفرت أن الأفراد ذوي نمط الشخصية "د" يميلون أكثر إلى إستعمال إستراتجية التجنب في

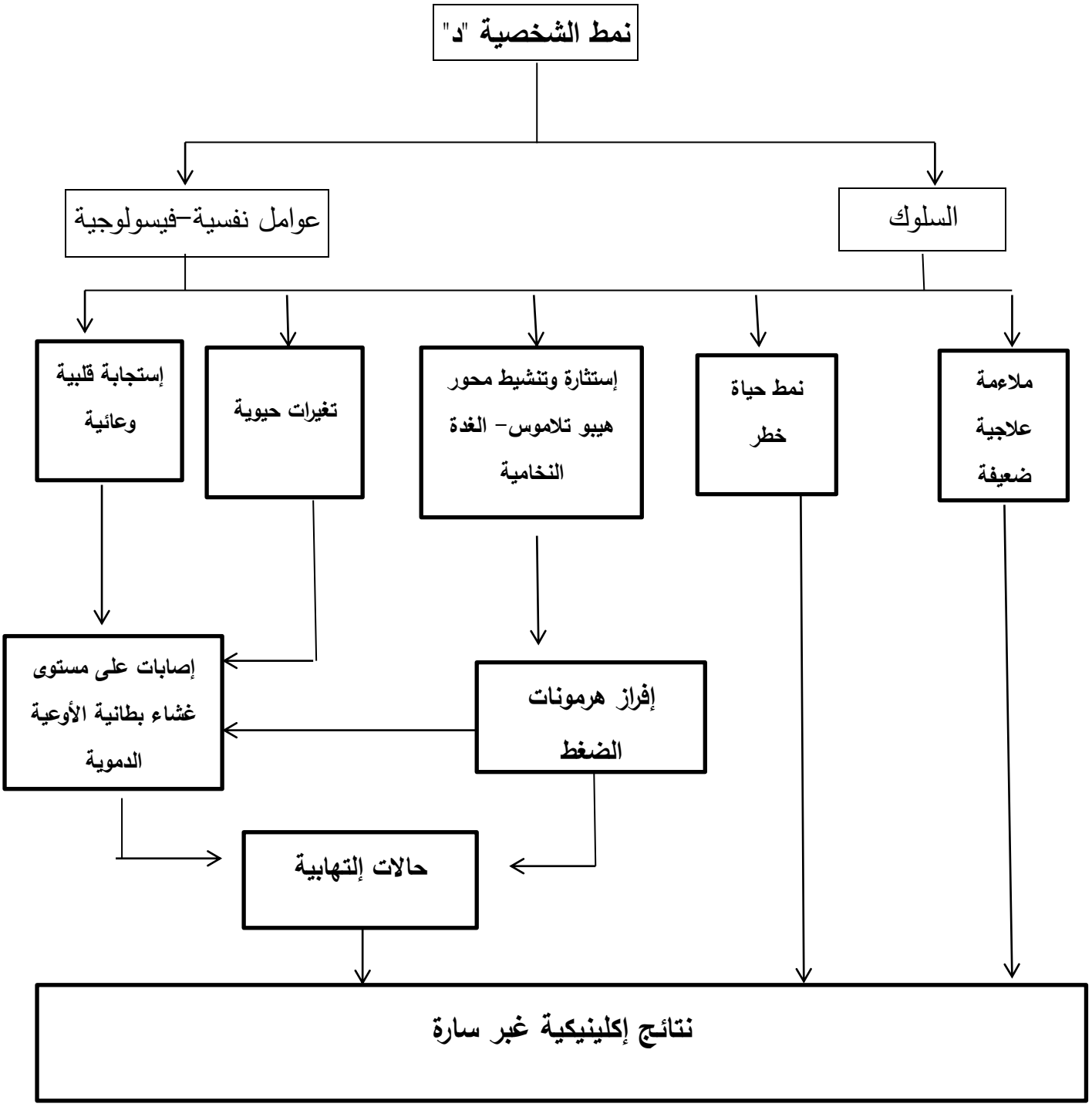
المواقف الضاغطة، وترتبط هذه الإستراتجية التجنبية بمستوى مرتفع من الضغط النفسي المدرك وظهور أعراض الإحتراق النفسي في العمل. ويتميزون أيضا بمستوى منخفض من الدعم الإجتماعي مقارنة بالأفراد غير نمط الشخصية "د". **In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 206).**

وهذا ما أكدته دراسة كل من غريين ووالكر **(Green et Walker)** أن الأعراض السيكوسوماتية سببها العوامل النفسية–الاجتماعية، مثل الضغط النفسي ونقص المساعدة الاجتماعية. وأن خصائص الكف الاجتماعي يمكن أن تكون كعوامل معدلة أو وسيطة تجمع بين العوامل النفسية–الاجتماعية الضغط والأعراض السيكوسوماتية. ويمكن أن ترتبط أيضا بعدم فعالية الاستراتيجية المستعملة لمواجهة الضغط.**(In Condén et al, 2014, p43).**

ومن خلال ما سبق يمكن تلخيص ذلك في الشكلين التالين الذي يوضح كيفية تأثير نمط الشخصية "د" على الصحة والمرض حسب **بيدرسون وآخرون (2006)** و **آلان وزملاؤه (2000).**



شكل رقم (08): دور العوامل النفسية – الفيسيولوجية والسلوكية كعوامل تتوسط العلاقة بين النمط "د" والصحة المرض (Allen et al, 2000, p1).



شكل رقم (09): الميكانزمات النفسية– الفسيولوجية (الإفتراضية) التي تربط نمط الشخصية "د" بنتائج إكلينيكية مضطربة (In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 206).

يتميز أفراد نمط الشخصية "د" بإرتفاع مستوى الانفعالات السلبية والكف الاجتماعي والذي يولد لديه ضغطا نفسيا بسبب تخوفه من الافصاح عن تلك الانفعالات والمشاعر السلبية خوفا من الرفض الآخرين له هذا ما يسبب إنخفاض في مستوى الدعم الاجتماعي، وهذا ما يجعله يقوم بالتجنب كل المواقف الضاغطة والمستمرة قد تضعف فعالية تلك الأساليب المستعملة لمواجهة المواقف، والتي تسبب له تنشيط قلبي – وعائي كارتفاع ضربات القلب (وصعوبة إسترجاع الطاقة)، إرتفاع ضغط الدم.

وهذا النشاط الفيزيولوجي يرجع إلى ارتفاع هرمونات الضغط مثل الأدرينالين والكورتيزول(بسبب تنشيط واستثارة محور هيبو تلاموس– الغدة النخامية) ما قد يسبب إصابات على مستوى غشاء بطانية الأوعية الدموية وحالات التهابية وهذا ما يسهل الإصابة بالأمراض القلبية– الوعائية وقد تصل إلى موت الفرد.

هذا ما أكدته دراسة كل من **آلان وزملاؤها (Allen et al, 2000, p1)** أن هناك ارتباط بين النمط الشخصية "د" وإرتفاع وزيادة الشكاوي الصحية. وأن هناك ارتباط بين النمط الشخصية "د" وإنخفاض مستوى الدعم الاجتماعي، وضعف أساليب المواجهة، وإنخفاض نوعية النوم، وزيادة وإرتفاع إستجابة الضغط. يرتبط نمط الشخصية "د" بخارج إكلينيكية سلبية (الإصابة بمرض القلب الوعائي).

4-4- وسائل المساعدة لأفراد ذوي نمط الشخصية "د":

لقد اهتمت بعض الدراسات بدراسة هذا النمط وأكدت أن أفراد ذوي النمط الشخصية "د" يختبرون درجات عالية من الضغط النفسي مقارنة بغيرهم، ولديهم طريقة خاصة في التحكم به (عن طريق كبح الانفعالات). لذا يجب على المختصين النفسانيين مساعدتهم من خلال تعليمهم وسائل جديدة التي تخفض من مستوى الضغط النفسي. وذلك باستعمال العلاج السلوكي المعرفي، وتقنيات التحكم في الضغط النفسي، وطلب المساعدة الاجتماعية عند الحاجة، تعليمهم تقنيات الاسترخاء مثل: التنفس البطني **(Respiration Abdominal)**

والاسترخاء العضلي التدريجي **(Relaxation Musculaire Graduelle)**. كما يساعدهم أيضا على تطوير قدراتهم في التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وانفعالاتهم السلبية للآخرين.

وبالإضافة إلى ذلك أسفرت نتائج دراسة دينويلت **(Denollet, 2000)** أن هذا النمط ارتبط بنتائج عيادية غير سارة بما يخص الصحة الجسدية والنفسية، وأن السبب راجع إلى الضيق الذي نتج عن الكبح تلك الانفعالات.**(In Tulloch et al, 2008, p4).**

ونستنتج من خلال ما سبق أن أفراد ذوي نمط الشخصية "د" يتميزون بدرجة عالية من الضغط النفسي وهذا راجع إلى أنهم تحت تأثير دائم لحدث ضاغط من المحيط، هذا ما يسبب افراز هرمونات الضغط بشكل مستمر. مما يجعلهم يشعرون بالضيق جراء كبح تلك المشاعر خوفا من الرفض. لذلك يجب تعليمهم تقنيات تساعدهم على تطوير ذاتهم وتجعلهم أكثر تكيفا.

4-5- الانتقادات الموجهة لنمط الشخصية "د":

وجهت الانتقادات لدينوليت بشأن تركيبة نمط الشخصية "د" من طرف بعض الباحثين من أمثال **ليسبيرانس وفراسور سميث (Lesperance et Frasure-Smith, 1996)** اللذان يعتقدان أن النمط الشخصية "د" ما هو في الحقيقة إلا محاولة أخرى بسيطة لقياس الانفعالية السلبية أو العصابية المرتبطة بعوامل الخطورة في نشأة الأمراض القلبية الوعائية. غير أن دينوليت وزملاءه يردون على هذا الانتقاد بالانتقاد على أن أهمية نمط الشخصية "د" ومميزته تتمثل في كونه يجمع بين الانفعالية السلبية وبين الكف الاجتماعي، وهو الأمر الذي يرفع من وجود عامل الخطورة على الصحة القلبية.**(الزروق، 2015، ص 78).**

*** خلاصة:**

يسعى علم النفس الصحة إلى فهم الصحة والمرض، فهو يدرس العوامل النفسية البيولوجية والاجتماعية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض والتي تؤثر على إسراع تطورها أو تأجيلها. و ذلك من خلال الكم الوافر من الدراسات التي ركزت على فحص العلاقة بين بعض الأمراض العضوية المزمنة وبعض الأنماط الشخصية كالنمط(أ) والنمط(ب) المقابل له، النمط(ج) والنمط(د).

لهذا ارتبط مفهوم النمط الشخصية بفكرة البحث عن ملمح المصابين بالأمراض المزمنة. وهو مفهوم يدل بشكل عام على الطريقة أو الأسلوب الخاص والمميز للفرد في الاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم والضبط والتنبؤ .لذلك فإن النم السلوكي ليس بعدا أو سمة شخصية في حد ذاته بل هو أسلوب سلوكي وانفعالي يستجيب به الأفراد الذين يمتلكون صفات شخصية معينة تدخل في تركيب هذا النمط. وهو أسلوب ينمو من خلال التفاعل بين متطلبات البيئة والخصال الشخصية. إلا أن هدفه الأساسي من هذه الدراسة لا يقف عند حد التصنيف والتنميط بقدر ما يتوسع إلى البحث عن وضع أسس تمكنه من فهم وتوضيح العلاقة بين السلوك والصحة من أجل الوقاية من الإصابة ببعض الأمراض ذات الصلة بطريقة الحياة وبغرض ترقية الصحة بشكل عام.

الفصل الخامس:

الملاءمة العلاجية

*** تمهيد:**

تمثل الملاءمة العلاجية مشكلة غالبا ما يواجهها الطبيب في علاقاته مع المريض، وبالخصوص في الأمراض المزمنة كالربو. والعمل على تقدير إلى أي مدى يحترم ويلتزم المريض بتعليمات الطبية، لأنه لا يستطيع متابعة علاج مريضه إلا من خلال معرفة مدى إتباعه الحقيقي لتعليمات الطبيب وتوصياته العلاجية **(Blanc, 2007, p43).**

وهذا ما يزيد من إحتمال تعقيد الحالة الصحية وبروز مضاعفات التي تهدد صحة الفرد وتعرضه لخطر الموت، وهذا ما دفع بالباحثين إلى طرح إشكالية سلوك الملاءمة العلاجية والأسباب الكامنة وراء نجاح أو فشل المرضى في تبني هذا السلوك.

ونظرا لأهمية مفهوم الملاءمة العلاجية في بحثنا خصصنا له فصلا كاملا تطرقنا فيه إلى تعريف الملاءمة العلاجية وتعريف عدم الملاءمة العلاجية، أصناف المرضى غير الممتثلين، أنواع عدم الملاءمة العلاجية، العوامل المحددة للملاءمة العلاجية، النماذج النظرية المفسرة للملاءمة العلاجية، الملاءمة العلاجية ومرض الربو، إستراتجيات تحسين الملاءمة العلاجية، صعوبات قياس الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، وأخيرا الخلاصة.

1- تعريف الملاءمة العلاجية (La compliance thérapeutique)

يقابل مصطلح الملاءمة العلاجية أو الامتثال العلاجي في اللغة اللاتينية المصطلحات التالية: **" L'observance"** أو **" L'adhérence"**، **" Alliance"**، **Maintenance**، **" Compliance".**

ترادف هذه الكلمة في اللغة العربية منها ما يلي: الانضباط، الالتزام، الامتثال، الانصياع، الملاءمة...إلخ وقد اخترنا من هذه المرادفات مصطلح الملاءمة العلاجية **(Compliance Thérapeutique)**، وضع من طرف الباحثة "**زناد دليلة**" في دراستها سنة (2008) المعنونة بـ "سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقتها بالتغيرات المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة (الهيموديالیز)".

ولقد تم إختيار مصطلح الملاءمة العلاجية **(Compliance Thérapeutique)** أو الامتثال لعدم الوقوع في مشكل (الخضوع والسلبية) وكأن المريض ليس له دور في العملية العلاجية، إن هناك من يرى أنه من أسباب عدم الملاءمة شعور المرضى أن علاجهم وإتباعهم بشكل دقيق يعني الخضوع وفقدان الحرية، معتقدين أن عدم إتباع توصيات الطبيب هو استرجاع للحرية، معا يجعلهم يعبرون عن غضبهم من خلال عدم الامتثال لتعليمات الطبيب **(زناد، 2008، ص142)**.

تعرف الملاءمة **(Compliance)** على أنها سلوك، كما تعبر عن درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض من حيث أخد الدواء، إتباع الحمية، تغيير سلوك الحياة من جهة، والتعليمات أو الوصفات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى **(زناد، 2008، ص14)**.

كما عرفها **(Haynes et al 1979)** على أنها "درجة التلاؤم بين الوصفة الطبية (حمية، أدوية... الخ) وتطبيقها من قبل المريض" **(In Jacquine et Levinen, 2008, p76)**

وأشار **توريت-تورغيس (Tourette-turgis , 2005, p01):** "أن مصطلح الملاءمة العلاجية يرتبط بقدرات الفرد في أخذ أدويته حسب الوصفة المقدمة، وهذه القدرات تتأثر إيجابيا أو سلبيا بعوامل إنفعالية، إجتماعية، سلوكية التي تتفاعل مع بعضها البعض".

أما الأبحاث الطبية التي اهتمت بدراسة وقياس الملاءمة العلاجية، فعرفتها على أنها:" تقييم المرضى المشخصين مسبقا وتقديم العلاج المناسب لهم". هذا ما أكده كل من **توريت– تورغيس وآخرون** (**Tourette-turgis et al ; 2005,p01**): " أن الملاءمة العلاجية هي عملية تقييمية لمعرفة مدى تتبع المريض لأوامر الطبيب وأخذ الدواء المقدم له".

في حين ذهب كل من **غال وآخرون (Gal et al, 2003)** إلى أن الامتثال (سلوك الملاءمة) يتعلق كذلك بالعلاج، التوصيات (حمية، نشاط بدني) واحترام مواعيد المعاينة **(حدار، 2008، ص48)**.

يرى **بورتيك (Portick)** أن سلوك الملاءمة العلاجية هو السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله لدوائه بدقة والامتثال الجيد حسب الشروط المحددة والمفسرة من قبل الطبيب.

كما تعرف بأنها درجة الاتفاق والمطابقة بين سلوك الفرد المريض (متابعة العلاج، أخذ الأدوية، إتباع حمية، إحداث تغييرات في أسلوب الحياة)، والتعليمات والنصائح الطبية **(Tashkin, 1995, p176).**

فمن خلال ما تقدم أن الملاءمة العلاجية عبارة عن سلوك ديناميكي مكيف، يتبناه الفرد أو المريض للوصول إلى الأهداف العلاجية المحددة والذي يتضمن الانضباط والامتثال لتعليمات الطبية ومتطلبات العلاج. إلا أن بعض المرضى لا يحترمون التعليمات الطبية المقدمة لهم مما ينجر عنه ظهور سلوك قد يزيد من تقيدات الصحية للمريض ويعرقل العملية العلاجية، ويعرف هذا السلوك بعدم الملاءمة العلاجية. ونظرا لخطورة هذا السلوك وما يترتب عليه من انعكاسات سلبية وخطيرة على حياة هؤلاء المرضى كان لابد من التطرق لهذا المفهوم والتعرف على أصنافه وأنواعه قبل الخوض في العوامل المحددة للملاءمة العلاجية.

2- تعريف عدم الملاءمة العلاجية:

لا يوجد إجماع في التراث السيكولوجي في تحديد مفهوم عدم الملاءمة العلاجية أو سوء الامتثال، فحسب بعض المؤلفين فإن سوء الامتثال يمكن تعريفه على النحو التالي:

- توقيف العلاج على الأقل أسبوعين متتاليين.
- تناول أقل من% 80 من المقادير الإجمالية الموصوفة.

كما أن عدم الملاءمة العلاجية لا يرتبط بعدم تناول الدواء فقط، إذ يمكن أن يتخذ شكل تناول غير مبرر، أو خطئ في الجرعة و المقادير، عدم احترام توقيت تناول الدواء الموصوف من قبل المعالج. **(حدار، 2008، ص 48).**

ويمكن تحديد هذه الظاهرة من خلال أشكال مختلفة وهي:

- عدم الالتزام بالمواعيد الطبية.
- تناول جرعات متجاوزة.
- اللجوء إلى الطبيب المناوب.
- عدم إتباع الإرشادات.

هذا ما أكده **تاشكان (Tashkin, 1995)** توجد أنماط مختلفة من عدم الملاءمة العلاجية منها:

* تناول منتظم للدواء، لكن بأخذ جرعات أقل من الجرعة التي وصفها الطبيب.

* إهمال تناول جزء من الأدوية التي وصفها الطبيب.

* متابعة العلاج لفترات متقطعة مع فترات إيقاف تناول الدواء **(Tashkin, 1995, p176).**

ويرى كل من **أنرس وريشارد (Anrs et Richard, 2001)** أن عدم الملاءمة العلاجية هي: " تباعد بين الوصفة واحترامها".

أما **جيرارد ريتش (Reach, 2006, p1)** فيعرفها على أنها:" غياب التطابق بين سلوكيات المرضى والتوصيات الطبية".

3- أصناف المرضى غير الممتثلين:

قسم **(Lask, 1994)** المرضى غير الممتثلين للعلاج إلى ثلاثة أصناف :

- المرضى الرافضون للعلاج و يعتقدون أنهم لا يحتاجون إليه.
- المرضى الذين يزعمون أنهم ملتزمون بالعلاج دون القيام بذلك.
- المرضى الذين لا يعلنون عن سوء امتثالهم.**(عن حدار، 2008، ص 48)**.

4- أنواع عدم الملاءمة العلاجية:

هناك أنواع مختلفة من عدم الملائمة العلاجية، من خلال العملية المعرفية نجد ما يلي:

4-1- عدم الملاءمة العلاجية غير المستقر: ويتعلق بنمط الحياة و ظروف الحياة اليومية و تداخلاتها (من الناحية الاقتصادية).

4-2- عدم الملاءمة العلاجية غير المتعمد: ويتعلق بإتباع الوصفات و التعليمات الطبية بشكل غير صحيح مثلا استعمال الخاطئ للأدوية و الأجهزة.

4-3- عدم الملاءمة العلاجية المتعمد: ويتعلق بإنكار المرض، الخوف من الآثار الجانبية للأدوية و رفض الشروط المتعلقة بالأدوية **(Gauchet, 2008, p 24).**

وفي السياق نفسه أسفرت دراسة إكلينيكية التي قام بها كل من **مونزنبرجر وآخرون (Munzenberger et al, 1996)** أنه يمكن تصنيف عدم الملاءمة العلاجية حسب تردد أخذ الدواء من طرف المريض، والجدول الموالي يبين خصائص كل نوع.

جدول رقم(02): يوضح أنواع عدم الملاءمة العلاجية (Gauchet, 2008, p 25).

نوع عدم الملاءمة	الخصائص
التوقف الكلي **(Arrêts définitifs)**	– أشد أنواع عدم الامتثال حدة. –الأكثر ملاحظة.
التوقف الوقتي **(Arrêts momentanés)**	–سلوك متعمد من طرف المريض (مثلا خلال عدة أسابيع). –أكثر صعوبة للقياس من طرف الطبيب.
النسيان **(Les Oublis)**	–السلوك الأكثر شيوعا و صعب الملاحظة من طرف الطبيب. –معظم المرضى ينسون أدويتهم دائما و أحيانا.
الجرعات المجتمعة **(Prise groupées)**	–سلوك اقل شيوعا. –اخذ كل الأدوية على دفعة أو دفعتين يوميا بدل ثلاثة مرات.

يوضح الجدول أعلاه أن بعض المرضى يقررون إيقاف الدواء أو الزيادة في جرعات الدواء مقارنة بتلك التي حددها الطبيب المعالج، ويعزى هذا السلوك حسب المرضى إلى الآثار الجانبية الضارة و التحسينات المصرح بها. أما التوقف الوقتي يتعلق أساسا بصعوبات متابعة أخذ العلاج الذي يرتبط باقتناع المريض به و قبوله منذ البداية. كما أن هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في فهم الغرض من الدواء أو لا يرغبون أساسا في العلاج.

في حين يعتبر النسيان حالة عرضية بالنسبة للمريض المتلاءم. وأخيرا، أخذ الأدوية مجتمعة شائع أيضا، لدى المرضى الذين يقررون تعديل الوصفة الأولية حسب أولياتهم في حياتهم اليومية، بحيث يتناولون أدويتهم يوميا ولكن بدون إحترام الوقت ومقدار جرعات أخذها، ومثل هذا السلوك قد يكون له أثار وخيمة على صحة المريض وفعالية الدواء.

ومن خلال ما تقدم يتضح أن عدم الملاءمة العلاجية هو سلوك خطر يقوم به المريض ومن مظاهره ما يلي: عدم احترام مواعيد أخذ الدواء، عدم الاتباع التعليمات المعطاة من طرف الطبيب، عدم الذهاب للاستشارة الطبية، عدم أخذ الدواء، وهذا ما يؤدي إلى تفاقم حالته الصحية وقد تؤدي به للموت.

5- العوامل المحددة للملاءمة العلاجية:

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

5-1- العوامل الشخصية(Facteurs Personnels):

أكدت العديد من الدراسات وجود علاقة ارتباطية دالة بين الملاءمة العلاجية وتقدير الذات، خاصة في مرحلة المراهقة. وفي السياق نفسه، فقد وجد ليفنتال **(Leventhal, 1996)** من خلال "نموذج الضبط الذاتي" **(Self-regulation model)** أن سلوك الملاءمة العلاجية يتعزز بمهارة الضبط الذاتي حيث يتمسك المريض بعلاجه ويتابع حميته إذ يطور استراتيجيات فعالة تشير إلى الضبط، المراقبة والتحكم. وهذا ما أكدته دراسة والستون **(Wallston, 1987)** أن الملاءمة العلاجية تتأثر لدى المرضى بفعالية الذات، إذ كلما إرتفعت مستوى فعالية الذات لديهم وأن لهم القدرة على مقاومة المرض ومتابعة العلاج المزمن كلما أظهروا امتثالا للتعليمات **(عن زناد، 2008، ص118)**.

كما أن للمعتقدات والتصورات التي يحملها المريض حول مرضه تؤثر في درجة امتثاله، إذ يفترض نموذج السلوك الصحي **(Health Behavior Model)** أن المرضى الذين ينشغلون أكثر بصحتهم ويهتمون بها هم الأكثر امتثالا للعلاج، فيما يرى نموذج مصدر الضبط الصحي(**Health locus of control model)** أن المريض الملتزم بالعلاج، هو الذي يعتقد بأنه المسؤول والفاعل للأحداث التي تعنيه ويلجأ المرضى عادة إلى استخدام استراتيجيات المواجهة **(Coping strategies)** للتعامل مع وضعية المرض، وتختلف

استعمال هذه الاستراتيجيات من فرد إلى آخر، خاصة استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال مثل الإنكار، وفي نفس الإطار أظهرت دراسة **(Abbot et al 1996)** أن أكثر من ثلث المرضى لا يقدرون خطورة مرضهم ويعتقدون أنهم ليسوا بحاجة إلى مجمل أساليب العلاج المقترحة **(عن حدار، 2008، ص49)**.

فيما أسفرت نتائج دراسة **كونواي وآخرون (Conway et al, 1996)** أن **34 %** من المرضى الذين تم استجوابهم في هذه الدراسة، فقد اعزوا عدم امتثالهم للعلاج إلى النسيان **(In Weiss, 2003, P 410).**

في حين وجد **كابلن وآخرون (Kaplan et al)** أن هناك بعض الخصائص التي يتميز بها المرضى الذين أظهروا ملاءمة علاجية وهي: التفاؤل، والتوجه المستقبلي، والاستقرار والدافعية وهي عوامل ترتبط بالملاءمة العلاجية.

أما **هاينز وزملاءه (Haynes et al, 1979)** فقد أشار في دراسته على المرضى واعتمادا على إختبار مينسوتا متعدد الأوجه **(MMPI)** أنه ليس هناك علاقة مباشرة بين الملاءمة العلاجية وسمات الشخصية. **(زناد، 2008، ص 119)**.

كما أشار **هاينز وآخرون (Haynes et al, 1979)** إلى خطأ الذي يرتكبه الباحثون في البحث عن خصائص الشخصية والملاءمة العلاجية، إذ يستخدمون كل أنواع المقاييس وينسون شيئا أساسيا وهو الوضعية الآنية التي يعيشها المرضى عند استخدامهم للأدوية، وتشير هذه الوضعية إلى نوع الأدوية، كميتها، مواعيدها المحددة لأخذها، نوع الحمية.

فكل هذه المؤشرات كلما كانت معقدة كلما ساعدت في ظهور سلوك الملاءمة العلاجية، إذن المشكل ليس في سمات الشخصية المريض ولكن في شكل وضعيته المعاشة فقد يمتثل للتعليمات الطبية في وضعية معينة ولا يمتثل في وضعية أخرى. وإنطلاقا من هذه النقائص في البحث عن أسباب الملاءمة وعدم الملاءمة العلاجية، جاءت محاولات للبحث حول الوضعية ونشير هنا إلى كتابات **مووس (Moos, 1973)** حول "المحددات والعوامل

المحيطية والمساعدة في ظهور هذا السلوك أم لا". وإنطلق من خلال طرح سؤال التالي: لماذا يفشل مريض (أ) في أخذ دواءه؟ والإجابة كانت كما يلي:

1- الموجهة نحو السمة: هنا يقوم الباحثون بتقدير خصائص الشخصية لهذا المريض كسماته، ودافعيته.

2- الموجهة نحو الوضعية: يلجأ الباحثون إلى قياس خصائص المحيطية الخاصة بالمريض مثل الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض، ظروفه المهنية والعائلية أي هل تساعده هذه العوامل في الامتثال أم لا **(زناد، 2008، ص 119- 120)**.

نستنتج مما تقدم عدم وجود إتفاق بين الباحثين فيما يخص دور العوامل الشخصية في سلوك الملاءمة العلاجية مع ذلك وجدت بعض الدراسات التي أظهرت وجود إرتباط بين بعض هذه العوامل مثل: تقدير الذات المرتفع، مصدر الضبط الداخلي، التفاؤل، والتوجه المستقبلي، والاستقرار والدافعية. كما أن لوضعية المريض وبيئته التي يعيشها فيها دورا مهما في تبنيه لسلوك الملاءمة العلاجية أو لا.

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

يرى كل من**(Bender et al ; 1997**و**Corraze ; 1992)** أن العوامل الاجتماعية-الديمغرافية، العوامل الاجتماعية-الاقتصادية، العوامل الثقافية والتثقيفية، إضطرابات النفسية المرضية، وخصائص النفسية-الاجتماعية، التصورات والمعتقدات الصحية، أحداث الحياة، التجارب والخبرات السابقة، سيرورات تقبل المرض تمثل مجال بحث واسع ونقاش مثمر، فالجنس، الحالة الاجتماعية، مستوى الدراسي تعتبر عوامل تنبئية في هذا المجال.

ومن بين الدراسات التي اهتمت بالمكانة الاجتماعية- الاقتصادية هي دراسة كل من **(Kamal et Miller, 2004, p 1253)** و **(Kolbe et al, 1998, p 241)**التي توصلت إلى نتائج متناقضة في تفسير علاقتها بالملاءمة العلاجية. ولكن تختلف مع نتائج التي توصلت إليها دراسة كل من **سالي وآخرون (Sally et al, 2009, p445)** أنه يمكن للوضع الاجتماعي-الاقتصادي، مستوى التعليم والدخل أن تؤثر بشدة على الملاءمة العلاجية. لأن

بعض المرضى المزمنين يجدون صعوبة في القيام بسلوك صحي، وهذا بسب انخفاض الدخل، قلة التعليم، تدني حالة الاجتماعية والاقتصادية على عكس ذوي الدخل المرتفع.

أما فيما يخص الوضع الاجتماعي – الاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الملاءمة العلاجية، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في ملاءمته العلاجية وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي، ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية.

أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج، ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم الكفاية على تغطية التأمينات الطبية مما يجعل مستوى الملاءمة العلاجية منخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحديا أكبر في تحقيق الملاءمة العلاجية الجيدة على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع**(Gauchet, 2008, p 36).**

في حين أسفرت نتائج دراسة **(Haynes et al, 1979)** حول "دور السن في الملاءمة العلاجية"، أنه يوجد فروق دالة بين فترة الشيخوخة والمراهقة التي تعتبر مراحل حياة هامة، أين يمكن لعدم الملاءمة العلاجية أن تأخذ مسارات مختلفة. **(In Halimi et al, 2009, p4).**

وفي نفس السياق، توصلت دراسة **غيبسون (Gibson)** أن الملاءمة العلاجية تنخفض مع التقدم في العمر، حيث يكون مرتفعا لدى الرضع والأطفال بنسبة **77%.**وفي دراسة أخرى لـ **والدرز (Walders)** وجد أن الملاءمة العلاجية تكون بنسبة **46%**، فيما يخص أجهزة الاستنشاق لدى المرضى الذين يتراوح أعمارهم بين 8 و16 سنة وأن الملاءمة العلاجية يتناسب عكسيا مع السن. ففي فترة المراهقة والطفولة يشترك الآباء والأمهات في تقديم العلاج **(In de Blic, 2007, p 422).**

وفي دراسة التي قامت بها كل من **حاليمي وآخرون (Halimi et al, 2009)** أكدت أن المرضى الذين يتميزون بعدم الملاءمة العلاجية هم صغار السن. لأنهم غالبا ما يخضعون لبرامج وقائية لتدريبهم على الامتثال العلاجي هذا بسبب ما لوحظ لديهم من سلوكات خطر كالتدخين، والكحول، والمخدرات أو ممارسة الجنس غير الآمن، ولديهم معرفة قليلة حول مرضهم وصعوبة التحكم وخفض أعراض مرضهم. وأن المرضى الكبار السن لديهم سلوك الملاءمة العلاجية ويعزى ذلك لحرصهم وإهتماهم بصحتهم.**(Halimi et al, 2009, p16-17)**.

أما فيما يخص عامل الجنس، فإن بعض الدراسات بينت أن النساء والرجال متساوين في الملاءمة العلاجية، على سبيل المثال دراسة **مونان وآخرون (Monane et al, 1996)** فيما يخص تناول أدوية الضغط، ودراسة **سيميلاري وآخرون (Similarly et al, 1992)** حول الالتزام بالتمارين الرياضة بالنسبة لمرضى ارتفاع الكولسترول. فيما بينت دراسة أخرى لـ **سيلوود وتاررير (Sellwood & Tarrier, 1994)** أن النساء هم أكثر التزاما في تناول أدوية الخاصة بمرض الفصام.**(In Russell, 2005, p108).**

أما **كابلن وسيمون (Kaplan et Simon, 1990)** فقد صرحوا من خلال دراستهم بعدم وجود ارتباط بين الملاءمة العلاجية والعوامل السوسيوديمغرافية للمرضى المتضمنة (السن– الجنس– المستوى التعليمي، المستوى الاجتماعي والاقتصادي). فيما ذهب البعض إلى تراجع الملاءمة العلاجية مع العمر إذ لوحظ وجود امتثال نسبي أفضل لدى الطفل بالمقارنة مع المراهق والراشد **(عن حدار، 2008، ص 50)**.

نستنتج مما تقدم عدم وجود إتفاق بين الباحثين فيما يخص دور العوامل السوسيوديمغرافية في سلوك الملاءمة العلاجية مع ذلك وجدت بعض الدراسات التي أظهرت وجود إرتباط بين بعض هذه العوامل مثل: السن، الوضع الاجتماعي والاقتصادي.

5-3- دور الأسرة:

إن دور الأسرة مهم جدا في التوازن العاطفي، والسلوكات بصفة عامة عند الأطفال والمراهقين المرضى، من الواضح أن بعض أنواع الأسر تشكل عامل فعالا لتحسين سلوك الملاءمة العلاجية من خلال انتظار ايجابي للنتائج من طرف الوالدين، فتذكير الوالدين لمواعيد الدواء بالمقابل العديد من الدراسات أثبتت التأثير السلبي لاختلال الوظائف الأسرية (التعاملات، تواصل، التماسك) على سلوك الملاءمة العلاجية **(Alvin, 2000, p226)**.

ولقد أظهرت العديد من الدراسات أهمية الدور الذي تؤديه الأسرة في عملية العلاج، إذ أن الامتثال للعلاج لدى الطفل يرتبط بالدرجة الأولى بانخراط الوالدين والتزامهم في تجسيد وتطبيق العلاج المقترح، ودلت بعض الدراسات**(Eddy et al, 1998)** وجود ارتباط سالب عكسي بين الامتثال والاختلال الوظيفي للأسرة، إذ لوحظت صعوبات في الالتزام بالعلاج حينما يوجد مناخ غير سوى داخل الأسرة أو سوء تفاهم بين الوالدين **(In Weiss, 2003, p407)**.

حسب **سبيكتور (Spector, 1985)** أن الأطفال المصابين بالربو يزيد التزامهم في حالة حصلوا على الدعم الاجتماعي. هذا ما أكده **بوفبرج وآخرون (Bovbjerg et al, 1995)** أن الأشخاص الذين لديهم دعم ينصاعون للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا يتلقون دعما من عائلاتهم.**(In Lubkin et al, 2006, p177)**.

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

5-4- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/ مريض:

يهتم المريض كثير بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية وهذا لاستخدامهم لمصطلحات علمية مختصة ومعقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب مع المريض كانسان له شخصيته المميزة لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي وجودته لا ترتكز في كثير من الأحيان على مقومات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلى في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المريض بالأمور الطبية ومعايير الكفاءة وبالتالي عدم امتلاك ما يكفي من المعلومات أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا **(تايلور، 2008، ص 531)**.

كما أنه من أسباب عدم الملاءمة العلاجية لدى المرضى ورفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد أنه في **23%** من الاستشارات لا يستطيع المريض من الانتهاء من طرح أعراضه وبث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه وفي **69%** من الحالات بوجه عام بعد اثني عشرة ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب.

وفي تقرير للمنظمة العالمية للصحة **(OMS 2003)** أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج والتي من شأنها أن تعزز عملية الملاءمة للعلاجية عند المريض، وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض حول اختيار الحمية الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، حول اختيار الوسائل العلاجية البديلة.

إذن فالعلاقة طبيب/مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الملاءمة العلاجية خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض وإشراك المريض في الخطة العلاجية وشرح المرض وأعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه ومضاعفاته وهذا ما يجعله مدركا أكثر لحالته الصحية مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات وبالتالي الرفع من درجة سلوك الملاءمة العلاجية لديه. **(تايلور، 2008، ص 541-542)**.

ومن خلال ما سبق نستنتج إن هذه العلاقة هي عبارة عن تواصل بين الطبيب والمريض، لكنها تعتبر في نفس الوقت عن تجربة المريض في مواجهة مرضه أو علاجه. وأن اعتقاد المريض في اهتمام الطبيب به أو لا، ونوعية الاتصال القائم بينهما سواء إيجابيا أو سلبيا سوف يؤثر في مستوى الملاءمة العلاجية.

5-5- العوامل المتعلقة بالمرض:

إن تشخيص الإصابة بالمرض وما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج، لا يثير إضطرابا 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 تغيرا إراديا محض إدارة الفرد، يحمل كذلك أبعادا إجتماعية، وهذه التصورات الإجتماعية للأمراض لا تختلف كليا عن التصورات التي يكونها المرضى أنفسهم عن مرضهم فالإصابة بالسيدا مثلا، لا تحمل نفس الدلالة الإجتماعية للإصابة بالسرطان، لا سيما حين يصبح المرض باعثا على النبذ والتجريم، فإن هاذين العاملين يشكلان عائقا هاما أمام الملاءمة العلاجية.

كما تتأثر الملاءمة العلاجية بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة، تعرقل الإلتزام الجيد بعلاج المرض الأول، أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح مسألة الملاءمة العلاجية تحديا صعبا للمريض يعيق شفاءه ويحول دون تحست حالته الصحية، ومما يطرح

في هذا السياق مسألة الخضوع المطول للعلاجات، أي حالة الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج فحسب، بل تتعداها إلى التغيرات الكثيرة في أسلوب حياة المريض، والتي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن و مضاعفته و تعقيدات العلاج و أثاره الجانبية و الظروف الاجتماعية و الاقتصادية، يصبح حينها عدم الملاءمة العلاجية، سلوكا متوقعا و معقدا في الوقت نفسه.(**تايلور، 2008، ص558**).

ومن خلال ما سبق نستنتج أن للمعتقدات أو التصورات الاجتماعية التي يكونها الفرد والآخرين عن طبيعة مرضه، سوف تؤثر في مستوى الملاءمة العلاجية، كما يوجد عامل أيضا يعرقل التزام المريض بعلاجه ألا وهو الإصابة بمرض آخر مصاحب لمرضه الأول الذي يعتبر تحدي صعب يعيق شفاء المريض وتحسن حالته، وسلوك عدم الملاءمة العلاجية متوقع ويعزى ذلك إلى تعقيدات المرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وآثاره الجانبية، والظروف الاجتماعية والاقتصادية.

5-6- العوامل المتعلقة بالعلاج:

لا يمكن اعتبار الملاءمة العلاجية أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف**(Fisher, 2008, p237)**، وهذا من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج، وتعقيده وفعاليته والأعراض الجانبية الناتجة عنه وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية ومدى تلاؤم المريض ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

5-6-1- المعارف المرتبطة بالعلاج:

إن المعرفة الجيدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، أو وجود تفاعلات بين العلاج والكحول أو الأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد

مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد للملاءمة العلاجية وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية **(Bauer et al, 2001, P16)**.

5-6-2- تعقيد النظام العلاجي:

تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الملاءمة العلاجية، سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراسات أن عدم الانضباط يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد و **25%** عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية، و**35 %** عندما يفوق 05 أدوية.

ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الانضباط الصحي لدى المرضي، وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الانضباط والامتثال للعلاج صعبا، لكون مدة العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة بالنسبة للبعض. **(DeBlic, 2007, p422).**

5-6-3- الاستشفاء:

عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، ويكون لديهم خلط وقلق حول ما يمكن أن يحدث لهم لدى إدخالهم إلى المستشفى، وعندما يخضع المريض لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنه محجوز في غرفته وعليه التكيف مع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب، وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لا سيما القلق والكآبة، كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق، والكوابيس وانعدام التركيز بصفة عامة **(تايلور، 2008، ص511)**.

ولكن رغم هذا نجد أن المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض ملاءمتهم العلاجية ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية. إذ يؤكد **هييدلبورغ وكوول (Heedelberg et Coll)**، أن **39%** فقط من مرضى يحافظون على استقرار الحمية

العلاجية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء، ويضيف **كروز وكوول (Kruse et Coll)** في دراسة اعتمدت على التعداد الإلكتروني للأدوية على **300** مريض ماكث بالمستشفى أن **51%** منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و **48%** التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من انتهاء الاستشفاء، في حين قدرت نسبة المتغيرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم تقدر بـ **30%** بعد انتهاء نفس الفترة وترتفع نسبة ملاءمتهم للعلاج خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة لهم. **(Bauer et al, 2001, P16)**.

5-6-4- تحسين الأعراض:

يؤثر النظام العلاجي على الملاءمة العلاجية وفي هذا الصدد يرى **بيادا وكوول (Bayada et coll)** أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الاول للإنقطاع عنه**(In Bauer et al, 2001, P17)**

ويؤكد **كولييس وآخرون (colis et al, 2008)** في الدراسة التي اشتملت على **1470** مريضة مصابة بسرطان الثدي، يخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسين الأعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج، ونقص انضباطه.

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

5-6-5- الأثار الجانبية للعلاج:

كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، ففي دراسة قام بها

توريت تورغيس(Tourette-turgis, 2000) عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج شكل عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم . كما أثبتت دراسة ليفنتال **(Leventhal, 1986)** لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ**(In Gauchet, 2008. p42).**

نستنتج من كل ما سبق ذكره أنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار النظرة التكاملية لكل العوامل التي تتدخل في تحديد الملاءمة العلاجية (العوامل الشخصية، العوامل السوسيوديمغرافية العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والعوامل العائلية بالإضافة إلى العوامل المتعلقة بالعلاج، العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض/ ولتحقيق الملائمة العلاجية يجب تضافر كل العوامل المحيطة بالفرد.

6-النماذج النظرية المفسرة للملاءمة العلاجية:

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

6-1- نموذج المعتقدات الصحية (Health Beliefs Model):

طوّر هذا النموذج **(Rosenstok, 1974)** قصد التنبؤ بالسلوكيات الصحية أو المخاطرة بناء على بعض العوامل المعرفية (التقديرات، الإدراكات، المعتقدات) وهذا في سياق محاولة فهم تحفظات العملاء في تبني الإجراءات الوقائية و إتباع الوصفات الطبية أي سلوك الملاءمة العلاجية.

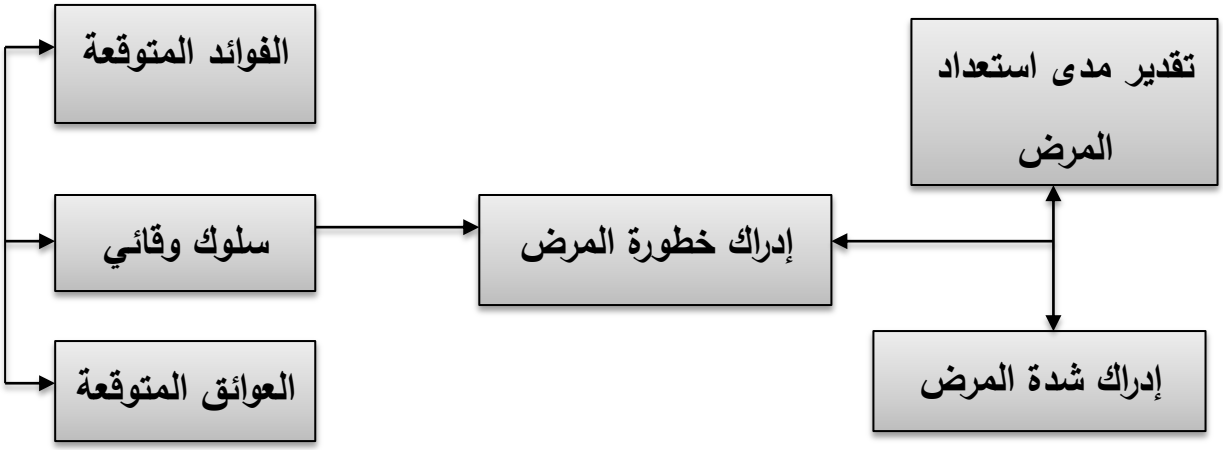
وتكمن أهمية هذا النموذج انه أولى اهتمامه لمعتقدات و تصورات الفرد وهو ما جعله يتميز عن النماذج الحيوي الطبية التي كانت تدرس الصحة و المرض بطريقة أحادية القطب حيث تركز على العوامل البيولوجية و البيئية، غير أن مجموع متغيرات هذا النموذج لا تفسر سوى **(10-15 %)** من المحكات في الأبحاث المتعلقة بتبني السلوكيات الوقائية.

وحسب دراسة تحليلية متعددة **(Méta-analyse)** لقرابة **19** دراسة حول التنبؤ بالملاءمة العلاجية، وجد أن الخطورة المدركة والمكاسب والتكاليف المدركة هما أفضل منبئ له.**(Bruchon-Schweitzer, 2002, P35-36).**

ويرى كل من **(Becker, 1979)** و **(Rosensrack, 1984)** بأن نموذج المعتقدات الصحية (القناعة الصحية) من النماذج الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، حيث يعتمد عليه إلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية.

ويسعى هذا النموذج إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي قصد محاولة التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة، مما يساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أو النهائية أكثر دقة و فعالية في التنفيذ.

حسب هذا النموذج، فإن احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات صحية وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهها. كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط.(**يخلف، 2001، ص 31-32).**

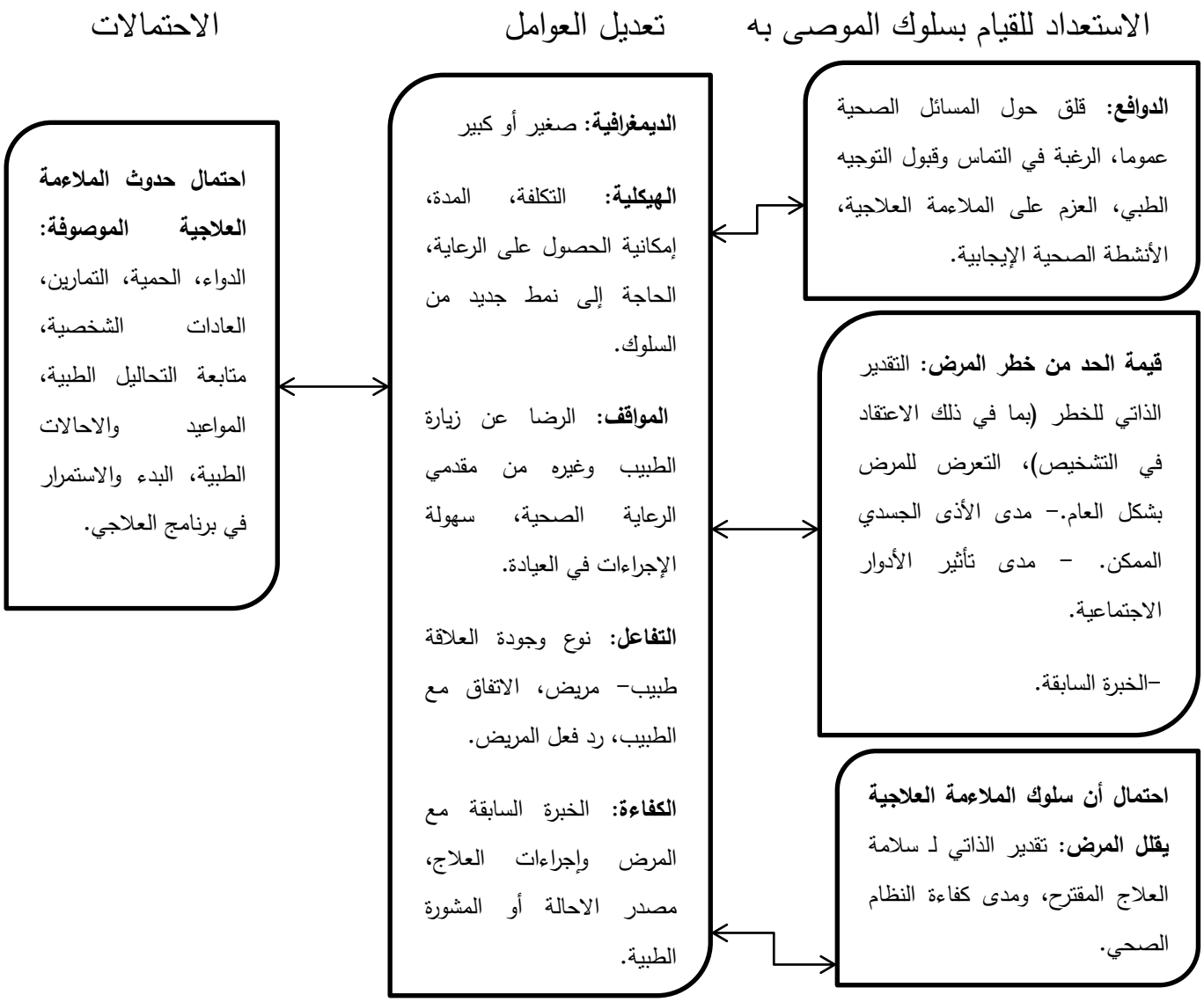


شكل رقم (10): نموذج المعتقدات الصحية (يخلف، 2001، ص33).

