الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة لونيسي علي- البليدة2
كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

علاقة الإلتزام الصحي بكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين

-دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية-

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه ل. م. د في علم النفس.

تخصص:علم النفس الصحي

إعداد الطالب:
أمحمد زريبة

إشراف الأستاذ الدكتور:
فاطمة الزهراء الزروق

السنة الجامعية: 2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة لونيسي علي- البليدة2
كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

علاقة الإلتزام الصحي بكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين

- دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية-

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه ل. م. د في علم النفس.

تخصص:علم النفس الصحي

إعداد الطالب:
أمحمد زريبة

إشراف الأستاذ الدكتور:
فاطمة الزهراء الزروق

لجنة المناقشة:

الإسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
فتيحة كركوش	أستاذ التعليم العالي	البليدة 2	رئيسا
فاطمة الزهراء الزروق	أستاذ التعليم العالي	البليدة 2	مشرفا ومقررا
توفيق برغوثي	أستاذ التعليم العالي	الأغواط	عضوا مناقشا
سامية شينار	أستاذ التعليم العالي	باتنة	عضوا مناقشا
فاطمة الزهراء اليازيدي	أستاذ التعليم العالي	البليدة 2	عضوا مناقشا
صابرينة بن يحي	أستاذ محاضر	البليدة 2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2023/2022

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

"رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ . من الآية (19) سورة النمل.

الحمد لله على نعمه وإحسانه و على فضله وامتنانه ...حمدا يليق بوجهه الكريم... وسلطانه العظيم...أن وفقنا لإنجاز هذا العمل البسيط .

ونصلي ونسلم على المبعوث رحمة للعالمين...نبينا محمد صلى الله عليه وسلم

أتقدم بكل عبارات الشكر و التقدير للمشرفة الفاضلة :

الأستاذة الدكتورة فاطمة الزهراء الزروق.

على تفضلها بقبول الإشراف على هذا العمل، وعلى ما قدمته لي من توجيهات ونصائح قيمة، طيلة مراحل إنجاز هذه الأطروحة إنطلاقا من إختيار الموضوع ، مرورا بكل التفاصيل المنهجية والمعرفية ووصولا إلى خاتمة البحث.

فلكم مني كل التقدير أستاذتي المحترمة وجزاكم الله نظير مجهوداتكم المستنيرة خير جزاء.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأساتذة الكرام الذين شرفونا بمناقشة هذا العمل المتواضع.

وكذلك للسادة:

- الأطباء المختصين على مستوى ولاية خنشلة الذين أتاحوا لي فرصة إجراء الدراسة الميدانية على مستوى عياداتهم.
- رئيسي جمعية النفس الطويل لمرضى الربو و جمعية الشفاء للأمراض المزمنة بخنشلة.

ولكل من أعاننا على تجسيد هذا العمل من قريب أو من بعيد...بارك الله لكم وجزاكم كل خير.

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن علاقة الإلتزام الصحي بكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين في ظل بعض المتغيرات السوسيودمغرافية (الجنس، السن، مدة المرض والمستوى التعليمي)، وقد تم الإعتماد على عينة قصدية قوامها(228) فردا من مرضى الربو الراشدين– من ولاية خنشلة – ، منهم (96) ذكرا و(132) أنثى، وتم تطبيق كل من مقياس الإلتزام الصحي (المترجم والمكيف على البيئة الجزائرية من طرف ديهية أيت حمودة)، مقياس مصدر الضبط الصحي(المترجم والمكيف على البيئة الجزائرية من طرف نور الدين جبالي) ومقياس الكفاءة الذاتية لشفارتزر.

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات بإستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية تم التوصل إلى النتائج التالية :

1– المستوى السائد لدى مرضى الربو الراشدين في الإلتزام الصحي هو المستوى المتوسط.

2– مصدر الضبط السائد لدى عينة مرضى الربو الراشدين هو المصدر الخارجي لذوي النفوذ.

3– يتميز مرضى الربو الراشدين بكفاءة ذاتية متوسطة.

4– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تُعزى لمتغير الجنس لصالح فئة الإناث.

5–لا توجد فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تُعزى لمتغير السن.

6–لا توجد فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير مدة المرض.

7– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح فئة الجامعيين.

8– توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

9– توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

الكلمات المفتاحية : الإلتزام الصحي، مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية، الربو.

Summary of the study:

This study aims to reveal the relationship between health adherence and each of the locus of control of health and self-efficacy in adult asthmatic patients, in the light of certain sociodemographic variables (sex, age, duration of illness and level of education). Carried out on a sample of 228 individuals (96 men and 132 women) with asthma in the wilaya of Khenchela, using the health adherence questionnaire, the health locus of controle questionnaire and the self-efficacy questionnaire.

After data processing based on the use of SPSS (statistical package of social sciences), the results are as follows:

1- The dominant health adherence level in adults with asthma is the average level.
2- The predominant health locus of control dimension among the patients in this study is the external dimension of the powerful others.
3- The degrees of self-efficacy in adults with asthma of this study are average.
4- There are significant differences in health adherence by sex in favor of the female sex in adults with asthma.
5- There are no differences in health adherence according to age in asthmatic adults.
6- There are no differences in the level of health adherence according to the duration of the disease in adults with asthma.
7- There are significant differences concerning the level of health adherence according to the level of education in favor of the university level in adults with asthma.
8- There is a significant correlation between the dimensions of the locus of health control and the level of health adherence in adults with asthma.
9- There is a significant correlation between the degrees of self-efficacy and the level of health adherence in adults with asthma.

Keywords: Health adherence, Health Locus of Control, Self-efficacy, Asthma.

.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات:

كلمة شكر.....	
إهداء.....	
ملخص الدراسة بالعربية.....	
ملخص الدراسة بالإنجليزية	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال.....	
مقدمة.....	1
الفصل التمهيدي: الإطار العام لإشكالية الدراسة.	
1- إشكالية البحث.....	6
2- فرضيات الدراسة.....	19
3- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....	20
4- أهداف الدراسة.....	21
5-أهمية الدراسة.....	22
6- الدراسات السابقة.....	23
6- 1- الدراسات التي تناولت مفهوم الإلتزام الصحي.....	23
6- 2 - الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإلتزام الصحي ومصدر الضبط الصحي..	30
6- 3 - الدراسات حول العلاقة بين الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية.....	32
6- 4 - الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية.....	34

6- 5 – التعليق على الدراسات السابقة	37
6- 6 – مكانة الدراسة الحالية وإستفادتها من الدراسات السابقة.....	39
الفصل الأول: الإلتزام الصحي.	
تمهيد.....	41
1- مفهوم الإلتزام الصحي وبعض المفاهيم القريبة.....	42
2- أهمية الإلتزام الصحي.....	46
3- مفهوم عدم الإلتزام الصحي.....	47
4- نتائج عدم الإلتزام الصحي	51
5- محددات الإلتزام الصحي.....	53
5- 1- دور المريض.....	55
5- 2- دور المرض.....	56
5- 3- دور العلاقة طبيب- مريض.....	58
5- 4- المحددات المتعلقة بالمسار العلاجي.....	60
5- 5- المحددات السوسيوديموغرافية.....	64
6- النماذج المفسرة للإلتزام الصحي.....	68
6- 1- نموذج المعتقدات الصحية.....	68
6- 2- نموذج السلوك المخطط.....	71
6- 3- نموذج مراحل التغيير.....	74
6- 4- نموذج التربية الصحية.....	77
6- 5- نموذج الإلتزام الصحي.....	80
7- قياس الإلتزام الصحي.....	82

7 – 1– طرق القياس المباشرة.....	82
7 – 2– طرق القياس غير المباشرة.....	83
8– الإلتزام الصحي والأمراض المزمنة.....	84
9– الإلتزام الصحي والربو.....	85
10– تحسين الإلتزام الصحي.....	87
خلاصة الفصل.....	91
الفصل الثاني : مصدر الضبط الصحي.	
تمهيد	92
1– مفهوم مصدر الضبط	93
2– أبعاد مصدر الضبط	99
2–1– البعد الداخلي لمصدر الضبط.....	101
2–2– البعد الخارجي لمصدر الضبط.....	101
3– سمات الأفراد في فئتي الضبط (الداخلي/ الخارجي).....	103
3–1– الخصائص المميزة لذوي الضبط الداخلي.....	103
3 –2– الخصائص المميزة لذوي الضبط الخارجي.....	104
4– العوامل المؤثرة في مصدر الضبط.....	107
4–1– أساليب التنشئة الاجتماعية.....	107
4–2– المستوى الاجتماعي والاقتصادي.....	108
4–3– المستوى الثقافي.....	108
4–4 عامل الجنس.....	108
4– 5– عامل السن.....	109

5-تطور مفهوم مصدر الضبط.....	110
6- مصدر الضبط الصحي.....	114
6- 1- دمج مصطلح "الصحة" في مفهوم مصدر الضبط.....	114
6- 2- مفهوم مصدر الضبط الصحي.....	116
7- التطور النظري لمصدر الضبط الصحي وقياسه.....	117
8- أنماط مصدر الضبط الصحي.....	121
9- مصدر الضبط الصحي والمرض العضوي.....	122
10- مصدر الضبط الصحي والربو.....	123
- خلاصة الفصل.....	125
الفصل الثالث: الكفاءة الذاتية	
- تمهيد.....	126
1- مفهوم الكفاءة الذاتية.....	127
2- الكفاءة الذاتية وبعض المفاهيم القريبة.....	130
2- 1- الكفاءة الذاتية ومفهوم الذات.....	130
2- 2- الكفاءة الذاتية ومفهوم تقدير الذات.....	131
2- 3- الكفاءة الذاتية ومفهوم توقعات النتائج.....	132
3- التطور النظري لمفهوم الكفاءة الذاتية.....	132
4- أهمية الكفاءة الذاتية.....	135
5-مكونات الكفاءة الذاتية.....	137
6- أبعاد الكفاءة الذاتية.....	138
6- 1- قدر الكفاءة	138

6- 2- العمومية	138
6- 3- القوة أو الشدة.....	139
7- محددات الكفاءة الذاتية.....	141
7- 1- الإختيار.....	141
7- 2- الجهد والمثابرة	141
7- 3- التفكير واتخاذ القرار	141
7- 4- ردود الفعل العاطفية.....	141
8- مصادر الكفاءة الذاتية.....	142
8- 1- الإنجازات الأدائية.....	142
8- 2- النمذجة.....	143
8- 3- الإقناع اللفظي.....	144
8- 4- الحالات الإنفعالية أو الإستثارة الإنفعالية.....	145
9- توقعات الكفاءة الذاتية.....	146
9- 1- التوقعات المرتبطة بالكفاءة.....	146
9- 2- التوقعات المرتبطة بالنتائج.....	146
10- آثار الكفاءة الذاتية.....	147
11- خصائص ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة.....	150
11-1 خصائص ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة.....	151
11-2- خصائص ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة.....	151
12- الكفاءة الذاتية والحالة الصحية.....	152
13- الكفاءة الذاتية والحالة الفيسيولوجية.....	152

14- الكفاءة الذاتية والجهاز المناعي.....	153
15- الكفاءة الذاتية و إدراة المرض.....	153
16- الكفاءة الذاتية والربو.....	154
- خلاصة الفصل.....	156
الفصل الرابع: مرض الربو	
تمهيد.....	157
1- تعريف مرض الربو.....	158
1- 1- التعريف اللغوي.....	158
1- 2- التعريف الطبي.....	158
2- لمحة تاريخية عن مرض الربو.....	160
3- وبائيات حول مرض الربو.....	161
4- تذكير حول مكونات ووظيفة الجهاز التنفس.....	163
4- 1- مكونات الجهاز التنفسي.....	163
4- 2- وضيفة الجهاز التنفسي.....	166
5- الفيزيولوجيا المرضية لداء الربو.....	167
6- أسباب الإصابة بالربو.....	169
6- 1- العوامل المؤهبة.....	170
6- 1- العوامل المساعدة.....	171
7- الأعراض السريرية لمرض الربو.....	176
8- مضاعفات مرض الربو.....	181
8- 1- المضاعفات الحادة.....	181

8- 2- المضاعفات المزمنة.....	182
8- 3- المضاعفات المتعلقة بالعلاج.....	182
9- تشخيص مرض الربو.....	182
10- النظريات المفسرة لمرض الربو.....	184
10- 1- النموذج السلوكي.....	185
10- 2- النموذج السيكوسوماتي.....	186
10- 3- النموذج التحليلي.....	188
10- 4- النموذج الطبي.....	189
10- 5- نموذج علم النفس العصبي.....	189
10- 6- نموذج علم النفس الصحي.....	191
11- التكفل بمريض الربو.....	192
11- 1- العلاج الدوائي.....	193
11- 2- العلاج الوقائي.....	194
11- 3- التكفل النفسي.....	196
- خلاصة الفصل.....	199
الفصل الخامس : إجراءات الدراسة الميدانية	
- تمهيد.....	200
1- منهج الدراسة.....	200
2- الدراسة الإستطلاعية..	201
3- أدوات الدراسة.....	202
3- 1- مقياس الإلتزام الصحي.....	203

3- 2- مقياس مصدر الضبط الصحي.....	206
3- 3- مقياس الكفاءة الذاتية.....	211
4- عينة الدراسة وكيفية إختيارها.....	214
5- خصائص عينة الدراسة.....	214
5- 1- الخصائص المتعلقة بمتغير الجنس.....	214
5- 2- الخصائص المتعلقة بمتغير السن.....	215
5- 3- الخصائص المتعلقة بمتغير مدة المرض.....	216
5- 4 الخصائص المتعلقة بمتغير المستوى التعليمي.....	217
6- الحدود الزمنية والمكانية للدراسة.....	218
7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....	219
- خلاصة الفصل.....	220
الفصل السادس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
- تمهيد.....	221
1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.....	221
2- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.....	226
3- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.....	230
4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.....	236
5- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.....	242
6- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.....	248
7- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.....	254
8- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة.....	262

9- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة.....	**273**
10- إستنتاج عام.....	**279**
- خاتمة	**282**
- إقتراحات.....	**285**
- قائمة المراجع.....	**288**
- الملاحق.....	**319**

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	دور خصائص المرض في عدم الإلتزام الصحي.	49
2	أنواع عدم الإلتزام الصحي.	50
3	خصائص الأفراد في بعدي مصدر الضبط.	106-105
4	معاملات الصدق لمقياس الإلتزام الصحي.	204
5	معامل ألفا كرونباخ لمقياس الإلتزام الصحي.	205
6	معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس الإلتزام الصحي.	205
7	معاملات الصدق للبعد الداخلي لمقياس مصدر الضبط الصحي	208
8	معاملات الصدق لبعد ذوي النفوذ لمقياس مصدر الضبط الصحي.	208
9	معاملات الصدق لبعد الحظ لمقياس مصدر الضبط الصحي.	209
10	معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي.	210
11	معامل ثبات التجزئة النصفية لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي.	210
12	معاملات الصدق لمقياس الكفاءة الذاتية.	212
13	معامل ألفا كرونباخ لمقياس الكفاءة الذاتية.	213
14	معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة الذاتية.	213
15	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.	214
16	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.	215
17	توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض.	216
18	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.	217
19	تكرارات مستويات الالتزام الصحي	221
20	نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة(لمستويات الإلتزام الصحي).	222
21	تكرارات مصادر الضبط الصحي.	226
22	نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة(لمصادر الضبط الصحي)	227

23	تكرارات مستويات الكفاءة الذاتية	231
24	نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة (لمستويات الكفاءة الذاتية)	231
25	نتائج اختبار شابيرو ويلك.(للفرضية الرابعة)	237
26	متوسطا رتب المجموعتين. (للفرضية الرابعة)	238
27	نتائج اختبار مان وتني. (للفرضية الرابعة)	238
28	نتائج اختبار شابيرو ويلك.(الفرضية الخامسة)	243
29	متوسطات الرتب الخاصة بالمجموعات الثلاث. (الفرضية الخامسة)	245
30	نتائج اختبار كروسكال واليس.(الفرضية الخامسة)	245
31	نتائج اختبار شابيرو ويلك. (الفرضية السادسة)	250
32	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات الخمسة.(الفرضية السادسة)	251
33	نتائج تحليل التباين الأحادي. (الفرضية السادسة)	251
34	نتائج اختبار شابيرو ويلك.(الفرضية السابعة)	255
35	متوسطات الرتب الخاصة بالمجموعات الأربع.(الفرضية السابعة)	256
36	نتائج اختبار كروسكال واليس.(الفرضية السابعة)	257
37	المقارنات البعدية.(الفرضية السابعة)	257
38	نتائج اختبار شابيرو–ويلك لدرجات المتغيرات.(الفرضية الثامنة)	263
39	معاملات الارتباط.(الفرضية الثامنة)	264
40	نتائج اختبار شابيرو– ويلك لدرجات المتغيرين.(الفرضية التاسعة)	274