فحسب هذا النموذج ينفذ الفرد السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعتين ويكون الاستعداد المدرك (احتمال المرض) عال، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة. هذا ما أكده كل من **بيكر وجانز (Becker et Janz , 1984)** أنه يوجد علاقة وطيدة بين إدراك الخطر والقيام بسلوك صحي وقائي، أي أنه كلما توفرت لديه قناعة حول إستعداده لمرض معين وتعرضه للإصابة به كلما أقبل على ممارسته. ويتم تنفيذ مثل هذه السلوكات عندما تتوفر عدد من الشروط التالية:

- ✓ عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسة السلوك الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بالمرض (التهديد المدرك).
- ✓ أن تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد اتخاذ إجراءات وقائية (الشدة المدركة).
- ✓ أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية (الفوائد المدركة).
- ✓ أن تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة.
- ✓ أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي إلى نتائج ايجابية متوقعة.
- ✓ أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه **(يخلف، 2001، ص32)**.

واستخدم هذا النموذج كثيرا في شرح العلاقة بين العادات الصحية والملاءمة العلاجية، وقد أظهرت الأبحاث التي اعتمدت على هذا النموذج أن التنبؤ بالسلوكات الصحية يكون أسهل من التنبؤ بأخذ الدواء**(Horne et Weinman, 1998)**. وسنوضح ذلك من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (11): نموذج تفسيري لعلاقة المعتقدات الصحية والسلوك المرضي أو الصحي

(In Lubkin et al, 2006, p225)

ويتضح من خلال الشكل السابق أن للمعتقدات الصحية دور هام في تفسير السلوك الصحي أو المرضي، ويمكن تلخيصه في نقطتين أساسيتين وهما:

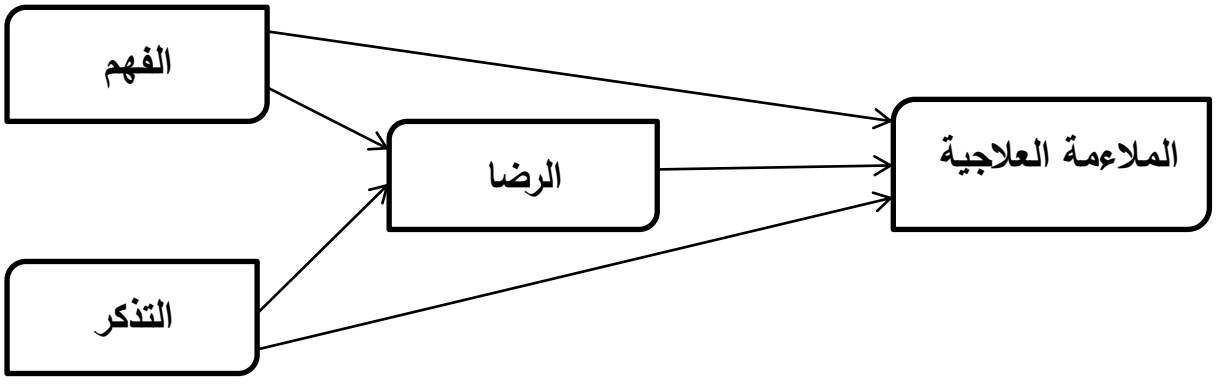
- ✓ أن السلوك الصحي للفرد اتجاه مشكلة صحية معينة تتحدد عن طريق ما يراه هذا الفرد من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة(المرض).
- ✓ أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع وأن هذا السلوك يتجه أو يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة في رأي الفرد وعلى الرغم أن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والشخصية المتنوعة تؤثر على الدوافع والخبرات والمعلومات الصحية

للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للسلوك الصحي وإنما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب نموذج المعتقدات الصحية (القناعة الصحية) الذي يحدد السلوك الصحي.

ونستنتج من خلال ما سبق أن نموذج المعتقدات الصحية هو أكثر نماذج شيوعا في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، إذ يعتمد عليه في تفسير السلوكات الصحية الوقائية التي تعزز سلوك الملاءمة العلاجية، فحسب هذا النموذج فإن احتمال تنفيذ المرضى لهذه السلوكات تعود إلى نتائج تقديراتهم السلبية والإيجابية حول خطورة وشدة المرض التي يواجهونه.

6-2- النموذج المعرفي(Cognitif Model):

طور هذا النموذج من طرف **لاي (Ley, 1981-1989)** والتي تعتمد على فرضية مفادها أنه يمكن التنبؤ بالملاءمة العلاجية من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، فهم المعلومات المعطاة والتذكير بالمعلومات. والشكل التالي يوضح مختلف عناصر هذا النموذج:



شكل رقم (12): النموذج المعرفي للملاءمة العلاجية لـ (Ley)

(Ogden, 2007, p74)

ومن خلال الشكل التالي يوضح أن **رضا المريض** يتوافق مع نوعية الاستشارة الطبية، ولا سيما الجوانب العاطفية(الدعم والتفاهم)، الجوانب السلوكية (التفسير الكافي، وصف الأدوية)، الكفاءة (التشخيص، الملائمة، الإحالة) للقائم على الرعاية. وهذا ما وضحته دراسة **لاي (Ley, 1988)**، حول "مدى رضا المرضى عن الفحص الطبي" وأسفرت الدراسة على أن **41%** من المرضى غير راضين عن علاجهم و **28 %** غير راضين عن المعاملة العامة. وهذا ما أثبتته دراسة أخرى لـ **لاي (Ley, 1989)** أن رضا يرتبط بمحتوى الفحص أن المرضى يريدون معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات، ويزيد الرضا من خلال تحسين علاقة طبيب– مريض.

أما الفهم فقد إختبرت العديد من الدراسات علاقة الفهم بالملاءمة العلاجية عن طريق تحديد مدى فهم المريض لمضمون الاستشارة الطبيبة، بحيث قام **بويل (Boyle, 1970)** بإختبار "مدى معرفة المرضى لتعريف الأمراض المزمنة"، وذكر أن عند إعطائهم قائمة تحتوي على مجموعة الأمراض المزمنة ووجد أن **85%** فقط من يعرفون بشكل صحيح التهاب المفاصل و **80 %** من يعرفون بشكل صحيح التهاب الشعب الهوائية...إلخ

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

وفي دراسة أخرى التي قام بها **رووث (Roth, 1979)** حول "مدى معرفة المرضى أسباب الإصابة بالأمراض المزمنة"، ووجد أن معظم المرضى لا يعرفون السبب الحقيقي الذي أدى إلى إصابتهم بالمرض **(In Ogden, 2007, p76).**

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

أما فيما يخص التذكر فقد قام عدة باحثون بفحص عمليات استرجاع المريض للمعلومات المقدمة من طرف الطبيب. ومن بين تلك الدراسات نجد دراسة **باين (Bain, 1977)** وأسفرت نتائج دراستها على أن **37%** منهم لا يتذكر إسم الدواء، و **23%** لا يتذكرون عدد الجرعات و **25%** لا يمكنهم تذكر مدة العلاج.

وفي نفس السياق، توصلت دراسة **كريشتون وآخرون (Crichton et al, 1979)** إلى أن نسبة **22%** من المرضى ينسون نظام العلاج الموصى به من قبل الطبيب. في توصلت دراسة التحليلية لـ **لاي (Ley)** حول "مدى تذكر المريض معلومات الفحص الطبي"، ووجد أن التذكر يتأثر بالعديد من العوامل منها: القلق، المعرفة الطبية، المستوى الفكري، كما خلص إلى أن التذكر ليس له علاقة بعمر المريض على عكس بعض التوقعات التي تقر بتأثير الشيخوخة على الذاكرة **(In Ogden, 2007, p76).**

فحسب كل من **لاي وسبيلمان (Lay et Spelman, 1976)** ومن الأشياء التي تؤثر على التذكر ما يلي:

- تأثير المعلومة: المعلومات التي ينظر إليها على أنها مهمة أحسن تذكرا من تلك التي ينظر إليها على أنها أقل أهمية.
- كمية المعلومات: كلما زاد عدد المعلومات كلما قل التذكر.
- يميل المرضى لنسيان المعلومات مع مرور الوقت، لكن ما يتذكره المريض بعد مدة قصيرة قد يميل إلى تذكره والاحتفاظ به لفترة أطول..**(In Broome et al, 1995, p2)**

ونستنتج من خلال ما سبق أن للرضا تأثير مباشر على الملاءمة العلاجية، أما الفهم والتذكر فهما يؤثران بطريقة غير مباشرة على الملاءمة العلاجية ولكنهما يؤثران على رضا المريض، وبالتالي تؤثر في الملاءمة العلاجية. ويمكن توضيح أهم ما سبق ذكره في الجدول التالي:

جدول رقم(03): تلخيص أهم نقاط النموذج المعرفي لـ لاي (Ley)

(In Russell, 2005, p 104)

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

6- 3- نموذج مراحل التغيير(The Stage of change model) :

لقد بلور كل من **(Diclimente et Prochaska, 1994)** نموذج يهدف إلى فهم أكثر للمراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين، وبناءا على ذلك تم اقتراح أهداف علاجية وإجراءات تدخل خاصة بكل مرحلة. وقد استعمل في عدة مجالات: الإدمان، التدخين، وتغيير العادات السلوكية مثل: الفحص الطبي والملاءمة العلاجية لدى المرضى، وحسب هذا النموذج فإن رغبة الأفراد عامة ومرضى خاصة للتخلي عن العادات السيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية وتمر بخمس مراحل للتغيير وهي:

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

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

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

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

* **مرحلة التثبيت والاحتفاظ (Maintenance Stage):** يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل

إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك الايجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياته الأخرى **(عبد العزيز، 2010، ص 39- 40)**.

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

* مرحلة ما قبل الوعي: لا نية في التغيير السلوك.

* مرحلة الوعي: النظر في الإجراءات المستقبلية.

* مرحلة الاستعداد والتخطيط: وضع جدول زمني واتخاذ القرار بالتغيير.

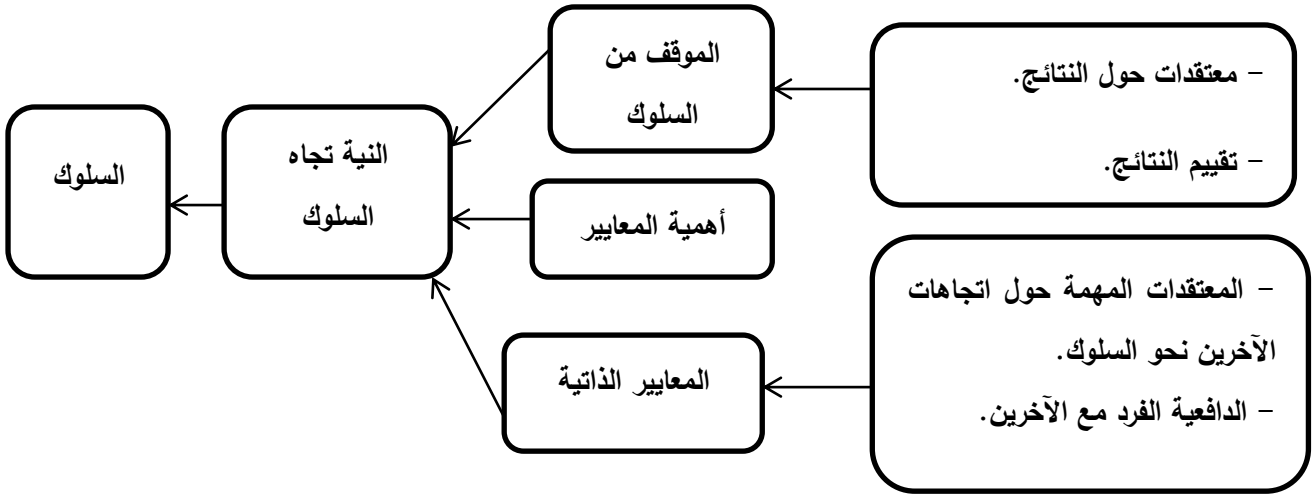
* مرحلة التنفيذ: القيام بالسلوك الجديد.

* مرحلة التثبيت والاحتفاظ: اعتماد التغيير وتجنب الانتكاس. ولكن يعتمد ذلك على اعتقاد الفرد بأنه قادر على قيام بالسلوك المطلوب والحفاظ عليه. مثلا إذا كان الفرد عرضة للإصابة بمرض الربو، يفهم أن تغيير سلوكه سوف يحميه من الإصابة بالمرض، وتلعب البيئة دور مهم في مساعدة الفرد على الحفاظ على السلوك وتجنبه الانتكاسة.

6-4- نظرية النشاط العقلاني (Theory of reasoned action):

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

تهدف نظرية النشاط العقلاني إلى تفسير سلوك الملائمة العلاجية بمنظور معرفي يتمثل في أن الأفراد يستخدمون أفكار عقلانية ومنطقية فمن فنيات العلاج العقلاني إدراك الفرد لمرضه والتخطيط لدواعي العلاج بعقلانية ومنطقية قبل أن يلجأ للملاءمة العلاجية، فحسب هذا النموذج إن سلوك المريض يتأثر بنواياه وبالتالي بعدما يدرك مرضه ويخطط للعلاج يلتزم سلوكات صحية واقية، ويعتبر هذا النموذج مفيد للتنبؤ بمدى امتثال الفرد لسلوكيات صحية انطلاقا من أفكاره، لكن لابد أن تتدخل عوامل محددة أخرى للتلاؤم مع العلاج. وسنوضح ذلك في الشكل التالي:



شكل رقم (13): نموذج النشاط العقلاني (T.R.A)

(Ogden, 2007, p30)

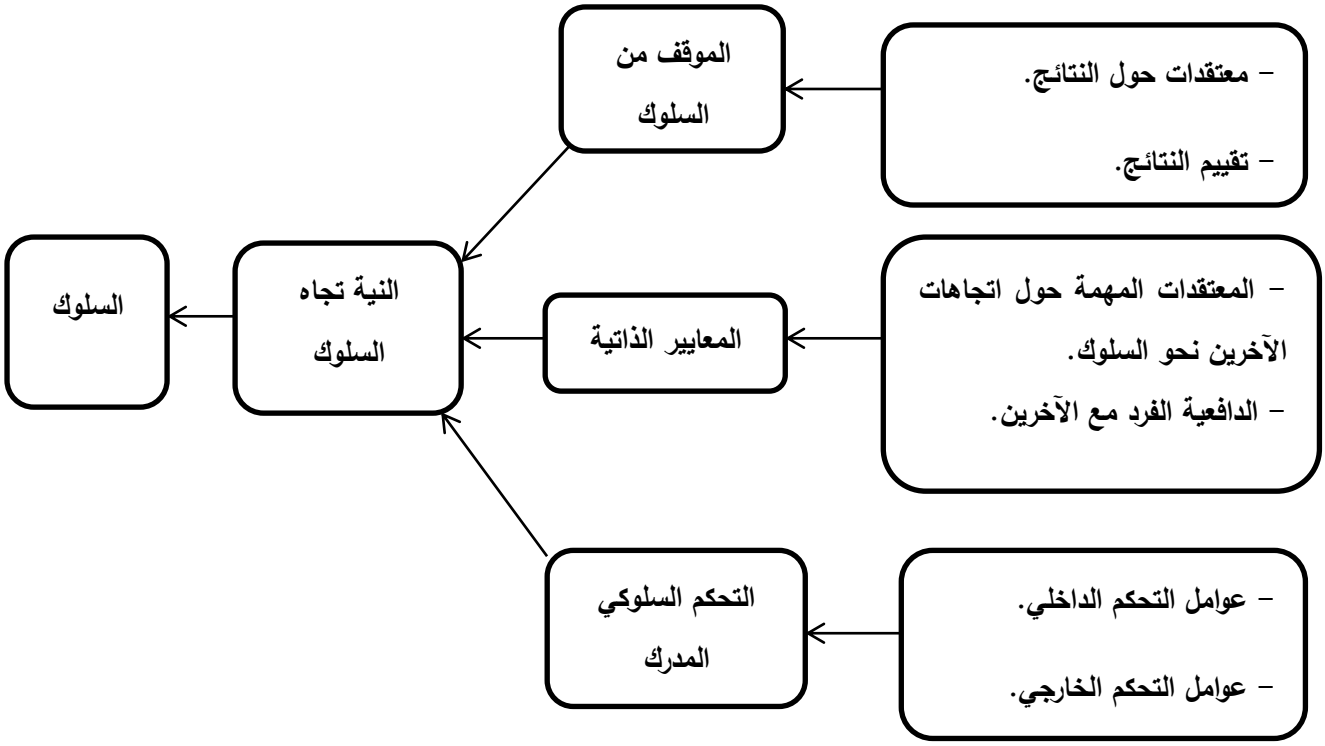
أن الأشخاص عادة ما يستخدمون أساليب تفكير عقلانية في تبني سلوك ما إذ يستعملون المعلومات المتوفرة لديهم ويعتبرون بالانعكاسات قبل أن يقدموا على هذه السلوكيات، فالسلوك الإرادي يتأثر بالنوايا، وهذه الأخيرة تحددها الاتجاهات نحو السلوك والمعايير الذاتية، وهكذا فإن تبني سلوك صحي أو التلاؤم مع العلاج يقوم على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

ونستنتج من خلال ما سبق أن هذا النموذج يعد من أفضل النماذج النظرية للتنبؤ بمدى امتثال الفرد لسلوكيات صحية انطلاقا من أفكاره، نياته حول الحفاظ على صحته، لكن لابد أن تتدخل عوامل محددة أخرى للتلاؤم مع العلاج، مما يعني أن الكثير من العوامل قد أهملها هذا النموذج.

6-5- نموذج السلوك المخطط:(The Theory of planned Behavior)

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

- **الموقف من السلوك:** تتأثر بمعتقدات المرضى حول نتائج السلوك المتبنى، وكذلك تقييم هذه النتائج سواء كانت إيجابية أو سلبية (مثلا: إن التمارين الرياضية هي ممتعة وسوف تحسن من صحتي).
- **المعايير الذاتية:** تجمع بين معتقدات المريض بالنسبة لما يتوقعه الآخرون المرجعيون منه (اللذين لهم أهمية بالنسبة له)، والدافعية إلى قيامه بهذا السلوك حسب توقعات الآخرين(مثال: الأشخاص المهمين بالنسبة لي سوف يوافقون إذا ما فقدت الوزن وأنا أريد موافقتهم).
- **التحكم السلوكي المدرك:** الذي يعني الاعتقاد في استطاعة تبني سلوك (صحي أو وقائي) وهذا التحكم المدرك يتوقف على عوامل داخلية (مؤهلات، معلومات، جهود) أو عوامل خارجية (العوائق والفرص).**(Ogden, 2007, p30-31).** وسنوضح ذلك في الشكل التالي:



شكل رقم (14): نموذج السلوك المخطط (T. P. B)

(Ogden, 2007, p31)

حسب هذا النموذج إن الأشخاص لديهم استعداد لتبني سلوك صحي خاص، إذا ما اعتقدوا أن هذا السلوك سيفضي إلى نتائج و هذه النتائج التي يتمنونها هم والأفراد ذوي الأهمية السيكولوجية لديهم، ويعتبرون أن النشاط المنشود متحكم فيه. **(حدار، 2008، ص 59)**. وكقاعدة عامة كلما كان الموقف **(الموقف تجاه السلوك)** أكثر إيجابية من قبل كلما الفرد والأهل والأصدقاء **(المعايير الذاتية)** وكلما كان إدراك الفرد **(التحكم السلوكي المدرك)** في مدى قدرته في السيطرة الفعلية على سلوكه أكبر كان المتوقع أن تكون قدرة الأفراد لتنفيذ نياتهم أكبر، عندما تسنح لهم الفرصة لذلك.

وقد ركزت الدراسات الحديثة على التمييز بين متغير إدراك الفرد في مدى قدرته في السيطرة على سلوكه **(التحكم السلوكي المدرك)** وبين متغير الفعالية الذاتية لـ **باندورة (Bandura, 1977)** ، فقد يتضمن متغير إدراك الفرد لسيطرته على سلوكه عنصرين، وهما شعوره بأنه قادر على القيام بالسلوك، فضلا عن عنصر إدراكه في مدى قدرته على التحكم والسيطرة على ذلك السلوك، أو بالمعنى إلى أمور أخرى خارجة عن سيطرته. **(Azjen, 2002b, p 02-03)**.

ما يميز هذا النموذج أنه أدخل بعض المتغيرات الاجتماعية كالمعايير، وكذلك بعض الاتجاهات والادراكات مما قد يمكن الباحث والمعالج من التعرف على بعض الجوانب اللاعقلانية في المعتقدات غير أن ما ينتقد عليه هذا النموذج هو عدم اقتراحه اتجاه للسببية وانعكاسات محددة ذهنية **(Bruchon-schweitzer, 2014, p410).**

ونستنتج من خلال ما تقدم أن السلوك هو عبارة عن إستجابة واضحة لموقف أو مثير ما، وذلك حسب هدف معين. وهذا السلوك يختلف من فرد لآخر، وهذا نتيجة لتقييمات الفردية حوله. ولكن فيما يخص النموذج السلوك المخطط فإن السلوك هو عبارة عن وظيفة مكونة أولا من النية (أي هي إستعداد الفرد لأداء سلوك معين، والتي تسبق السلوك) وهذه النية تعتمد على الموقف وعلى الأهل والأصدقاء **(المعايير الذاتية)**. ثانيا وهو الأهم ألا وهو التحكم السلوكي المدرك أي مدى قدرة في السيطرة على سلوكه وهذا عن طريق مجمل المعتقدات التي يتحكم بها، كالمعتقدات عن وجود عوامل قد تسهل أو تعرقل أداء السلوك (هل لديه المهارات والمعلومات الكافية والمتطلبات الأساسية لأدائه) والذي بدوره يعتمد على النية. لذا يلعب التحكم السلوكي المدرك دور المتغير الوسيط بين النية والسلوك، بحيث تؤدي النية الإيجابية إلى إنتاج السلوك فقط عندما يشعر بقدرته العالية على السيطرة على سلوكه، فإنه سوف يقوم به.

6-6- نموذج الملاءمة العلاجية (Health Compliance Model):

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

1- <u>السوابق أو المتغيرات الوضعية</u>: وتتحدد حسب ما يلي:

* خصائص العلاج: التركيز، الطعم، اللون، تعقيد الجرعات تعبئة الدواء.

* نوعية المعارف المقدمة حول أهداف العلاج، التكييف مع أسلوب الحياة الجديدة.

* نوعية المعلومات المقدمة سواء كانت كتابية أو شفهية، أشرطة...إلخ.

* متابعة المريض وعدد المعاينات، وكذلك المساندة الاجتماعية من طرف العائلة الأصدقاء.

* ونوعية علاقة طبيب–مريض.

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

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

* إجتماعية كالتقدير من قبل الآخرين.

* جسدية أي تحسن الحالة الصحية للمريض.

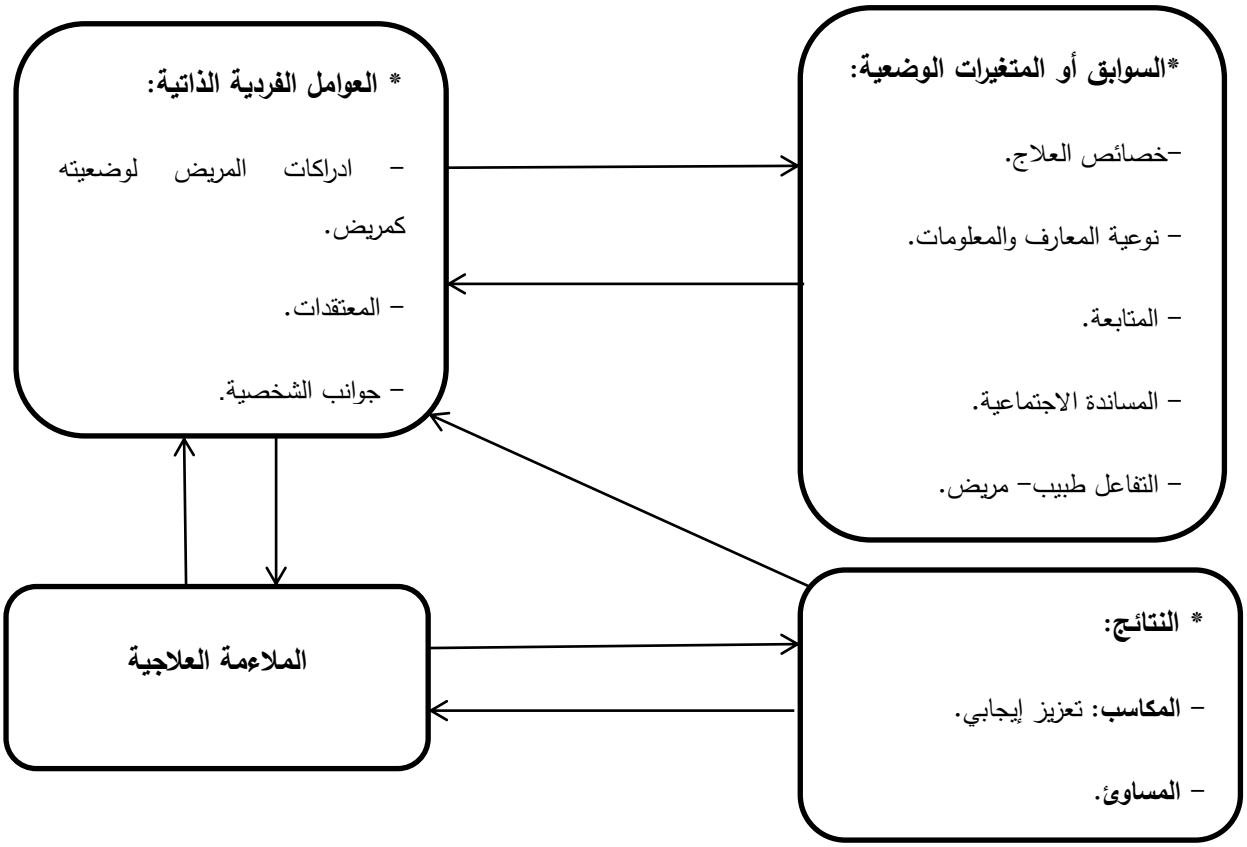
* مادية أي مكاسب إقتصادية.

أما المساوئ فتكون:

* إجتماعية: صفة المرض وأعراضه في المجتمع.

* جسدية: زيادة حدة المرض ومضاعفاته.

* مادية: زيادة تكاليف العلاج الباهظة. وسوف نلخص كل ما سبق في الشكل التالي:



شكل رقم (15): نموذج الملاءمة العلاجية (H. C. M)

(Gauchet, 2008, p 60).

حسب هذا النموذج إن الملاءمة العلاجية تتم تبعا للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويحسون فيها بالملاءمة العلاجية عبر الآثار(النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم، وهناك مستويين للعوامل مكاسب /مساوئ للملاءمة العلاجية:

– في إطار العوامل الفردية للملاءمة العلاجية هناك مكاسب ومساوئ مدركة قبل السلوك، هذا الإدراك يعد بمثابة محدد للملاءمة العلاجية.

– في إطار النتائج : يتعلق الأمر بالمكاسب والمساوئ المدركة والمعاشة بعد السلوك المتبني (الملاءمة أو عدم الملاءمة العلاجية) أي نتائج الامتثال للعلاج.

وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية رجعية وتؤثر على السلوكات الداخلية المرتبطة بالعلاج في حد ذاته أو غيرها من السلوكات الأخرى. وتسمح هذه المقاربة

بديناميكية النموذج وبالأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيره وهو ما لم لا يطرح في باقي النماذج النظرية الأخرى.**(Gauchet, 2008, p 60)** .

وتستنتج من خلال ما سبق أن للعوامل الفردية الذاتية و السوابق أو المتغيرات الوضعية والنتائج هي مهمة جدا في تحديد سلوك المريض تجاه العلاج المقدم من طرف الطبيب.

ولقد تمت صيغة هذه النماذج المطروحة لدراسة مشكلة الملاءمة العلاجية والوقاية من خلال التنبؤ بسلوكيات الصحة و الامتثال، وقد حاولت هذه النماذج من أن تكون أكثر شمولية ونسقية في تناولها لأكبر عدد ممكن من العوامل التي لها تأثير في التزام المريض بتوصيات المعالج وتعليماته العلاجية والوقائية، غير أن هذا التناول شبه شمولي يبقى صعب التحقق من امبريقيا إذ يتوجب المزيد من الدراسات الميدانية التي تشمل عينات جد واسعة من العملاء ذوي الإضطرابات و الأمراض المختلفة، علاوة عن فقر أساليب التقدير والقياس.

7- الملاءمة العلاجية ومرض الربو:

أظهرت بعض الدراسات أن مريض الربو يتميز بمستوى ملاءمة علاجية ضعيفة نظرا لكونه يرتكب سلوكات غير صحية كالتدخين، إستعمال السيء للأدوية، عدم إنتظام في أخذ الدواء أو عدم تناوله،...إلخ. لهذا يبقى قياس الملاءمة العلاجية حقلا حيويا للدراسة في هذا المرض، لأن الأبحاث والمناهج المستعملة أعطت نتائج غير مرضية. **(ANAES, 2002, p24)** .

وفي نفس السياق أشار باندر **(Bender, 2003, p936)** أن الدراسات التي اهتمت بدراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تنتهي غالبا كما بدأت وهذا راجع لصعوبة تقدير السلوك الصحي لديهم.

في حين توصلت دراسة كل من **تان برانك وآخرون (Ten Brinke et al, 2001b, p1093)** حول "الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو" أن مرضى الربو المزمن لديهم ملاءمة علاجية ضعيفة، ولكنهم الأكثر إقبالا للعناية المستعجلة من المرضى الربو على العموم".

وأضاف كل من **(Bruchon-Schweitzer, 2002)** و **(Reach ,2005)** أنه لا يوجد بروفيل خاص لعدم الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، وأن العلاقة بين الملاءمة العلاجية ومتغيرات الاجتماعية–الديمغرافية وسمات الشخصية هي علاقة غير واضحة رغم شرحها في أغلب النماذج، التي شرحت ظاهرة عدم الملاءمة العلاجية وأرجعتها إلى معتقدات المريض في حد ذاته.**(In Halimi et al, 2009, p5) .**

تضيف **حاليمي وآخرون (Halimi et al, 2007)** أنه من خلال الملاحظات الأطباء في الممارسة الميدانية، فقد توصلوا إلى أن المرضى الذين يتميزون بعدم الملاءمة، هم ذوي تحكم خارجي.**(Halimi et al, 2007, p154) .**

أما دراسة **بومان وآخرون (Bauman et al, 2002)** حيث أسفرت دراسته بأن مرضى الذين يتميزون بعدم الملاءمة العلاجية (مرضى الربو) تتفاقم حالاتهم، ارتفاع حالات الاستشفاء لديهم، الغياب عن المدرسة، نقص الأداء، ويقضون المزيد من الأيام يعانون من سوء التنفس وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة. **(In world Health Organization, 2008, p35).**

في حين توصلت دراسة كل من **هورن وويينمان (Horne et Weinman, 2002) "**حول المرض والدواء ومستوى الملاءمة العلاجية (تناول الدواء،...إلخ) لـ 100 مريض بالربو"، أن عدم الملاءمة العلاجية ترتبط بالشك بفعالية الدواء وكذلك الاعتقادات الخاطئة حول نتائج المرض بمضاعفاته **(In Ogden, 2004, p 70).**

وفي سياق آخر، أجرت **ريا وآخرون (Rea et al, 1986)** دراسة على عينة قوامها 121 مريض بالربو بنيوزيلاندا. وأسفرت نتائجها على ما يلي: سجلت 23 حالة وفاة نتيجة مستوى

الضعيف للملاءمة العلاجية. كما سجلت أيضا أنه بين 8- 16 حالة تعرضت للاستشفاء (مجموعة الضابطة) **(Rea et al, 1986, p833).**

نجد أيضا دراسة كل من **داييت وآخرون (Diette et el, 1999, p698)** ودراسة **بارر وآخرون (Barr et al, 2002, p64)** ودراسة **كارفري وآخرون (Cerveri et al, 1999, p89).** ولقد أسفرت كلها على تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى حالات الربو المصاحبة للأعراض حادة.

وعلى عكس ذلك، أسفرت دراسة **مانغ وآخرون (Meng et al, 1999)** على تواتر أكبر لعدم الملاءمة العلاجية لدى المرضى الذين يعانون من الربو معتدل **(Meng et al, 1999, p213).**

أما دراسة كل من **فان جرونسفن وآخرون (Van gruns-ven et al, 2000)** فقد توصلت إلى أن خوف المريض من الكورتكوستروييد **(Corticostéroïdes)**، ونقص الثقة حول فعالية العلاج تمثل عوامل لعدم الملاءمة العلاجية **(Van gruns-ven et al, 2000, p225).**

في حين توصلت دراسة **أبتر وآخرون (Apter et al, 1998)** هي دراسة تتبعية مستقبلية على عينة قوامها 50 مريض بالربو بالولايات المتحدة الأمريكية. مدة الدراسة 42 يوم، وتم اللجوء إلى القياس الإلكتروني للملاءمة العلاجية. وأسفرت نتائجها أن مرضى الربو يتميزون بتدني مستوى الملاءمة العلاجية وأن علاقة طبيب- مريض سيئة **(Apter et al, 1998, p1810).**

هذا ما أكدته دراسة أخرى لكل من **أبتر وآخرون (Apter et al, 2003)** على عينة قوامها 85 مريض بالربو، بالولايات المتحدة الأمريكية باللجوء إلى أجهزة إلكترونية لقياس الملاءمة العلاجية. أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربوين الذين لديهم إتجاهات سلبية نحو الكورتيكوييد المستنشقة.

- تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى الربوين ذوي مستوى التعليمي والإقتصادي منخفض.
- تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى الربويين الذين كثيرا ما يعانون من الأعراض المرضية**(Apter et al, 2003, p1219).**

ونستنتج من خلال الدراسات السابقة أن نتائج عدم الملاءمة العلاجية للأدوية خطيرة إذ تسبب تفاقم مرض الربو وقد يؤدي إلى موت المريض. وأن الملاءمة العلاجية للأدوية (العلاج) ترتبط بمعتقدات المرضى (خوف من آثار الجانبية للكورتيكوييد)، مستواهم التعليمي والإقتصادي، وقدرتهم أو عدم قدرتهم على ضبط وتحكم لحياتهم وصحتهم.

8- استراتيجيات تحسين الملاءمة العلاجية:

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

8-1 تعليم المرضى:

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

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

يجب استخدام وسائل مكيفه حسب مستوى المريض مع الحرص على تبسيط المعلومة قدر الإمكان باستخدام وسائل تعليمية توضيحية مثل: أشرطة الفيديو، أشرطة صوتية، التعليم بمساعدة الحاسوب.**(William et al, 2006, p24-25) .**

8-2 تحسين المعرفة والفهم:

يجب أن تكون الأهداف التربوية أوسع من اكتساب المعرفة وحدها، فالملاءمة العلاجية **(Compliance Thérapeutique)** لا نعتمد على مشاركة المتعلم وليس فقط الاستماع واستيعاب المعلومة لابد للأطباء من تشجيع المرضى للمشاركة في الرعاية الصحية الخاصة بهم.

إن مرونة نظام الرعاية الذاتية تمكن المرضى من العيش في درجة من الاستقلال الذاتي والذي قد لا يكون خيارا في نظام العلاج المقنن، حتى عندما يتم تكييفه إلى حد ما، بالإضافة إلى مرونة التعليمات يجب إتاحة بعض الحرية في اتخاذ خيارات مدروسة، مما يعزز خيار الاستقلال وتحسين نوعية الحياة.

8-3 الاستراتيجيات السلوكية لتحسين سلوك الملاءمة العلاجية:

تعتبر الاستراتيجيات السلوكية محاولة لتحسين الملاءمة العلاجية باستخدام تقنيات مختلفة، ويمكن استخدام هذه الاستراتيجيات منفردة أو مجتمعة لتحقيق النتائج المرجوة ويعتقد أن الملاءمة تزيد عند المرضى بإشراكهم في تنفيذ العلاج الموصوف. **(In Lubkin et al, (2006, p 224-225)**

8-4 تبسيط العلاج:

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

8-5 تحسين عملية التذكير:

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

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

8-6 تعليم القائمين على الرعاية الصحية:

هناك مبادئ عملية لتحسين العلاقة طبيب/مريض إذ يمكن للطبيب تعلم مختلف تقنيات الاتصال الخاصة (اللفظية وغير اللفظية) التي يمكن أن تحسن من عملية الاتصال بين المريض والطبيب، كما يمكن تدريب الطبيب لتطوير صفات التعاطف، الإصغاء الفعال،...الخ. فنوعية الاتصال بين الطبيب والمريض هي الحجر الأساس الذي يساعد المريض على الالتزام بالعلاج وتقبله. **(De Blic, 2007, p420-421).**

ومن خلال ما سبق نستنتج أنه يمكن تحسين مستوى الملاءمة العلاجية وذلك من خلال تطبيق برامج التربية العلاجية التي يتم فيها تطبيق استراتيجيات لمساعدة المريض لكي يتحكم بشكل أفضل وتستقر حالته الصحية. وهذا من خلا ل ما يلي: **تعليم المرضى** تقنيات تساعدهم على إعتماد على أنفسهم فيما يخص كيفية أخذ الدواء، جعل المعلومات واضحة وسهلة الفهم وهذا حسب مستوى التعليمي والثقافي. **وتحسين الفهم** بإستخدام وسائل تدعيمية مثل أشرطة الفيديو. **تحسين التذكر** من خلال تقديم المعلومات ببطء و بكميات صغيرة، والتركيز على النقاط المهمة مع تكرار النصائح والمعلومات. تبسيط العلاج من خلال تكييف العلاج حسب حالتهم الصحية والتي تساعدهم على تلاؤم، ويجب أن يكون البرنامج العلاجي بسيط وقصير. وفي الأخير تعليم القائمين على الرعاية الصحية وهذا من خلال تحسين

علاقة طبيب– مريض، لأنها تلعب دور كبير في فهم ورضا المريض حول الطبيب وفعالية العلاج وبالتالي تدفعه للقيام بسلوك الملاءمة العلاجية.

9– صعوبات قياس الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو:

قام **بلان (blanc, 2007)** بدراسة حول "الملاءمة العلاجية مشكلة تطرح أيضا ودائما لدى مرضى **الربو**". أسفرت نتائجها أن الملاءمة العلاجية تطرح العديد من الصعوبات والمشكلات في مرض الربو نظرا لتعقدها، و تعدد طرق قياسها. وهناك العديد من الدراسات التي إعتمدت على أدوات مختلفة منها: المقابلة، والشريحة الإلكترونية، وإستبيان الضبط الذاتي، ومعرفة نسبة بيع أدوية الربو في الصيدليات**(In Blanc, 2007, p43).**

وهذا ما أكدته دراسة **كوشران وآخرون (Cochrane et al, 2000)** حول "الملاءمة العلاجية وتقنية إستعمال العلاج بالكورتيكويد المستنشق لدى مرضى الربو". حيث يمكن قياس الملاءمة العلاجية من خلال عدة طرق منها:

– تصريحات وأقوال المريض.

– دفاتر المتابعة اليومية.

– رأي الطبيب المعالج. **(Cochrane et al, 2000, p542).**

– قياسات أجهزة الاستنشاق (البخاخة).

– بيانات أخذ الأدوية.

– قياسات بيوكميائية **(Biochimique)** (قياس مقدار ونسب تناول الأدوية وإستقلابها **(Métabolites)** في الدم).

– مراقبة توزيع وإلتزام الصيدليات للأدوية.

- بعض المقادير والجرعات البيولوجية.

- أجهزة إلكترونية توضع داخل أجهزة الاستنشاق (البخاخات)

وتمثل مختلف هذه الطرق من أفضل الوسائل الموثوقة لتقدير العلاجات عن طريق الاستنشاق **(Traitements Inhales)**. أسفرت نتائج الدراسة مبالغة المرضى في تقدير مستوى الملاءمة العلاجية عند الاعتماد على تصريحات المرضى، ودفاتر المتابعة اليومية ورأي الطبيب المعالج **(Cochrane et al, 2000, p543)**.

أما دراسة **برورديت- بادو (Perrudet- Badoux, 1985)** التي هدفت الإجابة عن السؤالين التاليين: هل هناك أداة لقياس ولتقدير الملاءمة العلاجية؟. وفي حالة عدم الملاءمة العلاجية، ماهي العوامل المسئولة عن ذلك؟. وللإجابة على هذه الأسئلة تكونت عينة الدراسة من 25 فرد راشد، من أوساط إجتماعية- إقتصادية مختلفة يعانون من مرض الربو منذ أكثر من 5 سنوات. وبالتالي يمكن إعتبارهم كمرضى الربو المزمنين. ومن الناحية المنهجية تم الإعتماد على إستبيان التقدير الذاتي حول "الصحة والمرض بصفة عامة"، ومقابلة نصف موجهة يرتكز موضوعها بالخصوص على تناول الأدوية والسلوكات تجاه المرض**(In Blanc, 2007, p43)**. وأسفرت نتائج هذه الدراسة على ما يلي: **20** مريض بالربو (من **25**) أكدوا بأنهم يلتزمون ويمتثلون للعلاج الذي إقترحه الطبيب (تحليل نتائج الإستبيان). وهذه النتيجة لا تتفق مع التحقيقات التي أجريت في هذا المجال والتي أظهرت أن **50%** إلى **95%** من الحالات (مرضى الربو) يتميزون بعدم الملاءمة العلاجية.

بينما أسفرت نتائج المقابلة نصف الموجهة عند الحديث عن تناول الأدوية، إتضح أن **21** مريض (من **25**) يقررون عدم إتباع التعليمات والتعليمات الطبية (حيث **6** منهم يتناول الدواء بصفة كثيرة و**15** منهم بصفة أقل نسبيا.

يتضح من إجابات المرضى (الإستبيان والمقابلة نصف الموجهة) وجود تناقض في النتائج حول الملاءمة العلاجية من عدمها **(In Blanc, 2007, p43).**

في حين هدفت دراسة **باندر وآخرون (Bender et al ,2007)** إلى معرفة ماهي أحسن وأفضل طريقة لجعل الأطفال الربويين يتناولون بصفة صحيحة ودقيقة العلاج الموصوف لهم من طرف الطبيب وهو العلاج بالكورتيكوتروويد المستنشق **(Corticostéroïdes Inhales).** تكونت العينة من **104** طفل مصاب بالربو تراوحت أعمارهم بين **8** و**18** سنة، والذين يعالجون بطريقة الكورتيكوتروويد المستنشق **(Corticostéroïdes Inhales).** أما منهجية البحث المتبعة كانت في سؤال الأطفال وأوليائهم بصفة منفصلة نفس السؤال وطلب الإجابة عليه والمتمثل في عدد نفخات **(Bouffées)** من الكورتيكوتروويد المستنشقة خلال ليلة يوم الاستشارة، ثم خلال الأسبوع الماضي. وتكون الإجابة باللجوء إلى عدة طرق منها:

- من خلال مقابلة فردية.
- ملأ إستبيان من ورق.
- من خلال وساطة الحاسوب**(In Blanc, 2007, p43).**
- وتم تقييم الاستعمال الحقيقي الكورتيكوتروويد المستنشق من خلال شريحة إلكترونية **(Micro Puce électronique)** موضوعة في علبة الاستنشاق **(Dispositifs d'inhalation).** وأسفرت النتائج على ما يلي:

- لم تتحقق الفرضية، حيث إتضح بأن التقديرات المبالغة للملاءمة العلاجية جيدة ثم ملاحظتها وتسجيلها لدى فئة الحاسوب (تقديم إجابات من خلال جهاز الحاسوب) سواء الأطفال المرضى أو أوليائهم. حيث صرحوا بصفة مبالغ فيها (قدرت بـ **50%**) أخذهم

الحقيقي لجرعات الكورتيكوتروويد المستنشقة. لكن هذه النسبة إنخفضت إلى **12.5%. (In Blanc, 2007, p43).**

وفي المقابل أسفرت النتائج أن الطرق الثلاثة الأخرى المختبرة لا يبدو أنها كافية للتقييم الصحيح للملاءمة العلاجية، مقارنة بالقياسات الموضوعية لأخذ الأدوية لدى الربويين **(Blanc, 2007, p44).**

وإتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من **بارلييت وآخرون (Bartlett et al, 2007, p27)** و دراسة **وليامس وآخرون (Williams et al, 2007, p26)**، حيث توصلوا إلى وصف العوامل المرتبطة بعدم الملاءمة العلاجية الأولية، والمعرفة في هذه الدراسة من خلال الذهاب إلى الصيدلية للبحث عن الأدوية والتي تختلف عن السلوك المتمثل في أخذ جزء من جرعات الدواء الذي وصفه الطبيب المعالج.

ويتضح أن القياس الدقيق لعدم الملاءمة العلاجية الأولية يبدوا صعبا، والقليل من الدراسات الحالية التي إهتمت بمرض الربو. ففي دراسة أمريكية على عينة قوامها 7416 مريض حيث تم وصف لهذه الحالات علاج طبي بالكورتيكوييد المستنشق. وتضم هذه العينة 4462 عضو من أعضاء منظمة الصحة، و1214 فرد تم تشخيصهم بالربو، و1114 فرد ليس لديهم مرض الإنسداد الرئوي المزمن **(BPCO)** أو قصور قلبي مصاحب**(Blanc, 2007, p44).**

وفي الأخير أجريت الدراسة على 1064 فردا، وتم الأخذ بعين الاعتبار المدة تبين إعطاء وصفة علاجية بالكورتيكوييد المستنشق وتواجد هذا الدواء على مستوى الصيدليات. كما أسفرت النتائج أن 883 مريض بنسبة 83% ذهبوا للبحث عن الدواء في الصيدليات بعد أسبوع من تلقى الوصفة الطبيبة، مقابل 82 مريض نسبة قدرت بـ 7.7% لم يذهبوا إلى الصيدلية للبحث عن الدواء**(Blanc, 2007, p44).**

وتوصلت دراسة **داييت وآخرون (Diette et al, 1999)** بالولايات المتحدة الأمريكية، هي دراسة تتبعية عرضية على عينة تكونت من **6612** مريض بالربو يتابعون علاج بالكورتيكووويد المستنشق **(corticostéroïdes inhales)**. وأسفرت نتائجها على: لوحظ إستعمال مفرط (أكثر من 8 نفخات) لدى **15.8%** من مرضى الربو المعتدل إلى الحاد باستعمال الكورتيكووويد المستنشق، بينما لوحظ نقص إستعمال الدواء بنسبة قدرت بـ 64% من الحالات **(Diette et al, 1999, p697)**.

أما دراسة **جونز وآخرون (Jones et al, 2003)** دراسة تتبعية إستغرقت 8 أشهر في ولايات المتحدة الأمريكية على عينة تكونت من 23225 مريض بالربو، معتمدين على معطيات الصيدليات بما يخص نسبة توزيع الأدوية على المرضى. وأسفرت النتائج على ما يلي:

* 33.8% تم توزيع دواء الكورتيكووويد المستنشق للمرضى.

* 68% تم توزيع دواء الأنتلوكترين**(Anti-leucotriéne)**.

* لوحظ هناك ملاءمة علاجية لدى المرضى **(Jones et al, 2003, p93)**.

في حين نجد دراسة التي قام بها كل من **غرينين وآخرون (Greening et al, 1994, p 219)** على عينة قوامها **429** مريض بالربو. وكانت الدراسة تتبعية، إستغرقت 6 أشهر. وتم الإعتماد في جمع البيانات على دفاتر المتابعة للمرضى. وأسفرت النتائج على عدم وجود فروق دالة ما بين المجموعات فيما يخص الملاءمة العلاجية (تقريبا **90%** من الحالات).

هذا ما أكدته نتائج دراسة التي قام بها كل من **هانكوس وآخرون (Hancox et al, 1999)** على 61 مريض بالربو بنيوزيلاندا، وإعتمدت الدراسة على متابعة المرضى خلال 6 أشهر

من العلاج. ولوحظ أيضا عدم وجود فروق بين كل مجموعات البحث فيما يخص مستوى الملاءمة العلاجية (**90%** من الحالات) **(Hancox et al, 1999, p482).**

في سياق أخر، يرى **باندر(Bender, 2003, p 936)** أن الأبحاث والدراسات التي اهتمت بدراسة الملاءمة العلاجية ومرض الربو، أسفرت على أن مجموع المرضى الذين لا يمتثلون للعلاج تبقى كما هي لم تتغير، رغم أنه يوجد برامج التربية الصحية التي تعزز سلوك الملاءمة لديهم ولكنها تفشل في تحقيق هدفها الأساسي.

وفي الأخير، رغم اختلاف التعاريف لمفهوم الملاءمة العلاجية ومختلف مقاييسها التقديرية، تبقى صعبة التحقيق في الميدان.

*** خلاصة:**

ونستنتج من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل إلى أن النتائج التي توصلت إليها البحوث والدراسات الميدانية والنماذج النظرية المنبثقة عنها و المفسرة للملاءمة العلاجية لا تحقق الأهداف المرجوة ما لم يتم ذلك ضمن تحالف علاجي، أي ضمن الإطار الأوسع من العلاقة التبادلية العميقة بين الطبيب والمريض وأسرته، فعلى الطبيب أن يتبنى نموذج "**القرار المشترك**" المتمثل في نمط من التعامل يقوم على تبادل المعلومات بين الطبيب والمريض، وسيرورة التداول حيث يجري نقاش حول إجراءات المعالجة للوصول إلى اتفاق، كما أن اتخاذ قرار المعالجة يقتضي وجود مقررين، وهذا فيما يخص علاقة الطبيب بالمريض في حين علاقة المريض بأسرته والمحيط الذي يعيش فيه تتجلى في أهمية توسيع دائرة المشاركة وذلك من خلال إدماج أسرة المريض في العملية العلاجية وتقديم المساندة الاجتماعية له التي من شانها أن تساعده على التفاعل الايجابي للتصدي ومقاومة المرض المزمن و الحد من الآثار والانعكاسات السلبية له، وبالتالي المريض يقوم بسلوك الملاءمة العلاجية هذا من جهة. ومن جهة أخرى دور المهم التي تلعبه المعتقدات الصحية في تعزيز الملاءمة العلاجية.

الفصل السادس:

مرض الربو

*** تمهيد:**

تعمل الوظيفة التنفسية على تزويد الكائن الحي بالأكسجين. وترتبط هذه الوظيفة الأساسية بمدى سلامة العضوية، وبمدى صحة مختلف التنظيمات الوظيفية للجهاز العصبي المركزي المترابطة بمختلف الحالات النفسية؛ حيث يرتبط الزفير بالراحة، وبتعلق الشهيق بالحركة والنشاط. كما ترتبط الأعراض التنفسية بالحالات الوجدانية للفرد. فالإنفعال يلهث، والقلق يخنق، والمفاجأة تقطع النفس، والاكتئاب ينزع التنهيدات، في حين يصاحب الهدوء استقرار التنفس. وقد تتخلل الوظيفة التنفسية، في بعض الحالات، اضطرابات تجعل من التنفس عملية شاقة ومرهقة. ومن هذه الاضطرابات الرّبو الذي يعدّ من الناحية الإكلينيكية مجموعة نوبات ضيق تنفسية صفيرية تلقائية. ويعد من الناحية الوظيفية تناذر انسداداي تلقائي التغير يتميز بفرط نشاط خاص للشعب الرئوية تجاه المثيرات.

بعتبر مرض الربو من بين الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا ويصيب الأشخاص في مختلف الأعمار، ويطرح هذا الداء مشكل للصحة العمومية. وقد نشرت منظمة الصحة العالمية أن التكاليف الاقتصادية الناجمة عن مرض الربو تعادل التكاليف الاقتصادية الناجمة عن مرضي الإيدز والدرن مجتمعين.

يتجلى لنا من خلال ما تقدم أهمية دراسة الربو، لكونه يطرح مشكل الصحة العمومية لما له من انعكاسات واضحة على مستوى الفرد ومحيطه والمصالح الصحية. وعليه، سوف نتطرق إلى تعريف مرض الربو، أعراضه، تشخيصه، أنواعه وتصنيفاته، التعرف على أسباب المرض إلمامًا بدور مختلف العوامل التي تساهم في ظهوره، تطوره وتفاقمه. فالقاعدة هي أنّ الرّبو متعدد الأسباب، تم التطرق إلى مختلف النظريات المفسرة له وطرق علاجه.

1- تعريف مرض الربو:

كلمة الرّبو (**Asthme**) تعني باليونانية تنفس قصير أو " تنفس بجهد " وإستعملت عدّة قرون لتشير إلى تنفس صعب. وفي القرن السادس عشر حلّ محّل الكلمة السابقة كلمة "ضيق التنفس". وفي بداية القرن التاسع عشر كتب (لينك **Laennec**) عن حالات النزلة التي تظهر على شكل نوبات إختناق جدّ خطيرة والتي تستحق اسم الرّبو وتدوم عادة عدّة أيّام. عمومًا، يعتبر هذا الباحث الأوّل الذي ميّز إحدى المظاهر الأساسية للربّو حيث عرّفه بأنّه عسر تنفسي يحدث على شكل نوبات يتخللها أحيانًا فترات تكون فيها عملية التنفس حرّة كلية (**kourilsky et al , 1990, p5**).

وفي اللاتينية، كلمة **"Asthme"** مشتقة من كلمة **"Asme"** التي تعني القلق أو الحصر، لتشير فيما بعد لصعوبة في التنفس. **(In foucaud, 2005, P13).**

أما في الوقت الحالي أخذ مفهوم "الربو معنى مرض مزمن يتميز بصعوبة في التنفس والصفير خاصة في الليل **(Rey-Debove et al, 2001, p61).**

يعرّفه **شاربين (Charpin, 1984)** بأنّه نوبات ضيق التنفس الصفيري التلقائي ذات ظهور في الغالب مسائي – ليلي. ومن وجهة نظر الوظيفة فهو تناذر إنسدادي متغيّر، ويتميّز بفرط نشاط خاص للشعب تجاه مثيرات مختلفة **.(charpin, 1984, p1)**

ويعرف كل من **بووم وآخرون (Baum et al, 1997)** الربو بأنه مرض رئوي يصيب قدرة الفرد على التنفس ناتج عن إنسداد المجاري التنفسية وإلتهابها، أو ناتج لفرط استجابتها للعديد من المثيرات كالغبار، وحبوب الطلع...الخ. وعندما تلتهب الرئتين تضيق المجاري التنفسية مسببة مجموعة من الأعراض وهي: تنفس قصير، صفير تنفسي والسعال (**In Gatchel et Oordt, Sd, p103).**

بينما تعرفه "**عبير محمد راوي**" بأنه التهاب مزمن يصيب الشعب الهوائية بالرئتين، ويؤدي هذا الالتهاب إلى تضيق مجاري الهواء بسبب:

- انقباض العضلات الموجودة في جدار الشعب الهوائية وتقلصها.
- زيادة إفراز المادة المخاطية من الشعب الهوائية وتضخم الأغشية المبطنة لها.

وبالتالي تقل نسبة الهواء التي تدخل وتخرج من المجاري التنفسية مما يؤدي إلى ظهور أعراض الربو وحدوث النوبات التي قد تكون متكررة سواء بسيطة أو شديدة حسب حدة وخطورة المرض.

خلاصة نرى أن الجميع يتفق على أن الربو مرض مزمن يشير إلى ضيق تنفسي صفيري نوبي، ويتميز بفرط نشاط الشعب الرئوية تجاه مثيرات مختلفة **(راوي، 2013، ص 112)**.

2- أعراض مرض الربو:

يلخص كل من **فيتز جارلاد وآخرون (Fitz gerald et al,2016)** أعراض مرض الربو في ما يلي:

- الصفير التنفسي **(le sifflement respiratoire)**
- ضيق التنفس **(dyspnée)**
- ضيق القفص الصدري **(l'oppression thoracique)**
- السعال **(toux)**

وتتغير هذه الأعراض من حيث ظهورها، وتكرارها، وشدتها تبعا للزمن. كما يصاحب هذه الأعراض صعوبة الزفير أي إخراج الهواء من الرئتين بسبب الإنسداد الشعبي وزيادة إفراز المادة المخاطية. **(In Gina, 2016, p 4)**

وتتفق معهم "**عبير محمد راوي**" حيث لخصت أعراض مرض الربو في الآتي:

- صعوبة في التنفس (كتمة الصدر).

- سعال (كحة) خاصة بالليل أثناء النوم أو في الصباح الباكر عند الاستيقاظ، وقد يكون السعال جافا أو مصحوبا ببلغم.

- صفير بالصدر (أزيز) وهو صوت يحدث أثناء الزفير أي عند خروج الهواء من الرئتين.

وتضيف، بأن المريض قد لا يشتكي من جميع هذه الأعراض بل بعض منها، وتختلف حدة الأعراض من شخص لآخر وتتراوح بين أعراض خفيفة إلى حادة جدا. على العموم، إن حدوث هذه الأعراض بشكل متكرر أو مستمر تدل على احتمال الاصابة بالربو. وقد تتفاقم هذه الأعراض عند التعرض للمثيرات الخارجية كالدخان، الغبار أو عند ممارسة التمارين الرياضية أو الاصابة بالزكام **(راوي، 2013، ص 113)**.

على العموم يمكن حوصلة أعراض مرض الربو في ما يلي:

✓ **<u>أعراض تنفسية:</u>**

تظهر الأعراض التنفسية عند المريض من خلال الإحساس بصعوبة في العملية التنفسية، والاحساس بالضيق، بحيث يشعر المريض بانقباض الصدر مع تنفس بالصفير أي إحداث صوت عند الزفير وتنفس سطحي وهو الإحساس بعدم القدرة على التنفس العميق **(Ridway ,1994, p105) .**

✓ **<u>السعال (الكحة):</u>**

كما يتميز مريض الربو بسعال وكحة متهيجة وجافة دون بلغم وقد تصبح رطبة مع بلغم، وعادة ما يكون البلغم بلون أبيض يشبه رغوة الصابون وفي بعض الأحيان يكون

البلغم على شكل لزج يحتوي على خيوط شفافة وأحيانا أخرى على قطع صغيرة على شكل قصبات هوائية، وعند الأطفال الصغار يحدث قيء نتيجة السعال.

وغالبا ما تكون نوبات السعال في الليل وبعد منتصفه خاصة عند بذل الجهد مثل الجري أو الممارسة الرياضية عند حوالي 10% من الأطفال يكون السعال عندهم كثيف خاصة في الليل بعد الجري وهو المظهر الوحيد للربو ولذلك يصعب تشخيص الحالة على أنها حساسية القصبات الهوائية **(العرفي، 2002، ص 171)**.

✓ أعراض قلبية عرقية:

إن أهم المظاهر التي يمكن ملاحظتها عند مريض الربو خلال النوبة الربوية هو زيادة وتسارع نبضات القلب، زيادة التعرق وارتفاع في الضغط حيث يظهر المريض شاحبا، نتيجة حدوث خلل في الوتيرة التنفسية كما أنه هناك بعض الحالات لا تشكو من السعال، إنما تشعر بضيق في الوتيرة التنفسية وكأن المريض يوشك على الاختناق، والرغبة في الخروج من البيت من أجل استنشاق أكبر كمية ممكنة من الهواء **(العرفي، 2002 ، ص147)**.

✓ أعراض عصبية تنفسية :

يظهر هذا النوع من الأعراض غالبا عندما يتعرض المريض لمواقف عنيفة ككثرة الاستثارات، شدة القلق وبالتالي إحداث نوبة عصبية **(Vialette, 1983, P19)**.

ومن خلال ما تقدم يمكن حصر أعراض مرض الربو في ما يلي:

- ضيق التنفس.
- السعال وافراز البلغم.
- صفير الصدر (الصفير التنفسي).

- ألم خفيف في منطقة الصدر.
- تزداد الأعراض ليلا أو عند بذل الجهد.

3- النوبة الربوية (la crise d'asthme)

تعبر النوبة الربوية عن تفاقم حاد أو شبه حاد للأعراض، وحدوث خلل وتدهور في الوظيفة التنفسية مقارنة بالحالة الاعتيادية للمريض. وهذه النوبة يمكن أن تحدث لدى مريض الربو .**(Gina, 2016, p21)**

يرى **كوغلسكي** (**1990 Kourilsky**) أن النوبة الربوية تمر بمراحل ثلاث وهي:

✓ **مقدمـات النوبـة:**

هناك بعض المقدمات التي يمكن أن تسبق النوبة منها الإحساس بإنسداد أنفي قد يصاحبه السيلان الأنفي أو ينعدم، زكام تشنجي، إلتهاب ملتحمة العين، وفي حالات أخرى تظهر الشقيقة، حكة جلدية موضعية شديدة مثلاً على مستوى الذقن. هذه المقدمات تمثل بالنسبة لبعض المرضى العلامات المنذرة بحدوث النوبة.

✓ **النوبـة:**

غالبًا ما تظهر النوبات ليلاً خلال الساعات الأولى من النوم أو خلال الجزء الثاني من الليل. وأحيانًا تكون النوبة مسائية تظهر بعد تناول وجبة العشاء. وإن ظهور نوبة ضيق التنفس غالبًا في الليل تدّل على تشخيص حالة الربو. يبدأ المريض في الصفير بعد نوبات سعال جافة وغالبًا ما يدرك هذا الصفير من قبل المريض ومحيطه الذي يكون واضحًا ومنتشرًا، لذلك فإنّ السؤال: هل تنفسك صفيري أثناء نوباتك ؟ " يجب أن يطرح بنظام على المريض بمجرد الشك في وجود الربو**(نقلا عن أيت حمودة، 2006، ص 52)**.

كما يبدو المريض شاحبًا أو نوعًا ما مزرق ويتصبب عرقًا وذلك أثناء النوبات الخطيرة، فيجلس في فراشه وغالبًا ما يستيقظ ويجلس على الكرسي أو يبقى واقفًا يستند بذراعيه على أثاث المنزل أو على حافة النافذة ليساعد في عمل عضلاته الشهيقية الثانوية التنفسية وأحيانًا يكون المريض قلقًا. ضف إلى ذلك يكون نظامه التنفسي شاقًا ومتعبًا وتكون عملية التنفس صعبة بالأخص على مستوى الزفير الذي يمدد من الصفير وغالبًا ما يكون النظام التنفسي طويلاً أيضًا.

✓ **تطـور النوبـة:**

خلال بضع دقائق تهدأ النوبة تدريجيًا فيسعل المريض قليلاً ويصاحبه نخامة تكون عادة مخاطية وغليظة ولزجة تبرز على شكل قطع أو أجزاء صغيرة كثيفة. وليس من النادر خاصة خلال الرّبو أن ينهي المريض نوبته بطرح نخامة غزيرة نوعًا ما مخاطية ومتقيحة. وعندما تنتهي النوبة الربوية تترك إحساسًا بالتعب وبألم صدري، فيعود المريض إلى نومه مع وجود صفير في تنفسه محاولاً إمتداد زفيره. عمومًا ما يميّز التناذر الربوي يكمن في قابلية إنعكاس وتغير نوبات عسر التنفس.

عمومًا فالميزة الأساسية للربو كونه عسر تنفسي زفيري يتطور عمومًا على شكل نوبات تناوبية تتخللها فترات طويلة من الهدوء. ضف إلى ذلك حدوثه على مرحلتين الأولى تشمل ضيق تنفسي تدريجي ناتج عن صعوبة الزفير والثانية تشمل طرح الإفرازات الشعيبية التي تنهي النوبة**(نقلا عن أيت حمودة، 2006، ص 53)**.

وفي هذا السياق، أشارت **(Gina, 2016, p4)** أن من العوامل المسببة للأعراض الربوية وتفاقمها (زيادة خطورتها) منها:

- الإصابات الفيروسية.

- التعرض لمولدات الحساسية المنزلية أو المهنية (غبار الطلع، غبار المنزل...الخ).
- دخان السجائر.
- التمارين الرياضية.
- الضغط النفسي.
- كما يمكن لبعض الأدوية إحداث نوبة ربوية (الأسبرين).

يتضح مما تقدم أن أهم ما يميز النوبة الربوية هو انقباض عضلات الشعب الهوائية وتناقص معدل انسياب الهواء مع انتفاخ الأغشية المبطنة للشعب الهوائية بسبب تراكم المخاط فيعملان على وجود انسداد يؤدي لحدوث تنفس مختنق أو صعوبة في التنفس، قد يشعر المرء بالاختناق وقد تدوم نوبة الربو لعدة دقائق أو عدة ساعات وقد تدوم أحيانا لعدة أيام. بالإضافة إلى أن تشنجات القصبة الهوائية تحدث أثناء الأزمة الربوية بسبب عدم التوازن في عمل الجهاز السمبثاوي والبراسمبثاوي، فنلاحظ أن المريض لا يستطيع أن يحصل على هواء كاف، ولذا فإنه يلهث ويصفر عند التنفس، الى الشعور بالاختناق أو احتباس التنفس وعادة ما يثير دخول الادرينالين نشاط الجهاز السمبثاوي الذي يلطف عادة من النوبة الربوية (**العيسوي ، 1994 ، ص 73**).

4- تشخيص مرض الربو:

غالبا ما يتميز مرض الربو بالتهاب مزمن للمجاري التنفسية، ويشخص عموما من خلال خاصيتين وهما:

- سوابق لاضطرابات تنفسية: صفير تنفسي، ضيق التنفس، ضيق القفص الصدري والسعال، وقد تتغير هذه الأعراض في الزمن والشدة.
- قصور (تقلص) متغير في عملية الزفير.

ومن أهم معايير تشخيص مرض الربو حسب **(Gina, 2016, p5-6)** ما يلي:

– ظهور الأعراض النموذجية: الصفير التنفسي، ضيق التنفس، ضيق القفص الصدري والسعال.

– كثيرا ما يشعر المريض بهذه الأعراض.

– تتغير مدة وشدة هذه الأعراض.

– غالبا ما تظهر هذه الأعراض أو تتفاقم ليلا أو أثناء المشي.

– غالبا ما تظهر هذه الأعراض نتيجة بذل الجهد **(l'effort)**، والضحك أو عند التعرض لمولدات الحساسية **(les allergènes)** أو للهواء البارد.

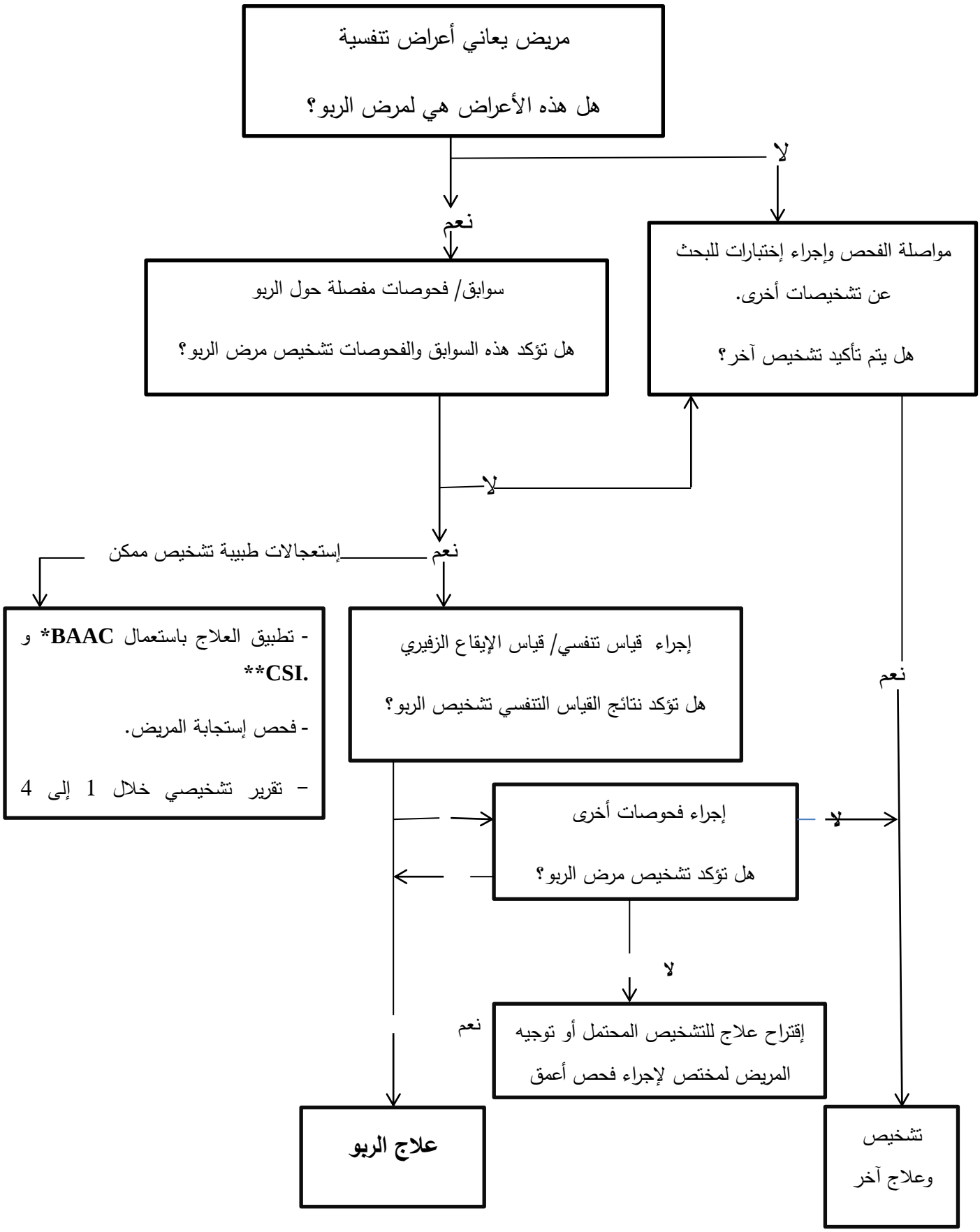
– غالبا ما تظهر الأعراض نتيجة إصابات فيروسية أو أنها تتفاقم نتيجة هذه الإصابات.

– استعمال جهاز قياس قوة النفخ القصوى (الايقاع الزفيري) للمريض لمعرفة قدرة الرئة على التنفس.

وسيتم فيما يلي عرض مخطط توضيحي لكيفية تشخيص مرض الربو في الممارسة الاكلينيكية. **(Gina, 2016, p5)**

***BAAC : Beta-agonistes à action courte.**

**** CSI : Corticoïdes Inhales.**



شكل رقم (16): مخطط يوضح تشخيص مرض الربو في الممارسة الاكلينيكية

5- أدوات وإجراءات التشخيص والإعلان عن المرض:

يعتبر التشخيص المرحلة الأولى من مراحل التكفل لمريض الربو ويتكون أساسا من المراحل التالية:

1- المقابلة:

تعتبر المقابلة من أهم الوسائل المستعملة في تشخيص الحالة حيث تستعمل من أجل القيام بدراسة علمية اكلينيكية للحالة وتدور مجرياتها خاصة حول الأعراض المرضية، فعند مريض الربو يكون الاهتمام خاص بالحصر واختناق الصدر، الصفير التنفسي، السعال، إفرازات القصبات الهوائية وعدم تحمل الجهد. كما أن هذه الأعراض هي التي تجبر المريض على مراجعة الطبيب خاصة عندما تكون مظاهر النوبة الحادة هي التي تظهر المرض عند الفرد لذلك نلاحظ أن الطبيب بعد أن يجمع الأعراض يحاول أن يحصر أسباب المرض وكذلك العوامل المؤثرة في النوبة .

2- الفحص العيادي:

يجري الفحص العيادي من أجل اكتشاف العلامات المرتبطة بمرض الربو وكذلك المشاكل الصحية التي لها علاقة بالمرض. فقد لا يظهر الفحص الطبي للشخص المريض بالربو أي شذوذ لكن الطبيب يبحث عن الحشرجة الموجودة في الصدر وعن التنويهات التي يمكن أن تصيب القفص الصدري**(Boulet, 1997, p44) .**

كما أن عملية قياس سرعة الهواء الزفير**(DEP :débit expiratoire de pointe)** يمكن اعتبارها وسيلة تقويمية جيدة كونها تعطي لنا فكرة عن درجة انسداد القصبات الهوائية. إضافة إلى أن تعرض المريض لنوبة ربو يمكن الاستدلال عنها انطلاقا من الأعراض التالية: "الازرقاق، ضيق التنفس، زيادة نبضات القلب " **(Boulet, 1997, p44).**

3- دراسة وظيفة التنفس:

تعتبر عملية قياس هواء الزفير **(DEP)** عملية مهمة في فحص المريض إذ تمكن من التعرف على درجة ضيق المجاري التنفسية، وتمكن الطبيب من قياس حجم الهواء الأقصى في الثانية الأولى**(VEMS :volume expiratoire maximum en 1 seconde)** والذي يتناقص حسب درجة ضيق القصبات الهوائية ، كما تسمح هذه العملية للطبيب بتقويم استجابة لموسعات القصبات الهوائية **(broncho –dilatateurs)** بحيث أنها في بعض الأحيان تعدل من سرعة هواء الزفير عند المريض. ويقوم الطبيب بفحوصات أخرى تسمح له بوضع تشخيص كامل كأن يقوم مثلا بإجراء اختبار لاستثارة القصبات الهوائية بواسطة مثير كيمائي غير حساس وهذا الاختبار يتمتع بمصداقية كبيرة **(Histamine).**

كما يسمح التشخيص الطبي بحذف كل الأمراض التي يمكن أن تتداخل مع مرض الربو كما يمكن للطبيب اللجوء لاختبار خاص بالجهد الجسدي، حيث يظهر أن 70% إلى 90 % من مرضى الربو يعانون من "ربو الاجهاد " والذي تختلف شدته حسب درجة الربو والجهد المبذول من طرف المريض **(Boulet ,1997 ,p46).**

4- تقدير شدة المرض:

هناك علاقة ترابطية بين العلاج بأنواعه وشدة المرض، فكلما كانت درجة المرض كبيرة كلما كان تأثيره في حياة الفرد كبيرا. ولكي يتمكن الطبيب من تحديد درجة المرض فإنه يولي اهتمامه بدرجة كبيرة إلى الفحوصات الطبية والمقابلة العيادية وعدد النوبات وشدتها وعدد المرات التي يتم فيها تناول الأدوية، وبعد جمع المعلومات اللازمة عن الحالة يقوم بمقارنتها بشبكة نظرية تحمل كل المؤشرات المتعلقة بكل درجة من درجات المرض **(Taytard ,2003 ,P23).**

جدول رقم (04): يمثل شبكة المؤشرات المتعلقة بدرجات مرض الربو

الأعراض	الربو الدائم	الربو المتقطع	الربو المتقطع	الربو المتقطع
		خفيف	متوسط	حاد
		أكثر من مرة في الاسبوع	باستمرار	يوميا
الأعراض الليلية	أقل من مرة في الأسبوع	أكثر من مرتين في الشهر	أكثر من مرة في الاسبوع	باستمرار
الحركة	أقل من مرتين في الشهر	يؤثر على النشاط والنوم	يؤثر على النشاط والنوم	الحركات محدودة
استعمال موسعات القصبات الهوائية	لا أثر	أحيانا	باستمرار	باستمرار
حجم الزفير الأقصى في الثانية الاولى	أكبر من 80%	أكبر من 80%	أكبر من 60% وأقل من 80%	أقل من 60%

بعد الانتهاء من تشخيص المرض عن طريق الوسائل المختلفة تأتي مرحلة الإعلان عن المرض للمريض.

5- إعلان المرض:

بعد الانتهاء من عملية تشخيص المرض على أنه ربو وكذا تحليل مختلف نتائج الاختبارات التي أجراها الطبيب تأتي مرحلة الإعلان عن المرض وذلك بتوفر الشروط التالية:

اختيار اللغة المناسبة لوضعية وسن المريض لإيصال المعلومة له كما أنه عند الإعلان عن المرض قد يواجه الطبيب مشكلة عدم الإصغاء من قبل المريض حتى أنه قد لا يبالي بالنصائح التي تقدم له، فهنا قد يلجأ الطبيب لاعتماد أسلوب الإرشاد بالطرق

البيداغوجية، كما يجب أن نأخذ بعين الاعتبار قيم واعتقادات المريض حول الأعراض التي يعاني منها **(Taytard , 2003 , P23)**

6- أنواع الربو:

6-1 الربو التحسسي (ناتج عن عوامل خارجية) (L'Asthme Allergique):

تسمى حساسية القصبات الهوائية، وهذا النوع هو أكثر أنواع الربو شيوعا، وماعدا استثناءات قليلة فإن الربو التحسسي يحدث دون سن الأربعين ومعظم الحالات دون سن الثلاثين وقد يبدأ في سن الطفولة ويمتد لسنوات عديدة وقد يستمر مدى الحياة، ولكن الحالات البسيطة تنتهي قبل سن البلوغ إذا بدأت في سن الطفولة وهذا النوع من الحساسية يكون وراثيا، وليس من الضروري أن تكون الوراثة حالة ربو، فربما يكون أحد الأبوين أو أفراد الأسرة عانى أو يعاني من حساسية الأنف أو الجلد أو الربو أو أي نوع أخر من الحساسية **(النابلسي،2005، ص174)**.

وتحدث نوبات الربو التحسسي في فصول معينة من السنة كفصل الربيع مثلا أو في أي فصل أخر لكن تزداد نوبات الربو في فصل معين كالشتاء، لكن هناك بعض المرضى لا تؤثر عليهم فصول السنة انما يصابون على مدار السنة. والربو التحسسي يكون ناتجا عن حساسية القصبات لعوامل خارجية كثيرة منها الغبار، لقاح الأشجار، وبر الحيوانات وغيرها من المسببات الكثيرة، فعند إجراء فحص الحساسية على الجلد يتبين العامل المسبب للحساسية وعليه يكون العلاج أسهل خاصة إن أمكن تجنب المسببات. **(معريش، 2000، ص27)**.

يعرف **كينيت(Knight, 1984)** الرّبو التحسسي على أنّه : مرض فصلي أو متناوب الذي يظهر عندما تكون المادة التي يكون لها الشخص حساسًا موجودة في الهواء. وإذا تعلّق الأمر بمواد موجودة على طول السنة في الهواء مثل شعر الحيوانات

والغبار المنزلي أو المواد الكيماوية في مقر العمل فإنّ النوبات الربوية تحدث عندها في كل الفصول **(Knight, 1984, p43)**

6-2 الربو الداخلي غير التحسسي:

يحدث هذا النوع من الربو بعد سن الأربعين لكن في بعض الاحيان يحدث قبل ذلك السن نتيجة التهاب القصبات الحاد، وخاصة بعد الاصابة بالأنفلونزا أو التعرض لتيار هوائي بارد، يحدث هذا النوع من الربو نتيجة التعرض لمواد كيمائية ذات رائحة قوية كالدهان أو العطر الكيماوي الحاد وعادة ما يكون هذا النوع من الربو شديد ويستمر مدى الحياة، والمصاب به يحتاج لأخذ علاج بشكل مستمر تقريبا**(النابلسي، 1988، ص21)**.

7- درجات الربو وتصنيفاته:

من الناحية العيادية يمكن تصنيف مرض الربو إلى الأنواع التالية:

جدول رقم (05): درجات الربو وتصنيفاته

(النابلسي، 1988، ص21) .

الربو الخفيف	الربو المتوسط	الربو الحاد
– يتميز بانخفاض عدد النوبات (نوبة واحدة في الأسبوع على الأكثر). – درجة النوبة تكون بسيطة. – يستطيع المصاب متابعة نشاطه المدرسي و المهني بشكل عادي. – ويكون قادر على تحمل جهده العضلي واللعب مع الأطفال الآخرين.	– يتميز بتعرض المريض لبعض النوبات الأسبوعية (3/2) مع السعال والصفير التنفسي. – هذا الوضع يمكن أن يؤثر على التحصيل المدرسي بسبب الغيابات المتكررة والعجز عن بذل الجهود القوية التي يستطيع الأطفال العاديين بذلها. – ومن الممكن ملاحظة انتفاخ الصدر لدى المريض.	– يتميز بظهور الصفير التنفسي بشكل مستمر ويوميا. – تزداد النوبات في شدتها وحتى خارج أوقات النوبة تظهر على المريض الأعراض المميزة للمرض. – تؤدي في كثير من الأحيان لدخول المستشفى و ينعكس ذلك على التحصيل الدراسي للطفل. – وتمتاز هذه الحالة بتغيرات مرضية تبدو واضحة في الصورة الإشعاعية للصدر.

8- العوامل السببيـة للربـو:

رغم التطورات الأساسية لفهم السببية المرضية للربو إلاّ أنّ مختلف الميكانيزمات المسؤولة تبقى مع ذلك غير معروفة جيّدًا. والأمر نفسه بالنسبة للعوامل السببية لأنّ كون الرّبو مرض متعدد العوامل فإنّ الأهمية النسبية لكل عامل منها تتغير من مريض لآخر. ويعتبر كل من فرط النشاط الشعبي، إختلال توازن الجهاز العصبي المستقل، وتحرير الوسائط الكيميائية من الميكانيزمات الأكثر شيوعًا. لكن مع ذلك توجد بينهما العديد من

العلاقات التي تبيّن مدى صعوبة فهم الربو. فالربو مرض متعددة العوامل ونميّز هنا عوامل الإستعداد والعوامل المساعدة.

8-1 عـوامل الاستـعداد (Facteurs Prédisposant):

نميّز هنا دور سوابق الحساسية لدى العائلات والتوائم، وأيضًا فيما يخص فرط النشاط الشعبي، الإستجابات الجلدية لمولّدات الحساسية التنفسية، فرط في الغلوبينات المناعية من النمط **E**.

8-1-1 دور عوامل الحساسيـة:

- **<u>دور سـوابق الحساسيـة العائليـة:</u>** إنّ دور هذه السوابق تمّ توضيحها في أنواع عديدة من الدراسات. تحقيقات عائلية أظهرت أنّ مدى إنتشار الرّبو بين أولياء مريض الرّبو يكون أكبر مقارنة بأولياء الشخص غير الربوي. ضف إلى ذلك، فإنّ إحتمال خطر الإصابة بالربو لدى الطفل يكون أكبر عندما يكون أحد الآباء مصابًا بالربو أو الاثنين معًا. ويكون هذا الخطر أشد عندما يكون للأولياء سوابق ليست ربوية، وإنّما سوابق حمى القش أو إكزيما طفولية. ويبدو أنّ السوابق من جهة الأم يكون لها تأثير أكبر مقارنة بالسّوابق من جهة الأب. كما يبدو أنّ نسبة التوافق في الرّبو لدى التوائم المتماثلة تكون أكبر مقارنة بالتوائم غير المتماثلة **(نقلا عن أيت حمودة، 2006، ص 53)**.

- **<u>دور سـوابق الحساسيـة الشخصيـة:</u>** يمكن أن تدرس إنطلاقًا من نوعين من التحقيقات منها التاريخية وتتمثل في إستجواب مجموعات من مرضى الرّبو وبالمقابل أشخاص من شهود فيما يخص سوابق الحساسية. والتحقيقات المستقبلية التي تهتم بمتابعة مجموعة من الأشخاص المصابين بالحساسية ذات وساطة الغلوبينات المناعية من النوع **E** ومجموعة ضابطة لا تعاني من الحساسية ثمّ إستنتاج حالات الرّبو التي تظهر في المجموعتيـن.

والمقصود بسوابق الحساسية وجود الإكزيما وإلتهاب مخاطية الأنف الحسّاسي وحمى القش. وبعض الباحثين يضيفون الحساسية الدوائية، الشقيقة وحتى عدم التحمّل الهضمي لبعض الأغذية. الدّراسات التاريخية أظهرت بإنتظام وجود سوابق الحساسية العديد لدى مرضى الرّبو مقارنة بالمجموعات الشاهدة. إنّ التحقيقات التي أجريت إنطلاقًا من المصالح الإستشفائية للأمراض الرئوية– الحسّاسية، مثال ذلك التحقيق الذي أجري بمستشفى **(Brompton)** بلندن أظهر وجود مثل هذه السوابق في ثلثي (2/3) مرضى الربو. وتمس في الغالب حالات الرّبو الخارجية بنسبة 70% من حالات الرّبو الداخلية (48%). بالمقابل ففي تحقيق حول المجتمع العام الذي أجريت **تريكومش (Trecumseh)** في (و. م. أ) وجد أنّ أقل من نصف مرضى الرّبو أظهروا مثل هذه السّوابق.

القليل من الدّراسات المستقبلية تمكنّت من تحديد دور عوامل الحساسية في ظهور لاحق لربو شعبي. ففي ميدان داء اللقاح **(La Pollinose)** غالبًا ما يتبع الرّبو ظهور الزكام **(Coryza)** خلال السنتين أو ثلاث سنوات في 25% إلى 50% من الحالات. كما يظهر الرّبو وحمى القش بصفة متلازمة. كما أظهر كل من **ستيبان (Settipane)** و**هاقي (Hagy)** في مجموعة من 903 طالب من جامعة براون **(Brown)** في **(Rhode Island)** بأنّ وجود سوابق شخصية لإلتهاب مخاطية الأنف الحسّاسي تعمل على تطوير خلال فترة 7 سنوات إحتمال خطر 6% في حدوث ربو شعبي، بينما غياب مثل هذه السّوابق يصبح خطر الإصابة 1,3%**(نقلا عن أيت حمودة، 2006، ص 54)**..

- **<u>القيمة التنبئية للإختبارات الجلدية الحساسية الموجبة</u>:** في نفس الدراسات المستقبلية التي قام بها **هاقي(Hagy)** و**ستيبان (Settipane)** ظهر بأنّ إحتمال تطوير إلتهاب مخاطية الأنف الحسّاسي أو الرّبو مرتبط بوجود استجابات جلدية. لوحظ أن خطر الإصابة بالرّبو خلال متابعة لمدة 7 سنوات يقدر بـ 5% إذا كانت الاختبارات الجلدية إيجابية، ويقدر بـ 1,5 فقط إذا كانت الإختبارات الجلدية سلبية.

- **القيمة التنبئية لنسبة IgE المصّلية المرتفعة:** العديد من الدراسات أظهرت أنّ نسبة **IgE** في دم الحبل السرّي تكون مرتفعة لدى المواليد الجدد من عائلات تعاني من حساسية مقارنة بالمواليد الجدد من عائلات لا تملك مثل هذه السوابق.

حديثًا توصّل كل من **ميشال وآخرون (Michel et al)** من خلال قيامهم بتحقيق طولي مستقبلي لتحديد مدى إنتشار أمراض الحساسية وفقًا لنسبة **IgE** في الحبل السرّي. إن نسبة **IgE** عند الميلاد لها قيمة تنبئية لظهور لاحق لمرض الحساسية أكبر من القيمة التنبية لسوابق الحساسية العائلية **(In Bousquet et al, 1982, p109).**

يتأثر مرض الربو في بعض حالاته بالعوامل الوراثية، والذي يورث في مرض الربو الاستعداد لفرط الحساسية بوجه عام وليس مرض الربو في حد ذاته، والربو الذي يرجع لعوامل وراثية يظهر في سن مبكرة بعكس الربو المكتسب الذي يظهر عادة بعد عمر العشرين وغالبا بعد الأربعين، وقد أجريت في هذا المجال دراسات على توأمين من بويضة واحدة، و نفس الجنس ويحملان صفات وراثية واحدة، وكان الأب مصاب بالربو، فوجد الباحثون أن أحد التوائم أصيب بالربو بعد مكوثه داخل اصطبل فيه أرانب، في حين أصيب الأخر بالاكزيما على اثر استنشاقه لغبار بعض البذور، لذلك يبقى للعوامل غير الوراثية الدور الأكبر في حدث الربو **(الزراد، 2000، ص256).**

8-1-2 فرط الإستجابة الشعبية اللانوعية : Hyperréactivité Bronchique Non spécifique)

يمكن تعريفها كموقف الشعب للإستجابة بصفة غير عادية وذلك بالإنسداد عند التعرّض لمثيرات فيزيائية وكيماوية أو دوائية. بينما الشخص العادي لا يستجيب إلاَّ لجرعات كبيرة جدًّا أو أنّه لا يظهر أيّة إستجابة. هذه الحالة ليست خاصة فقط بالربو وإنّما تتواجد أيضًا في بعض حالات إلتهاب مخاطية الأنف وإلتهابات الشعب المزمنة، أو عند الشخص

العادي بعد تعرّض ممراته التنفسية لعدوى فيروسية لكن مع ذلك فإنّ أغلب مرضى الرّبو المزمن لديهم فرط في الإستجابة الشعبية.

إنّ ميكانيزمات هذا النشاط الشعبي المفرط في الرّبو متعددة جدًّا، قد يتعلق الأمر بتقليص قطر الشعب، شذوذ العضلات الملساء الشعبية لكن دور الإلتهاب الشعبي هو المهم حاليًا **(Bousquet et al, 1982, p 109).**

8-2- العوامل المساعدة:

تعتبر عوامل الإستعداد عوامل أساسية في نشأة الرّبو لكنّها غير كافية، ذلك أنّ الرّبو لا يظهر بدون تدخل عامل أو عدّة عوامل مساعدة منها: العوامل البيئية كالتلوث الجوّي والمنزلي، العوامل الجوية، العدوى المرضية، العوامل النفسية وعوامل أخرى مثل شهر الميلاد.

8-2-1 دور شهر الميلاد والرتبة في العائلة:

أجريت عدّة دراسات حول العلاقة بين شهر ميلاد الطفل وإحتمال تطوير الربو. منها دراسة **بيردريزت وآخرون (Perdrizet et al, 1976)** التي أجريت على التلاميذ المتمدرسين لمنطقة **Bas-Rhin** وتوصلوا إلى أنّ شهر ميلاد المرضى الربويين ذو إختلاف دّال عنه عند الأشخاص الغير ربويين. حيث 56% من مرضى الرّبو ولدوا ما بين شهر ماي إلى أكتوبر لتصل النسبة إلى 49% لدى العاديين**(نقلا عن أيت حمودة، 2006، ص 55).**

أمّا فيما يخص الرتبة في العائلة، العديد من الباحثين لاحظوا بأنّ خطر الإصابة بالربو بين الإخوة يكون أكثر أهمية لدى الطفل الثاني والثالث مقارنة بالطفل الأكبر، لكن دلالة هذه الظواهر تبقى غامضة .

8-2-2 الطبقة الإجتماعية وحجم السكن:

عكس ما يراه الرأي العام فإنّ الدراسات الإبدميولوجية لا تظهر إنتشارًا وتواترًا للربو في الطبقات الإجتماعية المتيسرة أو الرّاقية، بل أظهرت الدّراسات بأنّ وجود إعتناء سيئ للمسكن (الرّطوبة، جهاز التدفئة)، وكثافة سكانية في الشقة تمثل عوامل خطر للإصابة بالرّبو.

8-2-3 دور الظروف الجوّية:

تجريبيًا فإنّ تأثير العوامل الجوّية على تطوير الرّبو تمّ الإحسّاس به من طرف أغلب مرضى الرّبو، فقد أظهرت الدّراسات أنّ غياب الرّياح ووجود ضغوطات جوّية منخفضة تعارض إنتشار ملوثات خاصة إذا كان الموقع الجغرافي مساعد. بينما يظهر بأنّ الإنخفاض السريع لدرجات الحرارة الجوّية تلعب دورًا هامًا. فقد توصل **ترومب (Tromp, 1968)** من خلال الملاحظة اليومية لمرضى الرّبو إلى أن البرد (إنخفاض درجة الحرارة) يلعب دورًا أساسيًا في إحداث نوبات ضيق التنفس نفس هذا العامل تمّ الإشارة إليه من طرف **سلفاجيو (Salvaggio)** و**كوهان (Cohen et al, 1993, p 131)** و**شاربان (Charpin, 1984, p6)**.

8-2-4 دور التلوث الجوّي والتدخين:

يقال عن مرضى الرّبو أنّهم مؤشرات للتلوث، فالبيئة هي عامل مساعد ومسبب للنوبة الربوية سواء التلوث الجوّي الذي ينتج عن دخان المصانع والسيارات، أو التلوث الصناعي في مقر العمل من غبرة، دخان، غازات ومواد كيماوية. ونظرًا لكوّن قصبات وأسناخ مرضى الرّبو مفتوحة على الوسط الخارجي، تجعلها عرضة لمثيرات قوية التركيز مثل **SO2** وحمض الكبريت والأوزون مسبّبة صعوبات تنفسية ونوبات الرّبو لدى الربويين حتّى ولو بجرعات ضعيفة.

إنّ التدخين يمكن أن يعرقل عمل أهداف المخاطية الشعبية ويجعلها غير قادرة على أداء وظيفتها في دفع المادة المخاطية نحو الحنجرة لتسهيل حذفها، فتجعلها تتجمع على مستوى الشعب وتحدث الإنسداد الشعبي فتعرقل بذلك حركة الهواء وتجعل الرئتين أكثر عرضة للعدوى. كما يعمل التدخين على إثارة الخلايا المخاطية للشعب ويدفعها لإفراز المزيد من المادة المخاطية. ممّا يزيد من تعقيد الحالة وإحداث سعال مزمن لمحاولة التخلص منها

إنّ تدخين الآخرين يمكن أن يحدث ضيقًا في التنفس والنوبة الربوية. عمومًا، فإنّ السجائر تحتوي على مواد مثيرة منها النيكوتين، حامض الكربوليك. وهذه المواد تهاجم الأهداب الإهتزازية للمخاطية التنفسية وتعرقل طرقها الدفاعية الطبيعية. ضف إلى ذلك، فإنّ سلسلة من التجارب المخبرية أظهرت أنّه يكفي إستعمال بعض السجائر لإحداث إنقباض شعبي يكون في الأوّل قابل للإنعكاس ليصبح بعد عدّة سنوات غير قابل للإنعكاس**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 88)**.

8-2-5 دور العدوى المرضية والفيروسات:

إنّ أهمّية الفيروسات التنفسية في إحداث النوبات الرّبوية تتغير حسب السن. فقد أظهرت الدراسات الإبدمولوجية بأنّ أكثر من **10%** من نوبات الرّبو لدى المراهق أو الراشد تكون مرتبطة بفيروسات تنفسية. وإنّ الفيروسات المسببّة للربو تختلف وفقًا للسّن، ففي سن قبل العامين فإنّ الفيروس التنفسي المسيطر هو **(V.R.S) Syncytial**، وذلك في 40% إلى 70% من الحالات عند الطفل فالفيروسات المسؤولة هي (**Rarainfluenzoe**, **Rinovirus**, **Cornavirus**). بينما عند الراشد فإنّ الفيروس المسبّب هو في الغالب فيروس الزكام **(Grippe)**. إنّ ميكانيزمات الإلتهابات الشعبية الصفيرية الفيروسية هي متعددة، وإن فيروس مثل**(VRS)** يمكن أن يحدث تركيب **(IgE)** الخاصة الموضعية.

ويمكن للفيروسات أيضًا إحداث تحرير للهستامين ناتج عن نشاط الخلايا الصارية دون أن ننسى دور إلتهابات الجيوب الأنفية في إحداث النوبات الربوية.

إنّ الرّبو الذي يظهر في الطفولة يكون على العموم ربو حسّاسي وعدوى **(Infectieux)**، وغالبًا ما يرجع إلى هذين الميكانزمين بصفة مشتركة أو منفصلة. بينما عند الراشد الشاب فإنّ الحسّاسية تتغلب على العدوى. فيما بعد تستعيد العدوى المرضية الشعبية أهميتها ليتطوّر الرّبو نحو العجز التنفسي المزمن (**Godard et al, 1985, p10**).

8-2-6 العوامل الهرمونيـة:

إنّ للعوامل الهرمونية أهمية ضعيفة، فهي تعمل كعوامل تزيد من شدة الحالة وتفاقمها. لقد تمّ تسجيل تلازم بين تفاقم حالة الرّبو وخمود النشاط الجنسي لدى الرجال بعد سنّ الخمسين، لكن يبقى أثرها طفيفًا لأنّ هناك عوامل أخرى يجب أخذها بعين الإعتبار كالمشاكل المهنية والوجدانية أو الإستمرار في عادة التدخين طويلاً. بينما عند النساء فإنّ ظهور الرّبو أو تفاقم الحالة يظهر أنّه على علاقة بسيرورة العادة الشهرية أو الطمث. فالنوبات تتضاعف شدّتها، وأحيانًا أخرى لا تظهر إلاّ في الأيام التي تسبق الطمث.

وغالبًا ما تختفي هذه النوبات الربوية خلال مرحلة الحمل، أمّا في سن اليأس غالبًا ما تتحسن حالات الرّبو وهذا عندما يكون الوسط العائلي والإجتماعي مساعدًا، لكن قد تلاحظ أيضًا في هذا السن من الحياة بداية ظهور نوبات خطيرة ذات عسر تنفسي مستمر **(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 89)**.

8-2-7 دور العوامل النفسيـة:

إنّ حدوث نوبات الرّبو نتيجة للإنفعالات والتناقضات وفترات التوتر هي ظاهرة لحقيقة إكلينيكية يومية. وهناك فرضية تذهب إلى أنّ الرّبو الشعبي نظرًا لطبيعته الإنعكاسية والأليمة، ينسب إلى شكوى أو صراخ. ويمكن أن يكون تعبيرًا عن لغوي لمعاناة عميقة ولا

شعورية التي لا يستطيع الفرد التعبير عنها بالكلمات وإنّما تتجسد خارجيًا من خلال إشارة بدائية تتمثل في ضيق تنفسي صفيري والذي يرمز إلى رفض الهواء. **(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 90)**.

يتأثر الجهاز التنفسي بالإنفعالات تأثرًا عميقًا مثله في ذلك مثل الأجهزة المعدية المعوية والأجهزة الوعائية القلبية، والدليل على ذلك أنّنا في ظروف إنفعالية معيّنة بعمق وفي ظروف إنفعالية أخرى كما في حالات الخوف تكون أنفاسنا ممسوكة أي نتنفس بصعوبة. كذلك أنّ الشعور بثقل على الصدر غالبًا ما يكون تمثيلاً رمزيًا بوجود حمل على عقل المريض والذي يريد أن يزيحه من على كاهله بأنّ يتكلم مع الناس عن متاعبه. كما أنّ الشعور بكتم النفس أو الاختناق غالبًا ما يمثل تحويلاً للإنفعالات المكتوبة والتي لا يجد المريض فرصة التنفيس عنها بالكلام مع الآخرين. وكثيرًا ما تسمح لنا عملية تصريف مشاعرنا أن نتنفس أسهل**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 92)**.