فهرس الأشكال :

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	نموذج المعتقدات الصحية	70
2	نموذج السلوك المخطط	73
3	نموذج مراحل التغيير	76
4	نموذج التربية الصحية	78
5	نموذج الإلتزام الصحي	81
6	مخطط الأبعاد الثلاثة حسب (levenson ,1993)	102
7	مبدأ الحتمية المتبادلة	133
8	أبعاد كفاءة الذات عند باندورا	140
9	العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج.	147
10	مكونات الجهاز التنفسي.	165
11	توزيع نسبة فئتي الذكور والإناث في عينة الدراسة.	215
12	توزيع نسب أفراد العينة حسب الفئات العمرية.	216
13	توزيع نسب أفراد العينة حسب مدة المرض.	217
14	توزيع نسب أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.	218
15	مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة (لدرجات الإلتزام الصحي)	236
16	شكل توزيع درجات المجموعتين.(للفرضية الرابعة)	238
17	مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة(الفرضية الخامسة)	243
18	شكل توزيع درجات المجموعات الثلاث.(الفرضية الخامسة)	244
19	مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة.(الفرضية السادسة)	249
20	مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة.(الفرضية السابعة)	254
21	شكل توزيع درجات المجموعات الأربع.(للفرضية السابعة)	256

22	مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة في المتغيرات. (الفرضية الثامنة)	262
23	لوحة الانتشار لدرجات المتغيرات.(الفرضية الثمنة)	264
24	مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة في المتغيرات. (الفرضية التاسعة)	273
25	لوحة الانتشار لدرجات المتغيرات. (الفرضية التاسعة)	274

مقدمة

مقدمــة:

على مر التاريخ، لم يكن بالأمر الغريب، إستحواذ مسألة الصحة و المرض على إهتمام الأفراد والمجتمعات، وذلك لإرتباطها بصميم إنسانيتهم ووجودهم ، ولكوْن دفع أسباب الإعتلال والحفاظ على مستوى جيد من الصحة، من أهم تطلعات الفرد في حياته.

كما يعد المرض ضمن أكثر الأحداث تأثيرا في حياة الفرد، إن لم يكن الأهم على الإطلاق، لأنه وحسب طبيعته وشدته يفرض واقعا طارئا يحتم على المريض تغيير نمط حياته في محاولة للتكيف مع الوضع الجديد، ويكون الأمر أكثر تعقيدا، في حالة الإصابة بمرض مزمن، لما تشكله الأمراض المزمنة من صعوبات عديدة يتوجب على المريض التعامل معها، مثل الإرهاق الجسدي، إمكانية ظهور مشكلات نفسية واجتماعية، إضافة إلى الأعباء المالية المتعلقة بمتابعة العلاج.

ويشكل الربو أحد أنواع الأمراض المزمنة التي تعرف إنتشارا واسعا عبر العالم، حيث أفادت أحدث التقديرات (لسنة 2018) أن عدد المصابين بالربو يقارب (334) مليون شخصا في العالم، وهذا الرقم مرشح للإرتفاع نظرا لتسارع وتيرة الحياة المعاصرة و تعدد مصادر الضغوط النفسية التي يمكن إعتبارها ضمن عوامل الخطر التي تلعب دورا أساسيا في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية كالربو.

والربو مرض رئوي يظهر في شكل اضطراب التهابي مزمن يصيب المجاري التنفسية، و يترافق هذا الالتهاب مع فرط استجابة للقصبات الهوائية مما يؤدي إلى نوبات متكررة من الصفير وضيق التنفس، و ضيق في الصدر والسعال ، خاصة في الليل أو في الصباح الباكر.

كما أن للربو تأثيرات سلبية متعددة الأوجه، من خلال ما يمكن أن يثيره من مخاوف وتهديدات على صحة المريض وحياته، وما يفرضه على المحيط العائلي والإجتماعي من واجبات و إلتزامات

من أجل التكفل بالمريض سيما في حالة اشتداد النوبات، علاوة على تعقيد مشكلات الصحة العامة من خلال زيادة التكاليف والأعباء المالية المخصصة للعلاج.

فالربو كغيره من الأمراض المزمنة يجعل المريض في وضعية ذات خصوصية تستدعي إتباع نمط حياة مناسب لحالته المرضية التي ستلازمه طيلة حياته.

ولتفادي التعقيدات الصحية المحتملة للمرض، فإنه يتوجب على المصاب بالربو العمل على التسيير الجيد لوضعيته المرضية، انطلاقا من السعي للتعرف قدر الإمكان على كل ما يتعلق بمرضه (مثل كيفية حدوث النوبة، العوامل المؤثرة في حدوثها وغير ذلك)، ثم بالإلتزام بأخذ العلاج الموصوف له كما قرره الطبيب المعالج.

ويمكن أن تتحدد درجة الإلتزام بالعلاج أو الإلتزام الصحي بمدى تناسب سلوك المريض مع التوجيهات الطبية المقدمة له من حيث تناول الأدوية وممارسة النشاطات اليومية الملائمة لحالته الصحية.

فالالتزام الصحي يعد أحد أهم مسائل الصحة العامة، لما يُشكّله من انعكاسات وعواقب على صحة الأفراد والمجتمعات، سواءا بالسلب (إن كان مستواه منخفضا) أو بالإيجاب(إن كان مستواه معتدلا أو عاليا)

وقد أخذ مفهوم الإلتزام الصحي حيزا هاما من إهتمام الباحثين في مجال العلوم السلوكية، وبخاصة في علم النفس الصحي، على إعتبار أنه يندرج ضمن العوامل السلوكية التي لها تأثيراتها على الحالة الصحية للأفراد.

وحيث أن جل التقديرات تشير إلى أن نصف عدد المصابين بالأمراض المزمنة أي أن ما نسبته (50%) عبر العالم لا يلتزمون بالعلاجات المقدمة لهم – حسب منظمة الصحة العالمية

(2003)- فلأن موضوع إلتزام المرضى بالعلاج أو الإلتزام الصحي قد يكون مرتبطا بمحددات متعددة (شخصية، إجتماعية وغيرها)، إذ يمكن للعوامل الذاتية كالمعتقدات والميول والإتجاهات أن تلعب دورا في توجيه الفرد إلى تبني السلوكات المتعلقة بالصحة كالإلتزام الصحي.

وفي العادة فإن معتقدات الأفراد حول العوامل التي تسيطر وتتحكم في حالاتهم الصحية تتباين بين الإعتقاد في العوامل الداخلية الذاتية للفرد(الضبط الداخلي) أو في العوامل الخارجية (الأشخاص ذوي النفوذ كالأطباء وأفراد العائلة وغيرهم، أو عامل الحظ والصدفة)(الضبط الخارجي)، وهذا ما يسمى بمصدر الضبط الصحي.

كما أن سلوك الإلتزام الصحي قد يتحدد بمدى اعتقاد الفرد حول قدرته على تنظيم وتنفيذ السلوكات المتعلقة بالصحة، أي بمدى شعوره بالكفاءة الذاتية.

وبدورهما فقد حاز كل من مفهوم مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية على إهتمام الباحثين السيكولوجيين، من خلال القيام بالعديد من الدراسات التي حاولت البحث في مدى تأثير هذين المتغيرين – على إعتبار أنهما يتموضعان ضمن العناصر المعرفية للشخصية- على سلوك الإلتزام بالعلاج في سياق الأمراض المزمنة عموما أو في إطار مرض الربو لكن بإستدخال متغيرات وسيطة أخرى أو بإجرائها في بيئات أجنبية.

وفي الدراسة الحالية نحاول البحث في إمكانية وجود علاقة إرتباطية بين الإلتزام الصحي وكل من مصر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين في البيئة الجزائرية، وذلك في ظل بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، مدة المرض والمستوى التعليمي).

وقد تضمنت الدراسة الحالية في شكلها العام جانبا نظريا يحتوي على فصل تمهيدي إضافة إلى أربعة فصول أخرى حسب متغيرات الدارسة (الإلتزام الصحي، مصدر الصحي، الكفاءة الذاتية

والربو) وجانبا ميدانيا يتضمن فصلين، الأول منهما يتعلق بإجراءات الدراسة الميدانية، والثاني يتعلق بعرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

ويمكننا عرض أهم العناصر التي تضمنتها فصول الدراسة على النحو التالي:

- ✓ **الفصل التمهيدي:** وتم تخصيصه لتحديد الإطار العام لإشكالية الدراسة وطرح سؤالها الأساسي، وضع الفرضيات حسب توقعات الباحث، تقديم تعريفات إجرائية للمتغيرات الأساسية للدراسة، تحديد أهداف وأهمية الدراسة، إدراج الدراسات السابقة مع التعليق عليها وبيان مكانة الدراسة الحالية ضمنها.
- ✓ **الفصل الأول:** وتم تخصيصه لمتغير الإلتزام الصحي من خلال التطرق إلى مفهومه وبعض المفاهيم القريبة منه، أهميته، مفهوم عدم الإلتزام الصحي، نتائج عدم الإلتزام الصحي، محددات الإلتزام الصحي(العوامل المؤثرة فيه)، النظريات المفسرة له، طرق قياس الإلتزام الصحي، الإلتزام الصحي والأمراض المزمنة، الإلتزام الصحي والربو، سبل تحسين الإلتزام الصحي، وأخيرا خلاصة الفصل.
- ✓ **الفصل الثاني:** ويتعلق هذا الفصل بمتغير مصدر الضبط الصحي، حيث تم التطرق إلى مفهوم مصدر الضبط، أبعاده، سمات الأفراد في فئتي الضبط (الداخلي/الخارجي)، العوامل المؤثر في مصدر الضبط، التطور النظري لمفهوم مصدر الضبط، ليتم بعدها إستعراض ما تعلق بمصدر الضبط الصحي من حيث المفهوم، التطور النظري، الأنماط، مصدر الضبط الصحي والمرض العضوي، مصدر الضبط الصحي والربو وأخيرا خلاصة الفصل.

- ✓ **وبالنسبة للفصل الثالث:** فقد تم تخصيصه لتناول متغير الكفاءة الذاتية من حيث مفهومه وبعض المفاهيم القريبة منه، تطوره النظري، أهميته، مكوناته، أبعاده، محدداته، مصادره، توقعاته، آثاره، خصائص الأشخاص حسب مستويات الكفاءة الذاتية، الكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض العناصر المرتبطة بالصحة (الحالة الصحية، الحالة الفيسيولوجية، الجهاز المناعي، الأمراض المزمنة ومرض الربو) وأخير خلاصة الفصل.
- ✓ **الفصل الرابع:** وتم التطرق فيه إلى مرض الربو، من حيث تعريفه، تاريخ نشأته، وبائياته (مدى إنتشاره)، العوامل المسببة له، كيفية تشخيصه، النماذج المفسرة للإصابة به، طرق التكفل بمريض الربو وأخيرا خاتمة الفصل.
- ✓ **الفصل الخامس:** وهذا الفصل متعلق بالجانب الميداني، حيث تم فيه إستعرض الإجراءات الميدانية المتبعة في الدراسة الحالية، انطلاقا من منهج الدراسة، الدراسة الإستطلاعية، أدوات الدراسة، العينة وطريقة إختيارها، الحدود المكانية والزمنية للدراسة، البيانات المتعلقة بخصائص أفراد العينة، الأساليب المستخدمة في المعالجة الإحصائية للنتائج وأخيرا خلاصة الفصل.
- ✓ **الفصل السادس:** بدوره متعلق بالجانب الميداني وفيه تم عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة الحالية، مع إدراج الإستنتاج العام، الخاتمة وإقتراحات الدراسة.

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1- إشكالية الدراسة :

يعتبر الربو واحدا من الأمراض غير السارية التي تعرف انتشارا واسعا في جل المجتمعات، إذ تشير التقديرات إلى أنعدد المصابين بالربو عبر العالم بلغ حوالي (334) مليون مريضا Global). Asthma Network, 2014 ; In Skaiste lincerviciute, 2018, p 17)

هذا الرقم مرشح للارتفاع بمقدار(100) مليون آخرين خلال العشر سنوات القادمة ليبلغ العدد الإجمالي حدود (400) مليون مع نهاية سنة (2025)(Smits Dins, 2018, p 10).

وتبعا للإحصائيات فإن نسبة الإصابة بالربو يمكن أن تصل إلى (20%) لدى الأطفال بين (6 و7) سنوات، الذين قد يعانون من نوبات تنفسية شديدة (تتميز خاصة بالأزيز) خلال كل فصول السنة، كما أنها تتراوح بين (1 و 21%) لدى الراشدين(Smith Dins,2020, p 10).

وفي الجزائر يقدر عدد المصابين بالربو حوالي مليون و(200) ألف شخص، كما أنه يتسبب في وفاة أكثر من (1500) شخص سنويا (مزردي،2017، ص52).

وبخصوص فئة الراشدين فقد تبلغ معدلات الإصابة لديهم حوالي (4%) (Houichat,2020, p15).

ويشكل الربو وضعية مرضية مزمنة تتطلب التقيد المستمر بالتدخلات الوقائية والعلاجية، لتحقيق السيطرة الكافية على المرض، و يمكن أن تتمثل هذه السيطرة بالأساس في تقليل الأعراض السريرية بتحييدها أو تثبيطها لأطول فترة ممكنة، و تعزيز وظيفة الجهاز التنفسي لتعمل بطريقة مثلى، مع السعي لتفادي تفاقم الحالة المرضية، إضافة لامتلاك القدرة على الاستمتاع بالأنشطة العادية (Boulet et al, 2012, p 405).

ولقد ثبت من خلال الدراسات والملاحظات السريرية أن الربو وعلى غرار العديد من الأمراض المزمنة الأخرى، غالبًا ما يكون مصحوبا بتهديدات صحية مستمرة، وأعراض جسدية غير مرغوبة، وتغييرات مؤثرة في نمط الحياة اليومية، لذلك يتوجب على المرضى تبني سلوكات صحية معقدة

من أجل الإدارة الذاتية للمرض، وتشمل إدارة الأعراض الجسدية للربو إتخاذ مجموعة من التدابير(مثل الإلتزام بتناول الأدوية بالشكل الموصوف، الذهاب للاستشارات الطبية بانتظام، إجراء فحوصات المراقبة الدورية كأشعة الصدر و اختبار الجهد)، بالإضافة إلى السعي لتوفيرمستوى معين من الرفاهية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة(Michalova Lucie, 2020, p 6).

وحسب المعهد البريطاني للصحة والوقاية فإنه لا يوجد علاج نهائي للربو، لذلك يتم التركيز في إدارته على جملة من التدابير كتقليل التعرض للمثيرات المعروفة، وتخفيف الأعراض إذا كان هناك ضيق في مجرى الهواء، والعلاج الوقائي المنتظم لإلتهاب القصبات الهوائية، فالالتزام بالعلاج من شأنه التقليل من خطر الإصابة بنوبات شديدة لدى معظم المصابين بالربو، وقد اتجهت برامج إدارة الربو في السنوات الأخيرة إلى تطوير إرشادات تسمح للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية بوضع خطة علاج شخصية فعالة وسهلة التنفيذ نسبيًا(NICE, 2017, p 18).

وإذا كان تحقيق السيطرة الجيدة على الربو هو الهدف الرئيسي لخطط العلاج، مما يعني أنه يمكن للمرضى أن يعيشوا حياة طبيعية تقريبًا، دون أن يعانوا من انسداد في الشعب الهوائية أو أن يضطروا إلى استخدام منبهات بيتا(AgonistsBeta) بشكل احتياطي، مع إمكانية تأدية وظائفهم اليومية بشكل مريح معظم الوقت، فإنه من الواضح أن الواقع يبقى بعيدا عن هذه المساعي و التطلعات(Rotheet al,2010,p284).

وفي نظر العديد من الباحثين السيكولوجيين، خاصة في ميدان علم النفس الصحي، أن مسألة السيطرة أو التحكم في الوضعية المرضية عملية معقدة إلى حد ما، يمكن أن تتأثر بشكل أو بآخر بسمات شخصية المريض وبعض المتغيرات المعرفية والسلوكية من أهمها سلوك الإلتزام الصحي(Foucaud Jérôme, 2005,p 23).

وحسب منظمة الصحة العالمية (WHO,2003) فإن مفهوم الإلتزام الصحي يشير إلى مستوى الإنسجام بين سلوك المريض وبين التوجيهات والتعليمات الطبية المقدمة له من طرف الطبيب المعالج، من حيث تناول الدواء، إتباع نظام غذائي صحي، تعديل نمط الحياة ليتناسب مع الوضعية المرضية(WHO, 2003, p3).

ومنذ الدراسات الأولى التي أجريت حول موضوع الإلتزام الصحي خلال السبعينات من القرن الماضيوإلى غاية وقتنا الحاضر، تم اعتبار أن حوالي (50٪) فقط من مرضى الربو يلتزمون بالعلاج على النحو الموصوف لهم (HamiliL, 2009,p 2).

ويعتبر عدم التزام المرضى بالعلاجات والتوصيات الطبية مشكلة صحية عامة، كما يشكل عقبة في سبيل تحقيق الإرتقاء بصحة الأفراد والحفاظ عليها (Lucy Ngoh, 2009, p133).

ووفقا لعدد من الباحثين فإن الإلتزام الجيد هو الذي تبلغ فيه نسبة تناول الجرعات الموصوفة أكثر من (80%)، وأما الإلتزام المتوسط فيكون بين (60 و79%)، في حين يعتبر الإلتزام ضعيفا إذا إنخفض معدل تناول الأدوية إلى أقل من (60%) (McDonald et al, 2017, p 1).

ويظهر عدم الالتزام بدرجات متفاوتة، في جميع مجالات وتخصصات الرعاية الصحية في مختلف بلدان العالم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلا، بلغت مستويات ضعف الإلتزام بالعلاج حوالي (38٪) لدى المرضى الذين يتلقون علاجًا قصير المدى، و(43٪) من المرضى الذين يخضعون لعلاج طويل الأمد، كما تلقى حوالي (75٪) من المرضى نصائح طبية بإجراء تعديلات في نمط الحياة(Lucy Ngoh, 2009, p133).

وترى تايلور(Taylor, 2008) أن عدم الإلتزام (Non-adherence) يحدث عند تخلي المرضى عموما عن إتباع السلوكات والعلاجات الموصى بها من طرف مقدم الرعاية الصحية، حيث تتراوح نسبة عدم الإلتزام بين (15%) و(93%) لدى عموم المرضى، كما أن (50%) إلى

(60%) لا يظهرون إلتزاما بالحضور للحصص المخصصة للتدريب على تعديل السلوكات المتعلقة بالوقاية الصحية، وتضيف أن ما نسبته (20%) إلى(80%) من المرضى ينسحبون من برامج تحسين نمط الحياةالمعدة للتقليل من بعض السلوكات المضرة بالصحة كالتدخين والبدانة، كما أنه من بين (750) مليون وصفة طبية محررة كل سنة، هناك ما يقارب (520) مليون منها لا يتم الإلتزام بها بصفة جزئية أو كلية (تايلور،2008، ص 551).

وبالنسبة لمرضى الربو، فقد كشفت نتائج جل الدراسات ذات الصلة عن مستويات منخفضة في سلوك الإلتزام بالعلاجات المقررة من طرف الأطباء، بغض النظر عن البيئة التي أجريت فيها الأبحاث.

وقد أظهرت تقارير بحثية صادرة عن مؤسسات حفظ الصحة العامة في الولايات المتحدة، ارتفاعا في معدلات عدم الإلتزام لدى مرضى الربو، على الرغم من أن البيانات اقتصرت على الوصفات الطبية التي تم صرفها، ولم تأخذ بعين الإعتبار الوصفات التي تخالف الإرشادات الواجب إتباعها.

ففي دراسة ويليامز وزملاؤه (Williams & colleagues, 2004) على (405) من مرضى الربو الراشدين، تتراوح أعمارهم بين (18) و (50) سنة في مؤسسة صحية متواجدة في مقاطعة ميتشيغن (Michigan) الأمريكية خلال فترة زمنية امتدت لثلاث سنوات، كشفت النتائج أن(50%) من الزيارات إلى مصالح الاستعجالات الطبية ارتبطت بسوء الإلتزام الصحي، كما أن أكثر من(50%) من حالات الاستشفاء بذات المصحة خلال مدة الدراسة كانوا من مرضى الربو، بالرغم من أنه كان بالإمكان تفادي هذه الوضعية لو أن المرضى تحلوا بحد أدنى من الإلتزام الصحي.

وفي دراسة هورن و واينمان (Horne & Weinman, 2002) عن طبيعة المعتقدات حول المرض والإلتزام بالعلاج لدى (100) مريضا بالربو، أظهرت النتائج وجود شكوك كثيرة لدى المرضى بخصوص ضرورة تناول الأدوية، مع وجود مخاوف متزايدة من الآثار الجانبية المحتملة لتناول الأدوية (العاسمي، 2016، ص 190).

كما أنه في دراسة حديثة شملت (1064) مريضا بالربو تراوحت أعمارهم بين (5 و56) سنة، كشف (8%) منهم عن ضعف الإلتزام الأولي بالعلاج، بمعنى أنهم لم يستكملوا الأدوية الموصوفة لهم في المرة الأولى، وكان متوسط درجات الإلتزام أقل مما كان في دراسات أخرى أكثر شمولية بحوالي (30%) (Vervloet et al, 2012,p 406).

وفي دراسة إيلريك شارلوت وآخرين (Ulrik Charlotte et al, 2006) بهدف مقاربة موضوع الإلتزام وعدم الإلتزام بعلاج الربو، من وجهة نظر المرضى أنفسهم، على(509) مريضا راشدا، تم حصرهم من مناطق مختلفة من الدانمارك، أقر ما يقارب (27%) من المرضى بعدم تناول الأدوية الأساسية مثل الكورتيكوستيرويدات المستنشقة (CSI) بصفة متعمدة على الأقل مرتين في الأسبوع، أما في حالة تدهور حالتهم الصحية فإن (60%) منهم كانوا يفضلون إستخدام الأدوية المريحة (Agonists Beta) بدلا من زيادة جرعة الدواء الأساسي السالف الذكر، وحسب هؤلاء المرضى فإن غياب الأعراض المدرك أحد الأسباب الرئيسية في عدم الإلتزام بالعلاج، إضافة إلى عدم الإتفاق مع بعض العبارات التي بالغت في وصف نجاعة العلاج (Ulrik Charlotte et al, 2006, p701).

وكشفت دراسة هيدلي وآخرون(Hedhli et al, 2021)، حول تقييم نسبة تراكم الدهون في الجسم وعلاقتها بالتحكم في مرض الربو، وكانت عبارة عن دراسة مقطعية تم إجراؤها في المركز الإستشفائي لجامعة لاربتا بين شهري فيفري وماي (2019)، وشملت(65) مريضا تتراوح أعمارهم

بين (17و75) سنة، بأن الربو خارج السيطرة بلغ(45.9%) من الحالات المدروسة (Hedhli et al 2021, p 83).

أما في الجزائر فعدد الدراسات التي تناولت موضوع الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو يبقى محدودا (حسب إطلاع الباحث)، وهي دراسات كل من حرابي وسي بشير(2018)، أيت حمودة ديهية (2018)، حويشات وآخرون(2020)، وقد توصل هؤلاء الباحثون إلى نتائج متباينة نوعا ما، فقد وجد كل من حرابي وسي بشير(2018) أن مستوى الإلتزام الصحي السائد لدى أفراد العينة المدروسة (من مرضى الربو) هو المستوى المتوسط، وأن ما نسبته (19.46%) من عينة الدراسة كانت لديهم صعوبات في الحضور للفحوصات الطبية، كما أن (57.52%) منهم لا يتجنبون المثيرات التي يمكن أن تفاقم وضعيتهم المرضية إلا في حالة إدراك الخطر، و(49.55%) لا يتناولون أدويتهم بصورة منتظمة (حرابي، سي بشير، 2018، ص 80).

من جهتها توصلت أيت حمودة ديهية (2018) في دراستها إلى أن أكثرية أفراد العينة تميزوا بمستوى متوسط في الملاءمة العلاجية(أيت حمودة ديهية، 2018، ص 261).

أما حويشات وآخرون(Houichatet al, 2020) فكشفوا أن حوالي (27%) فقط من المرضى كانوا يتميزون بمستوى مرتفع من الإلتزام الصحي، في حين بلغ المستوى العام للسيطرة على الربو في الجزائر(34.6%) لدى المرضى، مقابل(28.6%) في بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (Haouichat Het al, 2020,p 15).

وما يمكن ملاحظته في النسب والأرقام الواردة آنفا أن تبعات سوء الإلتزام الصحي لا تقتصر على الجوانب المتعلقة بالصحة العامة للأفراد والتأثيرات السلبية من الناحية الجسدية، النفسية والإجتماعية فحسب، بل قد يتسبب عدم الإلتزام في إحداث أضرار إقتصادية جسيمة، من خلال الزيادة في كميات الأدوية التي يمكن أن تكون معرضة لانتهاء الصلاحية أو للتخلص منها بطرق

مختلفة، جراء عدم الإلتزام بتناولها بانتظام أو حتى بتخلي المريض عن العلاج بالأساس، ناهيك عن ارتفاع تكاليف العلاج بسبب حالات الإنتكاس وتأزُّم الوضعية الصحية للمرضى، علاوة على تخصيص أعباء مالية إضافية لتنفيذ برامج التثقيف الصحي دون أن يكون لها جدوى أو نتائج إيجابية لضعف الإقبال عليها من طرف المرضى.

وبالتالي يمكننا القول أننا إزاء ظاهرة تمثل إشكالا حقيقيا، وتحديا للجهود المبذولة في إطار المنظومة الصحية للمجتمعات، وهي ظاهرة عدم الإلتزام الصحي.

ومن هذا المنطلق نحاول علاوة على فحص متغير الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو، مقاربة بعض العوامل التي من شأنها التأثير على سلوك الإلتزام الصحي، إذ أشار الباحثون إلى عدة عوامل، منها ما هو متعلق بطبيعة المرض وشدته، ومنها ما هو مرتبط بعناصر الشخصية للمريض نفسه، إضافة إلى محددات أخرى مثل العلاقة العلاجية(العلاقة طبيب–مريض)، العوامل السوسيوديمغرافية، الظروف المعيشية وغيرها.

وضمن المحددات الشخصية، يمكن الإشارة إلى معتقدات المريض وقناعاته واتجاهاته حول طبيعة العوامل المتحكمة في حالته الصحية، سواء كانت ذاتية داخلية، أو كانت خارجة عن نطاق سيطرته، وهذا ما يُعرف بمفهوم مصدر الضبط الصحي.

وقد بحثت العديد من الدراسات في العلاقة بين الإلتزام الصحي ومصدر الضبط الصحي على اعتبار أن المفهوم الأول يمثل الجانب السلوكي الظاهر للفرد، في حين يعكس الثاني الجوانب المعرفية الإدراكية بالأساس، وقد يؤثر أحدهما على الآخر من خلال الآلية التفاعلية لعناصر الشخصية.

ويرتكز مصدر الضبط عموما على افتراض مفاده أن الكيفية التي يتصرف بها الفرد تتأثر إلى مدى معين بما يدركه من علاقات سببية بين السلوك ودوافعه من جهة، وبين السلوك و نتائجه من جهة أخرى.

وحسب رودنبيري ورانك (Roddenberry & Renk , 2010) فإن مصدر معتقدات التحكم المتعلقة بالصحة يرتبط بالنتائج الصحية (مثل السلوكات الصحية، الإلتزام الصحي، والتكيف مع المشكلات الصحية)، حيث يرتبط الضبط الصحي الداخلي في الغالب بشكل إيجابي بالتوافق النفسي والسلوكات الوقائية والحالة الصحية الجيدة، في حين يتعلق الضبط الصحي الخارجي عادةً بسلوكات سلبية وبقلة التوافق النفسي (Roddenberry& Renk , 2010, pp 354-355).

وقد أظهرت النتائج في دراسة نورمان و بينيت (Norman & Bennett)(نقلا عن بزاري، 2011) ارتباطا إيجابيا بين السلوك الصحي والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، وسلبيا مع بعدي المصدر الخارجي لذوي النفوذ والصدفة (بزاري، 2011، ص 101).

كما حاول كل من سيمون وسيمون (seeman & seeman,1993)(نقلا عن مفتاح عبد العزيز،2010) تقصي العلاقة بين مصدر ضبط الصحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية مرتبطة بالرعاية الصحية الأولية، وتم الكشف على أن ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي كانوا أقل ميلا لتنفيذ السلوكات الصحية الوقائية (مثل القيام بالفحوصات الدورية، إتباع القواعد الصحية الموصى بها من طرف الطبيب)، كما أنهم كانوا أقل تفاؤلا أيضا حول نجاعة العلاج المقدم لهم من طرف الطبيب المعالج، في حين أن المرضى من ذوي مصدر الضبط الداخلي كانوا أكثر ميلا للقيام بالسلوكات الصحية الوقائية والعناية بأنفسهم بمعدل ثلاثة أضعاف مقارنة بذوي الضبط الخارجي(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص153).

وفي ذات السياق كشفت دراسة فيرينجا (Wierenga,1980)- التي كانت بهدف معرفة طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الإجتماعية والإلتزام الصحي والنتيجة العلاجية، لدى (50) مريضا بالسكري- عن وجود علاقة إرتباطية بين الإلتزام الصحي وكل من البعد الداخلي وبعد ذوي النفوذ(Schlenk & Hart, 1984,p 567).

وبالنسبة لمرضى الربو، فقد توصلت دراسة دوبان و زملاؤها (Dupen et al, 1996) التي كانت بهدف اختبار صحة مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد، لدى (186) مصابا بالربو، أن المرضى الذين تميزوا بالضبط الخارجي لذوي النفوذ كانت لديهم علاقة جيدة مع أطبائهم وكانوا أكثر إلتزاما بمتابعة علاجهم، وفي المقابل أظهر المرضى ذوو الضبط الخارجي للحظ ثقة أقل في الأطباء وكانوا أقل إلتزاما بأخذ العلاج (Dupen et al, 1996, p 1).

وفي دراسة لبرينك و زملائه (Brinke et al, 2001) حول مقارنة الخصائص النفسية لدى مرضى الربو الشديد و مرضى الربو الخفيف، لدى عينة قوامها (127) فردا منهم (90)يعانون من الربو الشديد، و(37) يعانون من الربو الخفيف، وتمت المقارنة بين المجموعتين من حيث بعض الخصائص النفسية ضمنها مصدر الضبط الصحي والإلتزام الصحي، وأظهرت النتائج أن المرضى الذين يعانون من الربو الشديد كان لديهم مصدر ضبط خارجي (لبعد الحظ)، كما أبانوا عن ثقة أقل في الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية عامةً والأدوية الموصوفة لهم، الأمر الذي كان له تأثير سلبي على إلتزامهم الصحي(Brinke et al, 2001, p 01).

بدوره توصل حيداري وزملاؤه (Heydari et al, 2014) في دراسته التي هدفت إلى معرفة مدى إمكانية التنبؤ بالسيطرة على الربو، لدى (100) فردا من مرضى الربو الراشدين إلى وجود علاقة إرتباطية سلبية بين مستوى التحكم في الربو وبعد الحظ لمصدر الضبط الصحي وبين مستوى التحكم في الربو(Heydari et al, 2014, p 137).

كما كشفت دراسة شريتميلر وليوربروكس (Schreitmuller & Loerbroks A, 2019)، – حول دور مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتيةفي الاحتياجات والنتائج المتعلقة بالربو– لدى (205) مريضا بالربو، عن وجود علاقة إرتباطية موجبة بين المصدر الداخلي للضبط الصحي ومستوى التحكم في الربو، في حين إرتبط ارتفاع درجة الضبط الخارجي بضعف مستوى التحكم في الربو(Schreitmuller & Loerbroks, 2019, p 4).