لقد قام كل من **سول(Saull)** و**ألكسندر (Alexander)** بتحليل رسوم التنفس فوجدا علاقة بين حركة التنفس والجوانب النفسية اللاشعورية من صراعات وغيرها. كما أشار كل من **ويس (Weiss)** و**إنجلش (English, 1950)** لعلاقة التنفس بالقلق وذهبا إلى أنّ أغلب شكاوي المرضى العصابيين تتركز في العجز على التنفس، ويشير المريض إلى منتصف قفصه الصدري موضحًا مكان ضيقه وأنّه لا يستطيع الحصول على هواء كاف. ويورد **مصطفى زيور** في مقال له عن الطب النفسي الجسمي عرضًا شيقًا ودقيقًا عن الرّبو الشعبي فيذهب إلى القول بأنّ الأطباء عرفوا من زمن بعيد دور العوامل النفسية وأهميتها في إثارة نوبات الرّبو مثل **لينيك (Laenec)** الذي عرض حالة مريض كانت تحدث له نوبة الرّبو إن وجد في مكان مظلم أو غلق باب غرفته. كما يذكر الدكتور **تروسو (Trousseau)** ما كان يحدث له من نوبات ربو تحت التأثير النفسي. ويشير **مصطفى زيور** أن البحوث الخاصة

بالحساسية **(l'Allergie)** لم تتمخض إلاَّ عن نتائج ضئيلة بينما تقدمت البحوث النّفسية تقدّمًا كبيرًا وأظهرت أهمية الجانب النفسي.

ويذهب **ويس (Weiss)** و**إنجلش (English, 1950)** في هذا الصدد إلى القول بأنّه ظهرت الكثير من الأبحاث والمقالات التي كتبت عن علاقة الإنفعالات بالربو الشعبي، كما ذهبا إلى القول بأنّه قد لوحظ أنّ الذين يعانون من الرّبو غالبًا ما يبدوا أن معظم الهجمات تكون لجذب الانتباه إليهم، كما أنّه نتيجة ما لديهم من ضيق وقلق فإنّهم يعملون على إضطراب حياة من حولهم كما أنّ الكسب من السلوك يكون ثانويًا فقط.

كما يضيف كل من **أندرسون (Anderson)** و**تراثون (Trethowan, 1967)** بأنّ القلق والإحباط والعدوان المكبوت قد يعجّل هجمات الرّبو أو يضخم إستجابة الرّبو.

كما إهتمّ **ستروس (Strauss)** بدراسة العامل النشوئي في ربو الطفل، فوجد أنّ نسبة كبيرة منهم لديهم قلق وعدم شعور بالأمن ويعكس هذا في الغالب ما لدى الوالدين من قلق أو عدم الشعور بالأمن**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 92)**.

يضيف **ستروس (Strauss)** بأنّ الأطفال الربويين يقعون في مجموعتين، الأولى خاصّة بالأطفال المرغوبين جدًّا من والديهم كالطفل الوحيد أو الأكبر، والمجموعة الثانية هم الأطفال غير المرغوبين لكراهية لا شعورية من الوالدين نحوهم.

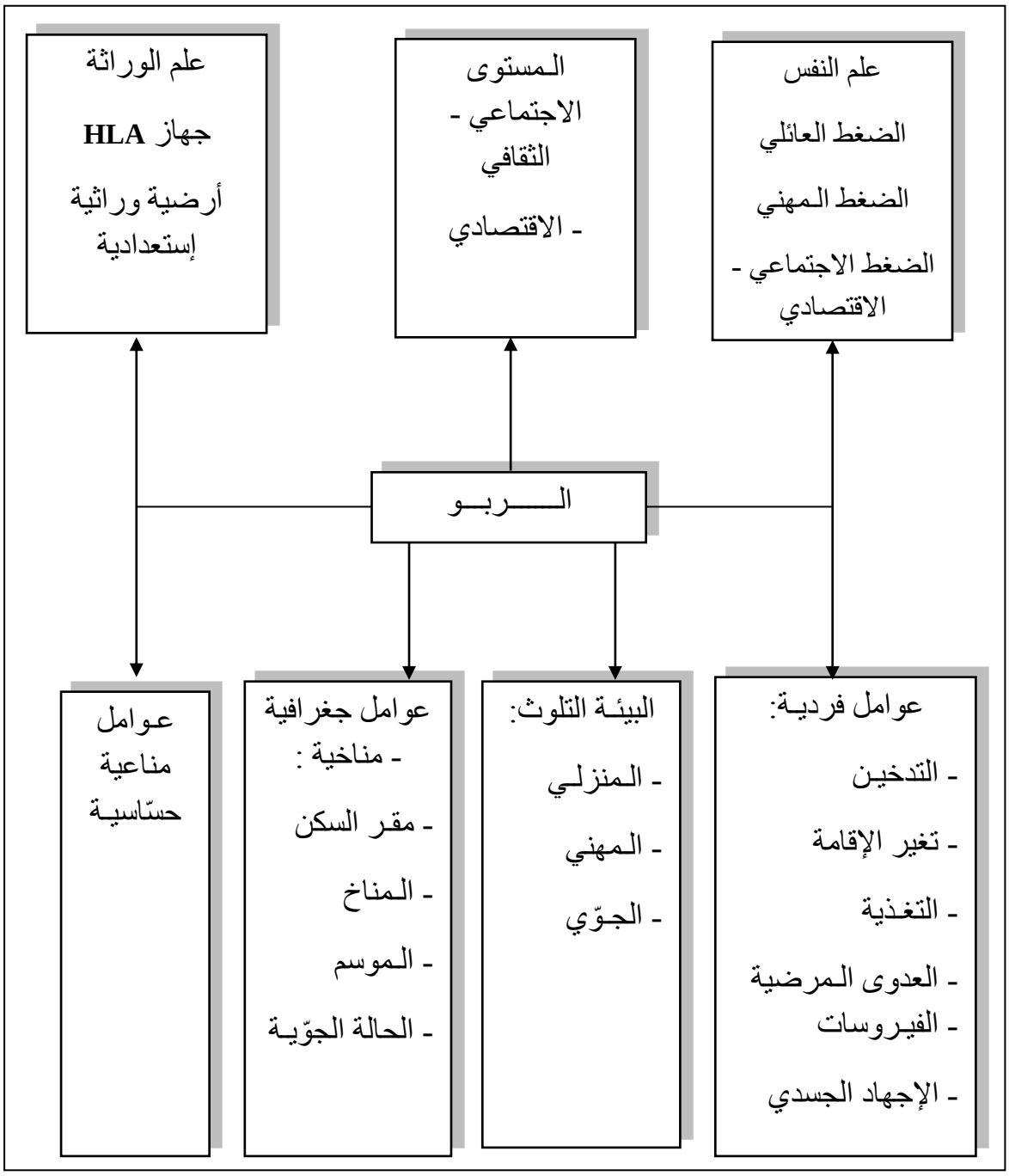
تثرى الدّراسات التي إستخدمت اختبار بقع الحبر لروتشاخ جوانب المرض وضوحًا فتذهب هذه الدراسات إلى إفتراض أنّ الإضطرابات في الشخصية توجد قبل ظهور مرض الرّبو.

قد أيّد ذلك **شاتيا (Schatia)** من خلال تحليله لسجلات الروتشاخ الخاصة بأربعين مريضًا بالربو.

يقول **ألكسندر (Alexander)** موضحًا رأيه في الرّبو كمكون لعرض هستيري، حيث توجد في الرّبو مكوّنات لعرض تحوّل هستيري، إذ أنّ الرّبو ممكن أن يخدم كتعبير مباشر وبديل جزئي لإنفعال مكبوت مثل الرغبة في الصياح **(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 93)**.

إنّ الرّبو نادرًا ما ينتج عن ميكانيزم سببي واحد، إنّ حالات الرّبو الحسّاسي المحضة موجودة ولكن ليست كثيرة، لأنّ هناك حالات ربوية غددية، مرضية، نفسية المنشأ. إنّ القاعدة هي أن الرّبو متعدد الأسباب **(La Polyetiologie et de l'Asthme et la Régle)** ويجب العمل على تحديد في كل حالة الميكانيزمات المسيطرة والغالبة وتوجيه العلاج نحوها (**Charpin, 1986, p 8**).

ويمكن تلخيص العوامل السببية للرّبو كما هو مبين في الشكل رقم **(16)**:



شكل رقم (17): العوامل المسببة للربو

(Pretet, 1986, p 1111)

9- النظريات المفسرة لمرض الربو:

من خلال ما تقدم يتجلى لنا دور العوامل النفسية في فهم الربو، وعدّة تناولات اهتمّت بهذا المرض منها التناول السلوكي من خلال الإشراط والتناول التحليلي، وأخيرًا التناول السيكوسوماتي. وسيتمّ لاحقًا عرض تفصيلي لهذه التناولات في دراسة الرّبو وعلاقته بالعوامل النفسية.

9-1 وجهة نظر التناول السلوكي في الربو:

9-1-1 التعلم والإشراط الكلاسيكي والنوبة الربوية:

أوضح كل من **ليث (Leigh)** و**فرنكس (Franks, 1959)** و**ترنبيل ,Turnbull) (1902)** بأنّه يمكن للنوبة الربوية أن تكون إستجابة أولا غير شرطية لمولّدات حساسية لتصبح فيما بعد إستجابة شرطية لمنبهات حيادية من خلال العملية العادية للإشراك الكلاسيكي. وإنّ الأدلة التجريبية لهذه النظرية تمّ التوّصل إليها في العيادة والمخبر. فقد تمكّن كل من **ديكير (Dekker)** ، **بلسر(Pelser)** و**قريون (Groen, 1957)** من إحداث نوبة ربو لدى مريضين من خلال إستنشاق محلول حيّادي أو الأوكسجين، أو من خلال مجرد إدخال أنبوب في الفم بعد إقتران هذه المنبهات مع إستنشاق مولّد الحساسيّة. ويرى ترنبيل **(Turnbull, 1902)** بأنّ هناك مسارين يمكن من خلالها لسلوك ربوي مشروط بمنبه حسّاسي أن يصبح مزمنًا وهما كالتالي :

❐ أولا : إذا كانت إستجابة النوبة الربوية يتبعها إنخفاض أو تجنب للآلام أو القلق، عندها يمكن أن تصبح شديدة المقاومة للإنطفاء وهذا ما يميّز إستجابة الفرد لكل منبه منفر آخر**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 93)**.

ويرى **ترنبيل (Turnbull, 1902)** أنّ كون الإستجابات الربوية تكتسب عمومًا تدريجيًا في العصاب التجريبي الأمر الذي جعله يرى أنّ النوبة الربوية هي إستجابة تجنّب (**Réponse d'Evitement**) بدلاً من كونها عنصرًا فطريًا لإستجابة إنفعالية.

❐ ثانيًا : عندما يصرخ الطفل أو يصدر نداءات تنفسية أخرى، ولا يتلقى العناية والرعاية الكافية من طرف الأم هنا يحاول إستعمال مختلف الإشارات للحصول على رعاية أفضل، وعليه فإن التنفس الربوي يمكن أن يظهر أحسن طريقة للفت الإنتباه المرغوب فيه. وهكذا يصبح التنفس الربوي إستجابة إجرائية يصدرها الفرد للحصول في آن واحد على اهتمام أكبر وتقليص للقلق.

ويرى **ولب (Wolpe)** أنّ ما دامت النوبات الربوية تبدو كإستجابات إشراطية للقلق أو لمولّد حساسية معيّن أو لتجنّب وضعية ما، إذا يمكننا اللجوء إلى تقنيات الإشراط بهدف إزالة حسّاسية العميل للمنبهات الإشراطية التي أحدثت النوبة **(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 94)**.

إذًا من المسلم به أنّ مبحث أعراض الرّبو (**Symptomatologie Asthmatique**) يشمل في آن واحد مكون جسدي ومكوّن نفسي، وهذا ما يقتضي تعاون كبير بين الأطباء والأخصائيين النّفسانيين.

فالباحثون أمثال **ترنبيل (Turnbull, 1962)** ، **يوركستون (Yorkston, 1975)** يشيرون إلى الدور الذي يلعبه التعلم لدى مريض الربو. ومن جهة أخرى بأنّ **لكمان (Lachman, 1972)** يدعم ذلك حيث يرى أنّ هناك تعزيز متباين لأنواع مختلفة من التنفس يمكن أن تؤدي إلى اكتساب نمط تنفسي ربوي. بينما يرى **ليفنسون (Levenson, 1979)** بأنّه يمكن للعوامل الإنفعالية أن تلعب دورًا هامًا في نوبات الرّبو أكثر من العوامل ذات طبيعة حساسية أو عدوى مرضية.

إنّ أثر العوامل الإنفعالية على المقاومة التنفسية تمّ إظهارها تجريبيًا في دراسات مختلفة **ليفنسون (Levenson, 1979)** ، ماث (**Mathe**) و**كناب (Knapp, 1971)** ، حيث يمكن للإنفعال تشديد وبصفة دّالة النوبة الربوية. في حين بيّن **ليفنسون (Levenson, 1979)** أنّ ذلك يستلزم إستجابة خاصة لذلك فقد قام بمقارنة إستجابة مرضى الرّبو والأشخاص غير الربويين تجاه مختلف الضغوطات، ووجد بأنّ القياس المثالي لإستجابة الضغط لدى الأشخاص غير الربويين يتمثل في الإيقاع القلبي بينما لدى مرضى الرّبو تمثلت في المقاومة التنّفسية حيث إستجابوا للضغط بمقاومة تنفسية كبرى**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 94)**.

9-1-2 دراسات حول فعالية التدخلات والعلاجات السلوكية في الرّبو:

من بين التقنيات السلوكية المستعملة في علاج الرّبو فإنّ مجهودات البحوث إرتكزت أساسًا على التدخلات التي تهدف لضبط الأسباب التي تحدث الصعوبات التنفسية، ومن جهة أخرى إستجابات العضو المصاب.

أمّا فيما يخص دراسة الحالات عدّة تقنيات قد إستعملت من بينها التدريب على تأكيد الذات **ولتن (Walten, 1960)**، سلب الحساسية المنتظم **لكوبير(Cooper, 1964)** و**يوركستون وآخرون (Yorkoston et al, 1974)** وإطفاء وتعزيز السلوكات المتنافرة **لنيسمورث (Neismorth)** و**مور (Moore, 1972)** والتدريب على الإسترخاء مع إعادة البناء غير المتبصر (**Restructuration au Hasard**) لـ **سيروتا ومهوني (Mahoney et Sirota,1974)** ، والإسترخاء مع تغيير البنية المعرفية لـ **راتيس (Rahtus, 1973)**.

كل هذه الدّراسات أظهرت تحسّن لحالة الفرد وهذا يدّل على فعالية العلاجات السلوكية حتّى وإن أجريت على مجتمع محدّد**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 95)**.

فيما يخص الدّراسات التي إهتمت بالتأثير على العوامل المسببّة تسلم بأنّ مرضى الرّبو يشعرون بالقلق عندما تحدث النوبات الربوية، لذلك فالتدريب على الإسترخاء يحدث تحسنّات دّالة على مستوى قياسات القدرة التنفسية وهذا بمقارنتهم مع مجموعة ضابطة. والعلاجات التي إعتمدت على سلب الحساسية المنتظم توصّلت إلى نتائج أحسن. بعض هذه الدّراسات أجريت على الأطفال الربويين والبعض الآخر على الراشدين اللذين يعانون من الرّبو. أمّا الدّراسات التي إهتمت بإستجابات العضو المصاب التي تهدف لضبط العوامل المصاحبة للصعوبات التنفسية، من خلال تقنيات إجرائية كالمفعول الرجعي البيولوجي. فقد أظهر **ياتس (Yates, 1980)** بأنّ إستعمال هذه التقنيات تزيد من القدرة التنفسية.

إنّ مختلف التقنيات السلوكية المستعملة في علاج الرّبو يمكن أن يكون لها أثر مشترك يتمثل في تقليص القلق الناتج من العلامات القبلية للنوبة **سبيفاك ,Spevack))** **(1978).** وفي هذا الإطار إفترض كل من **كراوفود وآخرون (Grawford, 1975)** بأنّ التدريب الذي خضع له المرضى سمح بتلقيص حساسية المرضى للأعراض السابقة للنوبة. فالتحّسن الملاحظ ناتج عن تعلم الشخص تأخير وقت النوبة الربوية. ضف إلى ذلك، فيمكن لبعض التدريبات أن تعمل على تعديل بصفة مباشرة أو غير مباشرة التصريحات الداخلية للأفراد، كما هو الأمر في دراسة الحالة التي عرضها **راتيس (Rahtus, 1973)**. وهي حالة خاصة بإمرأة تبلغ من العمر 33 سنة تعاني من الرّبو منذ 3 سنوات، حيث شاركت في برنامج العلاج السلوكي. وضّح راتيس **(Rahtus, 1973)**.بأنّ النوبة الربوية يمكن أن تكون حادث ضاغط وأنّ القلق الذي تشعر به عند مجرّد الإعتقاد بأنّ النوبة ستحدث يمكن أن يكون كافيًا بحدّ ذاته لإحداث النوبة الربوية. لذلك إقترح للمريضة برنامج يهدف لتقليص قلقها والتعلم للبقاء هادئة تجاه العلامات المنذرة للنوبة. كما صرّحت هذه المريضة بأنّ بعض الحالات الإنفعالية كالقلق والغضب تعمل على إحداث وزيادة الصعوبات التنفسية لديها**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 96).**

يضيف **راتيس (Rahtus, 1973)** بأنّ الضغط سواء كان من طبيعة حساسية أو نفسية يحدث من خلال الهيبوتلاموس إثارة فيزيولوجية مثل سرعة خفقان وإيقاع القلب أو التشنج الشعبي. هذه الإثارة تسبب القلق الذي يؤدي إلى تصريحات داخلية لها أثر على زيادة هذه الإثارة الفيزيولوجية. وكلما كان الفرد قلقًا ومتوترًا كلما كان التنفس شاقاً. فعندما يشعر مريض الرّبو بالصعوبات التنفسية ذلك لأنّه يتنفس بسرعة ممّا لا يسمح للهواء من الخروج من الرئتين أو دخوله. إنّ إستعمال الإسترخاء بمجرّد ظهور الأعراض المنذرة للنوبة يمكن أن يعمل على تقليص القلق.

كما يفسّر **راتيس (Rahtus, 1973)** بأنّ كل من الغضب والقلق تعمل على جعل عملية التنفس أكثر صعوبة وشاقة. فالمشكل وإنّما في الزفير بصفة صحيحة، لذلك فإنّ التقنية الأولى المطبّقة هي الإسترخاء للتحكم في عملية التنفس وجعلها أكثر سهولة**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 96)**.

ولتعديل المعارف غير الملائمة تمّ إستعمال تقنيات معرفية مثل اللجوء إلى إعادة البناء المعرفي العقلاني **لدسينتسيو (Decenteceo)**، **قودفريد (Godfreid)** و**وينبلغج (Weinberg, 1974)**، حيث تسجل المريضة التصريحات الداخلية. ولاحظ **راتيس Rahtus, (1973)** بأنّها تصريحات سلبية وليست بناءة، مثلاً عند ظهور العلامات الأولى للصعوبات التنفسية فإنّ المريضة تميل إلى القول: "ليس الآن أيضًا، سأتجاهل الأعراض ربّما ستزول بمفردها " أو قولها : " لست أنا سبب المشكلة، فالربو يحاصرني دائمًا".

حتّى يتمّ تخفيض الآثار السلبية لهذه التصريحات يساعد المعالج المريضة على تكوين وصياغة تصريحات أكثر تكيّفًا مثلاً القول: " سأبقى هادئة وسأركز على ضبط تنفسي ". وتدريب المريضة مستقبلاً على العمل على تحديد التصريحات السلبية وإستبدالها بتصريحات ملائمة وذلك للتعامل مع الوضعية بصفة أكثر فعّالية ما أمكن ذلك وبمجرّد ظهور العلامات الأوّلية المنذرة بالنوبة الأساسي لمريض الرّبو ليس في الإستنشاق إنّ

تطبيق العلاجات السلوكية – المعرفية كإستراتيجيات تدخل في علاج المشكلات النفسية الفيزيولوجية، كانت موضوع دراسات مختلفة **جونيست (Genest)**، **تورك (Turk, 1979)**

غير أنّ البحوث حول الرّبو كانت قليلة (دراسة حالة **Arthus**) مع ذلك يظهر بأنّ طرق المراقبة أو الضبط الذاتي يمكن أن تعمل كمكمل للعلاج الطبي أو كطريقة وقائية.

عمومًا، يجب الإشارة إلى أنّ هذه الإجراءات السلوكية لا يجب أن تطبق بصفة مماثلة لدى كل مرضى الربو. فقد وضّح كل من **جونز وآخرون (Jones et al)** و**داهليم (Dahlem, 1980)** بأنّ مرضى الرّبو لا يستجيبون كلّهم تجاه المواقف المقلقة بنفس الإستجابة الإنفعالية و/أو الإنقباض الشعبي**(In Fontaine, 1984, p16).**

9-2 وجهة نظر التناول السيكوسوماتي في الربو:

السيكوسوماتيك، الطبّ النفسي–الجسدي، كلّها تسميات لها نفس المعنى والدلالة، وتشتق هذه التسمية من اللغة اليونانية وهي تجمع بين كلمتين هما (**Psyche**) وتعني النفس و(**Soma**) وتعني الجسد. وللتناول السيكوسوماتي أهداف وغايات، ويبقى علاج المرضى هو الهدف النهائي. عمومًا، يمكن أن نلخص أهدافه في النقاط الأساسية التالية :

❶. تحديد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي على حدّة، وهذا التحديد يختلف من مدرسة لأخرى حسب التصنيفات التي تتبعها هذه المدارس. وفي حالة التوصل لتحديد دقيق لهذه الأنماط يصبح من الممكن التنبؤ بإحتمال الإصابة بالمرض قبل وقوعه ممّا يدعم العلاج الوقائي لدرجة يمكن التأمل معها بالحدّ من نسبة إنتشار هذه الأمراض فالعلاج النفسي الوقائي يهدف لتعديل العلائم النفسية المؤدية لهذه الأمراض وبالتالي للتقليل من إحتمال الإصابة بالمرض**(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 97).**

مثلا، لقد إستطاع مارتي **(Marty)** أن يحدّد البنية النفسية الأساسية والعلائم النفسية الموافقة لها في حالة الإصابة بالأمراض الخطيرة، ممّا يفتح أبواب إمكانية العلاج النفسي الوقائي لهذه الأمراض.

❷. الوصول بالمريض إلى الوضع الأكثر توازنًا بين حالته النفسية وحالته الجسدية. ويطلق مارتي **(Marty)** تسمية التنظيم النفسي – الجسدي لهذا التوازن.

❸. إدخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي. بحيث نجنّب المريض أخطار الإصابة بالأمراض الجسدية بسبب معاناته النّفسية، ومن ثمّ التدخل دون تطور حالته النّفسية نتيجة للإصابة الجسدية.

❹. إستغلال العلوم الإنسانية وعلم النفس في طليعتها لتحسين المستوى العام للحياة الإنسانية. وصولاً بالفرد إلى أفضل مستوى عقلي – صحي يمكنّه من القيام بدوره كاملاً في خدمة الإنسانية.

❺. المساهمة في تكوين نظرة كلّية متكاملة عن الوجود الإنساني وعن الإنسان، وذلك وصولاً لترسيخ نظرة موسعة تأخذ بالإعتبار مختلف العوامل المساهمة في إستقرار وتوازن الإنسان وتطوّره المستقبلي.

وما دام للبسكوسوماتيك عدّة مدارس فإنّ المدرسة التي سيتمّ التركيز عليها هي: المدرسة البارسية للسيكوماتيك **(Marty) (نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 98)**.

يعتبر هذا الباحث أنّ الإنسان هو وحدة حيّة مدفوعة في فضاء الحياة لمدّة معيّنة، ولهذه الوحدة فرديتها وتميّزها عن سائر الوحدات الأخرى. فالطفل منذ ولادته بل وقبلها يولد مميّزًا ومجهزًا بالآليات الدفاعية – الجسدية (المناعية) التي تتيح له مقاومة الإلتهابات، العوامل الفزيائية والكيميائية والفيروسات. إلاّ أنّ توطيد هذه الآليات الدفاعية من جسدية ونفسيّة إنّما يتمّ من خلال علاقة الطفل بالأم. وعلى هذا الأساس فإنّ عناية الأم بطفلها

يجب أن يتعدى عنايتها بتأمين الظروف المناسبة لإستمرارية حياته إلى دور نفساني يتمحور حول قيامها بإعادة الشحن المستمّر لنرجسية طفلها.

بمعنى آخر فإنّ دور الأم النفساني يقتضي مساعدتها للرضيع كي يوطد آلياته الدفاعية من نفسيّة وجسدية وصولاً إلى أنا فاعلة وجهاز نفسي متوازن وحسن البناء.

ضف إلى ذلك، فهذه النظرية لمارتي الدينامكية لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض. بل تتابع الإنسان في مختلف مراحل تطوّره، أثناء مرضه وأثناء صحته، أثناء توازنه النفسي – الجسدي وأثناء إختلال هذا التوازن. وإذا كانت غريزة الحياة بما فيها من الدفاع عن البقاء والتناسل، فهي عامل مساعد على إستقرار التوازن النّفسي – الجسدي فإنّ غريزة الموت بما فيها من رغبة في تدمير الذات هي عامل مهدّد لهذا الإستقرار. وعليه فإنّ هيمنة غريزة الحياة تستتبع التوازن والصحة، في حين أنّ هيمنة غريزة الموت تؤدي إلى إختلال التوازن وإعتلال الصحة الجسدية.

كما إستطاع **مارتي (Marty)** أن يحدّد العلائم النفسية الموافقة للأمراض الخطيرة، وإلى تحديد نوعين من الأعصبة غير النمطية (**Neuroses Atypique**) التي ترافق عامة الإصابة بالأمراض النفسية – جسدية. وهذه الأعصبة هي الطبائعية والسلوكية. كما إنبثق مفهوم البنية الأساسية المميّزة لكل شخص على حدّة.

كما يضيف **مارتي** (**Marty**) أنّ من الإضطرابات العصابية التي يمكنّها أن تؤدي للإصابة ب الرّبو وتكمن خلفه هي كالتالي:

- **الرّبو الأساسي:** وينشأ عن عدم كفاية تنظيم الجهاز النفسي (عصاب سلوكي)، ممّا يعني أن هذا المريض يمارس نزواته ورغباته دون إخضاعها لرقابة الجهاز العقلي. وهذا النوع من الرّبو يكون أكثر إلتصاقًا بالأسباب النفسية من الأنواع الأخرى للربو **(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 99)**.

- **الربو المتراوح:** ويضمّ غالبية مرضى الرّبو وفيه تتراوح شخصية المريض بين الهستيريا وبين العصاب السلوكي.

- **الربو الطبائعي:** وهذا المريض يكون مصابًا بالعصاب الطبائعي، أيّ هناك نقص في تنظيم وظائفه ممّا يؤدي إلى إنخفاض فعاليتها من نقص القدرة على التفكير وعلى وعي الذات والآخرين وعلى التماهي.

لقد كان لتحديد الأنماط السلوكية المرضية فائدتها الصحية سواء على صعيد الوقاية بالمرض أو على صعيد العلاج، لذلك فإنّ عرض هذه الأنماط السلوكية تعتبر خطوة تثقيفية صحيّة ضرورية يمكنّها أن تنبه لشخص إلى أخطار السلوك الذي يعتمده وتشجيعه على تغيير كخطوة وقائية للحفاظ على صحتّه **(النابلسي**، 1997، **ص69)**.

9-3 وجهة نظر التناول التحليلي في الربو:

لقد أبرزت مدرسة التحليل النفسي أهميتها ودورها في الرّبو، إذ كشف الفحص النفسي والملاحظات العيادية لهؤلاء المرضى عن وجود صراع نفسي يشكّل العامل السيكوديناميي الأساسي عند الربوي محوره التعلق المفرط وغير المعالج مع الأم. ويضيف الباحث **ويس (Weiss)** في دراسة التحليلية التي قام بها إلى اعتبار النوبة الربوية نداء مكبوت للأم **(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 100)**.

بينما نجد كلا من **باريش (Baruch)** و**ميلر (Miller)** يتحدثان عن أهمية النبذ الأمومي في ظهور الرّبو عند الطفل.

دراسات أخرى إهتمت بتحديد ملامح الشخصية الربوية التي بإمكانها أن تتطور كدفاع ضد التثبيت الطفولي، حيث وجد (**Alexander**) لدى مختلف المصابين بالربو خصائص مشتركة من جهة النمط العدواني المتحمس، ومن جهة أخرى أفراد يمتازون بخصائص الوسواس القهري والهستيريا **(Cain, 1971)(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 100)** .

يشير **ليون كاريسلر (Kreisler, 1976)** في كتابه (**La Psychosomatique de l'Enfant**) إلى أنّ الدراسات التحليلية توصّلت إلى نوعين من وجهات النظر. أوّلاً مطابقة الرّبو مع نموذج التحويل الهستيري وإسناد للضيق التنفسي معنى رمزي لا شعوري، وإمّا تكرار لوضعية علائقية شبقية في الضيق التنفسي.

وفي ذلك يضيف **ألكسندر(Alexander)** موضحًا رأيه في الرّبو كمكوّن لعرض هستيري حيث يوضّح أنّ في الرّبو مكوّنات لعرض تحويل هستيري. فالربو يمكن أن يستعمل كتعبير مباشر وبديل جزئي لإنفعال مكبوت والفرضية الثانية تبتعد من المنشأ النفسي للربو، فحسب نموذج العصاب وإعطاء المكانة للظواهر العصابية الثانوية (**Phénomène de Névrotisation Secondaire**) **(Kreisler, 1976)**. **(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص 100).**

10- علاج مرض الربو:

10-1 <u>العلاج الدوائي:</u>

إن علاج مرض الربو يتطلب الابتعاد عن العوامل المثيرة لنوبة الربو، وكذا استعمال الأدوية بالطريقة التي يصفها الطبيب سواء لفترات طويلة أو قصيرة لهذا يتوجب على المريض الامتثال للعملية العلاجية سواء كانت دوائية أو نفسية. أي أن بعد وضع تشخيص المرض أصبح من واجب المريض أن يلجأ للعلاج حتى يقلل من أثار المرض. وحسب توصيات **(ANAES, 2001)**; **(Gina, 2016, p19)** فإن علاج الربو يتطلب ما يلي:

- الابتعاد عن العوامل المثيرة لنوبة الربو.
- استعمال الأدوية حسب الوصفة الطبية.
- الامتثال للعملية العلاجية.

في الحقيقة لا يوجد دواء يسمح بالشفاء من مرض الربو، لكن هناك مجموعة من الأدوية التي يتناولها المريض في حالة تعرضه لنوبة الربو والتي تسمح بالوقاية من الأعراض الخطيرة للنوبة، والمحافظة على استقرار عملية التنفس، ولهذا يلجأ الطبيب الى وصف مجموعة متنوعة من الأدوية سواء كانت موسعات الشعب الهوائية أو مضادات التهابية أو مجموعة دوائية أخرى. عموما، يوجد نوعان من الأدوية التي يستخدمها مريض الربو وهي:

10-1-1 الأدوية الموسعة للشعب الهوائية:

وهي توسع المسالك الهوائية فتساعد على اختفاء الأعراض ولها تأثير مريح فوري وسريع في إيقاف نوبات الربو، وتستعمل عادة عن طريق البخاخ أو الرذاذ أو الاستنشاق مثل: **الفونتولين** أو **البريكانيل** أو **الأتروفينت**. **(راوي، 2013، ص116)**.

هناك موسعات الشعب الهوائية فعاليتها طويلة المدى وأخرى سريعة، وهي تعمل على إرخاء عضلات القصبات الهوائية. وتنقسم الموسعات الصدرية **(B2-agoniste)** ذات فعالية سريعة وهو يستعمل عن طريق الاستنشاق عندما يشعر المريض بضيق في التنفس وهو فعال من الدقيقة الأولى. كما يمكن أن يؤخذ عن طريق الحقنة في حالة حدوث نوبة خطيرة، ويجب أن يملك المريض هذه الأدوية دوما، وإذا ما شعر أنه قد زاد في جرعات التناول عليه الاتصال بالطبيب المعالج لأن ذلك يمكن أن يفسر أن حالته المرضية غير مستقرة. وتعتبر موسعات الشعب الهوائية كأدوية أساسية للمريض وتعمل على وقايته من النوبات ويقدم عادة من طرف الطبيب المعالج كدواء مكمل للعلاج المضاد للالتهابات. من بين موسعات الشعب لم يتم الاحتفاظ إلا بمقلدات المستقبلات الادرينالية 2β والسمتاوي ، والميثيل **(قزينتين التيوفيلين).(Godard et al, 1985, p10)**

– مقلدات المستقبلات الادرينالية β 2والسمتاوي: تعتبر من أقوى موسعات الشعب ، تحدث ارتخاء في العضلات الشعبية الملساء منها تلك التي لها مفعول محدود (4–6ساعات) والتي لها مفعول مطول (12ساعة) .

– مقلدات المستقبلات الادرينالية2β والسمتاوي ذات المفعول القصير المدى : من بينها السالميتيرول الذي يوصف للمصابين بالربو الذين يعانون من نوبات ليلية بالرغم من استعمال الهرمونات الكظرية المستنشقة بجرعات عالية حتى تتسنى مراقبة أحسن للمريض.

– مقلدات المستقبلات الادرينالية 2β والسمتاوي ذات المفعول المطول: من بينها السالميتيرول الذي يوصف للمصابين بالربو الذين يعانون من نوبات ليلية بالرغم من استعمال الهرمونات الكظرية المستنشقة بجرعات عالية حتى تتسنى مراقبة أحسن للمريض .

جدول رقم (06): يمثل الأدوية الخاصة بكل شكل من أشكال الربو

(العرفي، 2002، ص 190).

الربو الحاد	الربو المتوسط	الربو الخفيف	الربو المتقطع
Perdnisone 0.5 مغ لليوم	**Beclométhasone** 200 مغ لليوم مدة أسبوع ثم التقليل إلى 100مغ	**Beclométhasone** 100مغ لليوم لمدة أسبوعين	**Salbutamol** من 3 إلى4 مرات في الاسبوع
Beclométhasone	التقليل إلى 100 مغ إذا قلت الأعراض	التقليل إلى 60 مغ إذا خفت الأعراض	بعد تمرين مجهد
Salbutamol inhalé سالبيتامول مستنشق ليس أكثر من 3ل4 في اليوم	**Salbutamol inhalé** سالبيتامول مستنشق ليس أكثر من 3ل4 في اليوم	**Salbutamol inhalé** سالبيتامول مستنشق ليس أكثر من 3ل4 في اليوم	عند الاثارة

10-1-2 الأدوية المضادة للإلتهاب:(les anti-inflamatoires)

وهي تقلل الالتهابات الحاصلة في الشعب الهوائية وتجعلها أقل حساسية لمثيرات الربو، فتتحسن الأعراض تدريجيا، بالإضافة الى أنها تمنع حدوث النوبات أو تقللها وتسمى بالأدوية الواقية ولذلك فإن المريض يحتاج إلى استخدامها يوميا حتى إذا لم توجد أعراض الربو. وعادة تستعمل عن طريق البخاخ أو الاستنشاق مثل **البيكوتايد و الفايركس. (راوي، 2013، ص116).**

توصف مضادات الالتهاب عادة في الربو الدائم، وتستعمل كأدوية ذات فعالية بطيئة، وتعتبر **الكورتيكودات (les corticoides)** أكثرها انتشارا، تؤخذ عن طريق الفم أو الحقنة في حالة الربو الحاد، وعن طريق الاستنشاق في حالة نوبة ربو حادة. إن أثر هذه الأدوية لا يظهر بسرعة مثل موسعات الشعب الهوائية وهذا ما يجعل المريض غير مواظب وغير متحمس لتناولها**(Godard et al, 1985, p10) .**

ومن مضادات الالتهاب نميز ما يلي:

- الهرمونات الكظرية: هي الأدوية الأكثر فعالية تثبط ردود الأفعال الالتهابية وترفع من استجابة المستقبلات الخاصة بالعضلات الشعبية الملساء منها:

- الهرمونات الكظرية المستنشقة على المدى الطويل، فعالة جدا مع بعض التأثيرات الجانبية الطفيفة (بحة صوت ، سعال ناتج عن إثارة الحلق).

- الهرمونات الكظرية عن طريق الفم على فترات قصيرة ، لا تحدث تأثيرات جانبية .

- الهرمونات الكظرية عن طريق الفم على المدى الطويل لا يمكن استعمالها إلا في الحالات القصوى لتأثيراتها الجانبية .

– كروموقليكات الصوديوم: له مفعول مضاد للالتهاب يستعمل للمدى الطويل على شكل كبسولة .

10-1-3 تقنية التربية الهوائية لمرضى الربو:

يشير **شرجيسلس (Sergysels, 1983)** أن تقنية التربية الهوائية تساهم بدور كبير في علاج مرضى الربو حيث تستعمل لتحسين وظيفة التنفس وبالتالي التقليل من النوبات الربوية والوصول بالمريض الى درجة من الاستقرار والاتزان. وتستعمل التربية الهوائية خاصة مع صغار السن، وتجرى على ثلاثة مستوبات وهي:

– اخراج الافراز الموجود في القصبات الهوائية حتى لا يعيق من قوة عملية الزفير.

– التنفس بشفاه مغلقة.

– الزيادة في شدة الزفير في النهاية.

على العموم، تهدف هذه التقنية إلى ما يلي: **.(Sergysels, 1983, p 11)**

– تصحيح التشويه الذي يظهر نتيجة النوبات المتكررة على القفص الصدري.

– تقليل عسر التنفس الذي يعاني منه المريض للوصول به إلى وضعية أفضل في وقت الراحة والتمرين.

– زيادة النتائج القياسية في عملية التنفس (التحمل، السرعة).

– زيادة الأمل في الحياة.

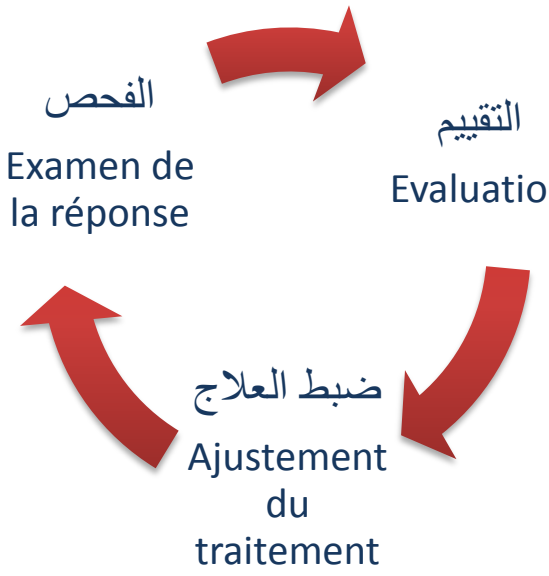
وفي نفس السياق، اقترحت **(Gina, 2016, p11-19)** دورة علاج مرض الربو تحت المراقبة **(Cycle de traitement de l’asthme basé sur le contrôle)** والموضحة في الشكل التالي:

التقييم:

- التشخيص
- ضبط الأعراض و عوامل الخطر(الوظيفة التنفسية)
- تقنيات الاستنشاق
- تفصيلات المريض

الفحص:

-الأعراض
-النوبات
-أثار غير مرغوب فيها
-رضى المريض
-الوظيفة التنفسية



ضبط العلاج:

-أدوية الربو

-استراتيجيات غيرصيدلانية (stratégés non pharmacologiques)

- علاج عوامل الخطر القابلة للتعديل

شكل رقم (18): يوضح دورة علاج مرض الربو تحت المراقبة
(Cycle de traitement de l'asthme basé sur le contrôle)

يسمح علاج مرض الربو بضبط الأعراض وتقليص الأخطار ويتم ذلك من خلال مجموعة من الاجراءات التالية **(Gina, 2016, p11):**

- أخذ الأدوية: ضرورة وصف علاج للنوبات الربوية لدى كل مرضى الربو.

- تعديل عوامل الخطر القابلة للتغيير (التدخين).

- تطبيق علاجات واستراتيجيات غير صيدلانية **(non pharmacologiques).**

- يجب اعلام المرضى من خلال تقديم معلومات حول الربو وكيفية استعمال تقنيات الاستنشاق **(techniques d'inhalations) .**

- الملاءمة العلاجية.

- المراقبة الذاتية **(Auto-contrôle)** .

- مراقبة طبية منتظمة.

- مخططات تدخل كتابية لكيفية مواجهة النوبات الربوية.

✓ **إستعمال أجهزة الاستنشاق:**

أغلب المرضى الربويين (حوالي 80% من الحالات) لا يستعملون بصفة صحيحة أجهزة الاستنشاق (البخاخات)، وهذا ما يؤدي إلى ضبط سيء للأعراض وظهور النوبات الربوية. ولتحقيق ملاءمة علاجية جيدة لا بد من التأكد من تعلم المريض الاستعمال الصحيح والفعال لأجهزة الاستنشاق، حيث يمكن للطبيب المعالج عند الزيارة الطبية أن يطلب من المريض الربوي أن بريه كيف يستعمل البخاخة، وفي حالة الاستعمال الخاطئ على المعالج تصحيح الخطأ من خلال توضيح الطريقة الصحيحة.**(Gina, 2016, p18)**

✓ **مراقبة وتحسين الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو:**

قرابة 50% من المرضى الربويين الراشدين والأطفال لا يتبعون علاجهم ويأخذون أدويتهم كما تم وصفها من قبل الطبيب المعالج، وتؤدي عدم الملاءمة العلاجية إلى ضبط سيء للأعراض وظهور النوبات الربوية. وقد يرجع ذلك لعوامل لاإرادية مثل النسيان، تكاليف العلاج، عدم فهم التعليمات، و/أو ترجع لعوامل قصدية مثل الخوف من الآثار الجانبية للدواء، التكاليف الاقتصادية ومشكلات ثقافية...الخ.

على الطبيب المعالج حصر المرضى الذين يتميزون بعدم الملاءمة العلاجية من خلال طرح بعض الأسئلة أثناء الزيارة الطبية للمريض: مثل/ "لوحظ أن العديد من المرضى لا يأخذون دوائهم (البخاخات) كما تم وصفها لهم، وأنت خلال 4أسابيع الماضية كما يوم في الأسبوع أخذت دوائك ؟"، ويمكن أن يسأله" هل تتذكر تناول دوائك بسهولة صباحا أو مساءا؟". على العموم، على الطبيب المعالج التحقق من أن المريض أخذ أدويته ابتداء من تاريخ وصف الدواء (التاريخ، الجرعة المستخدمة من الدواء، الوصفات الطبية الدالة على شرا الدواء). كما يمكن للطبيب المعالج سؤال المريض عن عاداته ومعتقداته حول مرض الربو والعرج (أهمية التربية العلاجية). **(Gina, 2016, p18)**

ويظهر من الأهمية الأخذ بعين الاعتبار ما يلي عند التكفل بمريض الربو:

- أخذ قرار علاجي مشترك (المريض–الطبيب المعالج) فيما يخص الدواء والجرعات.
- التذكير بجرعات الدواء التي تم نسيانها.
- تبسيط العلاج (الابتعاد عن تعقيد العلاج)
- التربية العلاجية حول مرض الربو.
- القيام بزيارات إلى المنزل من قبل ممرضات متخصصات في متابعة مرضى الربو.

✓ **تعديل عوامل الخطر القابلة للتغيير:**

وتتمثل في التكفل الذاتي الموجه من خلال المراقبة الذاتية للأعراض، ومراقبة طبية منتظمة، وتجنب التعرض لدخان السجائر، وتجنب بعض الأغذية في حالات تأكيد وجود حساسية غذائية لدى بعض المرضى الربويين، وفي حالة الاصابة بربو حاد وخطير من الضروري توجيه المريض لمركز متخصص.**(Gina, 2016, p19)**

✓ **تطبيق علاجات واستراتيجيات غير صيدلانية (non pharmacologiques).**

إن تطبيق مثل هذه الاجراءات تسهل ضبط الأعراض وتقليص الأخطار منها:

- **تقديم النصائح والإرشادات:**

مثل تقديم نصائح للتوقف عن التدخين عند كل زيارة طبية لتشجيع كل مرة المدخنين للتوقف عن التدخين، و تقديم نصائح للأولياء منع التدخين في القاعات والسيارات التي يتواجد فيها الأطفال الربويين.

- **ممارسة النشاط الرياضي:**

الاصرار على ممارسة نشاط رياضي بانتظام لدى المرضى الربويين لفائدتها الصحية، وتقديم نصائح بخصوص كيفية تسيير التشنج الشعبي الناتج عن بذل الجهد **(L'effort).**

- **الربو المهني:**

من المهم سؤال كل المرضى الذين طوروا مرض الربو في سن الرشد عن حياتهم المهنية، وذلك من خلال فحص ومعرفة مولدات الحساسية المهنية إن وجدت ليتم حذفها، ثم توجيه المريض نحو اختصاصي للفحص العيادي.

- **أدوية الأسبرين (L'aspirine et Ains)**

لا بد سؤال المريض دائما إذا كان يعاني من مرض الربو قبل وصف هذه الأدوية **(Gina, 2016, p19).**

10-2 العلاج النفسي:

10-2-1 العلاج الاسترخائي:

يؤدي هذا النوع من العلاج لإعادة توزيع الطاقة في الجسم بشكل متوازن وإلى إزالة التشنجات العضلية التي تتركز في الصدر عند المريض بالربو . كما تشير الأبحاث إل أن الاسترخاء يؤدي للحد من إفراز الأدرينالين وبالتالي يقلل من انعكاس الانفعال النفسي على الصعيد الجسمي كما أن الاسترخاء يتطلب من المريض تركيز تفكيره على جسده بمعزل عن العالم الخارجي، مما يخلصه من إثارة الصراعات النفسية حتى أن بعض المرضى ينامون قبل إتمام تمرين الاسترخاء .

10-2-2 العلاج العائلي:

يعيش الفرد المريض بالربو ضمن أسور المرض والمواد المحسسة والأهل كذلك لذلك فإن العلاج النفسي يجب أن لا يمهل التدخل لتصحيح الوضع الانفعالي للفرد داخل أسرته وكذلك عن طريق التدخل الايجابي من قبل المعالج بهدف إصلاح العلاقات داخل الجهاز الأسري **(النابلسي، 1988، ص 79).**

10-2-3 العلاج الجماعي:

يتم هذا العلاج في مصحات في مناطق جافة حيث هناك العديد من العوامل الايجابية التي تمتد لتؤثر على جميع الاطفال المعالجين في هذه المصحات تأثيرا فعلا وهذه العوامل :

– تواجد الطفل في المصحة تحت رعاية المعالجين المتخصصين من شأنه أن يقلل أو يلغي قلقه من النوبة، خاصة وأن مناخ المصحة والعلاج يثبت ذلك بشكل فعلي ويزيد شعوره بالأمن من الناحية الصحية.

– توفر الظروف المناخية الملائمة والنظام الحياتي المناسب خاصة المواد المحسسة الخارجية إضافة للعلاج الجماعي .

– وجود الطفل في محيط أطفال مرضى مثله يخفف من معاناته ويدفعه للتقليل من المظاهر التعويضية المتمثلة في العدائية والتمرد وغيرها **(النابلسي، 1988، ص 79)**.

خلاصة:

يتفق كثير من الباحثين بأنّ الرّبو مرض متعدّد الأسباب، وأنّه من الضروري محاولة الإلمام بمختلف هذه العوامل السببيّة، وتحديد الميكانيزمات المسيطرة لتوجيه العلاج نحوها. وتعتبر عوامل الحساسية من الميكانيزمات الأكثر شيوعًا، ويشير البعض الآخر بأنّ البحوث الخاصة بالحساسية لم تتمخض إلاَّ عن نتائج ضئيلة، بينما تقدّمت البحوث النفسية تقدمًا كبيرًا وأظهرت أهمية الجانب النفسي. فقد أظهرت العديد من الدراسات بإختلاف تناولاتها النظرية بأهمية العوامل النفسية في ظهور وتطور الرّبو.

ويعتبر مرض الربو ثالث أمراض الأكثر انتشارا في العالم، فالمرضى يعانون من أعراض كضيق التنفس، الصفير التنفسي، السعال، شعور بضيق في الصدر، عسر التنفس وزيادة إفراز المخاط، ويمكن أن يتفاقم هذا المرض بسبب القيام بسلوكات لا صحية (عدم الملاءمة العلاجية) مما يؤدي ظهور النوبة الربوية وتكرارها. لذا على المرضى المصابين بالربو تغيير نمط حياتهم من أجل تجنب مضاعفات المرض التي قد تؤدي إلى الوفاة في كثير من الأحيان وفي أي لحظة، خاصة عند عدم اتباعهم لتعليمات ونصائح الطبيب، والمريض

مجبر على الذهاب إلى الإستشارات الطبية، ممارسة الرياضة بانتظام، تناول الأدوية بانتظام حسب الوصفة المقدمة له، وتجنب المواقف الانفعالية والضاغطة التي تثير النوبة الربوية.

لهذا اتجهت الدراسات (الطبية–النفسية) لمعرفة سبب تفاقم الربو لدى المرضى في حين تستقر الحالة عند بعض الآخر، هذا من خلال دراسة موضوع الملاءمة العلاجية التي تعتبر كسلوك يقوم به الفرد لحماية صحته واستقرار حالته الصحية. وتبقى عملية التوعية الصحية من أهم وسائل السيطرة على المرض، لأنها تساهم في معرفة كيفية الوقاية منه و معرفة علاجه.

الجانب التطبيقي

الفصل السابع:

الإجراءات الميدانية

*** تمهيد:**

يهدف هذا البحث إلى تحديد علاقة الملاءمة العلاجية بالمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية.

ولتحقيق أهداف البحث الحالي ومناقشة فرضياته فقد خصصنا فصلا كاملا تعرضنا فيه إلى أهم الإجراءات المنهجية والتطبيقية المتبعة لتحقيق ذلك والمتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، ومنهج البحث، عينة البحث وخصائصها، أدوات البحث المتمثلة في مقياس المعتقدات الصحية، مقياس متعدد أبعاد لوالستون لمصدر الضبط الصحي، ومقياس الملاءمة العلاجية ومقياس نمط الشخصية "د"، وفي الأخير تم التطرق إلى المعالجة الإحصائية المتبعة لتحقيق الفرضيات والإجابة عن التساؤلات.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية هامة في البحث العلمي تسبق التطبيق الفعلي للمقاييس، ومنها جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث، وذلك للتحقق من سلامة المقاييس المستخدمة قصد ضبط متغيرات البحث، وتأتي ضرورة الدراسة الاستطلاعية انطلاقا من الأهداف التي يحددها الباحث، وعليه يمكن تلخيص الأهداف المستوحاة من الدراسة الاستطلاعية في ما يلي:

1- معرفة مجتمع البحث وخصائصه.

2- دراسة المقاييس والتأكد من مدى صلاحيتها.

3- التعرف على أنواع الصعوبات المختلفة التي يمكن أن يواجهها الباحث في الدراسة النهائية.**(ملحم، 2000، ص 247)**.

لقد تكونت العينة الاستطلاعية في هذا البحث مرضى مصابين بالربو، تم إختيارهم من عدة أماكن منها (مستشفى بني مسوس ومستشفى عين طاية، الجمعية الجزائرية للتضامن مع مرضى التنفس ببلكور، وتكونت العينة من 39 مريض مصاب بداء الربو من الجنسين، يبلغ متوسط أعمارهم 30.59 .

ولهدف تحقيق النقاط التالية:

* التأكد من وضوح الصياغة اللغوية بالنسبة للمرضى.

* التعرف على مشكلات والمواقف التي قد تتعرض لها الباحثة من أجل تفادها عند التطبيق النهائي.

* معرفة متوسط الزمن المتطلب للإجابة على المقاييس.

* الوصول إلى أنسب الطرق المنظمة لتحديد هيكل العمل المطلوب والقائم على توزيع وجمع المقاييس.

* المعالجة الاحصائية من أجل التأكد من صدق وثبات المقاييس.

وقد تمت الدراسة الاستطلاعية في هذا البحث على أربعة مراحل وهي:

1- 1- المرحلة الأولى:

ترجمة مقاييس الثلاثة التي تخص الدراسة الحالية وهي: مقياس المعتقدات الصحية الخاص بمرضى الربو لـ **توردیرا وأخرون(Tordera et al, 2009)**، مقياس نمط الشخصية "د" لـ دينوليت ومولز **(Denollet et Mols, 2005)**، مقياس الملاءمة العلاجية الخاص بمرضى الربو لـ **شاتوا (Châteaux, 2005)** .

قامت الباحثة في المرحلة الأولى بترجمة كل المقاييس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية بخصوص مقياس المعتقدات الصحية، ومن اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية بخصوص مقياس الملاءمة العلاجية ومقياس نمط الشخصية "د".

1-2- المرحلة الثانية:

من مراحل العمل أخضعت الترجمة المقترحة لبنود المقاييس بالصورة التي وصلت إليها للتحكيم، وقد تم ذلك من خلال عرضها مع أصلها الأجنبي لأساتذة المتمكنين من اللغة العربية والانجليزية والفرنسية في قسم علم النفس – جامعة أبو القاسم سعد الله (جامعة الجزائر2) والمدرسة العليا للأساتذة ببوزريعة، وقد أفاد هذا التحكيم في إجراء تعديلات التالية:

1- مقياس الملاءمة العلاجية: بالنسبة للبنود رقم 1، 5، 13، 17، 20، 21، 22، 23، 25 إعادة صياغة العبارات لغويا. والبنود رقم 3، 8، 14، 15، 18 تغيير العبارة كليا.

2- مقياس المعتقدات الصحية: بالنسبة للبنود رقم 1، 5، 8، 10، 11، 15، 16، 17، 19 إعادة صياغة العبارات لغويا. والبنود رقم 2، 3، 4، 9، 12 تغيير العبارة كليا.

3- مقياس نمط الشخصية "د": بالنسبة للبنود رقم 1، 3، 6، 12، إعادة صياغة العبارات لغويا. والبنود رقم 5، 11، 13 تغيير العبارة كليا.

1-3- المرحلة الثالثة:

اقتصر العمل على تطبيق الصورة المعربة على عينة الاستطلاعية من المرضى المتواجدين في مستشفى بني مسوس، مستشفى عين طاية، وجمعية الجزائرية للتضامن مع مرضى التنفس، وذلك للتأكد من وضوح بنود الاستبيانات وتعليمتها وإلى حسن إخراجها، وقد وفر هذا التطبيق مؤشرا للصدق الظاهري للمقاييس، وأتاح لذلك الانتقال إلى مرحلة الدراسة السيكومترية الموسعة.

1-4- المرحلة الرابعة:

لقد تطلبت الدراسة السيكومترية للمقاييس المستخدمة في البحث وهي مقياس الملاءمة العلاجية ومقياس المعتقدات الصحية، ومصدر الضبط الصحي، ومقياس نمط الشخصية "د"، تم تطبيقها على عينة الاستطلاعية، وجرى هذا التطبيق فرديا في مكتب أو في غرفة الاستعجالات، وبدون حدود زمنية، كما أعطيت تعليمات إضافية شفهية عند الحاجة، ولكن دون تدخل في إجابات المبحوثين حيث طبقت الباحثة 39 استبيان على المرضى، وبعد التنقيط وتفريغ البيانات وتم ادخالها في خطوة اللاحقة في الحاسوب لتخضع للمعالجة الاحصائية مستعملة برنامج المعالجة الاحصائية **(Spss 22).**

فقد ساعدتنا الدراسة الاستطلاعية على دراسة صدق وثبات المقاييس والتي ستظهر نتائجها خلال تقديم أدوات البحث، وكذلك تم تحديد المدة الزمنية لتطبيق أدوات البحث طبقت في مدة تتراوح 30-45 د لكل مريض، وهذا حسب طريقة التطبيق، فلقد طبقت طريقتين وهي: طريقة الأولى هي إعطاء الاستبيان للمريض وهو يقوم بالإجابة عليه إذا كان ذو مستوى تعليمي جيد. أما الطريقة الثانية هي أن الباحثة تطرح السؤال أو البند والمريض

الإجابة عليها، وكنتيجة لهذه الدراسة الاستطلاعية تم اتخاذ القرار انجاز الدراسة الأساسية للبحث.

2- منهج البحث:

يكون اختيار الباحث لمنهج الدراسة تبعا لما يقتضيه موضوعه. فالمواضيع البحثية التي تتطلب من الباحث تناول الظاهرة المدروسة بوصفها وتحليلها وتحديد العلاقات المرتبطة بها. والبحث في العلاقة بين المتغيرات و جمع البيانات أو المعطيات المتوصل إليها من هذا البحث و تنظيمها، والتعبير عنها بصورة كمية وكيفية، يستدعي من الباحث اختيار منهجا يسمح له بتطبيق كل الخطوات السابقة ألا وهو "المنهج الوصفي".

من هذا المنطلق كان اختيارنا للمنهج الوصفي لأنه الأنسب للقيام بالخطوات السابقة الذكر. ويعرف المنهج الوصفي بأنه "مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات و تصنيفها ومعالجتها، وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث" **(الرشيدي، 2000، ص59)**.

ولا تكتمل هذه الإجراءات البحثية بالوصول إلى النتائج وإنما بمحاولة تفسيرها أيضا، و ذلك لأن المنهج الوصفي "لا يقتصر على جمع البيانات وتبويبها، وإنما أيضا يمضي إلى ما هو أبعد من ذلك لأنه يتضمن قدرا من التفسير لهذه البيانات، ولذلك كثيرا ما يقترن الوصف بالمقارنة"**(الرشيدي، 2000، ص59)**.

3- العينة وطريقة إختيارها:

إعتمدت الباحثة في إختيار أفراد عينة هذا البحث على طريقتين هما الأول هو: العينة المقصودة، وهي عينة يتم إختيارها بأسلوب غير عشوائي. ويعرفها **عبيدات** وآخرون **(1999 ، ص 95)** بأنها الطريقة التي يتم إنتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينة في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي، وهي عينة ملائمة لأنه يعطى لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة في البحث، حيث يتم الإختيار بناء على أول مجموعة يقابلها الباحث وتوافق على المشاركة في الدراسة ويختار منها عدد مفردات العينة المطلوبة ولكن بشروط محددة تضمن تمثيلا معقولا لمجتمع البحث.

أما الطريقة الثانية فهي **عينة كرة الثلج (Snowball Sampling)** أو (التراكمي)، الذي يعتمد على معرفة بعض أفراد مجتمع البحث المستهدف، وبفضلهم نتمكن من الإتصال بالآخرين. وهكذا، فإن أفراد مجتمع البحث هم الذين سيساعدون في بناء العينة. وفي هذا الفرز لا يتعلق الأمر في البداية سوى الإتصال بالأشخاص الذين نعرفهم، ثم يطلب منهم بعد ذلك الأفراد المتشابهين لهم والذين سيشيرون للباحث من جهتهم إلى أفراد آخرون، وهكذا دواليك، إلى أن يجمع الباحث ما يكفي من الحالات**(موريس، 2004، ص 315)**.

3-1- شروط إختيار العينة:

1-يجب أن يكون أفراد مصابين بمرض الربو.

2-يجب أن يكون سنهم ما بين 18-40 سنة.

3- أن يكونوا راغبين في المشاركة في البحث.

4- أن يكون لديهم مرض واحد ألا وهو الربو.

3-2- خصائص العينة:

سيتم فيما عرض أهم خصائص عينة البحث الحالي من حيث: الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مدة المرض، مدة العلاج.

*** الجنس:**

جدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	%
الذكور	**32**	**36.36**
الإناث	**56**	**63.64**
المجموع	**88**	**100**

يوضح الجدول رقم (07) أن أغلب العينة هم إناث ويبلغ عددهم (88/56) بنسبة 63.64%، ويبلغ عدد الذكور (88/32) بنسبة 36.36%.

*** السن:**

جدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب السن

الفئة العمرية	العدد	%
22-18	**29**	**32.95**
27-23	**19**	**21.59**
32-28	**9**	**10.23**
37-33	**5**	**5.68**
38 فأكثر	**26**	**29.55**
المجموع	**88**	**100**

يتضح من الجدول رقم (08) أن معظم أفراد عينة البحث يتمركزون في الفئة العمرية بين 18-22 سنة (88/29) وبنسبة 32.95%، بينما يتوزع الآخرون بين 38سنة فأكثر (88/26) بنسبة 29.55%، ثم تليها الفئة العمرية بين 23-27 سنة (88/19) بنسبة

21.59%، ونسبة 10.23% للشريحة العمرية بين 28–32 سنة (88/9) ، وأخير بنسبة 5.68% للفئة العمرية 33–37 سنة (88/5).

***الحالة الاجتماعية:**

جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	%
أعزب	**53**	**60.23**
متزوج (ة)	**33**	**37.5**
مطلق (ة)	**2**	**2.27**
المجموع	**88**	**100**

يتضح من الجدول رقم (09) أن غالبية أفراد العينة من العزاب (88/53) وتقدر نسبتهم بـ 60.23% ثم تليها فئة المتزوجين (88/33) بنسبة تقدر بـ 37.5%، وأخيرا فئة المطلقون (88/2) بنسبة 2.27%.

***المستوى التعليمي:**

جدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

مستوى التعليمي	العدد	%
ابتدائي	**6**	**6.82**
متوسط	**22**	**25**
ثانوي	**25**	**28.41**
جامعي	**35**	**39.77**
المجموع	**88**	**100**

يوضح الجدول رقم (10) أن معظم أفراد العينة لديهم مستوى جامعي (88/35) وبنسبة 39.77% ويليها مستوى ثانوي (88/25) وبنسبة 28.41%، ثم مستوى متوسط (88/22) وبنسبة 25%، ثم مستوى إبتدائي (88/6) وبنسبة 6.82% .

*** مدة المرض:**

جدول رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض:

مدة المرض	العدد	%
منذ الولادة–4	**35**	**39.77**
9–5	**18**	**20.45**
14–10	**15**	**17.05**
19–15	**12**	**13.64**
24–20	**5**	**5.68**
25 فأكثر	**3**	**3.41**
المجموع	**88**	**100**

يتضح من الجدول رقم (11) أن معظم أفراد العينة تراوحت مدة مرضهم من منذ الولادة–4 سنوات (88/35) بنسبة 39.77%، ثم تليها مدة المرض 5–9 سنوات (88/18) بنسبة تقدر بـ 20.45%، وتراوحت مدة المرض من 10–14 سنة (88/15) بنسبة 17.05%، ثم تليها مدة المرض 15–19 سنة (88/12) بنسبة قدرت بـ 13.64%، وتراوحت مدة المرض من 20–24 سنة (88/5) بنسبة 5.68%، وأخير مدة المرض من 25سنة فأكثر (3–88) وبنسبة تقدر بـ 3.41%.

*** مدة العلاج:**

جدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب مدة العلاج:

مدة العلاج	العدد	%
منذ الولادة–4	**37**	**42.05**
9–5	**20**	**22.73**
14–10	**13**	**14.77**
19–15	**11**	**15.5**
24–20	**5**	**5.68**

25 فأكثر	**2**	**2.27**
المجموع	**88**	**100**

يتضح من الجدول رقم (12) أن معظم أفراد العينة تراوحت مدة علاجهم من منذ الولادة–4 سنوات (88/37) بنسبة 42.05%، ثم تليها مدة المرض 5–9 سنوات (88/20) بنسبة تقدر بـ 22.73%، وتراوحت مدة المرض من 10–14 سنة (88/13) بنسبة 14.77%، ثم تليها مدة المرض 15–19 سنة (88/11) بنسبة قدرت بـ 12.5%، وتراوحت مدة المرض من 20–24 سنة (88/5) بنسبة 5.68%، وأخير مدة المرض من 25سنة فأكثر (2–88) وبنسبة تقدر بـ 2.27%.

4– أدوات البحث:

يهدف هذا البحث إلى تحديد علاقة الملاءمة العلاجية بالمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية، استخدمت الباحثة الأدوات التالية :

4–1– مقياس المعتقدات الصحية:

1– وصف المقياس:

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على مقياس الذي وضعه كل من **توردیرا وآخرون (tordera et al, 2009, p219) (نسخة الاسبانية وترجمة للإنجليزية في مقال)**، المستوحى من مقياس المعتقدات الصحية العام لمنظمة الصحة العالمية وهذا مقياس بنية لقياس المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو حول مرضهم. يحتوي المقياس على 19 بند موزعة على 6 أبعاد هي:

* **معتقدات حول مشاركة المريض في اتخاذ القرارات الطبية:** 4–6 –10 – 13.
* **المعوقات:** 1– 14– 16– 19.
***المنافع:** 5– 12.

* **الاحباطات:** 3- 7- 8.

* **الدافعية:** 9- 11- 18.

* **معتقدات حول مرض الربو كمشكلة صحية:** 2- 15- 17.

وتتم الإجابة وفق الاختيارات الخمس على البنود: موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما.

2- طريقة تصحيح المقياس:

و يتم تصحيح الإجابات كما يلي:

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة موافق تماما
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة موافق
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة غير متأكد
- 2 نقاط إذا كانت الإجابة غير موافق.
- 1 نقطة إذا كانت الإجابة غير موافق تماما.

3-الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية في البيئة الجزائرية:

1-الصدق:

يعتبر الصدق من الخصائص المهمة اللازمة لبناء أدوات القياس من اختبارات ومقاييس واستبيانات وقد تم فحص صدق المقياس كما يلي:

***الصدق الظاهري:**

يأخذ الصدق الظاهري بحكم أشخاص مختصين على صلاحية المقياس أي ما إذا كان صالحا لقياس المجال الذي صمم لأجله أم غير صالح لذلك، وعليه اعتمدت الباحثة الحالية إلى عرض المقياس بعد ترجمته على مجموعة من المحكمين المختصين من أستاذة (عددهم 14) في قسم علم النفس بجامعة الجزائر -2-، أبو القاسم سعد الله والمدرسة العليا للأساتذة ببوزريعة، الجزائر(**أسماء المحكمين في الملحق رقم 09**)، وطلبت الباحثة من

المحكمين إبداء آرائهم واقتراحاتهم حول مناسبة عبارات المقياس، مدى سلامة الصياغة اللغوية لكل العبارات مع إعطاء البدائل المستخدمة أمام العبارات واقتراح تعديلات.

جدول رقم (13): نتائج الصدق الظاهري لبنود المقياس في صورته الأولية حسب المحكمين.

رقم العبارة	نسبة الاتفاق%	التعديلات	رقم العبارة	نسبة الاتفاق%	التعديلات
01	90	إعادة صياغة العبارة لغويا	11	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
02	80	تغيير العبارة	12	80	تغيير العبارة
03	80	تغيير العبارة	13	100	/
04	80	تغيير العبارة	14	100	/
05	90	إعادة صياغة العبارة لغويا	15	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
06	100	/	16	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
07	100	/	17	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
08	90	إعادة صياغة العبارة لغويا	18	100	/
09	80	تغيير العبارة	19	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
10	90	إعادة صياغة العبارة لغويا			

*** صدق الاتساق الداخلي:**

تم حساب صدق الاستبيان على عينة قوامها 39 مريض مصاب بالربو، بالاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي، وذلك حسب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للاستبيان بأبعاده الستة، وبين الدرجة الكلية للمقياس، أسفرت النتائج على ما يلي:

جدول رقم(14): معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والأبعاد.

أبعاد مقياس المعقدات الصحية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية/ معتقدات حول مشاركة المريض في اتخاذ القرارات الطبية.	0.07	غير دال
الدرجة الكلية /المعوقات.	0.66	دال عند 0.01
الدرجة الكلية /الإحباط	0.73	دال عند 0.01
الدرجة الكلية /الدافعية	0.41	دال عند 0.01
الدرجة الكلية / المنافع.	0.24	غير دال
الدرجة الكلية / معتقدات حول مرض الربو كمشكلة صحية	0.64	دال عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (14) أن المقياس بمعامل الصدق المرتفع ومقبول عند 0.01 على غالبية بأبعاده.

2- الثبات:

تم التأكد من مقياس المعتقدات الصحية عن طريق حساب قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (15): معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس المعتقدات الصحية

مقياس المعتقدات الصحية	عدد البنود	معامل ألفا (α) كرونباخ
الدرجة الكلية	19	0.66

يتضح من الجدول رقم (15) أن المقياس ثابت نسبيا ويمكن الاعتماد عليه في بحثنا الحالي.

4-2- مقياس متعدد أبعاد لوالستون لمصدر الضبط الصحي :

1- وصف المقياس:

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على مقياس الذي وضعه كل من **والستون وزملاءه (Wallston et al, 1978)** لقياس ثلاث أبعاد للتحكم المستوحى من نظرية التعلم الاجتماعي **لروتر Rotter (1966)** ونموذج **ليفينسون (Levenson, 1974)**. والذي قام بتكييفه **جبالي نور الدين في (2007)** ويتكون من 18 عبارة موزعة على (3) ثلاث أبعاد كالآتي: **(جبالي وعليوة، 2014، ص ص 181-182)**.

* البعد الداخلي: العبارات الخاصة به: 1، 6، 8، 12، 13، 17.

* بعد ذوي النفوذ: العبارات الخاصة به: 3، 5 ،7، 10، 14، 18.

* بعد الحظ: العبارات الخاصة به: 2، 4، 9، 11، 16، 15.

وتتم الإجابة وفق الاختيارات الخمس على البنود: موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما.

2- طريقة تصحيح المقياس:

و يتم تصحيح الإجابات كما يلي:

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة موافق تماما.
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة موافق.
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة غير متأكد.
- 2 نقاط إذا كانت الإجابة غير موافق.

-1 نقطة إذا كانت الإجابة غير موافق تماما.

3- الخصائص السيكومترية في البيئة الجزائرية:

1- ثبات المقياس:

قام **نور الدين جبالي (2007)** بحساب ثبات المقياس على العينة الجزائرية من خلال طريقة الاتساق الداخلي (ألفا كرومباخ) و طريقة التجزئة النصفية، و قد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (16): يوضح ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي من خلال طريقة الاتساق الداخلي (ألفا كرومباخ) و طريقة التجزئة النصفية

البعد	معامل ألفا	معامل الارتباط
الداخلي	0.70	0.71
الخارجي	0.53	0.43
نفوذ الآخرين	0.32	0.58

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بعامل ثبات مرتفع و مقبول على كافة أبعاده.

2- صدق المقياس:

قام نور الدين جبالي بقياس صدق المقياس على العينة الجزائرية بطريقتين هما: صدق التكوين، الصدق التمييزي.**(عن أحمان، 2011، ص160).**

- **صدق التكوين:** و تم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند و المقياس الفرعي الذي ينتمي إليه، و الجداول التالية توضح معاملات الارتباط المحسوبة.

جدول رقم (17): يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي و الدرجة الكلية للبعد.

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	0.50	0.01
أعتقد أنني متحكم في صحتي	0.55	
لا ألوم نفسي عند إصابتي بالمرض	0.56	
تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي	0.70	
إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض	0.78	
يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسي	0.77	

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0.01 و قد تراوحت قيمتها بين 0.50 و 0.78.

جدول رقم (18): يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد ضبط الحظ و الدرجة الكلية للبعد.

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل أي شيء لتفاديه	0.63	0.01
أغلب ما يؤثر على صحتي يعود للصدفة	0.56	
يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من الأمراض	0.58	
حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة	0.76	
أعتقد أنني معرض للمرض مهما بذلت لتفاديه	0.41	
القدر و المكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	0.56	

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0.01 و ق د تراوحت قيمتها بين 0.41 و 0.76(**عن أحمان، 2011، ص161**).

جدول رقم (19): معاملات الارتباط بين بنود بعد نفوذ الآخرين و الدرجة الكلية.

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل طريقة لتجنب المرض	0.67	0.01
أستشير الطبيب الأخصائي عند شعوري بأي وعكة صحية	0.60	
لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليم	0.58	
يلعب الأطباء الأخصائيون دورا كبيرا في التحكم في صحتي	0.64	
يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي أتلقاها من الآخرين (الأطباء، هيئة التمريض، الأسرة، الأصدقاء)	0.52	
اتباع ارشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي	0.51	

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0.01 و قد تراوحت قيمتها بين 0.25 و 0.67.

مما سبق يتبين أن المقياس يتمتع بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به.

- **الصدق التمييزي:** بعد ترتيب درجات الأفراد على بعد تصاعدي، تم اختيار مجوعتين على طريق المنحى، ويمثلان 27% لكل مجموعة، بواقع 55 فرد لكل مجموعة، وتم بعدها حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا و الدنيا، كما هو موضح في الجداول التالية: **(عن أحمان، 2011، ص162)**.

جدول رقم (20): قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا و الفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة (T)	مستوى الدلالة
العليا	25.21	1.21	17.54	0.01
الدنيا	16.09	3.69		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا و متوسطات الفئة الدنيا على بعد الضبط الداخلي، حيث بلغت قيمة (T) 17.54، و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم (21): يوضح قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا و الفئة الدنيا في بعد الحظ

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة (T)	مستوى الدلالة
العليا	19.79	2.64	24.48	0.01
الدنيا	10.29	1.14		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا و متوسطات الفئة الدنيا على بعد الحظ، حيث بلغت قيمة (T) 24.48، و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم (22):يوضح قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا و الفئة الدنيا في بعد نفوذ الآخرين

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة (T)	مستوى الدلالة
العليا	23.50	2.49	24.90	0.01
الدنيا	13.17	1.52		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا و متوسطات الفئة الدنيا على بعد نفوذ الآخرين ، حيث بلغت قيمة (T) 24.90، و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01. **(عن أحمان، 2011، ص163)**.

و من خلال ما سبق، يتبين تمتع المقياس بأبعاده الثلاثة بالصدق التمييزي و تمتعه بقابلية التمييز بين مجموعتين متناقضتين.

4-3- مقياس نمط الشخصية "د":

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على مقياس الذي وضعه كلا من **دينوليت وآخرون (Mols et Denollet, 2005)** لقياس نمط الشخصية "د"(**DS14**)، يحتوي المقياس على 14 بند موزعة على بعدين هما:

* الانفعالات السلبية: 2، 4، 5، 7، 9، 12، 13.

* الكف الاجتماعي: 1، 3، 6، 8، 10، 11، 14.

وتتم الإجابة وفق الاختيارات الخمس على البنود: خطأ(0)، خطأ نوعا ما(1)، حيادي(2)، صحيح نوعا ما(3)، صحيح (4). إلا البند 1و13 تنقط بالعكس أي (4، 3، 2، 1، 0) والدرجة الكلية من (0-28).

عندما يتحصل الفرد على 10 فما فوق في بعدي المقياس (الانفعالات السلبية والكف الاجتماعي) يعتبر ذو نمط الشخصية "د". **(In Bruchon- Schweitzer et al, 2014, p 205).**

2- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

1-الصدق:

يعتبر الصدق من الخصائص المهمة اللازمة لبناء أدوات القياس من اختبارات ومقاييس واستبيانات وقد تم فحص صدق المقياس كما يلي:

***الصدق الظاهري:**

يأخذ الصدق الظاهري بحكم أشخاص مختصين على صلاحية المقياس أي ما إذا كان صالحا لقياس المجال الذي صمم لأجله أم غير صالح لذلك، وعليه اعتمدت الباحثة الحالية إلى عرض المقياس بعد ترجمته على مجموعة من المحكمين المختصين من أستاذة (عددهم 14) في قسم علم النفس بجامعة الجزائر -2-، أبو القاسم سعد الله والمدرسة العليا للأساتذة ببوزريعة، الجزائر(**أسماء المحكمين في الملحق رقم 09**)، وطلبت الباحثة من المحكمين إبداء آرائهم واقتراحاتهم حول مناسبة عبارات المقياس، مدى سلامة الصياغة اللغوية لكل العبارات مع إعطاء البدائل المستخدمة أمام العبارات واقتراح تعديلات.

جدول رقم (23): نتائج الصدق الظاهري لبنود المقياس في صورته الأولية حسب المحكمين.

رقم العبارة	نسبة الاتفاق%	التعديلات	رقم العبارة	نسبة الاتفاق%	التعديلات
01	90	إعادة صياغة العبارة لغويا	08	100	/
02	100	/	09	100	/
03	90	إعادة صياغة العبارة لغويا	10	100	/
04	100	/	11	80	تغيير العبارة
05	80	تغيير العبارة	12	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
06	90	إعادة صياغة	13	80	تغيير العبارة

			العبارة لغويا		
07	**100**	/	**14**	**100**	/

*** صدق الاتساق الداخلي:**

تم حساب صدق الاستبيان على عينة قوامها 39 مريض مصاب بالربو، بالاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي، وذلك حسب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للاستبيان ببعديه، وبين الدرجة الكلية للمقياس، أسفرت النتائج على ما يلي:

جدول رقم(24): معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان ببعديه.

أبعاد مقياس نمط الشخصية "د"	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية /الانفعالات السلبية	0.78	دال عند 0.01
الدرجة الكلية/ الكف الاجتماعي	0.82	دال عند 0.01

يتضح من الجدول أعلاه أن المقياس يتمتع بمعامل صدق مرتفع ومقبول عند 0.01 على كافة أبعاده.

2- الثبات:

تم التأكد من مقياس نمط الشخصية "د" عن طريق حساب قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (25): معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس نمط الشخصية "د"

مقياس نمط الشخصية "د"	عدد البنود	معامل ألفا (α) كرونباخ
الدرجة الكلية	14	0.84

يتضح من الجدول رقم (25) أن درجة ثبات المقياس مرتفعة، مما يدل على أن المقياس ثابت ويمكن الاعتماد عليه في بحثنا الحالي.

4-4- مقياس الملاءمة العلاجية:

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على مقياس الذي وضعته **فريرونيكا شاتو (Véronique Châteaux)** لقياس سلوك الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو وحيث اعتمدت **(Châteaux, 2005, p118)** لبنائه على مقياس الملاءمة العلاجية لدى مرضى السيدا لـ**(Tarquinio, Fischer et Grégoire, 2000)** ، ومقياس الملاءمة العلاجية لدى مرضى ضغط الدم لـ مولر **(Muller, 2004)** . يحتوي المقياس على 25 بند موزعة على 4 أبعاد هي:

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

وتتم الإجابة وفق الاختيارات الخمس على البنود: أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، بإنتظام.

2- طريقة تصحيح المقياس:

و يتم تصحيح الإجابات كما يلي:

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

3- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

1- الصدق:

يعتبر الصدق من الخصائص المهمة اللازمة لبناء أدوات القياس من اختبارات ومقاييس واستبيانات وقد تم فحص صدق المقياس كما يلي:

***الصدق الظاهري:**

يأخذ الصدق الظاهري بحكم أشخاص مختصين على صلاحية المقياس أي ما إذا كان صالحا لقياس المجال الذي صمم لأجله أم غير صالح لذلك، وعليه اعتمدت الباحثة الحالية إلى عرض المقياس بعد ترجمته على مجموعة من المحكمين المختصين من أستاذة (عددهم 14) في قسم علم النفس بجامعة الجزائر -2-، أبو القاسم سعد الله والمدرسة العليا للأساتذة ببوزريعة، الجزائر(**أسماء المحكمين في الملحق رقم 09**)، وطلبت الباحثة من المحكمين إبداء آرائهم واقتراحاتهم حول مناسبة عبارات المقياس، مدى سلامة الصياغة اللغوية لكل العبارات مع إعطاء البدائل المستخدمة أمام العبارات واقتراح تعديلات.

جدول رقم (26): نتائج الصدق الظاهري لبنود المقياس في صورته الأولية حسب المحكمين.

رقم العبارة	نسبة الاتفاق%	التعديلات	رقم العبارة	نسبة الاتفاق%	التعديلات
01	90	إعادة صياغة العبارة لغويا	14	80	تغيير العبارة
02	100	/	15	80	تغيير العبارة
03	80	تغيير العبارة	16	100	/
04	100	/	17	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
05	90	إعادة صياغة العبارة لغويا	18	80	تغيير العبارة

06	100	/	19	100	/
07	100	/	20	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
08	80	تغيير العبارة	21	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
09	100	/	22	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
10	100	/	23	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
11	100	/	24	100	/
12	100	/	25	90	إعادة صياغة العبارة لغويا
13	90	إعادة صياغة العبارة لغويا			

*** صدق الاتساق الداخلي:**

تم حساب صدق الاستبيان على عينة قوامها 39 مريض مصاب بالربو، بالاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي، وذلك حسب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للاستبيان وأبعاده الأربعة، وبين الدرجة الكلية للمقياس، أسفرت النتائج على ما يلي:

جدول رقم(27): معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والأبعاد.

أبعاد مقياس الملاءمة العلاجية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية / إتباع نصائح الطبية	0.88	دال عند 0.01
الدرجة الكلية/ مقاومة أخذ الدواء	0.20	غير دال
الدرجة الكلية / تناول الأدوية	0.94	دال عند 0.01
الدرجة الكلية /المحيط	0.62	دال عند 0.01

يتضح من الجدول أعلاه أن المقياس يتمتع بمعامل صدق مرتفع ومقبول عند 0.01 على كافة أبعاده.

2- الثبات:

تم التأكد من مقياس الملاءمة العلاجية عن طريق حساب قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (28): معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس الملاءمة العلاجية

مقياس الملاءمة العلاجية	عدد البنود	معامل ألفا (α) كرونباخ
الدرجة الكلية	25	0.78

يتضح من الجدول رقم (28) أن درجة ثبات المقياس مقبولة، مما يدل على أن المقياس ثابت ويمكن الاعتماد عليه في بحثنا الحالي.

5- مكان وطريقة إجراء البحث:

بعد التأكد من صلاحية أدوات البحث من حيث الصدق والثبات، تم إجراء الدراسة بمستشفى بني مسوس (ملحقتها في بوزريعة وشاتونوف)، مستشفى عين طاية، الجمعية الجزائرية للتضامن مع مرضى التنفس، حيث كان تطبيق أدوات البحث على شكل بطارية واحدة، شملت إستمارة معلومات العامة (الجنس، السن، الحالة الإجتماعية، مستوى التعليمي، مدة المرض ومدة العلاج)، مقياس الملاءمة العلاجية، مقياس المعتقدات الصحية، مقياس مصدر الضبط الصحي، نمط الشخصية "د". كان التطبيق فرديا، في مكتب خاص، وذلك بعد الحصول على موافقة المريض على المشاركة قبل أن نوزع عليهم أدوات البحث، كما تم الحرص على اتباع مجموعة من التوجيهات والتعليمات أثناء التطبيق من أجل التحكم في سير عملية وضمان الموضوعية العمل وهي كالتالي:

1- قمت بطرح أسئلة عليهم لكي أعرف مدى تطابقهم مع شروط عينة البحث.

2- تقديم الباحثة نفسها والغرض العلمي من هذا البحث وسرية التامة للعمل.

3- التأكد من الرغبة الذاتية للمرضى في المشاركة في البحث، لضمان إمكانية المواصلة على الإجابة على بنود البطارية.

4- شرح طريقة الإجابة على المقاييس وتقديم التعليمات، مع فتح المجال لأفراد العينة الدراسة لتقديم التساؤلات ولتوضيح الغموض(إن وجدت في المقاييس).

5- التأكد من فهم المرضى طريقة الإجابة.

6- التأكد من أنهم أجابوا على كل بنود قبل تسليم البطارية.

7- تقديم الشكر لكل مشارك تعاون مع الباحثة في إنجاز هذا البحث.

إستغرقت مدة التطبيق مع كل مريض من 30-45د، وبعدها قمنا بتنقيط المقاييس، وتفريغها وبوبت في جداول، وبعد ذلك قامت الباحثة بالمعالجة الاحصائية.

6- المعالجة الإحصائية:

بعد تفريغ إجابات أفراد العينة على مختلف وسائل القياس المستخدمة في البحث الحال، أخضعت كل البيانات للمعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي **SPSS22**، حيث تم حساب التكرارات والنسب المئوية لبيان توزيع العينة وخصائصها وفق المتغيرات المدروسة، معامل ألفا(α) كرونباخ ومعامل ارتباط بيرسون، المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لكل المتغيرات، إختبار "ت" للفروق لعينة الواحدة ولعينتين، وإختبار كاف التربيع. كما طبقت الباحثة الحالية إختبار توكي **(HSD) Tukey** لدراسة دلالة الفروق، وأخيرا إختبار فريدمان.

الفصل الثامن:

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

لإختبار صحة فرضيات البحث الحالي، قامت الباحثة بالتحليلات الإحصائية الضرورية باستخدام برنامج **(spss 22)** والتي سيتم عرضها لاحقا بالتفصيل في هذا الفصل والتي سمحت لنا بإختبار كل فرض على حدى. وعيله، سنتطرق في هذا الفصل لأهم نتائج البحث الحالي، ثم مناقشتها في إطار الأدب السيكولوجي والدراسات السابقة، ثم عرض خاتمة البحث وإقتراحاته.

1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى للبحث الحالي على ما يلي: "مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو منخفضة". لدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسط الافتراضي (الربيعي الأدنى= 50) ومتوسط العينة، واختبار (كا^2) لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة). وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(29): يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية بين المتوسط الافتراضي و متوسط العينة.

الملاءمة العلاجية	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	مستوى الدلالة
	88	50	76.66	15.14	16.51	87	2.61	دال عند α 0.01

ويوضح الجدول التالي نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة).

جدول رقم (30) : يبين نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة) .

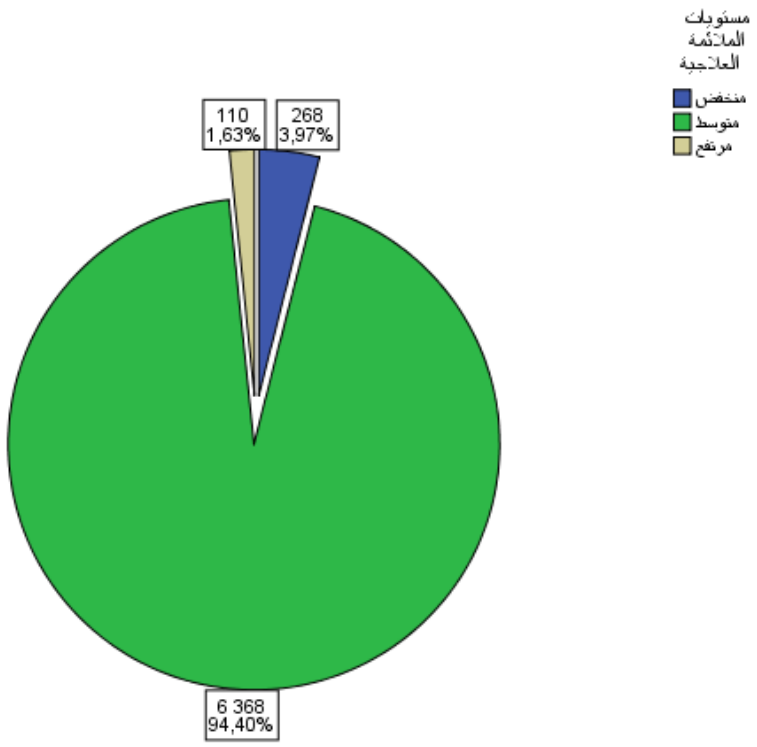
المدراء	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا2 المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا2 المجدولة	الدلالة الاحصائية
منخفضة	07	%03.97	131.88	2	9.21	دال عند α 0.01
متوسطة	80	%94.40				
مرتفعة	01	%01.63				
المجموع	88	%100				

يتبين من نتائج الجدول رقم(29)، ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية بين المتوسط الافتراضي (المتوسط النظري= الربيعي الأدنى) ومتوسط العينة، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (16.51) أكبر من قيمة(ت) المجدولة والمساوية (2.61)، حيث أن متوسط العينة (76.66) أكبر من المتوسط الافتراضي (50)، وهذا يعني أن متوسط مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تفوق المتوسط الافتراضي.

كما يتبين من نتائج الجدول رقم (30) من تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند 0.01، حيث أن قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (131.88) أكبر

من قيمة كا2 المجدولة والمساوية(9.21)، وهذا يعني أن نسبة مرضى الربو ذوي مستوى متوسط في الملاءمة العلاجية (94.40%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في الملاءمة العلاجية (3.97%). الشكل رقم (19) يوضح مختلف النتائج.

الشكل رقم () ، يبين نسب توزع مستويات الملائمة العلاجية لدى مرضى الربو.



وعليه نرفض فرضية البحث الأولى وكجواب لها يمكن القول: "مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو متوسط، حيث أن نسبة المرضى ذوي مستوى متوسط في الملاءمة العلاجية (94.40%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في الملاءمة العلاجية (3.97%) ".

لا تتفق نتيجة البحث الحالي مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة حول مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

على العموم، يمس الربو حوالي 300 مليون شخص في العالم، ويمثل مشكل هام للصحة العمومية، وهو داء يمس كل الأعمار من الرضع حتى الشيخوخة. ولوحظ خلال 30 سنة الأخيرة إرتفاع نسبة المرض في أغلب دول العالم، وتميز المرض بكونه مزمنا ويكلف ميزانية الصحة **(Dutau et Lavaud, 2016, p4)**. ونظرا لتعقد هذه الحالات الصحية وبروز مضاعفات المرض التي قد تهدد صحة المريض وتعرضه لخطر الموت، دفع العديد من الباحثين إلى الإهتمام بسلوك الملاءمة العلاجية والأسباب الكامنة وراء نجاح أو فشل بعض المرضى في تبني هذا السلوك. لذلك شكل موضوع الملاءمة العلاجية وتدنيها إحدى المشكلات التي تواجه محترفي الصحة، حيث أن هناك مرضى يعانون من أمراض عضوية مزمنة ولا يحترمون التوصيات والنصائح المتعلقة بالعلاج المقدمة من طرف الأطباء، كإحترام مواعيد تناول الدواء والمقادير الموصوفة، ...إلخ.

وفي هذا السياق، أشار **بلان (Blanc, 2007)** بأن مشكلة الملاءمة العلاجية غالبا ما يواجهها الطبيب في علاقته مع المريض وبالخصوص في الأمراض المزمنة كالربو. من خلال تقدير مدى إلتزام مريض الربو بالتعليمات الطبية والتوصيات العلاجية. ويرى **بلان (Blanc, 2007)** أن دراسة وقياس الملاءمة العلاجية تطرح العديد من الصعوبات والمشكلات في مرض الربو، ونظرا لتعقدها في الممارسة اليومية إرتكز قياسها أساسا على رأي الطبيب بعد مقابلة المريض**(Blanc, 2007, p43)**.

وفي هذا السياق، أظهرت بعض الدراسات أن مريض الربو يتميز بمستوى ملاءمة علاجية ضعيفة، نظرا لكونه يمارس سلوكات لا صحية كالإستعمال السيء للأدوية، عدم الإنتظام في أخذ الدواء، أو عدم تناوله ونسيانه، ...إلخ. لهذا يبقى قياس الملاءمة العلاجية حقلا

حيويا في مرض الربو، لأن الأبحاث التي أجريت في هذا المجال والطرق المنهجية المتبعة أسفرت على نتائج غير مرضية وبعضها جاء متناقض **(ANAES, 2002, p24).**

ويضيف **باندر (Bender, 2003)** بأن الدراسات التي إهتمت بدراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تنتهي غالبا كما بدأت، وهذا راجع لصعوبة تقدير وقياس الملاءمة العلاجية لدى هذه الفئة المرضية**(Bender, 2003, p 936).**

ففي دراسة أجراها **بريديت- باردو(Perrudet- Badoux, 1985)** على عينة قوامها 25 مريض راشد يعاني من الربو من أوساط إجتماعية- إقتصادية مختلفة، يعانون من هذا المرض منذ أكثر من 5 سنوات. أسفرت نتائج هذه الدراسة أن 80% من الحالات (25/20) تؤكد إلتزامها للعلاج الذي إقترحه الطبيب من خلال تحليل نتائج إستبيان التقدير الذاتي، في حين أسفرت نتائج المقابلة نصف الموجهة مع نفس الحالات، إتضح أن نسبة 84% (من حالات) يصرحوا بعدم الإلتزام بالنصائح والتعليمات الطبية، حيث صرحت 6 حالات زيادة تناول الدواء (جرعة أكثر) و15 منهم يصرحون يتناول جرعات أقل نسبيا مما موصوف من طرف الطبيب المعالج. ويتضح من نتائج هذه الدراسة (بإستخدام إستبيان التقدير الذاتي- المقابلة نصف الموجهة) وجود تناقض حول تبني سلوك الملاءمة العلاجية من عدمها لدى عينة الدراسة **(In Blanc, 2007, p43).**

وفي السياق نفسه، أوضحت دراسة تتبعية مستقبلية (بإسبانيا) قام بها **بيسكادو وآخرون (Piscado et al, 1989)** على عينة قوامها 49 مريض بالربو، إمتدت الدراسة بين 23 أسبوعا إلى 10 سنوات. أسفرت نتائجها تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو مع حدوث حالات وفاة وأخرى خضعت للعلاج السيكاتري (**Piscado et al, 1989, p 232).**

كما أوضحت دراسة **كووتس وآخرون (Coutts et al, 1992)** على 14 طفل مصاب بالربو (بالولايات المتحدة الأمريكية)، وهي دراسة تتبعية إمتدت إلى 3 شهور بإستخدام

قياسات إليكترونية (شريحة إليكترونية) لتقدير مستوى الملاءمة العلاجية. أسفرت نتائجها نسبة 55% من الحالات تميزوا بتدني مستوى الملاءمة العلاجية من خلال زيادة تناول عدد الجرعات اليومية للدواء **(Coutts et al, 1992, p 332).**

أسفرت نتائج دراسة **أبتر وآخرون (Apter et al, 1998)** وهي دراسة تتبعية مستقبلية على عينة قوامها 50 مريض بالربو (و. م. أ). وإستغرقت الدراسة 42 يوما وتم الإعتماد على القياس الإلكتروني (الشريحة) لمعرفة مستوى الملاءمة العلاجية. إتضح من تحليل النتائج أن المرضى الربو يتميزوا بتدني مستوى الملاءمة العلاجية، كما كانت العلاقة طبيب– مريض سيئة**(Apter et al, 1998, p 1810) .**

كما توصلت دراسة **داييت وآخرون (Diette et al, 1999)** بالولايات المتحدة الأمريكية، هي دراسة تتبعية عرضية على عينة قوامها 6612 مريض بالربو يتابعون علاجا بالكورتيكوويد المستنشق. أسفرت نتائجها نسبة تقدر بـ 15،8% من مرضى الربو المعتدل إلى الربو الحاد يستعملون الكورتيكوويد المستنشق بشكل مفرط (إستعمال أكثر من 8 نفخات بالبخاخة)، بينما سجلت نسبة تقدر بـ 64% من الحالات تميزت بإنخفاض إستعمال هذا الدواء (إنقاص الجرعة). يتضح من هذه الدراسة تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو سواء بالإفراط في تناول الدواء أو الإنقاص من إستعماله مقارنة بتعليمات الطبيب المعالج **(Diette et al, 1999, p 697).**

وفي نفس السياق، أسفرت دراسة تتبعية عرضية أمريكية أجراها **بارر وآخرون (Barr et al, 2002)** على عينة قوامها 5107 مريض بالربو. أسفرت نتائجها تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو الحاد **(Barr et al, 2002, p 768).**

وفي دراسة تتبعية عرضية أمريكية أجراها **جورج وآخرون (George et al, 2003)** على عينة قوامها 45 مريض بالربو، أوضحت نتائجها تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى

المرضى الربويين بسبب خوفهم وقلقهم من الآثار الجانبية لإستخدام الكورتيكوييد **(George et al, 2003, p 967)**.

وتتفق نتائج هذه الدراسة الأخيرة مع نتائج دراسة أجراها **أبتر وآخرون (Apter et al, 2003)** على عينة قوامها 85 مريض بالربو بالولايات المتحدة الأمريكية، بإستخدام أجهزة إلكترونية لقياس مستوى الملاءمة العلاجية. أسفرت نتائجها تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى أفراد العينة وبالخصوص لدى مرضى الربو الين يتميزوا بإتجاهات سلبية نحو إستخدام الكورتيكوييد المستنسق **(Apter et al, 2003, p 1219)**.

وفي نفس الإطار، وضح **عصمان وآخرون (Osman et al, 1993) وبوسلي وآخرون (Bosley et al, 1995)(In Pujet, 1999, p 199) وفان جرونسفان وآخرون (Van Grunsven et al, 2000, p 225)** بأن مرضى الربو لا يستعملون الأدوية الموصوفة لهم من قبل الطبيب المعالج بسبب تخوفهم من آثار الكورتيكوييد، وأن فوبيا الكورتيكوييد ونقص الثقة حول فعالية العلاج قد تكون من عوامل تدني الملاءمة العلاجية لديهم.

ففي دراسة أجراها كل من **باندر وآخرون (Bender et al, 2007)** حول الملاءمة العلاجية لدى الأطفال الربويين، وبالخصوص مدى إلتزامهم مع أوليائهم بالعلاج الموصوف لهم من قبل العلاج (وهو العلاج بالكورتيكوييد المستنشق **(Corticostéroïdes Inhales)**). تكونت العينة من 104 طفل مصاب بالربو تراوحت أعمارهم بين 8-18 سنة. ولقياس مستوى الملاءمة العلاجية تم الإعتماد على عدة وسائل منهجية: المقابلة فردية (طفل –أولياء)، ملأ إستبيان من خلال جهاز الحاسوب وشريحة إلكترونية توضع في علبة دواء الإستنشاق. أسفرت نتائج هذه الدراسة تفاوت في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى لأداة القياس المستخدمة: حيث أسفرت نتائج المقابلة وملأ إستبيان على تصريحات مبالغة للملاءمة العلاجية الجيدة، فقد بلغ نسبة المرضى الذين صرحوا بأخذهم وتناولهم لجرعات الكورتيكوييد المستنشقة بـ 50 %، لتنخفض هذه النسبة إلى 12% كما سجلتها الشريحة الإليكترونية في

علبة الإستنشاق لدى نفس أفراد العينة، مما يبين تدني مستوى الملاءمة العلاجية **(In Blanc, 2007, p 43).**

من خلال عرض نتائج الدراسات السابقة حول مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو إتفقت غالبيتها على تدني مستواها، وهذا ما لم يتفق مع الدراسة الحالية حيث أن 94،40% من أفراد عينة البحث الحالي أظهروا من خلال إجاباتهم على مقياس الملاءمة العلاجية أن مستوى ملاءمتهم العلاجية كان في المتوسط مقابل نسبة ضعيفة قدرت بـ 3،97% تميزوا بتدني الملاءمة العلاجية.