وفي البيئة الجزائرية أشارت أيت حمودة (2018) في دراستها إلى أن مصدر الضبط الصحي السائد لدى العينة المدروسة من مرضى الربو، هو المصدر الخارجي لذوي النفوذ، غير أنها نفت وجود علاقة بين الملاءمة العلاجية ومصدر الضبط الصحي.

ومما يمكن ملاحظته من خلال الدراسات المذكورة سابقا بهذا الخصوص هو إرتباط سلوك الإلتزام الصحي أكثر بالبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، وهذا الأمر يبدو منطقيا على الأقل من الناحية النظرية، لما يتميز به الأفراد من ذوي الضبط الداخلي بشعورهم بالمسؤولية الشخصية تجاه وضعيتهم المرضية، ومبادرتهم بتبني سلوكات صحية تعكس إلتزامهم بالعلاج.

وإمكانية الإرتباط بين مفهوم الإلتزام الصحي ومصدر الضبط الصحي، قد تدفعنا إلى تناول متغير آخر قريب من مصدر الضبط الداخلي، ويتمثل في توقعات الفرد حول قدراته وإمكانياته وكفاءته الذاتية في تنفيذ السلوكات بما فيها المتعلقة بالصحة.

ولعل مفهوم الكفاءة الذاتية من ضمن أهم المواضيع التي استرعت إهتمام الباحثين منذ ظهورها في إطار نظرية التعلم الإجتماعي لباندورا (Bandura,1977).

ويرى باندورا أن الأشخاص ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة يميلون إلى تنفيذ المهام التي تشكل تحديا لهم، وتكون لديهم أهداف سامية وكبيرة يسعون لتحقيقها باستثمار جهد ووقت أطول مقارنة

بالأفراد من ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة، كما أنهم يتمتعون بمرونة في تجاوز المحن والانتكاسات والمضيّ قدما نحو تحقيق أهدافهم وطموحاتهم (Bandura, 1977, p 297).

وفي المجال الصحي، تحديدا عند مرضى الربو، أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين سلوك الإلتزام الصحي والشعور بالكفاءة الذاتية.

ففي دراسة شيرر و زملائها(Scherer et al, 2001) التي كانت بهدف معرفة العلاقة بين متغيرات المعرفة، المواقف، الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي، لدى عينة قوامها (29) من مرضى الربو الراشدين، أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين المعرفة وكل من المواقف والكفاءة الذاتية، بحيث كلما إتسمت مواقف الأفراد (المرضى)بالإيجابية تجاه الربو، زادت معرفتهم به و زادت درجات الكفاءة الذاتية لديهم، كما تم تسجيل درجات مرتفعة في الكفاءة الذاتية لدى الأفراد المصابين بالربو الخفيف، وقد تبين أيضا وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين الكفاءة الذاتية و مستوى الإلتزام الصحي، إضافة إلى إرتباطها(الكفاءة الذاتية)بانخفاض عدد حالات الدخول إلى المستشفى(Scherer et al, 2001, p 205).

وفي دراسة لافوا و زملائه (Lavoie et al, 2008) التي هدفت إلى تقييم مدى الارتباط بين مستويات الكفاءة الذاتية، التحكم الذاتي، و جودة الحياة لدى مرضى الربو، على عينة مكونة من (557) من مرضى الربو الراشدين، باستخدام مقياس الكفاءة الذاتية للربو (ASES)، مقياس التحكم في الربو (ACQ) و مقياس جودة الحياة (AQLQ)، كما تم إخضاع المرضى لمقابلات عيادية (طبية ونفسية)، أظهرت النتائج إرتباط المستويات العالية من الكفاءة الذاتية بالقدرة على السيطرة والتحكم في الربو لدى العينة المدروسة(Lavoie et al, 2008, p 100).

كما أنه في دراسة شاريفي وآخرين(Sharifi et al, 2011) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين المعرفة والمواقف والكفاءة الذاتية مع العوامل الاجتماعية والاقتصادية لدى مرضى الربو

الإيرانيين خلال الفترة بين (2006و2008)، وعددهم (120) مريضا راشدا، وقد تم إجراء تقييمات لمتغيرات الدراسة بالإعتماد على النسخة الفارسية للإستبيان المعياري الدولي(KASE-AQ)، وتم تحليل البيانات بواسطة الإصدار (14) من (SPSS)، وكشفت النتائج على أن (7.5%) فقط من المرضى كانت لديهم معرفة جيدة بالربو، وحوالي (90%) كان لديهم موقف مناسب وإيجابي تجاه الربو، كما أن ما نسبته (85.3%) من المرضى كانت لديهم كفاءة ذاتية متوازنة، وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية بين الكفاءة الذاتية والموقف تجاه الربو لدى العينة المدروسة (Sharifi et al, 2011, p 315).

من جهتها توصلت شريتميلر وليوربروكس (Schreitmuller & Loerbroks A, 2019)، في دراستهما، إلى وجود علاقة إرتباطية طردية بين درجة الكفاءة الذاتية ومستوى التحكم في الربو (Schreitmuller & Loerbroks, 2019, p 4).

وفي سياق ذي صلة هدفت دراسة كيانكيان وآخرين (Qianqian et al, 2021)إلى معرفة دور المتغير الوسيط المتمثل في الثقة في الطبيب والكفاءة الذاتية في إدراك مفهوم الإلتزام بالأدوية لدى المصابين بالربو الحاد. وتم تطبيق مقياس الإلتزام بالأدوية(MARS-5)،مقياس الكفاءة الذاتية في تناول الأدوية (SEAMS)، مقياس المعتقدات حول الأدوية(BMQ) و مقياس الثقة في الطبيب (TIPS)، على عينة مكونة من (117) مريضا، وتوصلت الدراسة إلى أن الالتزام بتناول بالأدوية كان مرتبطًا بالثقة في الطبيب، كما توسط كل من متغيري الكفاءة الذاتية والثقة في الطبيب معًا بشكل واضح في العلاقة بين المعتقدات حول الدواء والالتزام بالأدوية، في نموذج الوسيط المتعدد التسلسلي، وكان استنتاج الدراسة أن المعتقدات حول الأدوية تلعب دورا أساسيا و فاعلا في التأثير على ثقة مرضى الربو في الطبيب وكذا على مستوى الكفاءة الذاتية، والتي بدورها تؤثر على الالتزام المنتظم بتناول الأدوية (Qianqian et al, 2021).

إجمالا، وإنطلاقا مما سبق يسعى الباحث بدوره من خلال الدراسة الحالية إلى فحص طبيعة العلاقة الممكنة بين سلوك الإلتزام الصحي ومتغيري مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى المصابين بالربو من فئة الراشدين، من خلال محاولة الإجابة على التساؤل الأساسي للدراسة : ما طبيعة العلاقة الممكنة بين الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين؟

ويمكن أن يتفرع من هذا التساؤل العام مجموعة أسئلة جزئية كالآتي:

1- ما هو مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين؟

2- ما هو نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين؟

3- ما هو مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين؟

4- هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير الجنس؟

5- هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير السن؟

6- هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير مدة المرض؟

7- هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

8- هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين؟

9- هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية ومستوى الإلتزام الصحي لدى

مرضى الربوالراشدين؟

2- فرضيات الدراسة:

بعد مراجعة التراث النظري والإطلاع على نتائج الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، ومن خلال إستقراء واقع البعض من مرضى الربو الراشدين تمت صياغة فرضيات الدراسة الحالية على النحو التالي:

1- المستوى السائد لدى مرضى الربو الراشدين في الإلتزام الصحي هو المستوى المنخفض.

2- مصدر الضبط السائد لدى عينة الدراسة هو المصدر الخارجي لذوي النفوذ.

3- يتميز مرضى الربو الراشدين بمستوى منخفض في الكفاءة الذاتية.

4- لا توجد فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير الجنس.

5- توجد فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير السن.

6- توجد فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير مدة المرض.

7- توجد فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

8- توجد علاقة إرتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

9- توجد علاقة إرتباطية بين الكفاءة الذاتية ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

3- التعريفات الاجرائية لمتغيرات الدراسة :

3-1- تعريف الإلتزام الصحي :

يمكن تعريف الإلتزام الصحي بأنه: " مدى إتباع المريض لتوصيات وتوجيهات الطبيب المعالج، سيما فيما يتعلق بتناول الأدوية بشكل منتظم، وتعديل نمط الحياة بما يتوافق ووضعيته المرضية"

كما أنه يعني الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد في مقياس الإلتزام الصحي، المترجم والمكيف على البيئة الجزائرية من طرف أيت حمودة ديهية.

3-2 تعريف مصدر الضبط الصحي :

يمكن تعريف مصدر الضبط الصحي بأنه:" مدى إعتقاد الأفراد حول العوامل التي تتحكم في حالتهم الصحية، سواء كانت عوامل شخصية ذاتية (مصدر ضبط صحي داخلي)، أو عوامل خارجية (مصدر ضبط صحي لذوي النفوذ والحظ)."

كما أنه يعني الدرجات التي يحصل عليها الفرد في الأبعاد الثلاثة لمقياس الضبط الصحي المكيف على البيئة الجزائرية من طرف نور الدين جبالي.

3-3- تعريف الكفاءة الذاتية :

يمكن تعريف الكفاءة الذاتية على أنها: " مستوى ثقة الفرد بنفسه وتوقعاته حول قدراته وإمكانياته، و مدى إستعداده لتنفيذ السلوك المناسب في المواقف المختلفة والنجاح في المهمات الصعبة". كما أنها تعني الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس الكفاءة الذاتية العامة لشفارتسر.

3-4- تعريف مرض الربو:

الربو مرض مزمن ينتج عن إلتهاب يحدث على مستوى المجاري التنفسية ويتميز بحدوث أزمات متقطعة قصيرة المدى، مكونة من واحد أو عدة أعراض تتمثل في ضيق التنفس، الأزيز، السعال، الإنقباض الصدري، وتحدث الأزمات خصوصا في الليل، وتزول الأعراض تلقائيا أو بعد العلاج(Zhou Cailiang, 2014, p25).

4- أهداف الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية إلى محاولة معرفة العلاقة الممكنة بين الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين، من خلال محاولة تحقيق بعض الأهداف الفرعية المتمثلة فيما يلي:

1- معرفة مستوى الإلتزام الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين.

2- معرفة نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين.

3- معرفة مستوى الكفاءة الذاتية السائد لدى مرضى الربو الراشدين.

4- معرفة الفروق المحتملة في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين بإختلاف الجنس.

5- معرفة الفروق المحتملة في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين بإختلاف السن.

6- معرفة الفروق المحتملة في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين بإختلاف مدة المرض.

7- معرفة الفروق المحتملة في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين بإختلاف المستوى التعليمي.

8- معرفة طبيعة العلاقة الممكنة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

9- معرفة طبيعة العلاقة الممكنة بين الكفاءة الذاتية ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

5- أهمية الدراسة:

5-1 الأهمية العمية :

تكمن الأهمية العلمية للدراسة في كونها من بين الدراسات التي تم إجراؤها – على ندرتها –في البيئة الجزائرية، و حاولت البحث في إمكانية وجود علاقة إرتباطية بين الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية في سياق مرض الربو، وقد أخذت هذه المفاهيم الثلاثة حيزا هاما من البحث في علم النفس الصحي، على إعتبار أن متغير الإلتزام الصحي متعلق أساسا بالجانب السلوكي للأفراد (مرضى الربو)، في حين يشير المتغيران الآخران (مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية) إلى العناصر المعرفية التي يمكن أن تساهم بشكل أو بآخر في التأثير على تبني المريض لسلوك ما بخصوص وضعيته الصحية.

فالدراسة الحالية تحاول المساهمة في إبراز إمكانية تأثير العوامل المعرفية لمرضى الربو على إلتزامهم الصحي، وتسعى من خلال محاولة تحقيق أهدافها إلى إضافة رصيد معرفي للتراث البحثي حول دور العوامل النفسية والسلوكية في تشكيل حالتي الصحة والمرض، في سياق الأمراض المزمنة عموما وفي إطار مرض الربو بصفة خاصة.

2-5 الأهمية العملية(التطبيقية) :

على إعتبار أن عدد الإصابات بمرض الربو في تزايد مستمر، و ما قد يترتب عنها من أضرار صحية متعددة (جسمية ونفسية)، وآثار سلبية (إجتماعية، وإقتصادية وغيرها)، سيما لدى المرضى الذين يعانون من قلة الإلتزام بالعلاجات المقدمة لهم.

فيمكن الإستفادة من نتائج الدراسة الحالية في المجال الإكلنيكي، من خلال إجراء تقييم أكثر دقة و موضوعية حول الوضعية الصحية للمريض، وذلك بالأخذ بعين الإعتبار إمكانية تأثير العوامل النفسية – المعرفية – في سلوك الإلتزام بالعلاج، وبناء برامج علاجية تستند على توظيف عناصر التحكم الذاتي للمرضى وذلك من أجل تعزيز سلوك الإلتزام الصحي والإدارة المثلى للمرض.

6- الدراسات السابقة:

تشكل مسألة الإطلاع على الجهود البحثية السابقة خطوةً بالغة الأهمية قبل إجراء أي دراسة حول موضوع ما.

ومن خلال عملية تقصي التراث المعرفي، فقد تم العثور على عدد من الدراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، ندرجها وفق التراتبية الزمنية لإجرائها، وذلك بغرض التعرف على جملة التطورات المعرفية التي يمكن أن تكون قد حدثت مع مرور الزمن.

6-1- الدراسات التي تناولت مفهوم الإلتزام الصحي:

6-1-1- دراسة (Horne & Weinman, 2002): وكان الهدف منها محاولة الكشف عن طبيعة المعتقدات حول المرض والعلاج والإلتزام بالعلاج لدى (100) مريضا بالربو، وقد بينت النتائج عن وجود شكوك كثيرة لدى عينة الدراسة بخصوص ضرورة تناول الأدوية، وكذلك عن مخاوف متزايدة بشأن الآثار الجانبية لتناول الأدوية، ومعتقدات سلبية حول مضاعفات المرض وعواقبه المحتملة (العاسمي، 2016، ص 190).

6-1-2- دراسة (Bezie Y et al, 2006): و تم فيها تحليل العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير في سلوك الإلتزام الصحي لدى (94) مريضا بالسكري من النوع الثاني

(Type 2 diabetes) أعمارهم بين (45 و81 سنة) وكانوا في حالة إستشفاء في مستشفى فرنسي، وتبين أن (33) مريضا يعانون من ضعف الإلتزام، كما أنهم كانوا أصغر سنا مقارنة ببقية المرضى الذين شملتهم الدراسة (Bezie et al, 2006, p 611).

6-1-3- دراسة (Charles C, Ninot G, Sultan S, 2011): وهي عبارة عن مراجعة منهجية للدراسات التجريبية على المصابين بالربوالبالغين، عددها (18) دراسة، تم نشرها بين عامي (1999 و 2009)، وفُهرست في قواعد بيانات (Scopus, PsycInfo, Pubmed) وبحثت في الارتباطات بين تصورات الربو ومعتقدات العلاج و الالتزام بالكورتيكوستيرويدات المستنشقة، وأسفرت النتائج على أن إدراك الوضعية المزمنة للربو وتأثيراتها على الحياة اليومية للمريض، وكذا الوعي بضرورة استمرار العلاج في حالة عدم ظهور الأعراض، يرتبط بتحسن الالتزام، وفي المقابل فإن الخوف من الآثار الجانبية والاعتقاد بعدم نجاعة العلاج في السيطرة على الأعراض يرتبط بضعف الالتزام (Charles, Ninot, Sultan, 2011, P 626) .