وإتفقت نتائج البحث الحالي مع نتائج بعض الدراسات السابقة كالدراسة التي أجراها **كاينجاس وآخرون (Kyngas et al, 2000)** حول الملاءمة العلاجية لدى المراهقين المصابين بالأمراض المزمنة (الربو، السكري من نمط الأول، مرض الصرع، إلتهاب المفاصل)، حيث تكونت عينة الدراسة من 1000 مريض بأمراض مزمنة. أسفرت النتائج أن 60% من الحالات صنفت ضمن مستوى ملاءمة العلاجية مقبولة (مرضية– في المتوسط)، في حين قدرت نسبة الحالات التي صنفت ضمن الملاءمة العلاجية السيئة بـ 17%، ونسبة قدرت بـ 23% تميزوا بملاءمة علاجية جيدة **(In Bovin et al, 2016, p 303).**

في حين أسفرت نتائج دراسة **كوشران وآخرون (Cochrane et al, 2000)** بالإعتماد على تحليل 10 دراسات سابقة إهتمت بقياس الملاءمة العلاجية (علاج يرتكز على إستنشاق الكورتيكوييد) من خلال أدوات إليكترونية مستدخلة داخل أجهزة الإستنشاق (البخاخات).

لوحظ من خلال تحليل النتائج أن مستوى الملاءمة العلاجية تتغير بين 63% إلى 92% فيما يتعلق بعدد جرعات الدواء المأخوذة من طرف المريض وعدد الجرعات التي وصفها الطبيب. كما لوحظ إستعمال أقل للدواء (جرعات أقل) بنسبة تتراوح بين 24% إلى 69% للعدد الإجمالي للحالات خلال أيام المتابعة. ولوحظ أيضا فرط إستعمال الدواء

(الجرعات) تقدر بـ 2% إلى 23% خلال أيام المتابعة. على العموم، أسفرت نتائج هذه الدراسة أن مستوى الملاءمة العلاجية كانت جيدة (20 % إلى 73%) خلال أيام المتابعة **(Cochrane et al, 2000, p 543).**

أشارت **منظمة الصحة العالمية (OMS, 2003)** أن قرابة 50% فقط من المرضى المزمنين في البلدان النامية والمتطورة يلتزمون ويمتثلون لعلاجهم الطبي مقابل نسبة تتراوح ما بين 50–55% من المرضى الذين لا يلتزمون بعلاجهم (تدني مستوى الملاءمة العلاجية) **(OMS, 2003, p 24).**

كما أسفرت دراسة **هايدرانزاد وتافا زولي (Heidarnazhad et Tavasoli, 2009)** التي أجريت في إيران على عينة قوامها 123 مريض بالربو بإستخدام تقنية المقابلة. سجلت النتائج نسبة 41،9% يستخدمون بشكل غير منتظم المنشقات الفموية **(Inhalateur)** وكان سبب ذلك حسب تصريحات المرضى الربويين عدم شعورهم بالحاجة لإستخدام الأدوية في الفترات التي لا تظهر فيها الأعراض. في حين أسفرت النتائج أن نسبة 30،5% من الحالات التي تستخدم المنشقات الفموية بأسلوب صحيح. وهنا تظهر الحاجة إلى إعداد دلائل إرشادية لدى مرضى الربو لتحقيق المزيد من التثقيف حول مرض الربو **(Heidarnazhad et Tavasoli, 2009, p 912).**

ويمكن تفسير أن مرضى الربو لعينة بحثنا تميزت بمستوى متوسط في الملاءمة العلاجية إلى خصائص العينة حيث أن غالبيتهم من فئة الإناث (63،64%) وبنسبة قدرت بـ 32،25% من الفئة العمرية بين (18–22 سنة) لتليها الفئة بين 38 فأكثر بنسبة قدرت بـ 29،55 % وتمثل شريحة عمرية هامة وهي الراشد الشاب، وذوي مستوى تعليمي جامعي (39،77%)، ونرى أن مثل هذه الخصائص السوسيوديمغرافية قد تعمل على عدم تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو وتجعلها في المستوى المتوسط. وعليه حاولنا

من خلال هذا البحث دراسة مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو من خلال دراسة مجموعة من العوامل السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، مستوى التعليم، مدة المرض).

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية للبحث الحالي على ما يلي: "توجد فروق بين الجنسين في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو"، لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملائمة العلاجية حسب متغير الجنس، وفيما يلي عرض لمختلف نتائج هذا الفرض.

جدول رقم(31): يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية حسب متغير الجنس.

الملاءمة العلاجية	متغير الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	مستوى الدلالة
	إناث	56	78.13	12.30	1.07	86	2	غير دال 0.05
	ذكور	32	74.09	19.08				

يتبين من الجدول السابق ومن تطبيق اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية حسب متغير الجنس، أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 في متوسط الملاءمة العلاجية حسب متغير الجنس، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (1.07) أصغر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (2)، وهذا يعني عدم وجود اختلاف دال إحصائيا في متوسط الملاءمة العلاجية بين الذكور (74.09) والإناث (78.13) لعينة البحث الحالي.

وعليه نرفض فرضية البحث الثانية وكجواب للفرضية نقول: "لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

يرى كل من **كوواز (Corraze, 1992)**، و**باندر وآخرون (Bender et al, 1997)** بأن للعوامل السوسيوديمغرافية **(Socio- Démographique)** كالسن، والجنس، والحالة الإجتماعية والمستوى الدراسي يمكن إعتبارها عوامل تنبئية في مجال الملاءمة العلاجية، وفي مدى تبني المريض لهذا السلوك**(In Gauchet, 2008, p 36).**

في حين أسفرت دراسة **كابلان وسيمون (Kaplan et Simon, 1990)** بعدم وجود إرتباط بين الملاءمة العلاجية والعوامل السوسيوديمغرافية للمرضى كالجنس والسن ومستوى التعليم والمستوى الإجتماعي والإقتصادي **(عن حدار، 2008، ص 50)**.

فيما يخص عامل الجنس، أسفرت بعض الدراسات أن النساء والرجال متساويين في الملاءمة العلاجية، فقد أوضحت دراسة أوضحت دراسة **سيميلاري وآخرون (Similarly et al, 1992)** عدم وجود فروق بين الجنسيين في الإلتزام بالتمارين الرياضية لدى مرضى إرتفاع الكولسترول. و أوضحت دراسة **مونان وآخرون (Monane et al, 1996)** عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تناول أدوية ضغط الدم**(In Russell, 2005, p 108).**

وفي السياق نفسه، في دراسة أجراها **بلان (Blanc, 2007)** على فئة من الأطفال الربويين أوضحت نتائجها عدم وجود فروق في الملاءمة العلاجية تعزى لمتغيرات الجنس، والسن وعرق المشاركين **(Blanc, 2007, p 44)**.

واتفقت هذه النتائج مع نتيجة البحث الحالي حيث لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

وتفسير ذلك، فقد أشار كل من **برونشون شويتزار(Bruchon-Schweitzer, 2002)** و**ريتش (Reach, 2005)** إلى عدم وجود بروفيل خاص لعدم الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، وأن العلاقة بين مستوى الملاءمة العلاجية والمتغيرات السوسيوديمغرافية هي علاقة غير واضحة ومبهمة **(In Halimi et al, 2009, p 5).**

في حين لم تتفق نتيجة البحث الحالي مع نتائج دراسات **جايمس وآخرون (James et al, 1985, p 7)** و**بارر وآخرون (Barr et al, 2002, p 176)** التي أظهرت أن تدني مستوى الملاءمة العلاجية تظهر لدى فئة الرجال، والمرضى ذوي المستوى التعليمي منخفض، ومستوى إقتصادي متدني.

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة للبحث الحالي على ما يلي: " توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للسن". ولدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(32): يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي(ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة إختبار (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	562.80	3	187.60	0.81	غير دال عند 0.05
داخل المجموعات	19384.96	84	230.77		
التباين الكلي	19947.77	87			

يتبين من الجدول رقم (32) ومن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية حسب السن، أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا عند 0.05، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة والمساوية (0.813) غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يعني أن مستوى الملاءمة العلاجية لا يختلف باختلاف سن المرضى الربويين وعليه نرفض الفرضية الثالثة للبحث الحالي. وكجواب يمكن القول:" لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى سن المريض بالربو".

ولا تتفق نتيجة البحث الحالي مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة حول مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمتغير السن.

أسفرت نتائج دراسة **هاينز وآخرون (Haynes et al, 1979)** حول دور السن في مستوى الملاءمة العلاجية، أنه توجد فروق دالة احصائيا في متوسط الملاءمة العلاجية بالخصوص في فترتي المراهقة والشيخوخة التي تعتبر مراحل حياتية هامة **(In Halimi et al, 2009, p 5).**

ويضيف **جيبسون (Gibson)** أن الملاءمة العلاجية تنخفض مع التقدم في العمر، وتكون مرتفعة لدى فئة الرضع والأطفال بحيث تصل نسبتها إلى 77%.

وفي نفس السياق، أوضح **والدرس (Walders,)** من خلال دراسته على عينة تراوح سن أفرادها بين 8–16 سنة، وجد أن نسبة تقدر بـ 46% تميزوا بالملاءمة العلاجية، ذلك أن في فترة المراهقة والطفولة يشترك الآباء والأمهات مع أبنائهم المرضى المزمنين الربويين في تطبيق العلاج. كما أسفرت دراسته على أن الملاءمة العلاجية على إرتباط عكسي مع السن، حيث لوحظ إمتثال نسبي أفضل لدى الطفل والمراهق بالمقارنة مع الراشد **(In De blic, 2007, p 422).**

وفي دراسة قامت بها كل من **حاليمي وآخرون (Halimi et al, 2009)** أظهرت أن المرضى الذين تميزوا بتدني مستوى الملاءمة العلاجية هم صغار السن بسبب ممارستهم لبعض سلوكات الخطر كالتدخين، والكحول والمخدرات وممارسة الجنس غير الآمن ولديهم

معرفة قليلة عن مرضهم. بينما تميز كبار السن بسلوك الملاءمة العلاجية ويعزى ذلك لحرصهم وإهتمامهم بصحتهم.

كما أسفرت نتائج دراسة **داييت وآخرون (Diette et al, 1999, p 381)** إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى المراهقين والراشدين الشباب (18-34 سنة) وبعض المسنين.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه **الجمعية الأوروبية للصحة التنفسية (ECRHS)** وجود إرتباط دال بين عامل السن والملاءمة العلاجية لدى عينة قوامها 1771 مريض بالربو، تراوحت أعمارهم ما بين 20 – 44 سنة تم إنتقائهم من 14 دولة أوروبية **(In Cerveri et al, 1999, p 88).**

وفي دراسة أخرى لـ **مانغ وآخرون (Meng et al, 1999, p 215)** والتي أجريت في أمريكا الشمالية على عينة قوامها 6703 مريض بالربو، تراوحت أعمارهم بين 14- 65 سنة. إتضح أن صغر السن من عوامل الخطر لعدم الملاءمة العلاجية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة **شماليينغ وآخرون (Schmaling et al, 1998)** على عينة قوامها 120 مريض بالربو، تم إنتقائهم من مصلحة الإستعجالات الطبية، أسفرت نتائجها تدني الملاءمة العلاجية لدى صغار السن والذين يترددون على مصالح الإستعجالات الطبية **(Schmaling et al, 1998, p 631).**

وفي السياق نفسه، أظهرت دراسة **سبكتور وآخرون (Spector et al, 2000)** تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى بعض المرضى الربويين وبالأخص المسنين، والذين يعانون من صعوبات في الذاكرة والرؤية وفهم إستعمال الأدوية **(Spector et al, 2000, p 381).**

أجرى كل من **كرفوري وآخرون (Cerveri et al, 1999, p 288)** دراسة تتبعية عرضية على عينة قوامها 1771 مريض بالربو. أسفرت نتائجها إرتباط الملاءمة العلاجية بعامل السن.

كما أسفرت دراسة **عبد الوادود وآخرون (Abdulwadud et al, 1997)** بأستراليا التي أجريت على عينة قوامها 125 مريض بالربو. أن الملاءمة العلاجية تزداد إذا كان

سن المريض أكثر من 60 سنة وبالخصوص لدى فئة الذين خضعوا للتربية العلاجية **(L'éducation Thérapeutique) (Abdulwadud et al, 1997, p 524).**

يتضح مما تقدم عدم اتفاق نتيجة البحث الحالي (عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى سن المريض بالربو) مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة حول ارتباط الملاءمة العلاجية بعامل السن التي جاءت بدورها متناقضة، وهذا ما يجعل دراسة هذه العلاقة موضوع بحث واستقصاء.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة في متوسط الملاءمة العلاجية تعزى لمتغير السن لدى مرضى الربو عينة البحث الحالي لكون أفرادها من الفئة العمرية بين 18-40 سنة وهي تمثل مرحلة الراشد الشاب، ولهذه المرحلة خصائصها النمائية تجعلها مختلفة عن مراحل النمو الأخرى (الرضاعة، الطفولة، المراهقة والشيخوخة) والتي لم تأخذ بعين الإعتبار في هذا البحث. كما أن الدراسات السابقة التي اهتمت بعلاقة الملاءمة العلاجية بالسن، أخذت بعين الإعتبار في مقارناتها بمختلف المراحل النمائية من الرضيع إلى المسن، وربما هذا ما يفسر عدم اتفاق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدرسات السابقة.

4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة للبحث الحالي على ما يلي: " توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمستوى التعليم". ولدراسة هذه الفرضية والاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(33): يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي(ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للمستوى التعليمي.

الملاءمة/ مستوى التعليم	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
إبتدائي	6	80,17	8,681					
متوسط	22	78,45	13,578	1180,9	3	393,6	1,76	غير دال عند 0.05
ثانوي	25	70,88	16,463	18766,8	84	223,4		
جامعي	35	79,06	15,353	19947,7	87			
المجموع	88	76,66	15,142					

يتبين من الجدول أعلاه ومن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للمستوى التعليمي، أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا عند 0.05، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة والمساوية (1.76) غير دالة إحصائيا، وهذا يعني أن مستوى الملاءمة العلاجية لا تختلف لدى مرضى الربو باختلاف المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) للمريض و عليه نرفض فرضية البحث. وكجواب يمكن القول: "لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى للمستوى التعليمي للمريض بالربو".

يرى كل من **كوورز (Corraze, 1992)**، و**باندر وآخرون (Bender et al, 1997)** بأن للعوامل السوسيوديمغرافية **(Socio- Démographique)** كالمستوى التعليمي يمكن إعتباره عامل تنبئي هام في مجال الملاءمة العلاجية، وفي مدى تبني المريض لهذا السلوك **(In Gauchet, 2008, p 36).**

وفي هذا السياق، أسفرت دراسة **سالي وآخرون (Sally et al, 2009)** أنه يمكن للوضع الإجتماعي– الإقتصادي ومستوى التعليم أن يؤثر في مستوى الملاءمة العلاجية، لأن بعض

المرضى المزمنين يجدون صعوبة للإلتزام العلاجي والقيام بسلوك صحي بسبب إنخفاض الدخل وقلة التعليم وتدني الحالة الإجتماعية والإقتصادية، على عكس ذوي الدخل والتعليم المرتفع **(Sally et al, 2009, p 445)**.

كما أوضحت دراسات كل من **باندر وآخرون (Bender et al, 1997, p 177)**، **وجوناسون وآخرون (Jonasson et al, 2000, p 330)**، و**فان شايك وآخرون (Van schayck et al, 2002, p 126)**، **وأونيريمبا وآخرون (Onyirimba et al, 2003, p412)** وجود إرتباط لعدد من العوامل السوسيوديمغرافية بتدني مستوى الملاءمة العلاجية منها الجنس الذكري، ومستوى التعليمي والإجتماعي والإقتصادي منخفض، فئة صغار السن، أو المسنين. بينما جاءت النتائج حول العلاقة بين حدة المرض الربو وقدمه ومستوى الملاءمة العلاجية متناقضة.

كما أجرى **أبتر وآخرون (Apter et al, 2003, p 1219)** دراسة على عينة قوامها 85 مريض بالربو (و. م. أ) وقياس الملاءمة العلاجية من خلال أجهزة إلكترونية. أسفرت نتائجها تدني مستوى ملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو ذوي مستوى تعليمي وإقتصادي منخفض.

ولم تتفق نتيجة البحث الحالي (عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى للمستوى التعليمي للمريض بالربو) مع ما توصلت نتائج الدراسة السابقة، ولكنها اتفقت مع دراسة **كابلان وسيمون (Kaplan et Simon, 1990)** التي أسفرت بعدم وجود إرتباط بين الملاءمة العلاجية والعوامل السوسيوديمغرافية كمستوى التعليم **(عن حدار، 2008، ص 50)**.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة في متوسط الملاءمة العلاجية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى الربو عينة البحث الحالي لكون غالبية أفرادها من الفئة الشابة (الشاب

الراشد) وغالبيتهم من العزاب (88/53) وذوي مستوى تعليمي يتراوح ما بين الثانوي والجامعي (88/60) وفئة قليلة كان مستواها التعليمي ما بين الابتدائي والمتوسط. ربما لو كان حجم العينة أكبر لكان توزيعها على الفئات العمرية أفضل تمثيلا وأسفرت على نتائج مختلفة.

5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة للبحث الحالي على ما يلي: " توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة الإصابة بالمرض". ولدراسة هذه الفرضية إستخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج المتعلقة بهذه الفرضية:

جدول رقم (34): يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي(ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة الإصابة بالمرض.

الملاءمة / مدة المرض	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
9 سنوات وأقل	41	74,66	17,253	381,0 19566,7 19947,7	4 83 87	95,2 235,7	0,404	غير دال عند 0.05
10-19 سنة	34	77,68	13,257					
20-29 سنة	9	80,78	14,822					
30-39 سنة	2	78,50	9,192					
40-49 سنة	2	80,00	4,243					
المجموع	88	76,66	15,142					

يتبين من الجدول رقم (34) ومن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية تعزى لمدة الإصابة بالمرض، أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا عند 0.05، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة والمساوية (0.404) غير دالة وهذا يعني أن مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو لا تختلف باختلاف مدة الإصابة

بالمرض وعليه نرفض الفرضية الخامسة للبحث الحالي. وكجواب يمكن القول:" لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة الإصابة بالمرض".

على العموم لم تتفق نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي جاءت متناقضة فيما يخص علاقة مستوى الملاءمة العلاجية بمدة الإصابة بالمرض.

أشار **كرفوري** و**آخرون** **(Cerveri et al, 1999, p 19)** أن مدة الإصابة بمرض الربو و/أو ضبط المرض وعلاقته بمستوى الملاءمة العلاجية الجيدة أو السيئة، مسألة معقدة، حيث أسفرت نتائج العديد من الدراسات إلى نتائج مختلفة ومتناقضة بخصوص تأثير مدة المرض (الربو) على مستوى الملاءمة العلاجية.

ومن بين تلك الدراسات التتبعية العرضية نجد دراسات كل من **داييت** و**آخرون** (**Diette et al, 1999, p 698)**، و**كرفوري** و**آخرون** **(Cerveri et al, 1999, p 89)**، و **بارر** و**آخرون** **(Barr et al, 2002, p 64)**، حيث أسفرت نتائجها على تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى حالات الربو المصاحبة للأعراض الحادة. وعلى عكس ذلك، أوضحت دراسة **مانغ** و**آخرون** **(Meng et al, 1999, p 213)** تواتر تدني مستوى الملاءمة العلاجية بصفة أكثر لدى مرضى الربو المعتدل.

في حين أظهرت دراسة **لوباز–فينا** و **دال–كاستيلوا أريفاتو** (**Lopez- Vina et Del Castillo- Arevalo, 2000, p 760)** أن أفضل وأحسن ملاءمة علاجية سجلت لدى مرضى الربو الحاد **(Sévère)** مقارنة بمرضى الربو المعتدل.

وفي نفس السياق، أشارت دراسة **مانغ و آخرون** **(Meng et al, 1999, p 213)** أن من بين عوامل تدني الملاءمة العلاجية هي: حداثة الإصابة بمرض الربو. وعلى عكس من

ذلك، أظهرت دراسة **بارر** و **آخرون (Barr et al, 2002, p 64)** أنه كلما كانت الإصابة بمرض الربو قديمة، كلما كانت الملاءمة العلاجية أسوأ.

ونظرا لعدم اتفاق اتجهت دراسات أخرى لدراسة خطورة المرض وتزامنه وعلاقته بالملاءمة العلاجية، فقد أسفرت نتائج دراسة **تان برينك وآخرون (Ten Brinke et al, 2001b, p 1093)** حول الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو المزمن، كما أنهم الفئة الأكثر إقبالا للعناية المستعجلة من مرض الربو على العموم.

كما أظهرت دراسات كل من **باندر** و**آخرون (Bender et al, 1997, p 177)**، و**جوناسون** و**آخرون (Jonasson et al, 2000, p 330)**، و **فان سشايك** و**آخرون (Van schayck et al, 2002, p 126)**، و**أونيريمبا** و**آخرون (Onyirimba et al, 2003, p 412)** بأن مستوى الملاءمة العلاجية ينخفض تدريجيا مع الزمن.

وفي السياق نفسه، أوضحت دراسة **أبتر** و**آخرون (Apter et al, 2003, p 1219)** على عينة قوامها 85 مريض بالربو (و. م. أ) تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو الذين كثيرا ما يعانون من الأعراض المرضية.

كما أوضح **بارر و آخرون (Barr et al, 2002)** من خلال دراسة أمريكية تتبعية عرضية على عينة قوامها 5107 مريض بالربو، توصلت نتائجها أن تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو الحاد، إرتبطت بمجموعة من العوامل كسن المريض، مستواه الإجتماعي- الإقتصادي المتدني، التدخين، وحداثة مرض الربو (ربو حديث الظهور) ومعاودة المرض **(Barr et al, 2002, p 768)**.

وفي السياق نفسه، أشار **كولب وآخرون (Kolbe et al, 1998)** بأن هناك العديد من العوامل تساهم في فهم عدم الملاءمة العلاجية، يرتبط بعضها بالمريض مثل حداثة المرض،

إستمرار المرض، شدة المرض، غياب أو ظهور الأعراض، معتقدات المريض، والبعض الآخر يرتبط بالعلاج والمخطط العلاجي **(Kolbe et al, 1998, p 241)**.

ويضيف **كوشران** و **آخرون (Cochrane et al, 1999, p 763)** و **ريتش (Reach, 2005)** بأن عدم الملاءمة العلاجية ترتبط بعوامل مثل مدة المرض، تكراره اليومي (شدته وحدته)، طريقة أخذ الدواء، الآثار الجانبية للدواء.

على العموم لم تتفق نتائج الدراسات السابقة الذكر بل جاءت مختلفة ومتناقضة، ويمكن تفسير ذلك لصعوبة قياس الملاءمة العلاجية في الأمراض المزمنة وبالخصوص مرض الربو الذي كثيرا ما يرتبط بالعلاج بالكورتيكوييد الذي يولد العديد من المخاوف لدى المرضى مما يؤثر على إلتزامهم العلاجي. ضف إلى ذلك لم نأخذ بعين الإعتبار في البحث الحالي درجات الربو وتصنيفاته المعروفة (ربو خفيف، ربو متوسط وربو حاد)، على علم أنها تختلف من حيث شدة الأعراض وظهورها وتكرارها ومدى تأثيرها على نشاطات الحياة اليومية للمريض، ويمكن فتح مجال البحث والاستقصاء حول إجراء دراسة مقارنة في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو وفق هذه التصنيفات.

6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة للبحث الحالي على ما يلي:" مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو منخفضة". لدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسط الافتراضي (الربيعي الأدنى= 38) ومتوسط العينة، واختبار (كا^2) لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات المعتقدات الصحية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة). وفيما يلي عرض لمختلف النتائج هذه الفرضية:

جدول رقم(35): يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط المعتقدات الصحية بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة.

المعتقدات الصحية	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	مستوى الدلالة
	88	38	67.09	7.88	34.60	87	2.61	دال عند α 0.01

كما استخدمت الباحثة اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات المعتقدات الصحية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة) لدى مرضى الربو، والجدول التالي يوضح نتائجه.

جدول رقم (36): يبين نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات المعتقدات الصحية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة) لدى مرضى الربو.

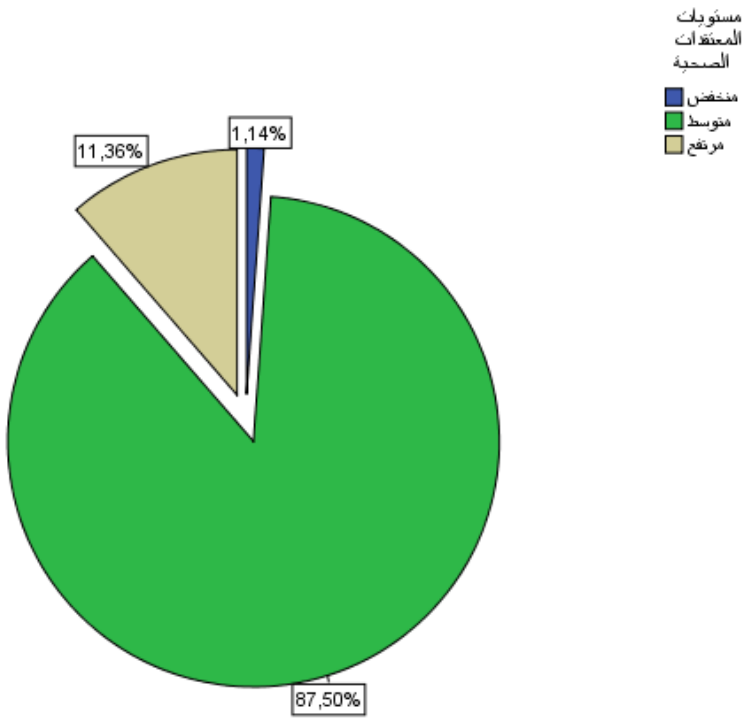
مستوى المعتقدات الصحية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا2 المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا2 المجدولة	مستوى الدلالة
منخفضة	01	%1.14	117.56	2	9.21	دال عند α 0.01
متوسطة	77	%87.50				
مرتفعة	10	%11.36				
المجموع	88	%100				

يتبين من نتائج الجدول رقم(36)، ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط المعتقدات الصحية بين المتوسط الافتراضي (المتوسط النظري= الربيعي الأدنى = 38) و متوسط العينة، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، حيث أن

قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (34.60) أكبر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (2.61)، كما أن متوسط العينة (67.09) جاء أكبر من المتوسط الافتراضي (38)، وهذا يعني أن متوسط مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو (عينة البحث الحالي) يفوق المتوسط الافتراضي.

كما يتبين من تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات المعتقدات الصحية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند 0.01 ، حيث أن قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (117.56) أكبر من قيمة كا2 المجدولة والمساوية(9.21)، وهذا يعني أن نسبة مرضى الربو ذوي مستوى متوسط في المعتقدات الصحية (87.50%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في المعتقدات الصحية (1.14%) . الشكل رقم(20) يوضح مختلف النتائج.

الشكل رقم() ، يبين نسب توزع مستويات المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو.



وعليه نرفض فرضية البحث السادسة وكجواب لها يمكن القول:" مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو متوسط، حيث أن نسبة المرضى ذوي مستوى متوسط في المعتقدات الصحية (87.50%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في المعتقدات الصحية (1.14%) ".

يتضح من عرض نتائج الفرض السادس للبحث الحالي أن مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو متوسط (87.50%)، بينما نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في المعتقدات الصحية قدر بـ 1.14%. وربما ذا ما يفسر المستوى المتوسط للملاءمة العلاجية لدى عينة البحث الحالي. وجاءت نتائج هذه الفرضية تتفق مع أغلب نتائج الدراسات السابقة والتي سيتم عرضها لاحقا.

على العموم، تشكل الملاءمة العلاجية في الأمراض المزمنة مسألة دقيقة ومعقدة، وتلعب المعتقدات الصحية دورا مهما وأساسيا، وتمثل عامل من بين العديد من العوامل التي تتدخل في نجاح أو فشل التكفل العلاجي الطبي **(Boutry et al, 2001, p476)**.

وحسب **ألون (Aloin)** إن الإدراكات الشخصية ونظم المعتقدات تؤثر في سلوك الملاءمة العلاجية، لذلك من المهم أن يفهم المريض مرضه، لأن تدني مستوى الملاءمة العلاجية قد تعزى لعدم فهم مريض الربو لمرضه أو لما قاله الطبيب ولم يستوعب مختلف الشروحات المقدمة له فيما يتعلق بعلاجه.

كما يضيف **بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001)** بأن المعتقدات الصحية تعتبر من العوامل الهامة التي لابد من حصرها والكشف عنها، مما يساعد على الحصول على ملاءمة علاجية جيدة وأفضل. كما أن تجاهلها لدى مرضى الربو، تؤدي إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية مما يؤدي بدوره إلى فشل التكفل العلاجي للمريض **(Boutry et al, 2001, p476)**.

وفي السياق نفسه، يرى **بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001, 470)** أن المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو (الصغار وعائلتهم) لها تأثير واضح على الملاءمة العلاجية، حيث لوحظ أن هناك العديد من العوامل التي ترتبط بهذه المعتقدات الصحية ومنها التاريخ الفردي للمريض، البيئة الثقافية والإجتماعية التي تحيط به، بالإضافة إلى إتجاهاته وأحكامه تجاه سلوكاته. وعليه يرى أنه من الضروري الإهتمام بهذه المعتقدات الصحية لدى المريض الربو، إذا ألادنا الحصول على أحسن إلتزام ومتابعة للتعليمات العلاجية.

وفي نفس هذا الإطار، تشير **كوسون-جولي وآخرون (Cousson-geli et al, 1998)** يتضح أن لمريض الربو وعائلته لديهم معتقدات وتصورات حول نشأة المرض الربو، تطوره، وعلاجه. وتتجلى هذه المعتقدات في تصريحات المرضى مثل: "أنا مصاب بالربو بسبب التلوث" أو "إن أدوية الكورتيكويد مضرة بالصحة"، و"يشفى مرض الربو تلقائيا عند البلوغ". وفي حين هناك مرضى لا يصرحون بمعتقداتهم**(Cousson-geli et al, 1998, p 513)**.

ويفسر **أنجل وآخرون (Engel et al, 1973)** أن لكل فرد منا يلجأ عند تعرضه لموقف ما إلى معلوماته الداخلية أي إلى تصوراته ومعتقداته التي يمتلكها مسبقا تجاه هذا الموقف. وفي مجال الإصابة بمرض الربو، إتضح أن للمعتقدات دور هام في علاج مرضى الربو، ذلك أن الربوي قبل أن يطبق تعليمات الطبيب بخصوص أخذ الدواء، تعديل أسلوب حياته، ...إلخ تراوده أفكار ومعلومات وتصورات (المعتقدات) حول العلاج الذي تم وصفه له، وهنا تتدخل معتقداته حول صحته عموما والتي تؤثر بدورها على سلوك الملاءمة العلاجية**(In Boutry et al, 2001, p472)**.

يشير **بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001)** بأن المعتقدات الصحية لمرضى الربو وعائلتهم تؤثر على كل من:

1-إتجاهاته نحو الطب (مثل لا أثق بالعلاج بالكورتيكويد لأنه يضر بالصحة).

2- أحكامه (مثل أخاف من إستعمال الكورتيكوييد، وأرى أنها غبر فعالة مع مرض إبني).

3- السلوكات (مثل لا أعطي صغيري المريض بالربو علاجه لأنه دواء كورتيكوييد) **(Boutry et al, 2001, p472).**

اتجهت العديد من الدراسات إلى الاهتمام بالمعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وعلاقتها بالملاءمة العلاجية (الجيدة والسيئة)، والتي سيتم عرض نتائجها في ما يلي:

أوضحت دراسة **هورن** و **واينمان (Horne et Weinman, 2002)** التي أجريت على عينة قوامها 100 مريض بالربو، بأن عدم الملاءمة العلاجية وتدنيها لدى مرضى الربو إرتبطت بالشك وعدم الثقة بفعالية الدواء والعلاج وكذلك بالمعتقدات الخاطئة حول المرض ومضاعفاته **(In Ogden, 2004, p 70) .**

وفي السياق نفسه، أسفرت نتائج دراسة **شامبرز وآخرون (Chambers et al, 1999, p90)**، هي دراسة أمريكية تتبعية عرضية على عينة قوامها 394 مريض بالربو، أوضحت وجود إرتباط بين معتقدات المرضى ومستوى الملاءمة العلاجية. فالمرضى الين كانت لديهم إتجاهات إيجابية تجاه العلاج بالكورتيكوييد المستنشق، وإعتقادهم بأهمية مشاركتهم الفعالة في العلاج تميزوا بمستوى ملاءمة علاجية جيدة وبالخصوص لدى مرضى الربو الحاد.

في حين أسفرت دراسة **فان غرانس فان وآخرون (Van Grunsven, 2000, p 225)** على عينة قوامها 29 مريض بالربو، إستغرقت مدة سنتين. إرتباط الملاءمة العلاجية الجيدة بإقتناع المريض (المعتقدات) بفعالية العلاج، في حين لا يوجد إرتباط دال بين مستوى الملاءمة العلاجية ومعتقدات المريض تجاه الآثار الجانبية للدواء.

أوضح **عصمان وآخرون (Osman et al, 1993)** **وبوسلي وآخرون (Bosley et al, 1993)** أن تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو ترتبط بخوف المرضى من

الآثار الجانبية لإستعمال علاج الكورتيكوييد الموصوف لهم من قبل الطبيب (فوبيا الكورتيكوييد) **(In Pujet, 1999, p199).**

وفي نفس الإطار، توصل **لاغراند (Lagrand, 1999)** من خلال دراسته التي إهتمت بمعرفة إن كانت فوبيا الكورتيكوييد لدى مرضى الربو حقيقية أم خيال؟"، على عينة قوامها 40 مريض. ولقد اسفرت على ما يلي: أن نسبة 50 % من المرضى لديهم فوبيا للكورتيكويد. 30% من المرضى حاولوا وقف تناول الدواء بسبب الكورتيكويد. نسبة 30 % من المرضى لديهم معلومات صحيحة حول الكروتيكويد. ونسبة المرضى الذين إستعملوا الكورتيكويد لمدة طويلة قدرت بـ 33%. وأخيرا نسبة 88% من المرضى يستعملون الكورتيكويد المستنشق (البخاخات) **(In Pujet, 1999, p 200)..**

ويضيف **لاغراند (Lagrand, 1999)** أن من بين المعتقدات والتصورات التي إرتبطت بخوف المرضى من هذا العلاج (الكورتيكوييد) وهي:

1- نسبة 59 % من المرضى يخافون آثاره الجانبية.
2- زيادة جرعات مع الوقت لضمان نفس نتيجة المتحصل عليها الآن بنسبة قدرت بـ 38%.
3- يشرب الدواء كعادة فقط **(Accoutumance)** بنسبة 36%.
4- زيادة الوزن 29%.
5-ضمور عضلي قدرت نسبتها بـ 24%.
6- حساسية تجاه الالتهابات بنسبة 20%.
7-هشاشة العظام وكسرها بنسبة 16%.
8- تأخر النمو بنسبة 14%.
9-السيل **(Cataracte)** بنسبة 8%.
10-السكري بنسبة 7%. **(In Pujet, 1999, p200).**

أسفرت نتائج دراسة **ماير وآخرون (Meyer et al, 2001, p531)** بأن مرضى الربو الذين كان مستوى معلوماتهم ومعارفهم حول مرضى الربو منخفض تميزوا بنوعية حياة سيئة.

توصلت دراسة **شامبرز وآخرون (Chambers et al, 1999)** على عينة قوامها 394 مريض بالربو إلى أن المشاركة الفعالة للمريض في العلاج، ومعتقداته الصحية تجاه مرضه (مثل مرض الربو كمشكلة صحية خطيرة) تؤثر إيجابيا أو سلبيا على مستوى الملاءمة العلاجية **(Chambers et al, 1999, p90).**

ومن جهة أخرى اتجهت مجموعة من الدراسات إلى فحص أثر تدني المعتقدات الصحية الصحيحة تجاه المرض والعلاج ومآل المرض على سيرورة العملية العلاجية والعلاقة طبيب– مريض.

فقد أشار كل من **دافيرنوا وغارنار (D'ivernois et Garnaire, 1995, p 35)**" عن أهمية المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو أنه يوجد هناك مرضين، وصحتين، فالأولى تلك التي يعانيها المريض. والثانية تلك التي يدركها المعالج". وأن لكل منهم منطق خاص في إدراك المرض، لذلك على المعالج أن يأخذ ذلك بعين الاعتبار، لأن إغفال عنها يؤدي إلى مشكلات في التواصل بينهما.

كما أوضح **بريس وآخرون (Price et al, 1999)** أن إغفال وعدم الأخذ بعين الإعتبار المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو(وعائلتهم في حالة الأطفال) ينجر عنه العديد من المشكلات منها سوء التفاهم بين المريض والطبيب المعالج، لأن مفردات المريض قد تختلف عن مفردات الطبيبة مثال: ذلك ما يعتبره الطبيب نوبة الربوية، يمكن أن يعتبره المريض بأنه مجرد ضيق تنفسي بسيط **(Price et al, 1999, p2).**

وفي السياق نفسه، يضيف **بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001)** قد يؤدي عدم الإهتمام بالمعتقدات الصحية للمرضى الربويين وعائلتهم إلى حدوث تفاوت وعدم تطابق بين توقعات

المرضى والحلول المقترحة من طرف الطبيب المعالج، ذلك لأن تصورات المرضى الربويين وعائلتهم ترتبط بشكل كبير برغباتهم ودوافعهم وأهدافهم. فإنطلاقا مما يعرفونه ويعتقدونه، فإنهم على أساسها ينتظرون ويتوقعون الحلول لحالتهم الصحية مثال ذلك تضخيم ممارسة مريض الربو للرياضة أو إحضار كلب إلى المنزل...إلخ، فإن معارضة مثل هذه المعتقدات والتصورات قد تؤدي إلى خفض دافعية المرضى. وهذه الوضعية يمكن أن تؤدي إلى فشل التكفل العلاجي للمريض: مما يؤكد بأن التصورات المريض ومعتقداته تلعب دورا مهما وتأثرا كبيرا على أي حوار طبي، وهي قادرة بدورها أن تؤدي إلى عدم الملاءمة العلاجية الجزئية أو الكلية **(Boutry et al, 2001, p472-473).**

ويضيف كل من **هوفلاند وشريف (Sherif et Hovland, 1981)** بأن الطبيب المعالج كثيرا ما يواجه في ممارسته الميدانية معتقدات صحية لا عقلانية لدى مرضاه، ويحاول جاهدا إقناع مرضاه بالمنطق والموضوعية ويوضح لهم بأنهم على خطأ، لكن يميل المرضى إلى إدراك المعلومة الطبية (الرسالة الخارجية) بعدم إستيعابها وهضمها، بالخصوص إذا تعارضت مع آرائه فيحكم عليها بالرفض. ويتقبلها إذا كانت تتفق مع آرائه ومعتقداته. وأمام هذه الوضعية، إذا أراد الطبيب معارضة معتقد صحي خاطئ يجب عليه إستعمال هذه المعتقدات لإيصال معلومة صحية تربوية بهدف تحسين الملاءمة العلاجية. وعلى الطبيب تكييف حديثه وحواره وفق البنية المعرفية التي يمكنه الحصول عليها من مرضاه، وبهذه الطريقة يمكن مشاركة المريض للبحث عن حلول مناسبة وتقليص بذلك مخاطر عدم الملاءمة العلاجية **(Sherif et Hovland, 1981, p10).**

كما أوضح **بندر وآخرون (Bender et al , 1997, p177)** أن عدم فهم المصطلحات الطبية لدى مرضى الربو قد إرتبطت بملاءمة علاجية سيئة، وعلى عكس ذلك، أشار **هو وآخرون (Ho et al , 2003, p498)** إلى عدم وجود علاقة بين درجة المعرفة (المعتقدات) المرتبطة بالمرض والعلاج والملاءمة العلاجية.

ويتضح من خلال ما تقدم أهمية تدعيم المعتقدات الصحية لدى مريض الربو، وتعتبر التربية العلاجية والتثقيف الصحي من أفضل التقنيات لتحقيق هذا الهدف، فقد أوضح **رايسون (Raherison, 2006, p145)** في دراسته حول مكانة وأهمية التربية العلاجية في الربو الحاد، بأن هناك العديد من العوامل التي تتعلق بالمرض وتتدخل بصفة متشابكة ومعقدة في التربية العلاجية منها: التصورات والمعتقدات التي يحملها المريض حول مرض، إدراكه لأعراضه، وجهة نظره وتوقعاته تجاه تكلفة علاجه.

وعليه يظهر من الأهمية ادراج برامج للتربية الصحية والعلاجية لفائدة مرضى الربو إلى جانب العلاج الدوائي لأنه يرفع من مستوى الملاءمة العلاجية.

7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة للبحث الحالي على ما يلي: "مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو (عينة البحث الحالي) هو مصدر الضبط الخارجي (نفوذ- حظ)". ولدراسة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار فريدمان لتحديد مستويات مصدر الضبط الصحي، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج المتعلقة بالفرض السابع للبحث الحالي:

جدول رقم(37): يبين نتائج تطبيق اختبار فريدمان تحديد مستويات مصدر الضبط الصحي (داخلي، خارجي نفوذ، خارجي حظ) لدى مرضى الربو.

مصدر الضبط الصحي	حجم العينة	متوسط الرتب	درجة الحرية	كاف التربيع	مستوى الدلالة
داخلي	88	1,66	2	23.53	دال عند α 0.01
خارجي نفوذ		2,37			
خارجي حظ		1,97			

يتبين من الجدول رقم (37) ومن تطبيق اختبار فريدمان لتحديد مستويات مصدر الضبط الصحي، أنه يوجد فروق دال احصائيا في مصادر الضبط الصحي، إذ قدرت قيمة إختبار فريدمان بـ 23.53 وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01. وبالتالي يلجؤون بالدرجة الأولى للضبط الخارجي نفوذ، يليه الضبط الخارجي الحظ وفي الأخير الضبط الداخلي.

وعليه نقبل فرضية البحث السابعة ويمكن القول أن: "مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو (عينة البحث الحالي) هو مصدر الضبط الخارجي نفوذ، أي يتميز مرضى الربو بمصدر ضبط صحي خارجي نفوذ".

وتتفق نتيجة البحث الحالي مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة منها ما يلي:

عموما، يعرف **عثمان يخلف (2001، ص92)** مصدر الضبط الصحي على أنه :" مجموعة معتقدات الأشخاص حول مصدر صحتهم، بمعنى ميل الأفراد إلى عزو نتائج مرضهم إلى سلوكياتهم فهم المسئولون عما يحدث لهم أي (ضبط داخلي). في حين يعتقد آخرين في تحكم وتأثير الآخرين كالأطباء أو العائلة في تحديد صحتهم (ضبط خارجي). بينما يعتقد البعض الآخر بالحظ والصدفة أو القدر فيما يتعلق بصحته وأنه ليس له علاقة بين نتائج أفعاله وسلوكاته (ضبط خارجي)".

وعرف كل من **غلين و سول (Glenn et Suls, 1982, p 67)** مصدر الضبط الصحي على أنه درجة إعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم فيها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية مثلا: "أنا المسؤول المباشر فيما يتعلق بصحتي". "أشخاص آخرين يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض، بقائي بصحة جيدة مجرد حظ".

– مصدر الضبط الداخلي: إعتقاد الفرد أن حالته الصحي تتأثر بسلوكه الخاص، ولديه إحساس بالمسؤولية الذاتية على صحته.

– مصدر الضبط خارجي أشخاص ذو نفوذ: إن صحة الفرد متحكم فيها من طرف الآخرين كالعائلة، الأصدقاء والعاملين بالقطاع الصحي.

– مصدر ضبط خارجي حظ: إعتقاد الفرد بأن صحته متحكم فيها بواسطة القضاء والقدر والحظ **(عن عبد العزيز، 2010، ص 156)**.

وفي السياق نفسه، أشارت **حاليمي وآخرون (Halimi et al , 2007, p 154)** بأن المريض الذي يتميز بمصدر الضبط داخلي يعتقد أنه مسؤول عن صحته، فيتحمل المسؤولية الذاتية للإندماج والمساهمة بدرجة كبيرة في علاجه من خلال إحترام الجرعة الموصوفة له، إحترام مواعيد أخذ الدواء. تتبع النصائح والتعليمات الطبية...إلخ. في حين أن الفرد المريض الي يعتقد أن الآخرين هم المسؤولون عن صحته، وبالتالي يربط عوامل ودواعي علاجه إلى الآخرين ويبقى تبعية لهم، وهذا ما قد يعرقل سلوك الملاءمة العلاجية خاصة في الأمراض المزمنة حيث لابد على المريض ان يحرص كل الحرص على تناول الأدوية وإتباع الحمية وغيرها من السلوكات الصحية الضرورية.

وأوضحت **حاليمي وآخرون (Halimi et al , 2007, p 154)** من خلال عدة ملاحظات قام بها أطباء مختصون في الممارسة الميدانية. أن مرضى الربو الذين تميزوا بتدني مستوى الملاءمة العلاجية هم مرضى ذوي مصدر ضبط خارجي.

كما أشارت نتائج دراسة **توديرا وآخرون (Tordera et al, 2009)** أن مرضى الربو لديهم معتقدات خاطئة حول الربو وعلاجه (الأدوية)، وأن ضبط المرض يعود إلى الحظ، كما يتميزون بالقلق والاكتئاب وأفكار تشاؤمية حول علاج مرضهم **(Tordera et al, 2009, p222)**.

وأوضحت دراسة **ستاينهاوسن (Steinhausen, 1982)** التي أجريت على مجموعة من الأطفال أصحاء وأطفال مصابين بمختلف الأمراض، استنتج أن أطفال المرضى يتميزون بمصدر الضبط داخلي، باستثناء أطفال المصابين بالربو **(In Halimi et al, 2009, p06)**.

كما أظهرت دراسة **شيميت وآخرون (Schmitt et al, 1989, p33)** التي أجريت على مرضى الربو البالغين، وجد بأنهم يتميزون بمصدر ضبط خارجي.

وفي السياق نفسه، أسفرت دراسة **حاليمي وآخرون (Halimi et al , 2007, p 154)** أن المرضى المصابون بالربو المزمن (الحاد) وغير المتحكمين في مرضهم يتميزون بمصدر ضبط خارجي، ويختلفون عن الربويين المتحكمون في مرضهم حيث تميزوا بمصدر ضبط داخلي، كما أن نسبة الاستشفاء كانت أكبر لدى الفئة الأولى.

يتضح مما تقدم اتفاق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إله الدراسات السابقة بأن مرضى الربو يتميزون بمصدر ضبط صحي خارجي (نفوذ- حظ)، وإن اللجوء إلى الضبط الخارجي وبالخصوص عند الإصابة المرضية المزمنة ينجر عنها العديد من المشكلات الصحية التي يزيد من تفاقم المرض وزيادة حدته منها ما يلي:

أسفرت دراسة **سيمان وسيمان (Seeman et Seeman, 1983)** أن ذوي الضبط الخارجي كانوا أقل ميلا واستعدادا لتنفيذ السلوكات الصحية كمراجعة الطبيب، إجراء الفحوص وإتباع تعليمات الطبيبة بينما ذوي الضبط الداخلي أكثر ميلا لتنفيذ السلوكات الصحية**(عن يخلف، 2001، ص98)**.

وأظهرت دراستي كل من **والستون وآخرون (Walston et al, 1987)**، **وفورس (Fowers, 1994)** أن المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (كإلتهاب المفاصل، القصور الكلوي، الأمراض القلبية، ...إلخ) والذين تميزوا بمصدر الضبط الخارجي نفوذ وحظ، كانوا أكثر شعورا بالضيق الإنفعالي مقارنة بالمرضى ذوي مصدر الضبط الداخلي.

كما أوضحت دراسة **بريمر وآخرون (Bremer et al, 1997)**، **وجان وآخرون (Jane et al, 2001)** أن ذوي الضبط الداخلي يتمتعون بصحة جسدية وأسلوب حياة صحي مقارنة بذوي الضبط الخارجي (ذوي نفوذ والحظ).

أشارت دراسة **ستون ووايت (Stonne et White)** إلى وجود إرتباط بين الإعتقاد في الضبط الخارجي والإكتئاب والعلاقات الزوجية السالبة والمضاعفات الناشئة من المرض وتقدير الذات منخفض**(In Bruchon- Schweitzer, 2014, p299).**

أسفرت دراسات كل من **هورمر ومورفي (Hormer et Murphy, 1991)**، و**كوبر ودينيف (Cooper et Deneve, 1998)**، وجود إرتباط دال بين مصدر الضبط الخارجي نفوذ والوجدانات السلبية (كالإكتئاب، العصابية، العدائية ونوعية حياة إنفعالية سيئة). كما وجد إرتباط بين مصدر الضبط الخارجي حظ والآثار السلبية على نوعية الحياة الإنفعالية كالعصابية، القلق وشدة الأعراض الجسدية.

أسفرت دراسة كل من **برادلي وآخرون (Bradely et al, 1984)** أن مصدر الضبط الخارجي (وبالأخص الحظ) ترتبط بضبط سيء لعملية الأيض، بينما ينبئ الضبط الداخلي بكل من ضبط نسبة السكر في الدم، إستقرار الوزن والصحة النفسية لدى مرضى السكري.