6-1-4- دراسة لكحل (2011): وهدفت إلى معرفة مدى تأثير عامل التربية الصحية على الإلتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، على عينة قوامها (120) فردا، أعمارهم ضمن فئة الراشدين (من 30 إلى 100 سنة)، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين – عينة تجريبية مكونة من (63) فردا، وأخرى ضابطة مكونة من (57) فردا–، وبعد إجراء القياس القبلي لمستوى الإلتزام الصحي بإستخدام الإستبيان المعد لذلك، تم إخضاع عينة الدراسة لعملية تعليم معززة بمطوية مكتوبة تحوي معلومات حول مرض ارتفاع ضغط الدم، ثم تم القيام بالقياس البعدي لنفس المتغير، ومما أسفرت عليه النتائج ما يلي:

- تعليم المرضى يرفع من مستوى إلتزامهم الصحي.
- هناك فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- عدم وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي بين الجنسين.

6-1-5- دراسة (Dler H & Chna S, 2015) حول العوامل المؤثرة على إلتزام المرضى المصابين بإرتفاع ضغط الدم للعلاج في مدينة أربيل العراقية، على (200) مريضا، وتم جمع البيانات من خلال المقابلات الشخصية وتطبيق استبيانالامتثال لنموذج علاج ضغط الدم، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن(55%) من المرضى يتميزون بعدم الإمتثال للعلاج، وكان العامل الرئيسي في عدم الإمتثال هو نسيان تناول الدواء (Dler H & Chna S, 2015, p 1).

6-1-6- دراسة (Sven-Arneet al, 2016):حول تقييم تأثير مرض الربو والتهابات الأنف على جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL) من خلال الإعتماد على عينة طبقية مكونة من (1016)فردا، مقسمة على فئتين (فئة المرضى وفئة الأصحاء)أعمارهم بين (21 و86) سنة، بإستخدام إستبيان جودة الحياة المتعلق بالصحة، وعن طريق المقابلات خلال الفحوصات السريرية ، وأسفرت النتائج على ما يلي:

- وجود فروق في مستوى اللياقة البدنية لصالح فئة الأصحاء.
- غياب الفروق المتعلقة بالعمليات العقلية (المعرفية) بين المجموعتين.
- ارتفاع مستوى اللياقة البدنية لدى مرضى الربو الذين لديهم تحكم في وضعيتهم المرضية مقارنة بالمرضى غير المتحكمين في مرضهم.
- المرضى المدخنين أقل لياقة بدنية من غير المدخنين(Sven-Arneet al, 2016, P 64).

6-1-7- دراسة (Brandstetter et al, 2017): التي فحصت الارتباطات بين المعتقدات حول العلاج والالتزام بالأدوية المبلغ عنها ذاتيًا لدى المصابين بالربو من جهة و مرضى الانسداد الرئوي المزمن من جهة أخرى، على (402) مريضا (منهم (196) مصابا بالربو، و(206) مصابين بمرض الإنسداد الرئوي المزمن)، بإستخدام مقياس المعتقدات حول الأدوية (BMQ)، ومقياس تقرير الالتزام بالأدوية (MARS)، وتم حساب تحليلات الانحدار اللوجيستي متعدد المتغيرات، وكشفت النتائج على ما يلي:

- حوالي (19٪)من مرضى الربو و(34٪) من مرضى الانسداد الرئوي المزمن كانوا ملتزمين تمامًا بالأدوية الموصوفة لهم.

- المعتقدات المحددة حول ضرورة الأدوية ارتبطت بشكل إيجابي بالالتزام بالعلاج لدى كلا من مرضى الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن، في حين أن المعتقدات العامة حول الضرر والإفراط في استخدام الأدوية من قبل الأطباء،كانت مرتبطة سلبًا بالالتزام بالأدوية فقط بين مرضى الربو) .
Brandstetter S et al, 2017, p 39)

6-1-8- دراسة حرابي وسي بشير (2018): حول الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، وهي دراسة في سياق نموذج علم النفس الصحة، على عينة قوامها (113) من مرضى الربو الراشدين، وأسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها:

- مستوى سلوك الملاءمة العلاجية السائد لدى أفراد العينة هو المستوى المتوسط.
- (19.46%) من أفراد العينة المدروسة كانت لديهم صعوبات في الحضور للفحوصات الطبية.
- (57.52%) من المرضى لا يتجنبون المثيرات التي قد تفاقم وضعيتهم المرضية إلا في حالة إدراك الخطر، في حين أن (49.55%) منهم لا يتناولون أدويتهم بشكل منتظم.

6-1- 9- دراسة أيت حمودة ديهية (2018) وكانت بعنوان " علاقة المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي، نمط الشخصية د بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية" ، على عينة متكونة من (88) مريضا بالربو، منهم (56) إناث أي (63.64%) و(32) ذكور (36.36%) من العينة الكلية، أعمارهم بين (18 و40) سنة (مرحلة الشباب في العادة)، وتم تطبيق المقاييس المناسبة لمتغيرات الدراسة ومن أهم نتائجها ما يلي:

- يتميز أفراد العينة المدروسة بمستوى متوسط في الملاءمة العلاجية.
- عدم وجود فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرات الجنس، السن، المستوى التعليمي ومدة المرض.
- مصدر الضبط الصحي السائد لدى العينة المدروسة، هو المصدر الخارجي(بعد ذوي النفوذ).
- عدم وجود علاقة إرتباطية بين الملاءمة العلاجية ومصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة.

6-1-10- دراسة قسمية وزوبية (2019): التي هدفت إلى معرفة طبيعة العلاقة بين المساندة الإجتماعية و المواظبة العلاجية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم، على عينة مكونة من (58) مريضا، بإستخدام مقياسي المساندة الإجتماعية والمواظبة العلاجية، ومن بين النتائج تم الكشف على وجود علاقة إرتباطية بين المساندة الإجتماعية والمواظبة العلاجية، وبين الإلتزام بحصص تصفية الدم ومدة التصفية(قسمية وزوبية، 2019، ص 133).

6-1- 11- دراسة حويشات وآخرون (Houichatet al, 2020): وهي عبارة عن دراسة وبائية مقطعية هدفت لتقييم مدى السيطرة والتحكم في الربو في الجزائر مقارنة بدول أخرى في منطقتي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وذلك بإستخدام معايير المبادرة العالمية للربو (GINA) لسنة 2012، إضافة إلى إختبار السيطرة على الربو(ACT) لدى (984) مريضا من الراشدين (متوسط أعمارهم 45 سنة، ومنهم 61% إناث)، والذين تم تشخيصهم بالربو لمدة عام على الأقل،

ويخضعون للعلاج الدوائي خاصة الكورتيكوستيرويدات المستنشقة، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود إلتزام جيد فقط لدى(27) % من عينة الدراسة، في حين بلغ المستوى العام للسيطرة على الربو(34.6%)، مقابل(28.6%) في البلدان الأخرى، كما أشارت الدراسة إلى إرتباط كل من تدني المستوى التعليمي، عدم وجود تأمين طبي، قلة ممارسة الرياضة والإزمان بضعف الإلتزام وقلة التحكم في الربو(Haouichat et al, 2020, p 15)

6-1- 12- دراسة (Smits Dins et al, 2020) حول العوامل المرتبطة بضعف الإلتزام لدى مرضى الربو في ليتوانيا، وتم القيام بها في الفترة الممتدة بين سنتي (2013 و 2015)، وبلغ حجم العينة الإجمالي (352) مريضا، وتم إستخدام المعتقدات التي تم التحقق من صحتها حول مقياس الأدوية (BMQ) ومقياس تصور المرض الموجز(IPQ)، كما تم الإعتماد على نماذج الإنحدار اللوجيستي للتنبؤ بضعف الإلتزام بعلاج الربو، وأسفرت النتائج عن إرتباط المعتقدات حول أهمية تناول الدواء بصفة طردية بمستوى الإلتزام بالعلاج، فكلما زاد إقتناع المريض بضرورة إتباع العلاج من أجل إستقرار وضعيته الصحية، كلما زاد مستوى الإلتزام لديه، في حين أن المرضى الذين شعروا بالقلق حيال الآثار الجانبية طويلة الأمد لأدويتهم، زاد لديهم إحتمال إنخفاض مستوى الإلتزام الصحي(Smits Dins et al, 2020, p 1).

6-1- 13- دراسة بخوش وأحمان(2020): حول الإلتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى مرضى القصور الكلوي، على عينة مكونة من (52) مريضا، بإستخدام المقاييس المناسبة لمتغيرات الدراسة ، وأسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة إرتباطية بين الإلتزام الصحي والرضا عن الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة، وكذا عدم وجود فروق في الإلتزام الصحي تعزى لمتغيرات الجنس، السن والمستوى التعليمي.

6-1- 14- دراسة سرار(2020): التي حاولت الكشف عن العلاقة بين الإنضباط الصحي ومستوى القلق لدى مرضى السكري، على عينة مكونة من (30) فردا من الجنسين، بإستخدام مقياس السلوك الصحي ومقياس القلق لهاملتون، وضمن نتائج الدراسة تبين عدم وجود فروق في درجات الإنضباط الصحي بإختلاف الجنس، وكذلك تبعا لسن أفراد العينة.

6-1- 15- دراسة عبد الصمد(2020): حول العلاقة بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية، على (126) مصابا بأنماط مختلفة من أمراض الغدد اللاقنوية، من فئة الراشدين (بين 21 و80 سنة)، وكان من ضمن النتائج ما يلي:

- يتميز افراد العينة بمستوى منخفض في الإلتزام الصحي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة بإختلاف الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة تعزى لمتغيري السن ومدة المرض.

- **تعقيب** : تشترك جل هذه الدراسات في التركيز على إعتبار مفهوم الإلتزام الصحي الموضوع الأساس في البحث، بالإعتماد على بعض المتغيرات الشخصية والبيئية كوسائط مؤثرة في سلوك الإلتزام الصحي، كمفهوم المعتقدات الصحية، الرضا عن الخدمات الصحية، المساندة الإجتماعية، التربية الصحية، جودة الحياة المتعلقة بالصحة وعوامل أخرى سوسيوديمغرافية (الجنس، السن والمستوى الإقتصادي)، بالإضافة إلى تضمين بعض الدراسات الأخرى لمتغيرات فرعية بغرض توظيفها كمحكات لقياس وتقييم مستويات الإلتزام الصحي لدى العينات المدروسة، كمعدل تناول الأدوية، إستخدام أنظمة التذكير والمراقبة الإلكترونية، أو عن طريق البيانات المتحصل عليها من الفحوصات الطبية وغير ذلك.

فالهدف الأساسي لهذه الدراسات توافق مع ما نسعى إليه في الدراسة الحالية حول مسألة الإلتزام الصحي كسلوك صحي قد يتبناه الفرد (المريض) جزئيا أو كليا، أو يتخلى عنه وفقا لسياقات ومحددات متعددة(شخصية، إجتماعية ثقافية، إقتصادية، وغيرها).

6-2- الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإلتزام الصحي ومصدر الضبط الصحي:

6-2-1- دراسة (Schlenk & Hart, 1984): التي فحصت العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي، القيمة الصحية، المساندة الإجتماعية والإلتزام الصحي لدى المصابين بالسكري، وكشفت عن وجود علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي(بعد ذوي النفوذ) والإلتزام الصحي (Schlenk & Hart, 1984,p 566) .

6- 2- 2- دراسة (seeman and seeman,1993): حول العلاقة بين مصدر ضبط الصحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية مرتبطة بالرعاية الصحية الأولية، وكشفت أن الأفراد ذوي المصدر الخارجي هم أقل ميلا لتنفيذ السلوكات الصحية الوقائية (مثل مراجعة الطبب، إتباع القواعد الصحية الموصى بها)، كما كانوا أقل تفاؤلا حول نجاعة العلاج المقدم لهم، في حين أن ذوي الضبط الداخلي كانوا أكثر ميلا للقيام بالسلوكات الصحية والعناية بأنفسهم ثلاثة أضعاف مقارنة بذوي الضبط الخارجي(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص153).

6-2-3- دراسة (Mc-Donald et al, 2000): على عينة مكونة من (90) فردا من المسنين(متوسط أعمارهم 71,7 عاما)، يعانون من أمراض مختلفة، وطبقت عليهم عدة مقاييس متعلقة بالصحة، كمقياس مصدر الضبط الصحي، مقياس الصحة العامة، مقياس الإلتزام بالإرشادات الطبية، وتوصلت إلى نتائج منها وجود علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والإلتزام بقواعد السلامة الصحية (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 154).

6-2-4- دراسة (Norman & Bennett): حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي، لدى (11632) فردا، وتم الإعتماد على مقاييس مصدر الضبط الصحي، قيمة الصحة، ومجموعة من السلوكات الصحية ضمن مقياس والستون للصحة(1989) بالخصوص قياس نتائج إستهلاك الكحول، ممارسة النشاطات البدنية والسلوك الغذائي، وأظهرت النتائج إرتباطا إيجابيا بين السلوك الصحي مع البعد الداخلي لمصدر التحكم الصحي، وسلبيا مع بعدي المركز الخارجي لذوي النفوذ والصدفة (بزاري، 2011، ص 101).

6-2-5- دراسة بزاري(2011): وكانت بعنوان "إستراتيجيات مواجهة الضغط الدينية ومصدر التحكم الصحي المدرك وعلاقتهما بالإمتثال العلاجي للمصابين الراشدين بداء السكري"، بإستخدام المقاييس المناسبة لمتغيرات الدراسة ومما أسفرت عليه النتائج عدم وجود فروق في مستويات الإلتزام الصحي لدى العينة المدروسة وفقا لطبيعة مصدر الضبط الصحي سواء كان داخليا أو خارجيا (بزاري، 2011، ص110).

6-2-6- دراسة (Adeyinka Adeniran, et al, 2019): بهدف البحث في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإلتزام الصحي لدى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية(AIDS) في نيجيريا، على (302) فردا، من الجنسين، متوسط أعمارهم (39 سنة)، وقد توصلت الدراسة إلى أن ما يقارب الثلث من المرضى غير ملتزمين بالعلاج، وكانت الأسباب الأكثر شيوعا هي نسيان تناول الدواء لدى(28.2%)، والتغيير المتعمد للجرعة(20.9%)، وبخصوص المعتقدات الصحية، كان لدى (85.8%) إعتقاد بأنهم سيظلون مرضى للغاية على الرغم من متابعتهم لعلاجاتهم، كما تم ملاحظة ان نسبة الإلتزام الصحي المسجلة كانت أعلى لدى فئة المرضى الأقل سنا مقارنة بفئة المسنين (Adeyinka Adeniran, et al, 2019, p32).

- **تعقيب** : كشفت أغلب الدراسات المذكورة آنفا عن وجود علاقة إرتباطية بين الإلتزام الصحي ومصدر الضبط الصحي بأبعاده الثلاثة (البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) بغض النظر عن إتجاه العلاقة الإرتباطية سلبا أو إيجابا أو سياق المرض المزمن الذي تم فيه تناول هذين المفهومين، أي أن ميل الفرد إلى تبني سلوك صحي ما يرتبط بمدى إعتقاده في العوامل المؤثرة في حالته الصحية.

وضمن هذا الإطار، نحاول –بدورنا– في الدراسة الحالية البحث في طبيعة العلاقة المحتملة بين متغيري الإلتزام الصحي ومصدر الضبط الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

6-3- الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية:

6-3-1- دراسة (Meland et al, 1999): التي أجريت في النرويج، حول دور الكفاءة الذاتية في تغيير السلوكات المضرة بالصحة (مثل التدخين والتغذية غير الصحية)، وشملت (110) مريضا بالقلب، وقد أظهرت النتائج أن مستوى الكفاءة الذاتية المرتفعة كان له دور أساسي في الإقلاع عن عادة التدخين(يخلف، 2000، ص 114).

6-3-2-دراسة عدودة (2015) : التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من الإلتزام العلاجي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، وتكونت عينة الدراسة من (129) فردا، أعمارهم بين (16 و80) سنة، وتم تطبيق المقاييس المناسبة لمتغيرات الدراسة، ومن بين نتائج الدراسة ما يلي:

- يتميز أفراد العينة المدروسة بكفاءة ذاتية مرتفعة.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية ومحاور الإلتزام بالعلاج (الإلتزام بتناول الأدوية، الإتصال الفعال مع الطبيب، إتباع الحمية الغذائية، سلوك التدخين) لدى عينة الدراسة.

_ لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجات الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة تبعا لمتغيرات الجنس، المستوى التعليمي ومدة المرض.

– لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الإلتزام العلاجي لدى عينة الدراسة تبعا لمتغيرات الجنس، السن، المستوى التعليمي ومدة المرض.

6-3-3- دراسة (سامعي،2015): وكانت حول الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإلتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمطين(1) و(2)، على عينة قوامها (120) فردا، وتوصلت لنتائج منها:

– تميز عينة الدراسة بمستوى منخفض في كل من الكفاءة الذاتية و الإلتزام الصحي.

– وجود علاقة إرتباطية بين درجة الكفاءة الذاتية ومستوى أبعاد الإلتزام الصحي (الإلتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز، الإلتزام بإتباع الحمية الغذائية، الإلتزام بممارسة الرياضة، الإلتزام بإستخدام الأدوية بطريقة صحيحة.)

6-3-4- دراسة (مزياني، 2018): الموسومة بعنوان" علاقة فعالية الذات والإتصال طبيب-مريض بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا"، على عينة مكونة من (62) مريضا، تتراوح أعمارهم بين (15 و35) سنة، بإستخدام المقاييس المناسبة لمتغيرات الدراسة، وكان من بين نتائج الدراسة:

– وجود علاقة إرتباطية بين الفعالية الذاتية والملاءمة العلاجية لدى العينة المدروسة.

– عدم وجود فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير السن.

– هناك فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى أفراد العينة وفقا لمتغير المستوى التعليمي.

6-3-5- دراسة رزقي و أمزيان (2018): حول موضوع الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، على عينة متكونة من (114) مريضا، بإستخدام مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتزر (Ralf Schwarzer)، وإستبيان الإنضباط

الصحي ، و أسفرت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية بين الكفاءة الذاتية والإنضباط الصحي لدى العينة المدروسة(رزقي وأمزيان، 2018، ص ص 240- 242).

- **تعقيب:** أجمعت هذه الدراسات على إرتباط سلوك الإلتزام الصحي بالشعور بالكفاءة الذاتية، وفي الغالب فإن الأفراد – في العينات المدروسة- الذين تميزوا بدرجات مرتفعة في الكفاءة الذاتية، كان لديهم ميل لتنفيذ سلوكات صحية تعكس مدى إلتزامهم بالعلاج الموصوف لهم ، في حين إرتبط ضعف الإلتزام الصحي –في بعض الدراسات_ بإنخفاض الكفاءة الذاتية.

وفي دراستنا الحالية نسعى إلى بيان طبيعة العلاقة بين مفهومي الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية في سياق مرض الربو.

6- 4- الدراسات التي تناولت علاقة الإلتزام الصحي بكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية:

6-4-1- دراسة (Alen J et al, 1996):التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الكفاءة الصحية المدركة ومصدر الضبط الصحي والإلتزام الصحي لدى مرضى القصور الكلوي، وذلك بإستخدام مقياس مطور للكفاءة الصحية المدركة والإلتزام بالنظام العلاجي على عينة مكونة من (81) مريضا خاضعين لتصفية الدم. وكشفت النتائج عن وجود إرتباط موجب بين الكفاءة الذاتية المدركة والإلتزام بالعلاج لدى الأفراد الذين حصلوا على درجات منخفضة في البعد الداخلي لمصدر الضبط، ودرجات عالية في البعد الخارجي(الآخرين الأقوياء)، وقد أشار هذا النمط إلى أن ارتفاع مستوى الكفاءة الصحية المتصورة له فوائد بالنسبة للأشخاص الذين لديهم ثقة كبيرة في قدرات مقدمي الرعاية الصحية(Alan J, et al, 1996, p 411).

6-4-2- دراسة (Heydari et al, 2014) بهدف معرفة مدى القدرة على التنبؤ بالسيطرة على الربو، بالإعتماد على بعض المتغيرات وهي الإجهاد المدرك، مصدر الضبط والكفاءة الذاتية لدى

مرضى الربو الراشدين(في إيران)، وقد تكونت العينة من (100) مريضا، وتم إستخدام مقاييس الإجهاد المدرك (PSS) ،مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد (MHLC)، مقياس الكفاءة الذاتية للربو (ASES) واختبار التحكم في الربو، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية سلبية بين مصدر الضبط الصحي (بعد الحظ) وبين مستوى التحكم في الربو، و موجبة بين الكفاءة الذاتية ومستوى التحكم في الربو(Heydari et al, 2014, p 137).

6-4-3- دراسة قارة(2015) بعنوان "مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي"، واستمر البحث في جانبه الميداني طيلة تسعة أشهر، على (123) مريضا، ومن ضمن ما كشفت عنه نتائج الدراسة :

- البعد الخارجي لذوي النفوذ، هو البعد السائد لدى العينة المدروسة بنسبة (51.21%).
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقبل العلاج و الأبعاد الثلاثة لمصدر الضبط الصحي(البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ، وبعد الحظ). (قارة، 2015، ص 144)

6-4-4- دراسة عليوة (2015): حول علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، على عينة قوامها (120) فردا، باستخدام المقاييس المناسبة لمتغيرات الدراسة، ومما أسفرت عنه النتائج ما يلي:

- مصدر الضبط الداخلي هو السائد لدى عينة الدراسة.
- وجود علاقة إرتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى العينة المدروسة.
- عدم وجود علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) والسلوك الصحي لدى العينة المدروسة.
- وجود علاقة إرتباطية بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى أفراد العينة.

– عدم وجود علاقة إرتباطية بين السلوك الصحي ومتغيرات الجنس، السن، ومدة المرض.

– وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين السلوك الصحي والمستوى التعليمي (عليوة، 2015).

6-4-5- دراسة (Nafradi et al, 2017) وهي بدورها عبارة عن مراجعة منهجية للأدلة التجريبية حول كيفية تأثير التمكين (Empowerment) على الإلتزام الصحي، وبالإعتماد أيضا على متغيري مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، وتمت مراجعة الدراسات ذات الصلة من خلال بحث شامل لقواعد بيانات (Medline, PsychInfo) المنشورة منذ سنة (1967) إلى غاية (2017)، تم تحديد (4903) بحثا، وبعد تطبيق معايير التضمين، الإستبعاد وتقييم الجودة، تم الإبقاء على (154) مقالة ذات صلة، وأسفرت النتائج على ما يلي:

– وجود إرتباط واضح بين الإلتزام بالعلاج وكل من مستوى الكفاءة المرتفعة، والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي.

– وجود علاقة إرتباطية سلبية بشكل أساسي بين الإلتزام العلاجي والبعد الخارجي في شقيه (بعد الحظ و بعد الأشخاص الأقوياء)، بإستثناء البعد المتعلق بمقدمي الرعاية الصحية(الأطباء) الذي كان له إرتباط إيجابي بالإلتزام بتناول الأدوية (Nafradi et al, 2017, p 1).

6-4- 6- دراسة (Schreitmuller J & Loerbroks A, 2019)، حول دور الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحيفي الاحتياجات والنتائج المتعلقة بالربو. وهي عبارة عن دراسة مقطعية، حيث تكونت العينة من (205) مريضا بالربو، منهم (74%) إناث، ومتوسط أعمارهم (50) سنة، وحصل حوالي الثلثين منهم على مستويات متوسطة أو عالية من التعليم الأكاديمي، ومن نتائج الدراسة ارتباط مستوى الكفاءة الذاتية المرتفع وكذا المصدر الداخلي للضبط الصحي بتحسن التحكم في الربو، في حين إرتبط إرتفاع مستوى الضبط الخارجي بضعف السيطرة أو التحكم في الربو (Schreitmuller & Loerbroks, 2019, p 4).

- **تعقيب** : كشفت هذه الدراسات في- أغلبها- على أن إتجاهات الأفراد (المرضى) في تبني سلوك الإلتزام الصحي يتأثر بشكل واضح بمعتقداتهم وتصوراتهم المتعلقة بالصحة من جهة، وبمدى إدراكهم لقدراتهم الشخصية وتوقعاتهم حول أداء السلوك الصحي، وتتمثل هذه المعتقدات أساسا في العوامل المتحكمة في وضعياتهم الصحية (الضبط الصحي الداخلي أو خارجي)، أما عملية إدراك القدرات الشخصية، فتشير إلى الكفاءة الذاتية التي تتباين مستوياتها من شخص لآخر، هذا ما يدفعنا للبحث أيضا في إمكانية وجود علاقة بين مفهوم الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي لدى مرضى الربو الراشدين.

6-5- التعليق على الدراسات السابقة :

بعد ما تم حصر و استعراض الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية" علاقة الإلتزام الصحي بكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو.

-دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات السوسيوديموغرافية-"

يمكننا الإشارة إلى بعض الملاحظات فيما يلي:

- **من حيث المنهج والسياق الزمني والمكاني:**

تم الإعتماد على المنهج الوصفي في أغلب الدراسات السابقة وذلك بهدف دراسة ومعرفة طبيعة العلاقات الممكنة بين متغيرات الدراسات، وكذا لتحديد الفروق المحتملة في درجات ومستوياتهذه المتغيرات لدى أفراد العينات المدروسة وفقا لمتغيرات فرعية (كالسن، الجنس، مدة المرض، المستوى التعليمي، معدلات تناول الأدوية، ممارسة النشاط البدني، وغيرها)

وتم إجراء الدراسات السابقة على فترات زمنية إمتدت بين سنتي (1984) -دراسة (Schlenk & hart)- و(2020) - دراسات كل من (Smits Dins et al)، بخوش وأحمان، سرار، وعبد الصمد-

كما أن بعض الدراسات السابقة أجريت في بيئات أجنبية، وقد أفادت الباحث في الإطلاع أكثر على أنماط السلوكات المتعلقة بالصحة والمحددات المؤثرة في تبني سلوك الإلتزام الصحي لدى الأفراد (المرضى) ضمن أنساق ثقافية وإجتماعية مختلفة عن البيئة الجزائرية، في حين أُجريت دراسات أخرى في بيئات محلية حيث تم التركيز على البيئة الجزائرية بهدف الإستفادة أكثر من مخرجاتها، نظرا لتقارب الخصائص الشخصية، الإجتماعية والثقافية لدى الأفراد والجماعات في المجتمع الجزائري.

✓ **من حيث الأهداف :**

ركزت أغلب الدراسات السابقة على تناول مفهوم الإلتزام الصحي كسلوك محدد من خلال تأثيرات محتملة لمتغيرات وسيطة أخرى (كالمعتقدات الصحية، التربية الصحية، المساندة الإجتماعية، جودة الحياة الصحية، الرضا عن الخدمات الصحية وغيرها)

وقد تشابه الهدف من الدراسة الحالية مع أهداف الدراسات السابقة من حيث الموضوع الأساسي هو معرفة و تقييم مدى الإلتزام بالعلاج لدى مرضى الربو الراشدين، من خلال البحث في العلاقة المحتملة بين مفهوم الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية.

✓ **من حيث عينات الدراسة :**

تم الإعتماد في الدراسات السابقة الميدانية على عينات متفاوتة من حيث العدد حيث كان أقلها (30) فردا في دراسة سرار(2020)، وأكثرها (1016) فردا في دراسة (Sven-Arneet al, 2016)،كما تكونت جل العينات من المصابين بالأمراض المزمنة سيما مرضى الربو كما في دراسات كل من (Bezie Y et al, 2006)، (Charles, Ninot, Sultan, 2011)، (Nancy Tran, et al, 2014)،

(Heydari et al, 2014) (Sven-Arneet al, 2016)،

(Brandstetter et al, 2017)، حرابي وسي بشير(2018)، أيت حمودة ديهيا (2018)

(Haouichat et al, 2020)،(Schreitmuller & Loerbroks, 2019)

.(Smits Dins et al, 2020)

وذات الأمر ينسحب على دراستنا الحالية حيث تم الإعتماد على عينة قوامها (228) من مرضى الربو الراشدين (من الجنسين)، وهذا ما قد يفيدنا في إجراء المقارنات وبيان أوجه التشابه والإختلاف بين نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة.

- ✓ **من حيث النتائج:**

توصلت جل الدراسات السابقة التي كان موضوع بحثها الأساسي سلوك الإلتزام الصحي، بالإعتماد على متغيرات وسيطة عديدة (أشرنا إليها سابقا)، إلى وجود علاقة إرتباطية بشكل أو بآخر بين الإلتزام الصحي وهذه المتغيرات الوسيطة، وفي دراستنا هذه نحاول البحث في العلاقة الممكنة بين الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية.

6- 6- مكانة الدراسة الحالية وإستفادتها من الدراسات السابقة :

من خلال ما تم إستعراضه من دراسات سابقة يمكن القول أن بعضها إقتصر على تناول موضوع الإلتزام الصحي في سياق بعض الأمراض المزمنة(وضمنها الربو) بالإعتماد على متغيرات أخرى – خارج إهتمامات هذه الدراسة، كالمعتقدات الصحية، التربية الصحية، جودة الحياة وغيرها–في حين تشابه البعض منها جزئيا مع الدراسة الحالية في الجمع بين متغير الإلتزام الصحي مع متغير مصدر الضبط الصحي أو مع متغير الكفاءة الذاتية كلا على حدى،

أما الدراسات السابقة التي بحثت في العلاقة بين المتغيرات الثلاثة (الإلتزام الصحي، مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية) كما تسعى إليه الدراسة الحالية، فقد كانت متباينة عن الدراسة الحالية من حيث طبيعة المرض المزمن (مرض القصور الكلوي، السكري، إرتفاع ضغط الدم)،

وبالنسبة للدراسات المتعلقة بمرض الربو فقد تم إستدخال متغيرات وسيطة أخرى (كالإجهاد المدرك، القدرة على التنبؤ بالسيطرة على الربو) إضافة إلى المتغيرات الأساسية التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية.

وبذلك فدراستنا الحالية تحاول تقديم مجهود إضافي للبحث العلمي (الأكاديمي) على إعتبار أن التراث المعرفي هو عملية تراكمية ومستمرة مع الزمن، وذلك من خلال محاولة البحث في موضوع لم يتم تناوله في البيئة الجزائرية– في حدود إطلاع الباحث – بالشكل المطروح في هذه الدراسة، وهو "علاقة الإلتزام الصحي بكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين– دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية– "

وقد تمت الإستفادة من عملية الإطلاع على الدراسات السابقة ونتائجها– على إختلافها– في ضبط موضوع الدراسة الحالية وأهدافها وبناء الإطار العام للإشكالية وطرح التساؤل الأساسي للدراسة والأسئلة المتفرعة عنه، إضافة إلى وضع وصياغة الفرضيات والتوقعات الممكنة، علاوة على الإعتماد على ما توصلت إليه من نتائج في مناقشة وتفسير النتائج المترتبة عن الدراسة الحالية.

الفصل الأول

الإلتزام الصحي

تمهيد:

يعتبر الإلتزام بالعلاج أو الإلتزام الصحي من أهم قضايا الصحة العامة، إذا تقدر منظمة الصحة العالمية (WHO)، أن ما يُقارب (50%) من العلاجات الموصوفة في جميع أنحاء العالم قليلة أو سيئة المتابعة من قبل المرضى المعنيين، وقد يبدو الأمر أكثر تعقيدا إذا كان المرض من النوع المزمن، حيث يتوجب على المريض إتباع علاج طويل الأمد طيلة حياته، ويكون وضعه الصحي مرهونا بسلوكاته، وبقدر استجابته و التزامه بتعليمات وتوصيات الطبيب المعالج، بقدر ما يمكنه السيطرة على وضعيته المرضية وحسن إدارتها، في حين قد ينطوي سلوك عدم الالتزام الصحي على نتائج سلبية أو حتى خطيرة على صحته وحياته.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى متغير الإلتزام الصحي من حيث : مفهومه وبعض المفاهيم القريبة منه، أهميته، مفهوم عدم الإلتزام الصحي، نتائج عدم الإلتزام الصحي، محددات الإلتزام الصحي(العوامل المؤثرة فيه)، النظريات أو النماذج المفسرة له، طرق قياس الإلتزام الصحي، الإلتزام الصحي والأمراض المزمنة، الإلتزام الصحي والربو، سبل تحسين الإلتزام الصحي، وأخيرا خاتمة الفصل.

1- مفهوم الإلتزام الصحي وبعض المفاهيم القريبة :

ترجع الدراسات الأولى التي تناولت موضوع إلتزام المريض بالعلاجات المقدمة له إلى السبعينيات من القرن الماضي.

وأفاد كل من تاركينو وتاركينو (Tarquinio C, Tarquinio P, 2007) أنه قد تم نشر ما يقرُب من (8000) بحث حول مسألة الإلتزام الصحي لدى المرضى قبل عام (1990)، وحوالي (4000) بحث خلال السنوات العشر الماضية أغلبها تم إجراؤها من طرف الباحثين الأنجلوساكسون) .Tarquinio C, Tarquinio P, 2007, p 3)

وفي دراستنا هذه، إستخدمنا مصطلح الإلتزام الصحي للتركيز على أهمية الدور الذي يضطلع به المريض خلال العملية العلاجية، بطريقة تشاركية وتفاعلية مع مقدم الرعاية الصحية، وعدم النزوع إلى السلبية أو الامتثال المطلق للتوجيهات المقدمة له.

فالإلتزام هنا يعني تحمل المريض جزءا من المسؤولية المعنوية من خلال تبني سلوكات صحية تهدف إلى حسن تسيير وضعيته االمرضية، وعدم حدوث مضاعفات تشكل خطرا على حياته.

وقد حضي مصطلح الإلتزام بالقبول في عديد الأدبيات، على اعتبار أنه يتعلق أساسا بتقبل المرضى للعلاجات الموصوفة، وبمدى إتباعهم للتوصيات والتوجيهات المقدمة لهم من طرف الطبيب المعالج (عبد الصمد، 2019، ص27).

ففي دراسات عديدة كدراسة لكحل(2011)، سامعي(2015)، عبد الصمد(2020)، العجمي والعتيبي(2021) وغيرهم، تم تبني نفس المصطلح، في حين تم في دراسات أخرى استخدام مفاهيم مختلفة من حيث الألفاظ ومتقاربة من حيث المعنى منها: الامتثال العلاجي(حدار،2013 ؛ سي بشير و ختو،2017 ؛ بزاري،2010)، الملاءمة العلاجية (زناد،2008؛ أيت حمودة، 2018؛

مزياني، 2017 ؛ العلواني، 2018)، الإلتزام بالعلاج (عدودة، 2015؛ بخوش وأحمان،2022)، الانضباط الصحي (رزقي،2011؛ لشهب وبن عيشة، 2018 ؛ سرار، 2020)، المواظبة العلاجية (قسيمة، 2019).

وبالمقابل نجد في المراجع الأجنبية مصطلحات بمعنى الإلتزام مثل:

(compliance , observance, adhérence, Concordance, commitment,…)

ولعل التنوع الموجود في المصطلحات آنفة الذكر، يقودنا إلى الوقوف على بعض الفروق في دلالاتها فيما يلي:

فالنسبة لمصطلح الامتثال (Observance) مثلا: فيُعرَّف على أنه "مدى تطابق سلوك المريض مع توصيات الطبيب الواصف". ومع ذلك، فإن استخدام مفهوم الامتثال بدأ في التراجع لأنه لا يشير إلى مشاركة المريض في العملية العلاجية (Rob Horne, 2005, p 40).

وترى سايل (2015) أن التعريف السابق للامتثال يوحي لنا بفكرة أن المريض يتوجب عليه الخضوع التام لتعليمات الطبيب المعالج، بغض النظر عن معتقداته وحالته الوجدانية أو مداركه المعرفية (Sail, 2015, p 18).

أما مصطلح الملاءمة (Compliance): فتُعرّف على أنها درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض من حيث أخذ الدواء، إتباع الحمية، تغيير سلوك الحياة، من جهة، والتعليمات أو الوصفات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى، أي هي سلوك يشير إلى مدى إتباع المريض للتعليمات الطبية (زناد، 2013، ص 142).

- وتجدر الإشارة هنا إلى أن مفهوم الملاءمة يأخذ بعين الاعتبار في عملية الإلتزام بالعلاج مدى تأثيره على نمط حياة المريض بما يوافق أو يترجم فعلا توجيهات وتوصيات الطبيب.

وقد ظهر حديثا علاوة على المصطلحات المُشار إليها سابقا، مصطلحا التوافق والتمكين، إذ يُستخدم التوافق (Concordance) في الغالب في المملكة المتحدة، وقد تغير تعريفه بمرور الوقت من تعريف يركز على عملية الاستشارة، حيث يتفق الطبيب والمريض على القرارات العلاجية التي تدمج وجهات نظر كل منهما، إلى مفهوم أوسع يمتد من وصف التواصل إلى دعم المريض في تناول الدواء (Rob Horne, 2005, p 40).

وبالنسبة للتمكين (Empowerment) فيعني إمكانية استثارة إحساس الفرد(المريض) بالقدرة على ضبط سلوكه، وذلك بالإعتماد على متغيرات شخصية مثل التحكم الذاتي، الكفاءة الذاتية، الإحساس بالطمأنينة ووضوح الهوية، وبمساعدة مقدمي الرعاية الصحية عن طريق برامج التربية الصحية، من أجل التحكم في الوضعيه المرضية، إنها عملية تسمح له بإتباع نمط حياة مختلف عما كان عليه في السابق (Sail, 2015, p 18).

وبالرجوع إلى مصطلح الالتزام الصحي فقد تم تبنيه من قبل العديد من الباحثين كبديل للامتثال، في محاولة للتأكيد على أن المريض له الحرية في تقرير ما إذا كان سيلتزم بالعلاج و توصيات الطبيب، غير أن عدم القيام بذلك لا ينبغي أن يكون سببا لإلقاء اللوم على المريض. يطور الالتزام تعريف الامتثال من خلال التأكيد على الحاجة إلى الإتفاق بين المريض و مقدم الرعاية الصحية (Rob Horne, 2005, p 40).

ويرى موريس وشولتز (Morris & Schultz,1992) أن الالتزام الصحي " هو الدرجة التي يتبع بها المريض الوصفات الطبية المتعلقة سواء بالنظام الغذائي أو بالتمارين أو الأدوية الموصوفة، ولذلك فإن الالتزام هو فعل إتباع العلاج الموصوف، من خلال سلوكات ملاحظة وقابلة للقياس" (Morris & Schultz, 1992, p 283).

وفي عام (2003) اقترحت منظمة الصحة العالمية تعريفا للإلتزام على أنه "مدى توافق سلوك الشخص مع التوصيات المقدمة من طرف مقدم الرعاية الصحية" (Sabate E, 2003).

أي أنه درجة التوافق بين الوصفة الطبية (أدوية، حمية غذائية، أنشطة رياضية وغيرها) و مدى تطبيقها من طرف المريض(Jacquin , Levine, 2008, p 89).

وفي ذات الشأن يعرّف هاينز (Haynes) الإلتزام الصحي بأنه " مدى التوافق أو التباين بين الوصفات الطبية وسلوكات المريض المتعلقة بالصحة" (Lamouroux A et al, 2005, p 32) .

كما طرح شافر وزملاؤه (Schafer et al) تعريفا للإلتزام الصحي بأنه" درجة إحترام المريض للتوصيات التي أقر بالإلتزام بها" (لورسي، الزروق،2017 ، ص 259).

- **من خلال ما سبق** يمكن القول أن مفهوم الإلتزام الصحي يتعلق أساسا بسلوكات المرضى فيما يخص إتباع العلاج على الوجه الذي أقره أو حدده الطبيب المعالج، سيما في الإلتزام بتناول الأدوية بالجرعات الموصوفة، وإتباع نمط حياة مناسب وفق ما تقتضيه الوضعية المرضية، فالسلوكات التي من شأنها التأثير على الحالة الصحية للفرد- سواء بالسلب أو بالإيجاب- تعكس إلى أي مدى هو ملتزم بالعلاج.

ومن هنا يتبين لنا أن للإلتزام الصحي أهمية بالغة، يمكننا التطرق إليها في العنصر الموالي.

2- أهمية الإلتزام الصحي:

إستنادا إلى تقرير لمنظمة الصحة العالمية (2003)، فإن حل معضلة عدم الإلتزام تعد مسألة بالغة الأهمية تتجاوز أي تطور طبي آخر، والبحث حول موضوع إستخدام الأدوية يكتسي أهمية إكلينيكية، إقتصادية وأيضا أكاديمية.

وكما هو معلوم فإن الاستهلاك غير المنظم وعملية التقليل أو الإفراط في تعاطي الأدوية أمور لها تأثيراتها السلبية على الصحة العامة ويمكنها أن تطيل فترة المرض، هناك أنواع من الأدوية تتطلب الاستمرار في تناولها حتى بعد اختفاء الأعراض بفترة طويلة، على عكس أنواع أخرى قد تشكل خطرا إذا تجاوزت مدة تناولها آجالها المحددة، كما أن بعض الأدوية لا تكون ناجعة إذا لم يتم تناول الحد الأدنى من الجرعة الموصوفة.

ويمكن لعدم الإلتزام أن يؤثر في زيادة كميات المستحضرات الصيدلانية، حيث بلغت نفقاتها في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي (4.47%) مليار دولار، أي ما يناهز (01%) من الدخل القومي الإجمالي للبلاد في تلك السنة، كما أن شركات الأدوية تعتمد سياسة الترويج للإلتزام في إعلاناتها باعتباره ضمن الإستراتيجيات المساهمة في زيادة حصتها في السوق التجارية، وذلك من خلال إبراز إيجابيات وفوائد الإلتزام (مثل : تقليل التكاليف، إنقاص الجرعات الدوائية، الحد من الآثار الجانبية، نجاعة العلاج وفعاليته)، الأمر الذي يشجع على الزيادة في استخدام المستحضرات الدوائية ويحسن صورة هذه الشركات لدى الأطباء والمرضى وعامة الناس (لكحل، 2011، ص42).

- **ويمكن القول** أن أهمية الإلتزام الصحي لا تقتصر فقط على الأشخاص المرضى ومقدمي الرعاية الصحية في إطار العلاقة العلاجية (طبيب – مريض)، وإنما تتعدى لتشمل البرامج والسياسات الصحية للمجتمعات، لما قد يترتب عن سوء الإلتزام الصحي من أضرار وخسائر مادية معتبرة، وهذا

الأمر يدفعنا لمحاولة التعرف أكثر على سلوك عدم الإلتزام بالعلاج، الذي حضي بدوره بإهتمام الباحثين في علم النفس الصحي من خلال عديد الدراسات التي تناولته في نفس السياق كمفهوم مناقض للإلتزام الصحي، وهذا ما سنتعرض له بشئ من التفصيل في العنصر الموالي.

3- مفهوم عدم الإلتزام الصحي :

يشكل ضعف الالتزام بالعلاجات طويلة الأمد الخاصة بالأمراض المزمنة (كأمراض القلب والأوعية الدموية، السكري، ارتفاع ضغط الدم، الربو، فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة، الاكتئاب وغيرها) مشكلة تتزايد في جميع أنحاء العالم.

وقد أثبت التحليل الدقيق لعدد من المراجعات في دراسة لمنظمة الصحة العالمية، أن مستوى الإلتزام الصحي في البلدان المتقدمة، يكون في حدود (50%) من المرضى، وأقل من ذلك بصورة واضحة في البلدان السائرة في طريق النمو، ففي أوروبا بلغ أقل من(70٪)، الولايات المتحدة الأمريكية (51٪) ، الصين (43٪) ، غامبيا (27٪) وهذه النسب خاصة بمرضى ارتفاع ضغط الدم، إلا أنها تتقارب مع النسب المتعلقة بأمراض مزمنة أخرى مثل الاكتئاب من (40 إلى 70٪)، الربو(43٪)، الإيدز(37 إلى83٪). و في الولايات المتحدة أيضا بلغت نسبة الذين يراقبون مستوى ضغط الدم بطريقة صحيحة (30٪) من المرضى، و(07٪) في المملكة البريطانية المتحدة و (05٪) فقط في فينزويلا (Kanagarajah, 2012, pp 11-12) .

وعلى الرغم من عدم وجود معيار واضح المعالم لتحديد مدى قلة الالتزام الصحي، فهناك أنواع مختلفة من عدم الالتزام نذكر منها:

- ✓ الالتزام غير المنتظم، المرتبط باختلال نمط وإيقاع الحياة اليومية .

✓ عدم الالتزام غير المدرك (الوصفة الطبية أو فائدة العلاج المستمر غير مفهومة، إساءة استخدام أجهزة الاستنشاق وغير ذلك).

✓ عدم الإلتزام المتعمّد (إنكار المرض ورفض العلاج، الخوف من الآثار الجانبية، رفض القيود المرتبطة بالعلاج وغيرها) (De blic J, 2007, p 419).

ومع هذا التنوع في أنماط عدم الإلتزام أو عدم كفايته، فهناك أسباب كامنة وراء تبني مثل هذا السلوك السلبي، إذ يحدث عدم الالتزام بتناول الأدوية المزمنة لأسباب عديدة منها:

- فشل بعض المرضى غالبًا إما في ملء وصفتهم الطبية للأدوية المزمنة أو التوقف عن العلاج في وقت مبكر أو تناول الدواء في كثير من الأحيان أقل مما هو محدد.
- إرتباط عدم الالتزام بالعلاج عادةً بالحالة الاجتماعية والاقتصادية المتردية للمرضى.
- زيادة عدد الأدوية وارتفاع تكاليفها.
- ارتفاع المبلغ المدفوع للاشتراك في صناديق التأمين، ونقص تغطية الأدوية الموصوفة.
- الخوف من الآثار الجانبية للأدوية .
- ضعف الاتصال أو وجود علاقة سيئة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية.
- وجود نظام علاجي معقد (Ramasamy Abhilasha, 2009, p 14) .

وفي دراسة (Kanagarajah, 2012) باستخدام التحليل البعدي حول (39) مقالةً تناولت دور خصائص المرض في عدم الإلتزام الصحي، تم التوصل إلى عدد من النتائج يمكن توضيحها في الجدول التالي:

جدول (01): دور خصائص المرض في عدم الإلتزام الصحي (Kanagarajah, 2012, P 25)

الرقم	خصائص المرض	عدد المقالات	النسبة المئوية لمجموع المقالات المتعلقة بالخصائص المرض
1	شدة الأعراض	14	%36
2	مدة المرض	09	%23
3	خطورة المرض المشخص	07	%18
4	طبيعة المرض	07	%18

- **نلاحظ من خلال** الجدول السابق أن شدة الأعراض تأتي على رأس قائمة خصائص المرض التي لها دور في ضعف الإلتزام ، وفي هذا إشارة ربما إلى ارتباط شدة الأعراض بوجود معاش قاس لدى المريض من خلال المعاناة الجسدية (كوجود آلام شديدة) والنفسية (كالقلق، الإحباط والخوف)، والتي يمكن أن تتكرر بصورة متواترة أو مستمرة لفترات طويلة، ثم يلي ذلك خاصية مدة المرض كعامل مؤثر أيضا على قلة الإلتزام – كما أشارت إليه العديد من الدراسات-، حيث كلما زادت مدة المرض قل الإلتزام بالعلاج لدى المريض، وبعد ذلك يأتي عاملان آخران هما طبيعة المرض ومدى خطورته في ذات المستوى من حيث التأثير على ضعف الإلتزام.

وحسب غوشي (Gauchet A, 2005) فنوع عدم الإلتزام الصحي تحدده مجموعة من الخصائص، يمكن توضيحها في الجدول التالي:

جدول رقم (02): أنواع عدم الإلتزام الصحي (Gauchet A ,2005, P 21)

نوع عدم الإلـتزام	الخصـائص
التوقف النهائي	_ أكثر أنواع عدم الإلتزام حدة. _ سلوكات عدم الإلتزام الأكثر ملاحظة.
التوقف المؤقت	– سلوكات محددة من طرف المريض(خلال بضعة أسابيع مثلا). _ الأكثر صعوبة للقياس بالنسبة للطبيب.
النسيان	_ السلوكات الأكثر تكرار وصعبة الملاحظة من طرف الطبيب. _ اعتراف أغلبية المرضى بنسيان تناول أدويتهم دائما أو أحيانا.
الجرعات المجتمعة	_ سلوكات أقر تكرارا. – تناول كل الأدوية مرة أو مرتين في اليوم بدل ثلاث مرات مثلا.