هذا ما أكدته دراسة كل من **ماك موري و بيروت (Mc Murry et Peyrot, 1992)**، ودراسة **ستانترون وآخرون (Stenstroen et al, 1998)** أنه يوجد إرتباط بين مصدر الضبط الداخلي وضبط الجيد للسكر في الدم **(In Bruchon- Schweitzer, 2014, p299).**

وعليه يظهر من الأهمية، تدريب المرضى الربويين على الضبط الداخلي من خلال تحمل المسؤولية الشخصية والمساهمة الفعالة في علاجهم والحرص على تناول أدويتهم وتنفيذ السلوكات الصحية، وعدم الاعتقاد بأن الآخرين كالأطباء أو العائلة أو الحظ أو الصدفة (ضبط خارجي) هم المسؤولين عن مرضهم ومآل علاجهم.

8- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة للبحث الحالي على ما يلي: "يتميز مرضى الربو (عينة البحث الحالي) بنمط الشخصية "د". ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسط

الافتراضي (10) ومتوسط العينة، واختبار (كا^2) لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات نمط الشخصية "د" (أقل من 20، أكبر أو يساوي 20) . وفيما يلي عرض لمختلف النتائج المتعلقة بهذه الفرضية:

جدول رقم(38): يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط نمط الشخصية "د" بين المتوسط الافتراضي و متوسط العينة.

نمط الشخصية	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	مستوى الدلالة
"د"	88	20	25.94	8.43	6.61	87	2.61	دال عند α 0.01

يتضح من الجدول أعلاه، وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 في متوسط نمط الشخصية (د) لدى مرضى الربو عينة البحث الحالي، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (6.61) أكبر من قيمة(ت) المجدولة والمساوية (2.61)، حيث أن متوسط العينة (25.94) أكبر من المتوسط الافتراضي (20)، وهذا يعني أن متوسط مستوى نمط شخصية "د" لدى مرضى الربو تفوق المتوسط الافتراضي (20) مما يؤكد أن نمط شخصية المرضى الربويين عينة البحث الحالي هي من نمط "د".

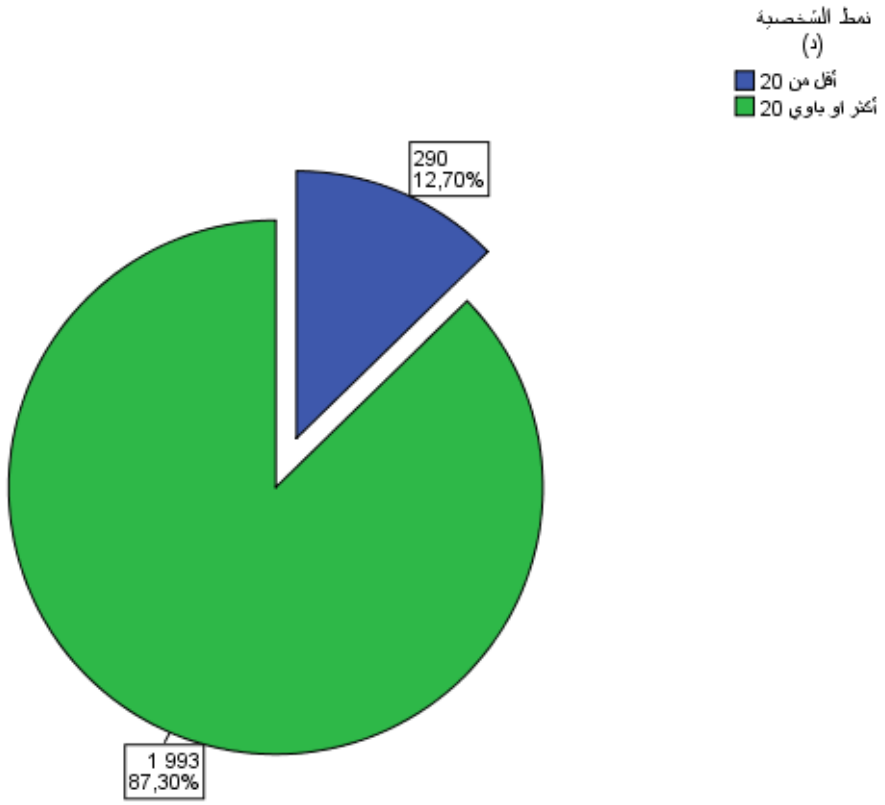
ولدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات نمط الشخصية "د" (أقل من 20، أكثر أو يساوي 20) لدى مرضى الربو، تم تطبيق اختبار كا2 أسفرت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (39): يبين نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات نمط الشخصية "د" (أقل من 20، أكثر أو يساوي 20) لدى مرضى الربو.

نمط الشخصية "د"	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا2 المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا2 المجدولة	مستوى الدلالة
أقل من 20	19	%12.70	28.40	1	6.63	دال عند α 0.01
أكثر أو يساوي 20	69	%87.30				
المجموع	88	%100				

كما يتبين من تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات نمط الشخصية "د" (أقل من 20 ، أكثر أو يساوي 20) ما يلي: توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 في التكرارات بين مستويات نمط الشخصية "د" (أقل من 20، أكثر أو يساوي 20)، حيث أن قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (28.40) أكبر من قيمة كا2 المجدولة والمساوية (6.63)، وهذا يعني أن نسبة مرضى الربو ذوي مستوى متوسط في نمط الشخصية "د" أكبر من 20 (87.30%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى أقل من 20 في نمط الشخصية "د" (12.70%).

الشكل رقم () ، يبين نسب توزع نمط شخصية (د) بين المنخفض و المرتفع لدى مرضى الربو.



وعليه نقبل الفرضية الثامنة للبحث الحالي ويمكن القول أن: "مرضى الربو (عينة البحث الحالي) يتميزون بنمط الشخصية "د"". والشكل التالي يوضح مختلف النتائج المتعلقة بهذه الفرضية.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات حول علاقة نمط الشخصية "د" ببعض الأمراض المزمنة، وسيتم عرضها في ما يلي:

عرف **دينوليت (Denollet, 2005)** نمط شخصية "د" بأنها: "الشخصية التي تميل إلى السلبية (قلقة، سريعة الإثارة، كئيبة) وأيضا تميل إلى التحفظ من إبداء الرأي في الكثير من الأمور وغير واثقة كثيرا في نفسها **(Denollet, 2005, p89).**

وقد تطرق **دينوليت وزملاؤه (Denollet et al, 1996)** إلى سمات الشخصية التي يتميز بها نمط الشخصية "د" وهي كما يلي:

* الشعور بالضيق وتوتر نفسي.
* مستوى مرتفع من الوجدانات والانفعالات السلبية، الشعور بالحزن، سرعة الاستثارة، القلق، الاكتئاب، الغضب.
* كف إجتماعي هام: الخجل، الإنطواء، صعوبات في رد الفعل في التفاعل مع الآخرين.
* عدم التعبير الانفعالات السلبية في المواقف الحياتية والعلاقات الاجتماعية.
* إدراك وتقدير سلبي للذات.
* أكثر إنتباها (جذبا) للمثيرات البيئية السلبية.
* عدم الشعور بالأمان مع الآخرين.
* نظرة متشائمة للحياة مع الشعور بالاكتئاب واليأس.
* إنشغال البال والهموم. **(In Bruchon- Schweitzer, 2014, p299).**

وفي المجتمع العام، يرى **دينوليت (Denollet, 2005)** أن نمط الشخصية "د" يمثل عامل خطر حيث يرتبط بمستوى مرتفع من الضيق والتوتر النفسي، وحالات إنفعالية إكتئابية وحالات القلق ومستوى منخفض من الدعم الاجتماعي.

يرى **بيدرسون وآخرون (Pederson et al, 2009)** أن من سمات نمط الشخصية "د" الميل للشعور بإنفعالات سلبية وعدم التعبير عنها للآخرين، لذلك فهو يمثل إستعداد نفسي– مرضي، ويرتبط بأعراض القلق والاكتئاب ونوعية حياة سيئة.

وفي مجال الاصابة المرضية، اهتمت بعض الدراسات بفحص العلاقة بين نمط شخصية "د" والملاءمة العلاجية لدى مختلف المرضى الراشدين (الربو، القلب، وألم المزمن، والسكري). منهل دراسة كل من **بيدرسون وآخرون (Pederson et al, 2006)، ووليامس وآخرون(Williams et al, 2008))، ومولز ودينولت (Mols et Denollet, 2010) (In**

Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 206)، **وويليامس وآخرون (Williams et al, 2011, p3)**، و**بروسترون** و**آخرون (Brostron et al, 2007, p39)**. أظهرت نتائجها أن نمط شخصية "د" يمثل عامل هشاشة يرتبط بشدة الآلام الجسدية والانفعالات السلبية وقلة السلوكات الصحية ومستوى منخفض للملاءمة العلاجية.

كما أوضحت دراسة **فان دي فان وآخرون (Van de ven et al, 2013)** حول "آثار نمط شخصية "د" في الملاءمة العلاجية لدى المرضى المراهقين المصابين بالربو"، وأظهرت نتائج الدراسة أن نمط شخصية "د" ببعديها (انفعالات السلبية والكف الاجتماعي) تلعب دور مهم في إنخفاض مستوى الملاءمة العلاجية من عام لآخر لدى المرضى الربويين (**Van de ven et al, 2013,p 3-4).**

وأظهرت دراسة كل من **بيدرسون وآخرون (Pederson et al, 2006)** و دراسة **وليامس وآخرون (William et al, 2009 - 2008)** أن أفراد النمط "د" (المجتمع العام ومرضى القلب) يقومون بسلوكات غير صحية كالتغذية السيئة، التدخين، عدم ممارسة نشاط، ...إلخ. كما يتميزون بعدم البحث عن العلاج الطبي سواء كانوا بحاجة إليه أو في حالة وصف الطبيب لهم (مستوى منخفض من الملاءمة العلاجية). **(In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 205).**

أوضحت دراسة **دينوليت (Denollet, 1996)** أن نمط الشخصية "د" يمثل عامل قابلية للإصابة المرضية **(Vulnérabilité)** حيث يزيد بين 2 إلى 5 مرات خطر النوبات القلبية والموت بسكتة قلبية، وإنتكاس المرض، وتسوية انفعالية سيئة للمرض كالشعور بالإنهاك والقلق والإكتئاب والضيق الإنفعالي.

أما دراسة **بيدرسون وأخرون (Pederson et al, 2009)** بأن مرضى القلب ذوي نمط الشخصية "د" يعانون أكثر من الاستشفاء مقارنة بالشخصيات الأخرى، كما أن معدل الوفاة عندهم بسبب أمراض القلب يصل إلى 4 أمثال المرضى الآخرين(**In Bruchon-schweitzer et al, 2014, p 206).**

يتضح مما تقدم ان مرضى الربو للبحث الحالي يتميزون بنمط الشخصية "د" ، وهذا ما قد يجعلهم عرضة لمضاعفات المرض والاستشفاء وحالات الاستعجال كما أظهرتها الدراسات السابقة في هذا المجال، وعليه يظهر من الأهمية إجراء دراسات ميدانية على عينات كبيرة وفئات عمرية مختلفة لمعرفة مدى تواتر هذا النمط من الشخصية لدى هذه الفئة المرضية.

9- عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة للبحث الحالي على ما يلي:" توجد علاقة بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو". ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، قامت الباحثة بحساب قيمة معامل الارتباط لبيرسون فأسفرت النتائج على الآتي:

جدول رقم (40): معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و مصدر الصحي (داخلي، نفوذ، حظ) و نمط الشخصية "د" مع الملاءمة العلاجية

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المعتقدات الصحية /الملاءمة العلاجية	0،21	غير دال عند 0،05
مصدر الضبط الصحي الداخلي/ الملاءمة العلاجية	0،07	غير دال عند 0،05
مصدر الضبط الصحي الخارجي نفوذ/ الملاءمة العلاجية	-0.06	غير دال عند 0،05
مصدر الضبط الصحي الخارجي حظ/ الملاءمة العلاجية	- 0،04	غير دال عند 0،05
نمط الشخصية "د"/ الملاءمة العلاجية	0،01	غير دال عند 0،05

يتضح من الجدول رقم (40) عدم وجود علاقة دالة احصائيا (0.05) بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ببعديه (داخلي- خارجي نفوذ وخارجي حظ) ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو".

وعليه نرفض الفرضية التاسعة للبحث الحالي ويمكن القول:" لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو".

ولم تتفق نتيجة البحث الحالي مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة وسوف نعرض أهم هذه الدراسات حسب كل متغير من متغيرات البحث الحالي وهي:

- **علاقة المعتقدات الصحية بالملاءمة العلاجية:**

يشير **توريت-تورغيس (Tourette-turgis , 2005, p01):** "أن مصطلح الملاءمة العلاجية يرتبط بقدرات الفرد في أخذ أدويته حسب الوصفة المقدمة، وهذه القدرات تتأثر إيجابيا أو سلبيا بعوامل إنفعالية، إجتماعية، سلوكية التي تتفاعل مع بعضها البعض".

و**هانز وآخرون (Haynes et al , 1979) :**" هو سلوك يشير إلى مدى إتباع المريض التعليمات الطبية". وعليه فهي عملية تقييمية لمعرفة مدى تتبع المريض لأوامر الطبيب وأخذ الدواء المقدم له**(In Halimi et al, 2009, p5).**

أشارت دراسات **منظمة الصحة العالمية (OMS, 2003, p24)** أن قرابة 50% فقط من المرضى المزمنين في البلدان النامية والمتطورة يلتزمون ويمتثلون لعلاجهم الطبي، في حين سجلت نسبة تتراوح ما بين (50-55%) من المرضى لا يلتزمون بعلاجهم (عدم الملاءمة العلاجية).

وفي السياق نفسه، أجرت **توردیرا وآخرون (Tordera et al, 2009)** بدراسة في إسبانيا بعد ملاحظتهم لإحدى مشكلات الاكلينيكية التي يواجهها مختصين في مجال الصحة ألا وهو سلوك عدم الملاءمة الذي يعتبر ذات ميزة خاصة لدى مرضى الربو لأنهم يتميزون بملائمة علاجية منخفضة للأدوية المضادة للالتهاب**(Tordera et al, 2009, p219).**

ومن بين عوامل تدني الملاءمة العلاجية نجد العوامل المعرفية وبالخصوص المعتقدات الصحية التي تلعب دورا مهما في تدني أو تحسين مستواها لدى مرضى المزمنين وبالخصوص مرضى الربو. والتي عرفتها **شيلي تايلور(2008):** "بأنها تنبئ بممارسة الفرد، لعادة صحية معينة وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها وجود تهديد صحي ما، ويدرك أن ممارسة صحية معينة تكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد" **(تايلور، 2008، ص 888).**

أجرت كل من **كرينر وآخرون (Kriner et al, 2003)** بدراسة اهتمت بفحص دور كل من المعتقدات والاتجاهات والممارسات اتجاه مرض الربو لدى عينة من الراشدين المصابين بالمرض (بكاليفورنيا). أسفرت نتائجها على أن المرضى الربويين بحاجة إلى التربية الصحية والتثقيف الصحي (الإستعمال الصحيح للدواء، تبني سلوك صحي) بهدف تحسين جودة الحياة لديهم وتمديد العمر لديهم. كما أوضحت الدراسة أن هناك مجموعة من العوامل تزيد من نسبة الإستشفاء لمرضى الربو نقص المعلومات (محدودة) لدى المرضى حول مرضهم وعدم فهم سيرورته. بالإضافة إلى الفقر، نقص التأمين الصحي (**Kriner et al, 2003, p98-99).**

في حين توصلت دراسة **فان جرانس–فان وآخرون (Van Gruns-ven et al, 2000)** التي اجريت على عينة قوامها 29 مريض بالربو، لمدة سنتين على النتائج التالية: ملاءمة علاجية جيدة: إقتناع المريض بفعالية العلاج. وأنه لا يوجد إرتباط بين الملاءمة العلاجية ومعتقدات المريض تجاه الآثار الجانبية للدواء **(Van Gruns-ven, 2000, p 225).**

يتضح مما تقدم عدم اتفاق نتائج الدراسات السابقة حول العلاقة بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية، وأرجع غالبيتهم السبب لصعوبة قياس الملاءمة العلاجية من جهة، ومن جهة أخرى أشار البعض الآخر إلى أهمية دراسة فوبيا الكورتيكوويد لدى مرضى الربو والتي تعتبر من المعتقدات الصحية الخاطئة التي تجعل المريض لا يمتثل للعلاج الموصوف له.

*** علاقة مصدر الضبط الصحي (داخلي–خارجي) بالملاءمة العلاجية:**

يشير **اياشوس (Eachus, 1991)** إلى أنه قد تم فحص دور مصدر الضبط من عدة أوجه، وقد تبين أنه عامل وسيط في حدوث المرض كما تبين أن له أهمية في التنبؤ بقبول العلاج ومتابعته كما أنه عامل مساهم في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض، كما أنه عامل دال في السلوك التفاعلي بين المرض والمشتغلين في مجال الصحي.**(عن جبالي، 2007، ص 15)**.

وتوصلت دراسة **ماك دونالد ومسكاكي (Mc Donald et Miszcaki, 2000)** التي أجريت على 90 فردا مسنا معدل أعمارهم 71 ويعانون من أمراض مختلفة، طبق عليهم عدة مقاييس منها: مصدر الضبط الصحي، الملاءمة العلاجية، والتي توصلت إلى وجود علاقة إيجابية بين مصدر الضبط الصحي والالتزام بالقواعد الصحية لهؤلاء المرضى. **(عن يخلف، 2001، ص98)**.

وفي سياق آخر، توصلت نتائج دراسات كل من **كاتز وآخرون (Katz et al, 1997, p577)** و**أبتر وآخرون (Apter et al, 1998, p1810)**، و**ليفستيك (Levstek, 2000, p01)** و**تان برينك وآخرون (Ten Brinke et al, 2001a, p07)** في ما يخص علاقة مصدر الضبط الصحي بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو قد أسفرت على نتائج متناقضة.

*** علاقة مصدر الضبط الصحي الداخلي بالملاءمة العلاجية:**

يرى كل من **ديبوا (Dubois, 1987)**، **وبرونشون– شويتزار (Bruchon-Schweitzer, 2002)** ، **وغوبيناث وآخرون (Gopinath et al, 2000)** أن مصدر الضبط الداخلي يعزز لدى الفرد تبنيه لأسلوب حياة صحية وقيامه بسلوكات صحية مثل الملاءمة العلاجية **(In Halimi et al, 2009, p 18)**.

في حين أسفرت نتائج دراسة كل من **حاليمي وآخرون (Halimi et al, 2009)** والتي ارتبطت بأبحاث علم النفس الصحة. أن مرضى الربو الذين يستعملون جهاز قياس الإيقاع الزفيري **(Débitmètre)** في الصباح والمساء لمدة 15 يوما، وهذا الجهاز يعطيهم معلومات حول صحتهم، كما يعلمون طبيبهم بها. لهذا هم يتميزون بتحكم في مرضهم وفي أحداث حياتهم**(Halimi et al, 2009, p 19)**.

هذا ما أكدته دراسة كل من **سيمان وإيفانس (Seeman et Evans, 1962)** و **والستون ووالستون (Wallston et Wallston, 1981)** أن المرضى الذين يتميزون بتحكم داخلي، لديهم معلومات حول الصحة التي يتم اللجوء إليها في موقف معين وقدرة تحكم فعالة في مرضهم. لهذا يطبقون ويلتزمون بالعلاج والتعليمات الطبية.

وفي نفس الإطار، يرى كل من **مورفي وآخرون (Murphy et al, 1997)**، و**كولاك (Koleck, 2001)** أن المرضى المصابين بأمراض مزمنة الذين يتميزون بملاءمة علاجية جيدة هم ذو مصدر الضبط الصحي داخلي.

أشار كل من **أرغمان وآخرون (Argaman et al, 2005)**، **شين وغريفان (Chen et Griffin, 2006)** بأن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يتميزون بأساليب سلوكية اكثر من الخارجيين كممارسة الرياضة بإنتظام، تغذية متوازنة ومنتظمة وتجنب السلوكات الإدمانية. وعندما يمرض ذوي الضبط الداخلي فهم يبحثون عن المعلومات وهم أكثر ملاءمة (ملاءمة علاجية جيدة)، وهم أكثر تحسسا وتأثيرا بالرسائل والمعلومات الوقائية مقارنة بذوي الضبط الخارجي.**(In Bruchon-Schweitzer, 2014, p298)**

ويضيف **ماك موث وآخرون (Mac Muth et al, 2006)** أن الضبط الداخلي يعزز السلوكات الوقائية التي يكون لها آثار ذات منفعة على الصحة-**In Bruchon). Schweitzer, 2014, p299)**

*** علاقة مصدر الضبط الصحي الخارجي (نفوذ، الحظ) بالملاءمة العلاجية:**

أظهرت دراسة **حاليمي وآخرون (Halimi et al, 2007, p 154)** أن مرضى الربو الذين تميزوا بتدني الملاءمة العلاجية هم من ذوي مصدر الضبط الخارجي (وبالخصوص بعد الأشخاص ذو نفوذ).

في حين قام **ستاينهاوسن (Steinhausen, 1982)** بدراسة حول الأطفال أصحاء وأطفال مصابين بمختلف الأمراض، ولقد استنتج أن أطفال المرضى يتميزون بمصدر الضبط داخلي، باستثناء أطفال المصابين بالربو**(In Halimi et al, 2009, p06)**. أما دراسة **شيميت وآخرون (Schmitt et al, 1989, p33)** حول "مرضى الربو البالغين"، ووجد أنهم يتميزون بمصدر ضبط خارجي.

أسفرت نتائج دراسة **نيشولسون وآخرون (Nicholson et al, 2007)** بأن المرضى ذوي مصدر الضبط الخارجي (الحظ) يعانون من الصداع النصفي، يبذلون جهد أقل للتعامل مع الألم ولديهم ملاءمة علاجية منخفضة مقارنة بالمرضى ذوي الضبط الداخلي. ويضيف أن مصدر الضبط الخارجي الآخرين ذو نفوذ لديه آثار ضارة على الصحة الجسدية والنفسية على العموم.

ويفسر التناول البيو نفسي الإجتماعي **(Bio- Psy- Social)** بأن إعتقاد الفرد (المريض) بعدم القدرة على ضبط مواقف الحياة (ضبط خارجي)، يؤدي إلى إحساس بالعجز، والذي يؤدي بدوره إلى تنشيط المحور قشر الغدة الكظرية **(Corticotrope)** وإفراز نسبة كورتزول **(Cortisol)** مرتفعة ونشاط مناعي منخفض.**(In Bruchon-Schweitzer, 2014, p298)**.

بينما يرتبط التناول النفسي العصبي المناعي تدني مستوى الضبط الفرد (المريض) للأحداث (ضبط خارجي) يظهر العديد من الأمراض الإلتهابية والأورام، بينما يؤدي الإعتقاد والقدرة على الضبط بنشاط ووظيفة مناعية جيدة ، يكون لها أثر طيب ونافع على الصحة.

*** علاقة نمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية:**

إهتمت دراسات دراسة كل من **بيدرسون وآخرون (Pederson & al, 2006)** دراسة **وليام وآخرون (Williams et al, 2008)** ، ودراسة **مولز ودينوليت(Mols et Denollet, 2010) (In Bruchon- schweitzer et al, 2014, p 206)** ودراسة **وليام وآخرون (Williams et al, 2011, p3)** ودراسة **بروسترون وآخرون (Brostron et al, 2007, p39)**، بالعلاقة بين نمط الشخصية "د" والملاءمة العلاجية لدى مختلف المرضى المزمنين الراشدين (الربو، السكري، مرض القلب، الآلام المزمنة). أسفرت نتائجها أن نمط الشخصية "د" يمثل عامل هشاشة يرتبط بشدة الآلام الجسدية والانفعالات السلبية وقلة السلوكات الصحية ومستوى منخفض للملاءمة العلاجية.

وفي السياق نفسه، أوضحت دراسة كل من **فان دي فان وآخرون (Van de ven et al, 2013)** حول "آثار نمط الشخصية "د" في الملاءمة العلاجية لدى المرضى المراهقين المصابين بالربو"، وأظهرت نتائج الدراسة أن نمط شخصية "د" ببعديها (انفعالات السلبية والكف الاجتماعي) تلعب دور مهم في إنخفاض مستوى الملاءمة العلاجية من عام لآخر لدى المرضى **(Van de ven et al, 2013, p 3-4).**

ويضيف **بيدرسون وآخرون (Pederson et al, 2009)** أن أفراد نمط الشخصية "د" يتميزون بالميل للشعور بلإنفعالات السلبية وعدم التعبير عنها للآخرين. لذلك يعد هذا النمط إستعدادا نفسيا مرضيا ويرتبط بأعراض القلق والإكتئاب ونوعية حياة سيئة. كما يتميزون بعدم البحث عن العلاج الطبي سواء كانوا بحاجة إليه أو تم وصفه من طرف الطبيب المعالج (تدني مستوى الملاءمة العلاجية)**(In Bruchon-Schweitzer, 2014, p 205).**

* خاتمة البحـث:

يهدف هذا البحث إلى دّراسة علاقة المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو. وفحص مدى وجود فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، مستوى التعليم ومدة الاصابة بالمرض.

وبعد اختيار عينة البحث وتطبيق المقاييس النفسية المناسبة، وجمع المعطيات واخضاعها للتحليلات والمعالجات الإحصائية توصّلت الباحثة إلى عدد من النتائج أهمّها:

1- نرفض فرضية البحث الأولى ويمكن القول أن مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو متوسط.

2- نرفض فرضية البحث الثانية وبالتالي لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

3- نرفض الفرضية الثالثة ويمكن القول:" لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى سن المريض بالربو".

4- نرفض الفرضية الرابعة ويمكن القول:" لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية تعزى للمستوى التعليمي للمريض بالربو".

5- نرفض الفرضية الخامسة ويمكن القول:" لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة الإصابة بالمرض".

6- نرفض الفرضية السادسة ويمكن القول أن:" مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو متوسط.

7- نقبل الفرضية السابعة وبالتالي فإن مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو (عينة البحث الحالي) هو مصدر الضبط الخارجي نفوذ، أي يتميز مرضى الربو بمصدر ضبط صحي خارجي نفوذ.

8- نقبل الفرضية الثامنة ويمكن القول أن: " مرضى الربو (عينة البحث الحالي) يتميزون بنمط الشخصية "د".

9- نرفض الفرضية التاسعة ويمكن القول: " لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو".

ومن العرض السّابق لنتائج البحث، يتضّح أنّ مرضى الرّبو يتميزون بمستوى ملاءمة علاجية متوسطة، ولا توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية تعزى لبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، مستوى التعليم، مدة المرض). كما يتميز مرضى الربو (عينة البحث الحالي) بمستوى معتقدات صحية متوسطة، ومصدر ضبط صحي خارجي نفوذ ونمط شخصية "د" (87.30%). وقد أكدّت نتائج البحث الحالي نتائج ما توصّلت إليه الدّراسات السّابقة، وتعارضت مع بعضها الآخر.

على العموم، ما يمكن استخلاصهم من التراث السيكولوجي والدراسات السابقة ونتائج البحث الحالي ما يلي:

- يمس مرض الربو 300 مليون شخص في العالم (تقدير سنة 2016)، ويمثل مشكل صحي عالمي كبير، ويمس كل الفئات العمرية وهو في تزايد مستمر في العديد من البلدان في طريق النمو، وتكاليفه تثقل ميزانية المرضى والمصالح الصحية.

– يسبب مرض الربو أعراض تنفسية ونوبات ويؤدي إلى تحديد النشاط، كما قد يستدعي عناية طبية استعجالية وحالات استشفاء التي قد تكون مهددة لحياة المريض. كما أن نسبة الوفيات بهذا المرض يتزايد بشكل كبير.

– أجمعت العديد من الدراسات أن مرضى الربو يتميزون بمستوى ملاءمة علاجية منخفضة، وأسفرت نتائج البحث الحالي مستوى متوسط، مما يشير إلى ضرورة بذل الكثير من الجهد لرفع مستوى الملاءمة العلاجية لدى هذه الفئة المرضية (ملاءمة علاجية جيدة) لأن تدني مستواها ينبئ بالخطر من مضاعفات هذا المرض وزيادة خطر الاستعجالات والاستشفاء والوفاة بسبب الربو.

– يبقى دور العوامل السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، مستوى التعليمي) في فهم مدى إلتزام المريض الربوي بالعلاج غير متفق عليها، ويبقى مجال البحث فيها مستمر.

– كما أن دراسة سلوك عدم الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو وعلاقتها ببعض العوامل المعرفية والشخصية كالمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" ما تزال أرضية خصبة وفتية للبحث والاستقصاء. وهذا ما دفع **باندر (Bendre, 2003)** للقول:" إن دراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تنتهي غالبا كما بدأت، وهذا راجع لصعوبة قياس الملاءمة العلاجية لدى هذه الفئة المرضية".

وعليه، يمكن تقديم بعض الاقتراحات التي تساهم تحقيق تكفل أفضل لمريض الربو في إطار علم النفس الصحة.

- **الاقتراحات:**

سيتم في ما يلي عرض بعض الاقتراحات في ظل المتغيرات الأساسية للبحث الحالي:

1- الملاءمة العلاجية والسلوك الصحي:

الربو مرض رئوي مزمن يصيب قدرة الفرد على التنفس، وهو ناتج عن إنسداد المجاري التنفسية وإلتهابها، أو ناتج عن فرط استجابتها للعديد من المثيرات يطلق عليها مولدات الحساسية. وعندما تلتهب الرئتين تضيق المجاري التنفسية مسببة مجموعة من الأعراض كضيق التنفس، الصفير التنفسي والسعال والنوبة الربوية.

وعليه، على مريض الربو:

- تجنب العوامل الموّلدة للحسّاسية المنزلية والمهنية ونخصّ بالذكر عدم تبنّي الحيوانات المنزلية ذات التأثير الحسّاسي، وتقليل الإتصال بها كإجراء وقائي حثّ عليه العديد من الباحثين. وتجنب بعض الأغذية في حالات تأكيد وجود حساسية غذائية لدى بعض المرضى الربويين.
- تجنب اللجوء إلى السلوكات اللاصحيّة عند التعرّض للوضعيات الضاغطة والمشكلات مثل سلوك التدخين الذي يعمل على إثارة الخلايا المخاطية للشعب ويدفعها لإفراز المزيد من المادة المخاطية، ممّا يزيد من تعقيد الحالة وإحداث سعال مزمن لمحاولة التخلص منها.
- تجنب تدخين الآخرين لأنه يمكن أن يحدث ضيقًا في التنفس والنوبة الربوية.
- تقديم نصائح للتوقف عن التدخين عند كل زيارة طبية لتشجيع كل مرة المدخنين للتوقف عن التدخين، وتقديم نصائح للأولياء منع التدخين في القاعات والسيارات التي يتواجد فيها الأطفال الربويين.
- علاج الاصابات الفيروسية والعدوى المرضية عند الاصابة بها وعدم إهمالها لأنها تعمل على تفاقم الأعراض الربوية وحدوث النوبة.

– الامتثال للعملية العلاجية واستعمال الأدوية حسب الوصفة الطبية والتي تسمح بالوقاية من الأعراض الخطيرة للنوبة، والمحافظة على استقرار عملية التنفس.

– المرضى يتبعون تعليمات الطبيب عندما يقدم لهم شرحا مستويا حول تشخيص المرض، العلاج، ومآل المرض، خطوات تناول الأدوية، ونوع الحمية، وقد تكون هذه التعليمات مكتوبة أو مقروءة ويطلب من المريض إعادتها حتى يتأكد من فهمها، وهي طريقة لتعلم الملاءمة العلاجية.

– ولتحقيق ملاءمة علاجية جيدة لا بد من التأكد من تعلم المريض الاستعمال الصحيح والفعال لأجهزة الاستنشاق (البخاخات)، حيث يمكن للطبيب المعالج عند الزيارة الطبية أن يطلب من المريض الربوي أن بريه كيف يستعمل البخاخة، وفي حالة الاستعمال الخاطئ على المعالج تصحيح الخطأ من خلال توضيح الطريقة الصحيحة **(أنظر الملحق رقم 10)**.

– ويظهر من الأهمية الأخذ بعين الاعتبار عند التكفل بمريض الربو، أخذ قرار علاجي مشترك (المريض–الطبيب المعالج) فيما يخص الدواء والجرعات، تبسيط العلاج (الابتعاد عن تعقيد العلاج)، التربية العلاجية حول مرض الربو.

– الاصرار على ممارسة نشاط رياضي بانتظام لدى المرضى الربويين لفائدتها الصحية، وتقديم نصائح بخصوص كيفية تسيير التشنج الشعبي الناتج عن بذل الجهد **(L'effort)**.

– تطبيق برامج التربية العلاجية والصحية لفائدة مرضى الربو والتي تتضمن العديد من النشاطات كالعمليات التحسيسية، تقديم المعلومات والمرافقة النفسية الاجتماعية بخصوص المرض وبخصوص العلاج الموصوف من قبل الطبيب، السلوكات الصحية واللاصحية للمريض، بهدف مساعدة المريض الربوي وعائلته (في حالة الأطفال) فهم المرض والعلاج، والتعاون مع الطبيب المعالج والعيش بطريقة أكثر صحية ممكنة ومحاولة تحسين نوعية

الحياة للتعامل مع مرضه بصفة متفائلة، ضف إلى ذلك فالتربية العلاجية تساهم على تحسين مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو من خلال التثقيف الصحي.

2- المعتقدات الصحية:

- تلعب المعتقدات الصحية دورا مهما وأساسيا عند دراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، وهي تمثل عامل من بين العديد من العوامل التي تتدخل في نجاح أو فشل التكفل العلاجي. لابد من الكشف عن هذه المعتقدات الصحية وحصرها لدى المريض لأن ذلك يساعد على تحسين الملاءمة العلاجية، كما أن تجاهلها يؤدي إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية مما يؤدي بدوره إلى فشل التكفل العلاجي لمريض الربو.

- إقناع المرضى الربويين من خلال برامج التربية الصحية والعلاجية على تبني معتقدات صحية صحيحة حول مرضهم، والعلاج ومآل المرض، ذلك لأن مثل هذه المعتقدات قد تؤثر على سلوك الملاءمة العلاجية. أي أن مرضى الربو بحاجة إلى التربية الصحية والتثقيف الصحي سواء تعلق الأمر في الاستعمال الصحيح للدواء أو في تبني سلوك صحي.

- تطبيق برامج التربية العلاجية والصحية لفائدة مرضى الربو لأنها تساهم في تحسين الوظيفة التنفسية، وخفض نسبة الغياب المدرسي، وخفض الزيارات الاستعجالية وخفض تكرار الاستقاظ الليلي، كما تساهم على الإدارة الذاتية للربو لدى المرضى الراشدين من خلال تقليص دال لحالات الاستشفاء، والزيارات الاستعجالية وللزيارات غير المبرمجة لدى الطبيب وللغياب عن العمل وتحسن دال في نوعية الحياة. وعليه، يساعد التثقيف الصحي وتنمية المعتقدات الصحية من خلال التربية العلاجية على تحسين مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

3- مصدر الضبط الداخلي والخارجي:

- تدريب المرضى الربويين على الضبط الداخلي من خلال تحمل المسؤولية الشخصية والمساهمة الفعالة في علاجهم والحرص على تناول أدويتهم وتنفيذ السلوكات الصحية، وعدم الاعتقاد بأن الآخرين كالأطباء أو العائلة أو الحظ أو الصدفة (ضبط خارجي) هم المسؤولين عن مرضهم ومآل علاجهم. خصوصا أن المرضى ذوي الضبط الخارجي أقل ميلا واستعدادا لتنفيذ السلوكات الصحية (مراجعة الطبيب، إجراء الفحوص، إتباع التعليمات الطبية) مقارنة بذوي الضبط الداخلي يميلون أكثر لتنفيذ السلوكات الصحية.

4- نمط الشخصية "د":

- يمثل نمط الشخصية "د" عامل هشاشة يرتبط بشدة الآلام الجسدية والانفعالات السلبية وقلة السلوكات الصحية ومستوى منخفض للملاءمة العلاجية. وعليه، فإن إدراج علاجات سلوكات معرفية لفائدة مرضى الربو ذوي نمط الشخصية "د" الذين يتميزون بالانفعالات السلبية والكف الاجتماعي، ومثل هذه الخصائص الشخصية ترتبط بتدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى المزمنين كالربو.
- تدريب المرضى على التعبير على الانفعالات وتجنّب ما أمكن قمعها، خاصّة منها الغضب والعدوان والقلق، والتعبير عنها بطريقة ملائمة. وذلك من خلال تطبيق علاجات معرفية مكمّلة للعلاج الطبّي لتدريب المرضى على التعرّف على التصريحات السلبية غير البناءة واستبدالها بتصريحات ملائمة للتعامل مع الحالة الصحية بصفة أكثر فعالية ما أمكن ذلك.

قائمة المراجع

*** قائمة المراجع :**

1- المراجع باللغة العربية:

1- أبو الناهية صلاح الدين (1987): "**الفروق بين الضبط الداخلي/ الخارجي لدى الأطفال والمراهقين والشباب والمسنين من الجنسيين بقطاع غزة**"، دراسات عربية، عالم الكتب، مصر.

2- أبو ناهية صلاح الدين (1989):"**تقنين مقاييس الضبط الداخلي- الخارجي للأطفال و المراهقين في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية بقطاع غزة**"، مجلة علم النفس، **تصدر من** الهيئة المصرية للكتاب، العدد 9، ص.11 ، مصر.

3- إبراهيم عبد الباسط لطفي (1994): "**مقياس عملية تحمل الضغط**"، كلية التربية، جامعة الصوفية، ط1، مصر.

4- أحمان لبنى (2011-2012): "**دور كل من المساندة الإجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي**"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة، جامعة لخضر، باتنة.

5- الأنصاري بدر محمد (1997): "**الشخصية من المنظور النفسي**"، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، ط1، الكويت.

6- الباش حسن (د.ت): "**المعتقدات الشعبية في التراث العربي**"، ط1 ، دار الجليل.

7- الرشيدي بشير صالح (2000): " **مناهج البحث التربوي**"، دار الكتاب الحديث.

8- الزراد فيصل محمد خير (2000): **الأمراض النفسية الجسدية –أمراض العصر**. الطبعة الثانية، دار النفائس للطباعة والنشر.

9- الزروق فاطمة الزهراء (2009): " **دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال نوعية الحياة**"، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.

10- الزروق فاطمة الزهراء (2015): " **علم النفس الصحي- مجالاته، نظرياته، والمفاهيم المنبثقة عنه**"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

11- الزهران حامد عبد السلام (1984): "**علم النفس الاجتماعي**"، الطبعة الخامسة، عالم الكتب، القاهرة.

12- السواح فراس (1994): "**دين الإنسان**" ، دار علاء الدين، ط1، دمشق- سوريا.

13- السواح فراس (1997): "**الأسطورة والمعنى**"، دار علاء الدين، ط1، دمشق- سوريا.

14- السيد عبد الحليم محمود (1990): "**علم النفس العام**"، مكتب غريب، الطبعة الثانية، القهرة.

15- السيد عثمان فاروق (2005): " **سيكولوجية التعليم والتعلم: الأسس النظرية والتطبيقية**"، دار الأمير، ط1، مصر.

16- الطريحي فخر الدين (2009): "مجمع البحرين"، الجزء الثاني، (ب ط)، دار الكتب العلمية.

17- العتاني حنان عبد الحميد (2000): "**الصحة النفسية**"، دار الفكر للطباعة والنشر، ط 1، عمان.

18- العتيبي منصور بن نايف بن ماشع الحبردي (2003): "**الضغوط الإدارية التي تواجه مديري مدارس التعليم العام وتأثيرها على أدائهم من وجهة نظرهم**"، معهد البحوث العلمية، جامعة أم القرى، مكة.

19- العرفي حرب عطا (2002): "**كل ما تريد أن تعرفه عن الربو (الحساسية والربو- المسببات-الأعراض-الوقاية والعلاج)**"، مكتبة العبكان، الرياض.

20- العيسوي عبد الرحمان (1994) : **المشكلات النفسية عند الأطفال** . دار الفكر العربي، مصر.

21- الفرحاتي السيد محمود والرفاعي صباح قاسم (2009): " **تحصين الأطفال ضد العجز المتعلم**"، دار الجامعة الجديدة، مصر.

22- الفلاحي حسن محمود إبراهيم والعاني زهراء طارق بتال (2013): "**نمط الشخصية (أ - ب) ودافعية الإنجاز لدى أعضاء هيئة التدريس الجامعي**"، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 37، جامعة بغداد، ص 323- 353.

23- القذافي رمضان محمد (2001): " **الشخصية – نظرياتها- وإختباراتها- وأساليب قياسها**"، مكتب الجامعي الحديث، القاهرة، مصر.

24- النابلسي محمد أحمد (1988): "**الربو عند الأطفال**"، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت .

25- النابلسي محمد أحمد (1993):" **صدمة العملية الجراحية وهوام الموت**"، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد 14، كما تم نشره في موقع شبكة العلوم العربية.

26- النابلسي، محمد أحمد (1997): " **السلوك المؤدي للمرض** "، مجلة العربي، العدد 462، ص. 63-69.

27- النابلسي محمد أحمد (2005):" **الجمهور العربي والصدمة النفسية التالية للإنفجارات**"، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد 62، كما تم نشره في موقع شبكة العلوم العربية.

28- الملاح نادر محمد (2003): "**طرز الشخصية**"، ط1، مكتبة البحرين، المنامة.

29- المكاوي علي (1994): "**الأنثروبولوجيا الطبية- دراسات نظرية وبحوث ميدانية**"، دار المعرفة الجامعية.

30- المومني محمد و الصامدي (1995): "**أثر الجنس و المستوى التعليمي و الاقتصادي في مفهوم الذات و مركز الضبط لدى المعاقين حركيا**"، مجلة الأبحاث واليرموك سلسلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، المجلد11، العدد2، ص 18.

31- الوائلي جميلة رحيم عبد (2012): "**المعنى في الحياة وعلاقته بنمط الشخصية (أ- ب) لدى طلبة جامعة بغداد**"، مجلة الأستاذ، العدد، 201، جامعة بغداد، العراق، ص 209- 224.

32- أيت حمودة حكيمة (1998-1999): "**العوامل النفسية الإجتماعية المساعدة على تطوير داء الربو- دراسة مقارنة بين ملتهبي المخاطية الأنفية ومرض الربو الحساسي**"، رسالة الماجستير في علم النفس العيادي غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر.

33- أيت حمودة حكيمة (2005-2006): "**دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية**"، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر.

34- بن زروال فتيحة (2007-2008): "**أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، المصادر، واستراتيجيات المواجهة)- دراسة ميدانية على عينة من العاملين بالحماية المدنية، البريد، مصلحتي الإستعجالات والتوليد بولاية أم البواقي**"، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة منتوري- قسنطينة.

35- تايلور شيلي(2008):" **علم النفس الصحة**"، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

36- تيليوين حبيب وبوقريرس فريد (2007): "**الدافعية وإستراتجيات ما وراء المعرفة في وضعية التعلم**"، دار الغرب للنشر والتوزيع، الجزائر.

37- توفيق سميحة كرم وسليمان عبد الرحمان سيد (1995): "**علاقة مصدر الضبط بإتخاذ القرار: دراسة عبر ثقافية**"، مجلة مركز البحوث التربوية، السنة: 4، العدد: 80، جامعة قطر، ص 59-91.

38- جابر عبد الحميد جابر، كفافي علاء الدين (1996): "**معجم علم النفس والطب النفسي**"، دار النهضة العربية، جزء الثامن، القاهرة.

39- جبالي نور الدين (2007): "**علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي**"، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة.

40- جبالي نور الدين (2009): "**مصدر الضبط و علاقته بمرض الربو**". أطروحة دكتوراه. باتنة: جامعة الحاج لخضر.

41- جبالي نور الدين و عليوة سمية(2014): " **مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري**"، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد 7، العدد 2، غرداية، ص 177-192.

42- جمعة سيد يوسف (1994): "**العلاقة بين نمط السلوك "أ" وبعض متغيرات الشخصية**"، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 32، القاهرة، مصر.

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

44- درويش زين العابدين (1990): " **ظروف التحويل في المجتمع الإماراتي التغير في اتجاهات التنشئة الاجتماعية للأبناء: دراسة مقارنة لدى وجهة التغيير عبر فترات زمنية مختلفة**". سلسلة كتب مجلة الشؤون الاجتماعية. المجلة 27. العدد 17. الجزء 4. ص 8.

45- رشاد موسى علي عبد العزيز(1999): "**علم نفس الدعوة بين النظرية والتطبيق**"، دار المكتب العلمي، الإسكندرية.

46- راوي عبير محمد (2013): "**الربو**"، مجلة الأمن والحياة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، العدد 375، ص 112-117.

47- زغلول عماد الرحيم (2009): "**مبادئ علم النفس التربوي**"، دار الميرة، ط1، عمان.

48- زناد دليلة (2008): "**سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالتغيرات المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة (الهيموديالیز)**"، دكتوراه دولة منشورة، جامعة الجزائر.

49- زناد دليلة (2013): "**علم النفس الصحي" (تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة)، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديالیز نموذجا**"، دار الخلدونية، رسالة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي.

50- سلامة بهاء الدين إبراهيم: (2001): " **الصحة والتربية الصحية**"، دار الفكر العربي، القاهرة.

51- شريف ليلى (2002-2003): " **أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي (أ - ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية، العصابية، العامة)**"، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس، كلية التربية، قسم الصحة، جامعة دمشق، سوريا.

52- شكري عادل كريم (1991): " **النمط (أ) للشخصية وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة عاملية إكلينيكية**"، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

53- شكري عادل كريم محمد (2006): "**سلوك "أ" دراسة في علم النفس الصحة**"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

54- شويخ هنا أحمد محمد (2009):" **علم النفس الصحة**"، مكتبة الأنجلو المصرية.

55- عبد الله معتز سيد (2001): "**بحوث في علم النفس الاجتماعي**"، دار غريب للنشر والطباعة، ج1، القاهرة.

56- عبد الخالق أحمد (2000): " **نمط الشخصية دراسة لبعض الارتباطات الاجتماعية**"، دراسات نفسية، المجلد 10، العدد 4، مطبوعات جامعة الكويت.

57- عبد اللطيف خليفة محمد (1998): "**دراسات في علم النفس الاجتماعي**"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، مجلد 1، القاهرة.

58- عبد العزيز مفتاح محمد (2010): "**مقدمة في علم النفس الصحة**"، (ط1)، دار وائل للنشر، عمان.

59- عبيدات، محمد، أبو الناصر، محمد ومبيضين عقيلة (1999): " **منهجية البحث العلمي، القواعد، والمراحل والتطبيقات** "، الطبعة الثانية، دار وائل للطباعة والنشر.

60- غازدا جورج وكورسيني ريموند ترجمة: حجاج هناء علي حسين وهناء عطية محمود (1986): " **نظريات التعلم- دراسة مقارنة**"، عالم المعرفة، الجزء الثاني، الكويت.

61- فلادون سيمون كلابيه ترجمة: المصري علي (1993): "**نظريات الشخصية**"، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، القاهرة.

62- فؤاد هدية محمد علي (1994): "**دراسة مصدر الضبط الداخلي-الخارجي لدى المراهقين من الجنسين**"، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 32، مصر، ص19.

63- قارة سعيد (2014-2015): " **مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى مرضى المصابين بإرتفاع ضغط الدم الأساسي**"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية وعلوم الإسلامية، قسم العلوم الإجتماعية، شعبة علم النفس، جامعة لخضر، باتنة.

64- كفافي علاء الدين (1982): "**مقياس وجهة الضبط**"، دار الأنجلو المصرية، القاهرة.

65- لازروس ريتشارد ترجمة: غنيم سيد محمد (1985): "**الشخصية**"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

66- ليندزي وبوال ترجمة صفوت فرج (2000):"**مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشد**"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

67- مختار حمزة جمال (1999): "**دراسة تجريبية لبعض السمات الشخصية لدى الشباب المدخن**"، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 49.

68- مرسي سيد عبد الحميد (1985): "**الشخصية السوية**"، عابدين مكتبة وهبة، بدون طبعة، مصر.

69- معريش العربي: (1999): " **خصوصيات مرضى الربو**"، دار الهدى، عين مليلة.

70- معريش العربي (2000) : "**خصوصيات مرض الربو لدى الطفل**" ، دار الهدى للطباعة والنشر، عين مليلة.

71- معمرية بشير(2009): "**مصدر الضبط و الصحة النفسي وفق الاتجاه السلوكي المعرفي بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس**"، الجزء 6، الطبعة الأولى.

72- ملحم سامي محمد (2000): "**مناهج البحث في التربية وعلم النفس**"، دار المسيرة، الأردن.

73- منصور عبد المجيد سيد وأبو عبادة صالح بن عبد الله (1996): "**الشخصية الإسلامية والهدى الإسلامي**"، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.

74- موريس أنجرس ترجمة: صحراوي بوزيد (2004):" **منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية**"، دار القصبة للنشر، الجزائر.

75- هديبل مقبال يمينة (2008-2009): "**محددات إستراتجيات المواجهة لدى مرضى الربو (تصور المرض وتقدير الذات)**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر.

76- يخلف، عثمان (2001): " **علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة** "، الطبعة الأولى، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة- قطر.

77- يعقوب و مقابلة نصر يوسف (1996): "**علاقة بين مصدر الضبط و الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين**"، مجلة علم النفس.

2- المراجع باللغة الأجنبية:

78- Aït Khaled. N, (1992) : « **L'asthme de l'adulte, données actuelles** ». E.N.A.G, Edition, Alger.

79- Abdulwadud O, Abramson M, Forbes. A, James A, Light L, Thien F, Walters EH (1997) : « **Attendance at an asthma educational intervention : Characterisric of participants and non participants** », Respir Med, 91 (9) : 524-9.

80- Alvin, P. (2000) : « **L'adolescent et l'observation au traitement** », service de médecine pour adolescent fédération de pédiatrie, hôpital de Bicêtre, France.

81- Agence Nationale D'accréditions et d'évaluation en santé (ANAES) (2001) : « **Education thérapeutique de patient asthmatique adulte et adolescent service du recommandation et référence** professionnelle », Rev Mal Respir, 18, 2S4-84.

82- Agence Nationale D'accréditions et d'évaluation en santé (ANAES) (2002): **« Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent** », Rev Mal Respir, 19, 2S4-84.

83- Ajzen. I (2002b) : « **Percieved behavioral control, sefl-efficacy, locus of control, and theory of planned behavior** », Journal of Applied social psychology, 32, 1-20.

84- Allen. S, Wetherell. M, Lovell. B, Smith. M (2000) : « **Investigating the association between type « D » (distressed) personality and subjective health and well-being** », Northumbria, University Newcastle.

85- Alexandra, Schwarzer (2005) : «**Multidimensional Health locus of control : Comments on use construct and it measurment** », Journal of Health psychology, vol 10/5, sage publication London, pp 45-47.

86- Apter, A.j, Reisine, S. T, Affleck, G, Barrow, E. et Zuwallack, R.L (1998) : « **Adherence with twice-daily dosing of inhaled steriods. Socioeconomic and Health belief differences** », Am J Respir crit Care Med, 157(6Pt1), p1810-1817.

87- Apter AJ, Boston Rc, George M, Norflet AL, Tenhave T, Coyne JC, Brick K, Reisine ST, Cucchiura AJ, Feldman HI (2003) : « **Modifiable barriers to adherence to inhaled steroids among adults with asthma : It's not just black and white** », J. Allergy Clin Immunol, 111(6) : 1219-26.

88- Asch. SE (1948) : « **The doctorine of suggestions, Prestige and Imitation in social Psychology** », Psychol Rev, 55 : 250-76.

89- Assal, J.P (1996) : « **Traitement des maladies chroniques de long durée : de la phase aigüe au stade de la chronicité** », Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Thérapeutique, 25-005- A-, P 1-18.
90- Barr, R.G, Somers, S.C, Speizer, F.E, et Camargo, C.A, Jr.(2002) : « **Patient Factors and medication guideline adherence among older women with asthma** », Arch Intern Med, 162(15) ,p1761-1768.
91- Bartlett. S J, Blinderback. AL, Bender. BG, Rand. CS (2007) : « **Does data collection mode influence the validity of self- reports of medication adherance** ? », Am J Respir Crit Care Med, 175 : A27.
92- Bauer. C et Tessier. S (2001) : « **Observance thérapeutiques chez les personnes âgées** », synthèse documentaire, Paris.
93- Bender, B, Milgrom, H. et Rand, C (1997**) : « Nonadherence in asthmatic patients : Is there a solution to the problem ?** », Ann Allergy Asthma Immunol, 79(3), p177-185 ; quiz 185-176**.**
94- Bender, B, Milgrom, H. et Apter. A (2003) : « **Adherence intervention research : What have we learned and what do next ?** », Allergy Clin Immunol, 112(3), 489-494.
95- Blanc. F-X (2007) : « **L'observance thérapeutique pose encore et toujours des problèmes chez les asthmatiques** », Rev Mal respir, 24 : 43-45.
96- Broome. A, Susan. P, Llewelyn (1995) : « **Health psychology : Process and application** », Chapman and Hall, London.
97- Boulet. LP (1997) : « **L'asthme : Notions de bas- éducation- Intervention : Sainte-Foy** », Presse de l'université de Laval.
98- Bousquet, J ; Mervardo, J.L ; Bataille, A. et Michel, F.B ; (1982), **« Les tests in vitro dans le diagnostic de l'Allergie** ». Médecine et hygiène, N°, 40, pp. 98-109.
99- Boutry. L, Matheron. I, Bidat. E (2001) : « **Quand les prescriptions ne sont pas suivi … Penser aux croyances et représentations de santé, l'exemple du patient asthmatique** », Rev Fr Allergo Immunol Clin, 41 : p 470-476.
100- Bovin. E, Gignon. M, Boudailliez. B (2016) : « **La non-observance thérapeutique face une maladie au long cours à l'adolescence : conduite à risque…risques à conduites… de l'adolescence, des parents, du pédiatre…** », Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence, Elsevier Masson France, disponible en ligne sur : www.em-consulte.com.
101- Brostrom. A, Stromberg. A, Martensson. J, Ulander. M, Harder. I, Svanborg. E (2007) : « **Association of type « D » personality to perceived side**

effect on adherence in CPAP- treated patient with OSAS », J sleep Res, 16, 4, pp 39-47.
102- Bruchon- schweitzer .M, Quintard. B et al (2001) : « **Personnalité et maladies :Stress, Coping et ajustement** », Dunod, Paris.
103- Bruchon- schweitzer .M (2002) : « **Psychologie de la santé- concepts, méthodes et modèles** », 2 Édition, Dunod.
104- Bruchon- schweitzer .M, Boujut .E (2014) : « **Psychologie de la santé- concepts, méthodes et modèles** », 2 Édition, Dunod.
105- Caress. A-L, Beaver. K, Campbell. M, Woodcock. A (2005) : « **Involvement in treatment decisions : what do adults with asthma want and what do they get ? Results of a cross sectional survey** », Thorax, 60 : 199-205.
106- Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Bergre M (1999) : « **Health Beliefs and compliance with corticosteroid inhaled by asthmatic patients in primary care practices** », Respir Med, 93 (2) :88-94.

107- Charpin, D. (1984), « **Définition et épidémiologie de l'Asthme** ». Edition Techniques-Encycl-Med-Chir (Paris - France), Poumon plèvre - Médiastin. 6039 A 20, p. 6.
108- Charpin, D. (1986), « **Signes formes clinique, diagnostic et pronostic de l'Asthme** », édition Techniques - Encycl - Med- Chirr (Paris - France), Poumon - Plèvre - Médiastin 6039 A 35. 10.
109- Chateaux . V(2005) : « **Perception de l'asthme par les enfants et leurs parents, impact sur la qualité de vie et l'adhérence d'enfants asthmatiques** », Thèse Pour obtenir le grade de docteur en Psychologie, Présentée et soutenue publiquement, université METZ_PAUL VERLAINE U.F.R. science humaines et arts.
110- Chavlin. D (1993) : « **Faire face aux stress de la vie quotidienne** », Paris : ESF, 5 éd.
111- Cochrane, G.M, Horne, R et Chanez, P (1999) : «**Compliance in asthma** », Respir Med, 93(11), p763-769.
112- Cochrane MG, Bala MV, Downs KS, Manskof J, Benjoseph RH (2000) : « **Inhaled corticosteroid for asthma therapy : patient compliance , devices and inhalation technique** » Chest, 117 (2) : 542-50.

11**3**- Cohen, S, Tyrreli, D. A, and Smith, A. (1993), « **Negative life events, Perceived stress, negatice acffect, and susceptibility to the common cold** », Journal of personality and social psychology, Vol. 64, N° 1, pp. 131-140.

114- Condén Émelie, (2014) : « **Type « D » Personality- Psychometric Properties Of The DS-14 and Association With ill Health and coronary Heart Disease In General and Clinical Populations »,** UPPSALA University, Sweden.
115- Cousson- gelie. F, Foex. C, Gibaud. F, Raherison. C, Taytard.A (1998) : « **Représentation de l'asthme par le patient : résultats préliminaires d'une étude sociométrique** », Rev Mal Respir, 15 (4) : 513-7.
116- Coutts JAP, Gibson NA, Paton JY (1992) : « **Measuring compliance with inhaled medication in asthma** », Arch Dis Child, 67 (3) :332-3.

117- Cerveri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, De marco R (1999) : « **Intertional variation in asthma treatment compliance : the results of the european community respiratory health survey (ECRHS)** », Eur Respir J, 14 (2) : 288-94.

118- DeBlic. J (2007) : « **Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique : Recommandation pour la pratique clinique** », Groupe de recherche sur les avancées en pneumo pédiatrie (GRAPP), Elsevier Masson, Paris, SAS, 419-423.
119- Delay. J et Pichot. P (1999) : « **Psychologie** », Masson, Paris, 3éd.
120- Dembroski. M et al (1987) : « **Coronary prone behavior composents of type « A » patter and hostility** », Journal of personality.
121- Denollet, J.(2005) : « **Standard Assessment of negativity, Social inhibition, and type « D »** ». Psychosomatic Medicine, 67, 1, pp 89-97.
122- Diette GB, WU.Aw, Skinner EA, Markson L, Clark RD, Mcdonald Rc, Healy JP.jr, Huber M, Steinwachs DM (1999) : « **Treatment patterns among adult patients with asthma : factors associated with over-use of inhaled β2 agonists and under-use of inhaled corticosteroid** », Arch Intern Med, 159(22), 2697-704.

123- D'ivernois. JF, Gagnaire. R (1995) : « **Apprendre à éduquer le patient, Approche pédagogique** », Edition Vigot, Paris.

124- Dutau. G, Lavaud. F (2016) : « **Prise en charge et prévention de l'asthme chez les adultes et les enfants âgés de plus de 5 ans. Global Initiative for asthma (GINA). Mise à jour 2015** », Revue Française d'allergologie, disponible en ligne sur : www.em-consulte.com.

125- Faucaud. J (2005) : « **Contribution à l'étude de l'éducation thérapeutiques du patient asthmatique : impact d'une intervention**

éducative sur l'adhésion thérapeutique, l'ajustement psychologique et qualité de vie de 43 sujets sur 18 moins », doctorat de l'université de Bordeaux2, France.

126- Fisher. R, Chalmers. A (2008) : « **Is optimism universal a meta-analytical investigation of optimism** », Levels a cross 22, notion, Personality and Individual deifferences.

127- Fontaine, O ; et Rogment, J. (1984), « **Les thérapies comportementales, approche théorique** ». Edition techniques - Encycl - Med - Chir (Paris-France) Psychiatrie. 37820. A40, p. 16.

128- Fontana. D (1990) : « **Gérer le stress** », Trad : Renard. S et Mardaga. P (éd), Bruxelles.

129- Gallefoss F, Bakke PS (1999) : « **How doses patient education and self-management among asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease affect medication** ? », Am. J. Respir Crit Care Med, 160 (6) : 2000-5.

130- Gatchel. RJ et Oordt. MS (SD) : « **Asthma- Practical advice and clinical guideance for successful collaboration** ».

131-Gauchet. A (2008) : « **Observance thérapeutique et VIH - Enquête sur les facteurs Biologiques et Psychosociaux** », Edition le Harmattan, Paris, 22, 24-25.

132- Gibson .p, Powell. H, coughlan. J, Wilson. Aj, Abramson. M, Haywood. P, Bauman.A, Hensley. Mj, Walters. EH (2002) : « **Self- management education and regular practitner review for adults with asthma** », The Cochrane Data-base of Systemic Reviews, p3.

133- George M, Freedman TC, Norfleet AI, Feldman H, Apter AJ (2003) : « **Qualitative research inhaled understanding of patients beliefs : results of focus group with low- income urban, African-American adults with asthma** », J Allergy Clin Immunol, 111(5) :967-73.

134- Glenn. S, Suls. J (1982) : « **Social Psychology of Health and Ilness** », London.

135- Global Initiative For Asthma (updated 2010) : « **Global Strategy for Asthma management and prevention** », the GINA Reports available on www.ginasthma.org**.**

136- Global Initiative For Asthma (updated 2016) : « **Global Strategy for Asthma management and prevention** », the GINA Reports available on www.ginasthma.org**.**

137- Godard, Ph ; Bousquet, J ; et Michel, F.B ; (1985), « **Etiopahtogenie de l'asthme** ». Edition techniques - Encycl - Med - Chir - (Paris - France), Poumon- 6039A30, N°3, p. 10.

138- Greening, Ind PW, Northfield M, Show G (1994) : « **Added salmeterol versus higher-dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid , Allen & Hanburys limited UK study group** », the lancet, Jul 23, 344(8917) :219-24.

139- Greer. S, Morris. T and Pettingale (1994) : « **Psychologicale response to breast cancer : effet on outcome** », In Stetope. A and Wardle. J (ed) : **« Psychology Processes and Health** », Cambridge University Press.

140- Halimi, L, Vachier, I, Godard.P, Pithon. G, et Chanez. P (2007) : « **Interference of psychological factors in difficult-to-control asthma** », Respir Med, 101, p p 154- 161.

141- Halimi et Pithon et Pry et Varrin et Godard et Chanez (2009) : « **l'appréciation psychosociale de l'observance dans l'asthme sévère : confrontation de données subjectives issues d'une consultation médicale à une mesure objective** », les cahiers internationaux de psychologie sociale, vol 2(82), pp 117-144.

142- Hancox RJ, Cowan JO, Flannery EM, Herbison G, Mclachlan CR, Wong CS, Taylor DR (1999) : « **Randomised trail of aninhaled β2 agonist inhaled corticosteroid and thier combinition in the treatment of asthma** », Thorax, 54 (6) : 482-7.

143- Heidarnazhad, H, and S. Tavasoli (2009): « **Beliefs, perceptions and practices about asthma among Iranian asthma patients Beliefs, perceptions and practices about asthma among Iranian asthma patients** », La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, vol 15 (4), pp 912- 919.

144- Ho, J, Bender, B.G, Gavin, L.A, O'Connor, S. L, Wamboldt, M. Z, et Wamboldt, F. S (2003) : « **Relations among asthma knowledge- tratment adherence , and outcome** », J Allergy Clin Immonul , 111(3),p p498-502.

145- Hoareau. D (2001) : « **Apprivoisez votre stress** », Edition d'organisation, Paris.

146- Hofer. B. k, & Pintritch, P. R (1997): "**The development of epistemological Theories**", Educational Research, Springer, New York. P. 111.

147- Hofer. B. k (2008):" **Personal epistemology and culture**", springer, New York. p 14.

148- Jacquine et Livinem, (2008) : « **Difficultés d'observance dans les maladies chronique à l'adolescence comprendre pour agir** », Archive de pédiatrie.

149- James. PNE, Anderson JB, Prior JG, White JP, Henry JA, Cochrane GM (1985) : « **Patterns of drugs taking in patients with chronic airfollow obstruction postgard** », Med J, 61 (711) : 7-10.

150- Jeammet, Legrand et Consol (1996) : « **Psychologie Médical** », Edition Masson, 2 eme édition, Paris.

151- Jonasson G, Carlsen KH, Mowinckel P (2000) : « **Asthma drugs adherence in a long term Clincal Trial** », Arch Dis Childhood, 83 (4) : 330-3.

152- Jones C, Santanello NC, Boccuzzi SJ, Wogen J, Strub P, Nelsen LM (2003) : « **Adherence to prescribed treatment for asthma : evidence from pharmacy benefits data** », J Asthma, 40 (1) : 93-101.

153- Julius. M, Harburg. E, Cougtion. E M et Johnson. EH (1994) : « **Anger-Coping type, Blood pressure, and all cause mortarility : a follow-up in Tecumseh, Michigan (1971-1983)** », in Stetope. A and Wardle. J (ed) : « **Psychology Process and Health** », Cambridge University Press.

154- Kamal, K.M et Miller, L.A (2004) : « **Psychosocial factors and asthma** », Am J Respir Crit Care Med, 169(11) p1253-1254.

155- Kassin. S (2004) : « **Psychology** », New Jersey : Pearson education, 4th ed.

156- Katz (1997) : «**Perceived Control Of Asthma :Development and validation of a questionnaire** », Am J Respir Crit Care Med , 155(2),p p577-247.

157- Kazrian, S.S, Evans, D.R (2001): "**Hand book of cultural health psychology**" , USA BUK: Academic press. p.120.

158- Kelloway. JS, Wayatt. RA, Adlis. SA (1994) : « **comparison of patients compliance with prescribed oral and inhaled asthma medications** », Arch internal Medicne, 154, pp 1349-1352.

159- Knight, A ; (1984) : « **Comment vaincre l'asthme et respirer librement** », les éditions la Boêtie des deux coqs d'or – Paris.
160- Kolbe. J, Vemos. M, Fergusson. W, Elkind. G, Garrett. J (1996) : « **Differential Influences on asthma self-management knowledge and self-management behavior in acute sever asthma** », Chest, 110 : 1463-8.

161- Kolbe, J, Fergusson, W.et Garrett, J (1998) : **« Rapid onset asthma : A severe but uncommon manifestation »,** Thorax, 53(4), pp 241-247.

162- Kourilsky, R ; (1990), « **Asthme** », in Encylopedia Universalis, éditeur, A. Paris.
163- Kriner. P, Yolanda Bernal, Amy Binggli, India Ornelas (2003) : « **Attitude, Beliefs, and practices regarding asthma care among provides and adult asthmatic in imperial county** », California Journal Of Health Promotion, volume 7, issue 2, pp88-100.

164- Lakhdar. N, Jabri. H, Elkhattab. W, Afif. H (2015) : « **Evaluation de l'observance thérapeutique dans l'asthme** », Revue Française d'allergologie, vol (55), issue 3, p 258.

165- Laverane Frank (2001): « **Asthme**", Edition Estem, Paris.

166- Levstek, D (2000) : «**Compliance and respiratory disorders** ». In A. Kaptein et T.Creer (Eds.), Behavioral sciences and respiratory disorders, Harwood Academic. p p01-52.
167- Lopez- Viña A, Del Castillo- Arevalo E (2000) : « **Influence of peak expiratory flow monitoring on an asthma self-management education programme** », Respir Med, 94 (8) : 760-6.

168- Lubkin. IM, Pamala. D, Larsen (2006) : « **Chronic illness : Impact and Intervention** », Jones and Bartlett Publication, USA, 232, 224-226, 225-227, 228, 211, 177-178,178-179.

169- Magar. Y, Vervloet. D, Steenhouwer. F, Smaga. S, Mechin. H, Rocca Serra. JP et al (2005) : « **Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients », « un souffle nouveau** », Patient Educ Couns, 58 (1) : 41-1.

170- Mary, Nam Esther, Price et al (2005) : « **The moderating effect of anxiety and breast Cancer locus of control on depression** », Journal of Health Psychology, Vol 10 (5), London, pp 687-688.

171- Meng YY, Leug KM, Berkbigler D, Halbert RJ, Legorreta AP (1999) : « **Compliance with Us asthma management guideline and speciality care : a regional variation or national concern ?** », Eval Clin Pract, 5 (2) : 213-1.

172- Meyer. IH, Sternfels. P, Fagan. JK, Copeland. L, Ford. JG (2001) : « **Chahracteristic and correlates of asthma knowledge among emergency departement users in Harlem** », J Asthma, 38 : 531-539.

173- Molfino NA, Nannini LJ, Rebuk AS, Slustsky As (1992) : « **Fatality prone asthmatic patient, follow-up study after- near- fatal attaks** », Chest, 10 (3) :621-3.

174- Nouwen, A, Freeston, M.H, Labbe, R. et Boulet, L.P (1999) : «**Psychological factors associated with emergency room visits among asthmatic patients** ».Behav Modif, 23(2), pp217-233.

175- Patay. B et Lassarre. D (2002) : « **Les enseignants et la violence à l'école : Une formation pour diminuer le stress** », In Lassarre. D (Ed), Stress et Société, Reims : Publication du la laboratoire de psychologie appliquée, Pu de Reims, France.

176- Paulhan. I et Bourgeois. Mc (1995) : « **Stress et Coping : les stratégies d'ajustement a l'adversité** », Paris : PUF, 2 éd.

177- Piscado C, Mon teserrat. JM, De pablo J, Plaza V, Agusti-vidol A(1989) : « **Predisposing factors to death after recovery from a life- threating asthmatic attack** », J. Asthma , 26 (4) : 231-6.

178- Pretet, S (1986) : « **Surveillance de l'asthmatique** », La revue de Praticien, N°. 20, pp. 1111-1120.

179- Price. D, Dermot. R, Pearce. L, Bride. F (1999) : « **Etude air(Asthma in real life), le vécu de la maladie asthmatique** », Asthma J, 4 :2.

180- Pujet j.c (1999) **: « Idées reçues et corticophobie : Intérêt du jeu portrait chinois »,** La lettre de pneumologue, vol2 n5, pp 199-202**.**

181- Ogden Jane. (2004) : « **Health Psychology** », A Textbook. 3rd Edition, Buckingham : Open University Press.

182- Ogden Jane (2007):"**health psychologies**": A textbook, Fourth Edition open university press. New York .USA . p. 23-24.

183- Onyirimba F, Apter A, Reisine S, Litt M, Mccusker C, Connors M, Zuwallack R (2003) : « **Direct clinician- to- patient feedback discussion og**

inhaled steroid use : its effect on adherence », Ann Allergy Asthma immunol, 90 (4) : 411-5.

184- Organisation Mondial de la sante (2003) : « **Adherence to long-term therapies. Evidence for action** », disponible sur : htpp:// www.who.int chronic-conditions/adherencereport/en/.

185- Rabiau Marjorie, Barbel Knauper and Paule Miquelon (2006): **The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm , the compensatory health Beliefs model"**; British, Journal of health Psychology. P.11.

186- Raherison .C (2006) : « **Place de l'éducation thérapeutique dans l'asthme sévère** », Revue Française d'allergologie clinique, vol (46), pp 145-147.

187- Rea HH, Scragg R, Jackson R, Beaglehole R, Fenwick J, Sutherland DC (1986) : « **A case – contol study of death from asthma** », Thorax, 41(11) : 833-9.

188- Reach, G (2005) : « **Pourquoi se soigne-t-on ?Une esquisse philosophique de l'observance** », Latresne : Le bord de l'eau.

189- Reach, G (2006) : « **La Non-Observance thérapeutique : une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine** », Hôpital Avicenne, Laboratoire de pédagogie de la santé, Education et Observance, p1.

190- Reiser Lorraine. M (2007):" **health beliefs and Behaviors of college women"**, submitted to the graduate faculty of Nursing in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy. University of Pitts burgh, p 16-17.

191- Rey- Debove. J et Rey. A (2001) : « **Le nouveau petit Robert dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française** », Nouvel Edition du petit Robert, Paris.

192- Ridway Roy (1994) : « **l'Asthme de traitement naturel** », Edition, paris.

193- Riso, Don Richard. (1995**): "Discovering your personality type: the new Enneagram Questionnaire,**« Houghton Mifflin company,215 Park Evenue South, Boston. New York.

194- Rothschild. M (1984) : « **Prespectives on involement : Current problems and futur directions** », Adv Consumer Res, 11 : 216-7.

195- Russell. J (2005) : « **Introduction to psychology for Health cares** », United Kingdom, Nelson Thornes, LTD, 108, 109, 104, 122-123.

196- Sally. A, Shumaker, Judith.K, Ockene, Kristin. A, Riekert (2009) : « **The handbook of health behavior change** », New York, Springer Publication Company, 453, pp 445-447.

197- Sarafino. EP (1990) : **« Health psychology, Biopsychosocial Interaction** », Singapore : John Wiley et sons.

198- Schmaling KB, Afari N, Blanc AW(1998) : « **Predictors of treatment adherence among asthma patients in the emergency department** », J Asthma, 35 (8) : 631-6.

199- Schmitt, G. M, Lohaus, A. et Salewski, C (1989) : « **Control Beliefs and patient compliance : An empirical study exemplified by adolescents with diabtes mellitus, bronchial asthma and alopecia areata** », Psychother Psychosom Med Psychol, 39(1) pp 33-40.

200- Schommer. M (1998):"**the role of adults Beliefs about Know Ledge in school"**, Perspectives from educational psychology. New York. P .129.

201- Seeman, M. et Evans, J **(1962) :** « **Alienation and learning in hospital setting** », Am Social Rev, 27, pp772- 782.

202- Spector. S (2000) : « **Non- compliance with asthma therapy : are there solution ?** » J Asthma, 37 (5) : 381-8.

203- Sergysels. O (1983) : « **La kinésithérapie respiratoire peut-elle pallier les répercussion fonctionnelles des broncho-pneumopathies chroniques obstructives** », Rev- Fr- Mal- Resp.

204- Sherif. M, Hovland. CI (1961) : « **Social Jugement** », New Haven : Yale University Press.

205- Strecher. V.J .and Rosen's tock (1997):"**the Health Beliefs Model"** , In health behavior and health Education: Theory, Research, and Practice, eds.K .Glanz, F.M .Lews, and B. K. Rimer .San Francisco, Jossey-Bass.

206- Strudy PM, Victor CR, Anderson HR, Bland JM, Butland BK, Harrison BD, Peckitt C, Taylor JC (2002) : « **Mortality and severe morbidity, working group of the national asthma task force psychological, social and health behavior risk factors for death certified as asthma : a national case- control study** », Thorax, 57 (12) : 1034-9.

207- Tashkin DP (1995) : « **Multipe dose regimen impact on compliance** », Chest, 107 (5 suppl) : 176S-82S.

208- Taytard (2003) : « **Asthme, classes de sévérité en état stable** » , Paris.

209- Ten Brinke, A, Ouwerkerk, M. E, Zwinderman, A. H, Spinhoven, P, et Bel, E.H (2001b) : **« Psychopathology in patients with severe asthma is associated with increased health care utilization** », Am J Respir Crit Care Med, 163(5), pp1093-1096.

210- Tordera Perpina, Morgan, Belloch Fuster, Bayo and Cisar (2009):"**Spanish asthma patients beliefs about health and medicine: validation of two questionnaire**", Archbronconeumol, 45(5), pp 218-223.

211- Tourette- Turgis, C, Rébillion, M, et Pereira-Paulo, L (2005) : « **De l'adhésion à l'observance thérapeutique : Réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'intervention dans la durée** », Couselling, Santé et Développement, 1, pp 1-8.

212- Tulloch. H, Pelletier. R (2008) : « **La personnalité a- t- elle vraiment de l'importance ? La personnalité de type « D » et ses conséquences sur la prévention et la réadaptation cardiovasculaires** », Bulletin, Aspects psychosociaux de la réadaptation cardiaque, vol 16, n 2, pp 2-4.

213- Van Grunsven PM, Van Schayck P, Van Deuveren M, Van Herwarden CL, Akkermans RP, Vanweal C (2000) : « **Compliance during long-term treatment with fluticasone propinate in subjects with early signs of asthma or chronic obsetructive pulmonary disease (COPD) : results of the detection, intervention and monotoring program of copd and asthma (DIMCA) study** », J. Asthma, 37(3) :225-34.

214- Van de ven. M, Witteman. C, Tiggelman. D (2013) : « **Effect of type « D » personality on medication adherence in early adolescents with asthma** », Journal of Psychosomatic Research, Published by Elsevier Inc. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.09.001, pp 1-5.

215- Van der palen J, Klein JJ, Rovers MM (1997) : « **Compliance with inhaled medication and self-management guideline following a self – managments programme in adults asthmatics** », Eur Respir J, 10 (3) : 652-7.

216- Vanes S, Nagalkerke A, Colland V, Scholten R, Bouter LM (2001) : « **An intervention programme using the ASE-model aimed at enhancing**

adherence in adolescents with asthma », Patient Educa Couns, 44(3) : 193-203.

217- Van Schayck CP, Bij L, Hofland ID, Folgering H, Clossterman SG, Akkermans R, Van den Elshout F, Van Weel C (2002) : « **Influence of two different inhalation device on therapy compliances in asthmatic patients** », Scand j. Prim Health Care, 20 (2) : 126-8.

218- Vervloet .D, Rolland. C (2005) : « **Les ecoles de l'asthme et l'association asthme et allergies** », Rev Mal Respir, 22 :4S16-4S18.

219- Vialatte, J (1983) : « **L'Asthme** », Presse Universitaire de France, Paris.

220- Wallston, K.A, et Wallston, B.S (1981) : «**Health locus of Control scales** », In H. M. lefcourt (Ed), Research with the locus of control construct (pp189-243).New York : Academic Press.

221- Weiss, (2003) : « **Mucovixidose, observance thérapeutique** », Archives de pédiatries, 10, suppl.3.

222- Williams. T. o'donohue, eric .R . Levensky (2006) : « **Promoting treatment adherence : in practical handbook for health care providers** », U.S.A, Sage Publication, vol 4, p 18-22, 24-25, 91-95.

223- Williams. LK, Joseph. CL, Petuson. EL, Wells. K, Wang. M, Chowdhry. VK, Walsh. M, Rand. CS, Apter. AJ, Tuncili. k, Pladevall. M (2007) : « **Primary non-adherance to inhaled corticosteroid among patients with asthma** », AM J Respir Crit Care Med : 175 : A26.

224- Williams. L, O' Conner. RC, Grubb. N, O'carroll. R (2011) : « **Type « D » personality predicts poor medication adherence in myocardial infraction patients »**, Psycho Health, 26 :70, pp 3-12.

225- Windsor RA, Baily WC , Richards J, Manzella B, Soong S, Brooks M (1990) : « **Evaluation of the efficacy and cost effectiveness of health education methode to increase medic tion adherence among adults with asthma** », Am J public Health, 80 (12) : 1519-21.

226- Werle Carolina et all (s.d) : "**les déterminants des comportements de santé préventive**", revue de la littérature, perspective de recherche et étude exploratoire.

227- World Health Organization (2008) : «**Hiv/Aids Care and treatment for people who inject drugs in Asia and in The pasific : an essential practice guide** », Switzerland, W H O Press, p35.

الملاحق

ملحق رقم (01):

استبيان

نحن بصدد إنجاز بحث علمي حول "**الربو وتأثيره على حياتك**"، لذلك نرجو منك الإجابة بصدق وجدية على كل الأسئلة، ونحيطك علما أن كل إجابتك ستبقى سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي. تأكد أنك أجبت على كل الأسئلة.

1- الجنس: ذكر ( ) أنثى ( )

2- السن:.....

3- الحالة الإجتماعية (المدنية):.....

4- مستوى التعليمي: أمي ( ) ابتدائي ( ) متوسط ( ) ثانوي ( ) جامعي ( )

5- مدة المرض:.....

6- مدة العلاج:.....

ملحق رقم (02):

الصورة الأولية لمقياس المعتقدات الصحية

التعليمة: أجب بصراحة على البنود التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

العبارات	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
1- إن التمتع بالصحة الجيدة، مسألة ترتبط بالحظ.					
2- لا أعتبر مرض الربو مشكلا صحيا بالنسبة لي عندما أكون في حالة جيدة.					
3- أتناول أدويتي أثناء قيامي بنشاطاتي.					
4- أختار العلاج مع طبيبي.					
5- تناول الأدوية يساعد لكنه لا يشفي.					
6- أنا بحاجة دائمة للأدوية.					
7- أنا لا أفهم كل ما يقدم لي من توضيحات.					
8- تدربت كثيرا حول كيفية استعمال الأدوية.					
9- أشعر بالخوف بخصوص إمكانية إصابتي بالمرض.					
10- أشعر بأنني في أحسن حال عندما اتبع نصائح الطبيب.					
11- تمثل صحتي أهم شيء في حياتي.					
12- من الممكن أن أتخلص من الأعراض.					
13- أنا راض عن علاجي.					
14- أعاني من الربو لأن الله قدره لي.					
15- كثيرا ما أجد صعوبة في الاهتمام صحتي.					
16- إذا شعرت بأني سأصاب بالمرض، فسأصاب به حقا.					
17- إصابتي بالربو تجعلني أعاني كثيرا.					
18- أفكر كثيرا في صحتي.					
19- لا يهم ما أفعله، لأنني لا أستطيع التحكم فيه.					

ملحق رقم (03):

الصورة النهائية لمقياس المعتقدات الصحية

التعليمة: أجب بصراحة على البنود التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

العبارات	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
1- إن التمتع بالصحة الجيدة، مسألة حظ.					
2- لا يمثل مرض الربو مشكلة عندما أكون في حالة جيدة.					
3- تناول الأدوية يتداخل مع الأنشطة.					
4- أختار العلاج مع طبيبي.					
5- تناول الأدوية يساعد لكنه لا يشفي.					
6- أنا بحاجة دائمة للأدوية.					
7- أنا لا أفهم كل ما يقدم لي من توضيحات.					
8- أحتاج لمزيد من التدريب حول كيفية استعمال الأدوية.					
9- أنا خائف من أن أصبح مريضا.					
10- أشعر بأنني أحسن عندما اتبع نصائح الطبيب.					
11- صحتي هي أكثر ما يهمني في حياتي.					
12- من الممكن التخلص من الأعراض الربو.					
13- أنا راض عن علاجي.					
14- أعاني من الربو لأن الله قدره لي.					
15- أجد صعوبة كبيرة في الاهتمام بمرضي (الربو).					
16- إذا شعرت بأني سأصاب بالمرض، فسأصاب به فعلا.					
17- إصابتي بالربو ستجعلني أعاني كثيرا.					
18- أفكر كثيرا في صحتي.					
19- مهما كان ما أفعله ، لا أستطيع التحكم فيه.					

ملحق رقم (04):

مقياس مركز الضبط الصحي

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض. اقرأ كل عبارة جيدا، والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة. أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة، وتأكد بأن إجابتك تبقى سرية.

العبارات	أوافق تماما	أوافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
1- سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي عند إصابتي بالمرض.					
2- المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل طريقة لتجنب المرض.					
3- إذا قدر لي أن أمرض فإن ذلك سيحدث مهما بذلت من جهد.					
4-بوسعي أن أتحكم في المحافظة على صحتي.					
5- أستشير الطبيب الأخصائي عند شعوري بأي وعكة صحية.					
6-معظم الأشياء التي تؤثر في صحتي تحدث لي بمحض الصدفة.					
7- ألوم نفسي عند إصابتي بالمرض.					
8-لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليم.					
9-يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من الأمراض.					
10-إن تصرفاتي هي الشيء الذي يؤثر في صحتي.					
11- يلعب الأطباء الأخصائيون دورا كبيرا في التحكم في صحتي.					

12- صحتي السليمة ترجع إلى حظي الحسن.					
13- يمكنني تجنب المرض لو اعتنيت بصحتي.					
14-يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي أتلقاها من الآخرين (الأطباء، هيئة التمريض، الأسرة، الأصدقاء).					
15- مهما بذلت من محاولات لتجنب المرض فإن هناك احتمالا لإصابتي به.					
16-بوسعي أن أحافظ على صحتي لو اتبعت الأساليب الصحية .					
17-فيما يتعلق بصحتي انفذ فقط ما يطلبه مني الطبيب .					
18-سأبقى سليما معافى إذا كان مقدرا لي ذلك.					

ملحق رقم (05):

الصورة الأولية لمقياس نمط الشخصية "د"

التعليمة: فيما يلي يوجد عدد من العبارات التي غالبا ما يستعملها الناس لوصف مشاعرهم، يرجى قراءة كل عبارة ووضع علامة (x) في الخانة المناسبة. لا يوجد إجابة خاطئة أو صحيحة، فإجابتك هي الشيء الوحيد الذي يهم.

العبارات	خطأ	خطأ نوعا ما	حيادي	صحيح نوعا ما	صحيح
1- عندما أقابل أشخاص، أتواصل معهم بسهولة.					
2- غالبا ما أضخم الأشياء غير المهمة.					
3- غالبا ما أحكي مع الغرباء.					
4- غالبا ما أشعر بالحزن.					
5- غالبا ما أشعر بالاستثارة.					
6-غالبا ما أشعر بالكف في علاقاتي الاجتماعية.					
7-أرى الأشياء بطريقة متشائمة.					
8- أرى أنه من الصعب بداية حديث مع الآخرين.					
9-غالبا ما أكون بمزاج سيء.					
10- أنا شخص منطوي.					
11- أفضل التحفظ في علاقاتي مع الآخرين.					
12-غالبا ما أشعر بالقلق تجاه شيء ما.					
13-غالبا ما أشعر بالاكتئاب.					
14- عندما أكون مع الآخرين، لا أجد ما أقول.					

ملحق رقم (06):

الصورة النهائية لمقياس نمط الشخصية "د"

التعليمة: فيما يلي يوجد عدد من العبارات التي غالبا ما يستعملها الناس لوصف مشاعرهم، يرجى قراءة كل عبارة ووضع علامة (x) في الخانة المناسبة. لا يوجد إجابة خاطئة أو صحيحة، فإجابتك هي الشيء الوحيد الذي يهم.

العبارات	خطأ	خطأ نوعا ما	حيادي	صحيح نوعا ما	صحيح
1- عندما أقابل أشخاصا، أتواصل معهم بسهولة.					
2- غالبا ما أضخم الأشياء غير المهمة.					
3- غالبا ما أتحدث مع الغرباء.					
4- غالبا ما أشعر بالحزن.					
5- غالبا ما أشعر بالغضب.					
6- غالبا ما أشعر أني معقد في علاقاتي الاجتماعية.					
7- أرى الأشياء بطريقة متشائمة.					
8- أرى أنه من الصعب بداية الحديث مع الآخرين.					
9- غالبا ما أكون بمزاج سيء.					
10- أنا شخص منطوي.					
11- أفضل الاحتفاظ بمسافاتي مع الآخرين.					
12-غالبا ما أكون قلقا بشيء ما.					
13- أنا مكتئب في غالب الأحيان.					
14- عندما أكون مع الآخرين، لا أجد ما أقول.					

ملحق رقم (07):

الصورة الأولية لمقياس الملاءمة العلاجية

التعليمة: أجب بصراحة على البنود التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	بإنتظام
1- أتناول أدويتي الوقاية التي وصفها لي الطبيب.					
2- أمنح لنفسي فترات راحة بإنتظام.					
3- أحترم نصائح الطبية.					
4- أذهب إلى الاستشارات الطبية.					
5- أحترم أوقات تناول دوائي.					
6- أحترم جرعات الدواء التي وصفها الطبيب.					
7- يحدث لي أن أنسى تناول أدويتي.					
8- أهتم بصحتي الجسمية (ممارسة الرياضة).					
9- أحترم طرق أخذ الدواء (قبل ممارسة الرياضة).					
10- يخطر لي بأنه لدي الكثير من الأدوية لتناولها.					
11- يحدث أن ينفذ مني الدواء بين استشارتين طبيتين.					
12- أدخن.					
13- يحدث في بعض الأحيان أن أخذ الدواء متأخرا.					
14- يحدث أن أتوقف عن تناول أدويتي بدون رأي طبي.					
15- أجري الفحوص والاختبارات لكي أفحص صحتي(تصوير إشعاعي للرئة، إختبار الجهد).					
16- يحدث لي أن أرتكب أخطاء في تناول دوائي.					
17- يحدث لي أن في بعض الأحيان عدم تناول دوائي لأن لدي إنطباع أنه يضرني أكثر مما ينفعني.					

18- أحترم مجمل تعليمات الطبية.					
19- أتناول دوائي بإنتظام (كل يوم).					
20- أحمل دائما دوائي عندما أذهب للجامعة أو العمل أو مكان أخر.					
21- أحمل دائما دوائي عندما أقوم بنشاطاتي بعد الجامعة، أو العمل، أو مكان أخر.					
22- أحمل دائما دوائي عندما أذهب عند أصدقائي.					
23- أحمل دائما دوائي عندما أذهب عند أفراد عائلتي.					
24- أتجنب اللعب مع الحيوانات (القطط، الكلاب).					
25- أتجنب المواقف والوضعيات التي أعرف أنها تثير لدي نوبة ربوية.					

ملحق رقم (08):

الصورة النهائية لمقياس الملاءمة العلاجية

التعليمة: أجب بصراحة على البنود التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	بإنتظام
1- أتناول الأدوية الوقائية التي وصفها الطبيب.					
2- أمنح لنفسي فترات راحة بإنتظام.					
3- أنا أحترم جميع التعليمات الطبية.					
4- أذهب إلى الاستشارات الطبية.					
5- أحترم مواعيد تناول الأدوية.					
6- أحترم جرعات الدواء التي وصفها الطبيب.					
7- يحدث لي أن أنسى تناول أدويتي.					
8- أنا أعتني بلياقتي البدنية (ممارسة الرياضة).					
9- أحترم طرق أخذ الدواء (قبل ممارسة الرياضة).					
10- يخطر لي بأنه لدي الكثير من الأدوية لتناولها.					
11- يحدث أن ينفذ مني الدواء بين استشارتين طبيتين.					
12- أدخن.					
13- يحدث في بعض الأحيان أن أتأخر في تناول دوائي.					
14- يحدث لي أن أتوقف عن أخذ الأدوية بدون استشارة طبية.					
15- أجري فحوص المراقبة (أشعة الصدر واختبار الجهد)					

16- يحدث لي أن أرتكب أخطاء في تناول دوائي.					
17- يحدث لي أحيانا عدم تناول دوائي لأنه لدي إنطباع أنه يضرني أكثر مما ينفعني.					
18- أحترم مجمل التعليمات التي يُقدمها لي الطبيب.					
19- أتناول دوائي بإنتظام (كل يوم).					
20- أحمل دائما دوائي معي عندما أذهب للجامعة أو العمل.					
21- أحمل دائما دوائي معي عندما أقوم بنشاطاتي بعد الجامعة، أو العمل.					
22- أحمل دائما دوائي عندما أذهب لزيارة أصدقائي.					
23- أحمل دائما دوائي عندما أذهب لزيارة العائلة.					
24- أتجنب اللعب مع الحيوانات (القطط، الكلاب).					
25- أتجنب المواقف والوضعيات التي أعرف أنها تثير لدي نوبة ربوية (الجري).					

ملحق رقم (09):

طلب تحكيم

نحن بصدد تحضير أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) تخصص علم النفس الصحة بعنوان:" **الملاءمة العلاجية** و**علاقتها بالمعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية** "**د**" **لدى مرضى الربو**". ونظرا لعدم وجود مقاييس باللغة العربية فيما يخص المعتقدات الصحية و نمط الشخصية "د" والملاءمة العلاجية، لذا تحصلت عليهم باللغة الأجنبية وقمت بترجمتهم.

1- مقياس المعتقدات الصحية لـ **Miguel Perpiñá Tordera** وآخرون سنة 2009.

2-مقياس الملاءمة العلاجية **Véronique Chateaux** سنة 2005.

3-مقياس نمط شخصية "د" لـ : **Mols et Denollet** سنة 2005.

أرجوا منكم من خلال خبرتكم:

1- مدى سلامة الصياغة اللغوية لكل العبارات مع التصحيح.

قائمة المحكمين:

الرقم	الاسم واللقب	التخصص	مكان العمل
1	سي بشير كريمة	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2
2	مزياني فتيحة	علم النفس الصناعي	جامعة الجزائر 2
3	شريفي هناء	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2
4	خطار زهية	علم النفس الاجتماعي	جامعة الجزائر 2
5	بوشدوب شهرزاد	علم النفس الاجتماعي	جامعة الجزائر 2
6	بلعسلة فتيحة	علم النفس التربوي	مدرسة العليا للأساتذة
7	ياحي سامية	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2
8	سايل حدة وحيدة	علم النفس الاجتماعي	جامعة الجزائر 2
9	مسلي رشيد	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2
10	رياش سعيد	علم النفس التربوي	جامعة الجزائر 2
11	بوالطمين سمير	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2
12	طايبي الحاج	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2
13	بوحفص عبد الكريم	علم النفس الصناعي	جامعة الجزائر 2
14	لرينونة م. ي	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2

محلق رقم (11):

مخرجات الاحصاء:

الفرضية الأولى: " مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو منخفضة".

T-TEST

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
mulaamailaj	88	76,66	15,142	1,614

Test du Khi-deux
Fréquences

VAR00004

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
,00	7	29,3	-22,3
1,00	80	29,3	50,7
2,00	1	29,3	-28,3
Total	88		

Test

	VAR00004
Khi-deux	131,886[a]
ddl	2
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 29,3.

الفرضية الثانية: توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في متوسط الملائمة العلاجية

Statistiques de groupe

	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
mulaamailaj	,00	56	78,13	12,304	1,644
	1,00	32	74,09	19,084	3,374

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
mulaamailaj	Hypothèse de variances égales	6,757	,011	1,204	86	,232	4,031	3,347	-2,622	10,685
	Hypothèse de variances inégales			1,074	46,011	,288	4,031	3,753	-3,523	11,586

الفرضية الثالثة: توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى للسن

Descriptives

Mulaamailaj

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
1,00	18	80,78	9,065	2,137	76,27	85,29	56	99
2,00	33	76,82	17,793	3,097	70,51	83,13	33	110
3,00	18	72,94	17,801	4,196	64,09	81,80	29	92
4,00	19	76,00	11,714	2,687	70,35	81,65	44	90
Total	88	76,66	15,142	1,614	73,45	79,87	29	110

ANOVA à 1 facteur

Mulaamailaj

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	562,808	3	187,603	,813	,490
Intra-groupes	19384,965	84	230,773		
Total	19947,773	87			

الفرضية الرابعة: توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمستوى التعليم.

Descriptives

Mulaamailaj

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
,00	6	80,17	8,681	3,544	71,06	89,28	66	90
1,00	22	78,45	13,578	2,895	72,43	84,47	33	99
2,00	25	70,88	16,463	3,293	64,08	77,68	29	99
3,00	35	79,06	15,353	2,595	73,78	84,33	37	110
Total	88	76,66	15,142	1,614	73,45	79,87	29	110

ANOVA à 1 facteur

Mulaamailaj

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1180,959	3	393,653	1,762	,161
Intra-groupes	18766,814	84	223,414		
Total	19947,773	87			

الفرضية الخامسة: توجد فروق في متوسط الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تعزى لمدة المرض

Descriptives

Mulaamailaj

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
,00	41	74,66	17,253	2,695	69,21	80,10	29	99
1,00	34	77,68	13,257	2,274	73,05	82,30	40	97
2,00	9	80,78	14,822	4,941	69,38	92,17	64	110
3,00	2	78,50	9,192	6,500	-4,09	161,09	72	85
4,00	2	80,00	4,243	3,000	41,88	118,12	77	83
Total	88	76,66	15,142	1,614	73,45	79,87	29	110

الفرضية السادسة: مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو منخفضة

```
VARIABLES=motakada
  CRITERIA=CI(.95).
```

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
motakada	88	67.09	7.885	.841

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 38					
	t	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
motakada	34,609	87	,000	29.091	27.42	30.76

Test du Khi-deux

Fréquences

VAR00001

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
,00	1	29,3	-28,3
1,00	77	29,3	47,7
2,00	10	29,3	-19,3
Total	88		

Test

	VAR00001
Khi-deux	117,568[a]
ddl	2
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 29,3.

الفرضية السابعة : مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو(عينة البحث الحالي) هو مصدر الضبط الخارجي(نفوذ– حظ)

Test de Friedman

Rangs

	Rang moyen :
الداخلي الضبط مصدر	1,66
نفوذ الخارجي الضبط مصدر	2,37
حظ الخارجي الضبط مصدر	1,97

Tests statistiques

N	88
Khi-deux	23,532
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. Test de Friedman

الفرضية الثامنة: يتميز مرضى الربو (عينة البحث الحالي) بنمط الشخصية "د"

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
nmd	88	25.94	8.43	,529

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 20					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
nmd	6.61	87	,000	5,102	4,05	6,15

Test du Khi-deux
Fréquences

VAR00008

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
,00	19	44,0	-34,0
1,00	69	44,0	34,0
Total	88		

Test

	VAR00008
Khi-deux	28.40a
ddl	1
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 44,0.

الفرضية التاسعة: توجد علاقة بين الملاءمة العلاجية والمعتقدات الصحية، ومصدر الضبط الصحي ونمط الشخصية "د" لدى مرضى الربو.

		الصحية.ق.م	الداخلي.البعد	نفوذ.خارجي.بعد	الحظ.خ.بعد	د.ش.ن	العلاجية.الملاءمة
الصحية.ق.م	Corrélation de Pearson	1	.218*	.303**	.189	.449**	.208
	Sig. (bilatérale)		.041	.004	.077	.000	.051
	N	88	88	88	88	88	88
الداخلي.البعد	Corrélation de Pearson	.218*	1	.396**	.371**	-.027-	-.070-
	Sig. (bilatérale)	.041		.000	.000	.800	.515
	N	88	88	88	88	88	88
نفوذ.خارجي.بعد	Corrélation de Pearson	.303**	.396**	1	.287**	.138	-.062-
	Sig. (bilatérale)	.004	.000		.007	.200	.564
	N	88	88	88	88	88	88
الحظ.خ.بعد	Corrélation de Pearson	.189	.371**	.287**	1	.053	-.039-
	Sig. (bilatérale)	.077	.000	.007		.621	.719
	N	88	88	88	88	88	88
د.ش.ن	Corrélation de Pearson	.449**	-.027-	.138	.053	1	.006
	Sig. (bilatérale)	.000	.800	.200	.621		.959
	N	88	88	88	88	88	88
العلاجية.الملاءمة	Corrélation de Pearson	.208	-.070-	-.062-	-.039-	.006	1
	Sig. (bilatérale)	.051	.515	.564	.719	.959	
	N	88	88	88	88	88	88