وترى غوشي (Gauchet A, 2005) أن نسيان الدواء بالنسبة للمرضى الملتزمين لا يكون دائما، وذات الأمر ينطبق على تناول الأدوية بجرعات كاملة، غير أنه في الحالة الأخيرة يمكن للمريض أن يكيف طريقة التناول حسب نمط معيشته، وبالنسبة للتوقف المؤقت فهو متعلق بصعوبة متابعة الدواء لأسباب عدة منها ضعف إدراك أهمية الدواء و نجاعته، عدم الثقة في قدرة الطبيب المعالج، أو كثرة الأدوية وتعقُّد عملية تناولها، كما قد يكون التوقف مرتبطا بأسباب نفسية حين يعاني المريض من حالة اكتئابية مثلا.

كما أضافت غوشي (Gauchet A, 2005) أن عديد الدراسات قد أشارت إلى أن التباين في الإستجابات السلوكية الفعلية للمرضى بخصوص العلاجات الموصوفة لهم، لم يكن بالأمر المفاجئ بالنسبة للباحثين في ميدان العلوم الإجتماعية بإعتباره مسألة مرتبطة بسياقات معينة ومختلفة (العلاقة

طبيب–مريض، تمثلات ومعتقدات المريض وغيرها) ولا يمكن إختزالها فقط في المفاهيم الطبية البحتة (Gauchet A, 2005, p 21-22).

➢ **ويمكننا القول هنا** أن مسألة عدم الإلتزام الصحي قد ترتبط بعدة عوامل متشابكة ومعقدة، قد تكون ذات صلة بشخصية المريض أو بماهية المرض في حد ذاته، ويمكن أن يأخذ أشكالا عدة كعدم الانتظام في تناول الأدوية، نسيانها، أو التوقف عن تناولها بالمطلق، إذ يلعب الجانب المعرفي للمريض دورا أساسيا في سلوك عدم الإلتزام الصحي، من خلال العجز على إدراك المساوئ والأضرار الصحية المترتبة عن سوء الإلتزام بالعلاج، إضافة إلى العوامل المتعلقة بالمرض كخطورته وشدة أعراضه ومدته، ويمكننا أن نتعرض أكثر للنتائج المترتبة عن قلة أو عدم الإلتزام الصحي في العنصر الموالي.

4- نتائج عدم الإلتزام الصحي:

لعدم الإلتزام بالعلاج عواقب متعددة وتشمل جوانب مختلفة يمكن ذكرها فيما يلي:

✓ **النتائج الطبية:** زيادة شدة المرض وحدوث مضاعفات قد تودي بحياة المريض، وبالتالي زيادة في عدد الوفيات.

✓ **النتائج الاقتصادية:** وذلك من خلال:

– تخصيص نفقات خاصة لتحسين الصحة العمومية، فعندما يقل الإلتزام بالعلاج من طرف المرضى، يصبح الأمر بمثابة إهدار للأموال دون فائدة.

– كذلك ما تعلق بموضوع استشفاء المرضى الذي كان يمكن تفاديه لو أنهم قاموا بإتباع وإحترام العلاج الموصوف.

– إقتناء الأدوية من طرف المرضى دون تناولها كليا أو جزئيا.

وتذكر أوريلي وداميان (Aurélie & Damien, 2012) أن النفقات المترتبة عن عدم الإلتزام الصحي قدرت في الولايات المتحدة الأمريكية بأكثر من(100) مليار دولار سنويا، كما أشارت دراسة أخرى إلى أن (11٪) من حالات الاستشفاء كانت من المرضى الذين تفوق أعمارهم (65) سنة وذلك بسبب قلة الإلتزام الصحي (Aurélie & Damien , 2012, p 13).

وتضيف لوسي نجو(Lucy Ngoh, 2009) أن قلة استخدام الأدوية بسبب مشاكل الإلتزام والمتابعة يؤدي إلى خسائر فادحة في صحة المرضى و اقتصاد المجتمع، إذ يُعزى حوالي (125) ألفا من حالات الوفاة لدى المرضى سنويا إلى قلة الإلتزام بالعلاج، كما أنه يعتبر المتسبب في (40%) من حالات الاستشفاء، وكذا ما بين(11 إلى 12%) من حالات الدخول إلى دور رعاية المسنين. كم أن المشاكل المتعلقة بسوء استخدام الأدوية له تبعات سلبية جدا على الصناعة الصيدلانية، إذ أن ما مقدراه (140) مليون وصفة طبية تُصرف للمرضى سنويا بتكلفة تقارب حوالي (1.8) مليار دولار دون أن تتحقق أهدافها العلاجية إلا بنسب تتراوح بين (30 و 50%) لدى المرضى، وهذا كله بسبب قلة الإلتزام بالعلاج (Lucy Ngoh, 2009, p 132).

- **ويمكن القول** أن النتائج السلبية المترتبة عن سوء الإلتزام بالعلاج متعددة الأبعاد، وتظهر بالنسبة للمريض من خلال تدهور حالته الصحية بصفة عامة، وبروز علامات وأعراض أكثر حدة، مع العجز عن أداء الأنشطة المختلفة، وقد يصل به الأمر إلى ضرورة وضعه في حالة استشفاء للتحكم في الوضعية المرضية المتردية وتفادي الأسوء، كما تمتد نتائج عدم الإلتزام الصحي لتشمل الجوانب الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد والمجتمعات من خلال زيادة النفقات الصحية، وهذا ما يدفعنا لمحاولة حصر جملة العوامل أو المحددات التي بإمكانها التأثير في مدى تبني الأفراد لسلوك الإلتزام الصحي، من خلال العنصر الموالي.

5- محددات الإلتزام الصحي:

يشير الباحثون إلى عوامل عدة من شأنها التأثير في سلوك الإلتزام بالعلاج، ولكن عموما تم الإتفاق على عدد منها يمكن حصرها فيما يلي:

5-1- دور المريض :

تلعب الخصائص المعرفية ،الوجدانية، السلوكية و الاجتماعية للمريض دورا مهما في حالته الصحية، فمعتقدات المرضى وعائلاتهم حول المرض وطرق العلاج تؤثر بشكل واضح على إلتزامهم ومتابعتهم للعلاج .

وحسب أجات تونال (Agathe Tonnel, 2014) فإن المعلومات التي يسمعها المريض ويفهمها ثم يطبقها بعد ذلك تعتمد على مشاعره أثناء المقابلة (مثل الإعلان عن مرض خطير)، لأن دور العواطف والمشاعر أساسي في عملية الإلتزام بالعلاج ، مضيفةً أنه يمكن الاستشهاد على سبيل المثال ببعض العوامل التي تحول دون إتباع التوصيات الطبية ومنها:

- الخوف من مضاعفات المرض، أو الآثار السلبية للعلاج ، خاصة إذا كانت هناك خبرات شخصية أو عائلية مع ظهور آثار جانبية أو غير مرغوب فيها لبعض الأدوية.
- الحرج الناجم عن تناول الأدوية في الأماكن العامة.
- وجود معتقدات بخطورة بعض اللقاحات، أو أخرى تحظر نقل الدم للمرضى (عوامل ثقافية اجتماعية)(Agathe Tonnel, 2014, p 20).

كما تقترح تايلور(2008) خطوتين هامتين متعلقتين بالمريض من أجل إلتزام أفضل :

- الخطوة الأولى ترتبط بقرار المريض الانصياع للبرنامج العلاجي وفقا لما يصفه

الطبيب المعالج، ولكن ذلك لا يكون بطريقة حتمية دوما كما يعتقده الأطباء، بل بمحض إرادة المريض وتصميمه وحريته في إتخاذ القرارات المناسبة لوضعيته المرضية.

ويتحدد استعداد المريض لمتابعة علاجه من جهة بمدى وعيه وإدراكه بخطورة مرضه، الأمر الذي يشعره بضرورة إلتزامه بالعلاج، و على العكس فقد ينعدم هذا الشعور في حال إعتقاده بعدم خطورة مرضه على حياته ومستقبله، ومن جهة أخرى فإن مقارنة تكاليف العلاج بالنتائج المرجوة لها تأثير كذلك، بحيث إن كان العلاج باهظ التكلفة، ويمكن أن يؤدي إلى مضاعفات غير مرغوبة ويجعل حياة المريض مضطربة، ويسبب له الضيق والإزعاج، فإن إلتزامه سيكون ضعيفا.

- الخطوة الثانية تتمثل في مدى فهم المريض لما هو مطلوب منه لتنفيذ الخطوات التي يتضمنها البرنامج العلاجي، وفي حال قصور فهمه للإجراءات المطلوب تطبيقها فإنه يتعذر عليه إتباع البرنامج العلاجي بدقة وعناية، وعليه فإن السعي لتبسيط المعلومات المتعلقة بالمرض وأسبابه وطريقة علاجه دون إستعمال المصطلحات الطبية البحتة والمعقدة، يؤدي إلى تحقيق مستوى عال من الإلتزام بالعلاج (تايلور، 2008، ص 553).

و يمكن أن تشكل الصعوبات المتعلقة بمستوى المعيشة أو الظروف المهنية المختلفة عقبة أمام المتابعة الجيدة للعلاج، كساعات العمل الطويلة أو تكلفة الأدوية المرتفعة وغير ذلك.

و قد تؤثر الحالات الانفعالية للمرضى كارتفاع مستوى القلق أو الشعور بالحصر في تلقي المعلومات التي يقدمها المعالج للمريض فيصعب عليه عملية إستدخالها و إدماجها ومن ثم تقبلها والعمل بها، ومن المعروف أن المرضى الذين يعانون من حالات اكتئابية مثلا تضعف لديهم القدرة على الإلتزام بتاول أدويتهم (Scheen & Giet, 2010, p 241) .

كما أن لعمر المريض تأثيرا على إلتزامه الصحي، فلدى كبار السن ينخفض مستوى الإلتزام بسبب وجود صعوبات متعلقة بكثرة الأدوية، اضطرابات في الذاكرة، عدم القدرة على تحمل بعض

الأدوية، صعوبة في إمتصاص الأدوية والتخلص منها على مستوى الكلى والكبد، ومع التقدم في العمر تزداد نسبة استهلاك الأدوية لتصل إلى خمسة أدوية مختلفة للمرضى الذين تتجاوز أعمارهم (75) سنة ممن يقيمون في بيوتهم، وإلى سبعة أدوية لمن يقيمون في المؤسسات الإستشفائية، وقد أشار(Brocklehurst, 1988) إلى إنه في حال تجاوز عدد الأدوية لدى المريض المسن الخمسة فذلك يؤدي في الغالب إلى انخفاض مستوى إلتزامه بالعلاج(Petermans J, 2010, p 5) .

ويرى ماتسوي(1997) أنه بالنسبة للأطفال وكذا أغلبية المراهقين الذين يعتمدون على آبائهم، سيما لدى المصابين بالأمراض المزمنة (كالسكري، الربو وغيرها) فإنهم يكونون أقل إلتزاما بإتباع العلاج (Matsui 1997, p 5).

- **يمكننا أن نستخلص** مما سبق أن هناك مجموعة من المتغيرات المتعلقة بشخصية الفرد (المريض) تلعب دورا جد مهم في عملية إلتزامه بالعلاج تتمثل أساسا فيما يلي :

– عوامل معرفية كالمعتقدات، المدركات والتمثلات حول طبيعة المرض ومدى خطورته من جهة، ومن جهة أخرى حول العلاج المقدم بخصوص نجاعته أو فوائده المنتظرة، و فيما يتعلق أيضا بتبعاته وآثاره غير المرغوبة المحتملة.

– بدورها العوامل الإنفعالية للفرد تساهم في تحديد مدى إتباعه لتعليمات مقدم الرعاية الصحية، أو عدم إتباعها، والحالة النفسية تؤثر بطرق مباشرة أو غير مباشرة على الإلتزام الصحي، فيمكن للخوف مثلا من الآثار السلبية للعلاج أن يدفع بالمريض إلى التخلي أو التوقف عن تناول دوائه، وذات الأمر ينسحب على مشاعر أخرى كالإحساس بالإحراج من تعاطي الأدوية في الأماكن العامة وغير ذلك.

_ عوامل متعلقة بوجود بعض الإضطرابات النفسية (كالاكتئاب) لها تأثير على الإلتزام بالعلاج، وقد يرفض المريض أخذ العلاج من أساسه، بدافع غياب الشعور بالرغبة أصلا في مباهج أو متع الحياة وضمنها الرفاهية الصحية.

– هناك عوامل أخرى كالسن ومستوى المعيشة (سيتم التطرق إليها بشيء من التفصيل في المحددات السوسيوديمغرافية)

وعلى تعددها فإن العوامل المتعلقة بالمريض قد لا تبدو كافية للتأثير على عملية الإلتزام الصحي إذا تم عزلها عن عوامل أخرى ترتبط مثلا بطبيعة المرض وخصائصه، لما لها من تأثيرات نعرضها في العنصر الموالي.

5-2- دور المرض:

يمكن لخصائص المرض أن تتبئ بدرجة الإلتزام بالعلاج، وبشكل أساسي يجب الأخذ بعين الاعتبار طبيعة المرض، شدة الأعراض و المدة.

فبعض الأمراض مثل الاكتئاب أو السمنة يعاني أصحابها من قلة الإلتزام، بسبب بعض الآثار السلبية للعلاج، كما تلعب شدة المرض و التنبؤ بمآله دورا في ضعف متابعة العلاج، وهذا معروف لدى بعض مرضى الإيدز الذين لا يلتزمون بأخذ مضادات الفيروسات القهقرية.

و في الأمراض المزمنة فإن فترة العلاج الطويلة (تستمر طيلة حياة المريض)، تلقي بظلالها على متابعة المريض لعلاجه بالنظر للضوابط التي يتحتم عليه الإلتزام بها بشكل يومي دون الحصول على فوائد صحية فورية، الأمر الذي يؤدي مع الوقت إلى إجهاد و إرهاق المريض مما يفقده الرغبة والمثابرة في متابعة علاجه.

كما أن الأمراض التي تكون غير مصحوبة بأعراض حادة، لا يبدي أصحابها أي نوع من الإلتزام بالعلاج(Agathe Tonnel, 2014, pp 20-21) .

وتذكر مزياني (2017) أن الإصابة بالمرض وما يفرضه من ضرورة لمتابعة العلاج، لا يؤدي إلى اختلال على مستوى المتغيرات الداخلية للفرد وحسب، وإنما يتعدى ذلك إلى الجوانب الإجتماعية، كما أن اختلال الوظائف البيولوجية يكون خارجا عن إرادة الفرد، فيصبح حينئذ عدم إتباع العلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في ذات الوقت (مزياني، 2017، ص ص 68-69).

- **و نستخلص مما سبق** أن خصائص المرض تتدخل بصورة واضحة في توجيه المريض نحو تبني السلوكات المتعلقة بصحته، وقد يتحدد سلوك إتباع العلاج بناءا على طبيعة المرض المشخّص، ففي الأمراض الخطيرة مثلا قد يقل الاستبصار لدى المريض بجدوى العلاج فينخفض إلتزامه بمتابعته، أو ربما قد يحدث العكس، فيكون المريض حريصا على الإلتزام الصارم بالعلاج بدافع الخوف على حياته، كما يمكن لخاصية الإزمان للمرض أن تدفع بالمريض إلى ضعف الإلتزام بعلاجه بسبب ما يحدثه المرض المزمن من اختلال في حياته العامة ووظيفته الإجتماعية ، وبما يفرضه من قيود على سلوكاته بشكل مستمر ربما إلى حد الإنهاك، فتضعف لديه القدرة على الإلتزام بالعلاج.

وإذا كانت خصائص المرض تتدخل في التأثير على الإلتزام الصحي لدى المرضى فإن معرفة كل ما يتعلق بالمرض عملية تتشكل بالأساس ضمن إطار العلاقة العلاجية بين المريض وطبيبه، هذه العلاقة التي بدورها يمكن أن تؤثر في عملية الإلتزام الصحي، كما سيتم عرضه في العنصر الموالي.

5-3- دور العلاقة طبيب- مريض:

تشير تايلور(2008) إلى أن المريض يعير إهتاما بالغا للعلاقة التي تربطه بالطبيب المعالج، غير أنه قد يبدي بعض التحفظات حول هذه العلاقة ، ومنها ما يتعلق بانخفاض التغذية الراجعة من طرف القائمين بالرعاية الصحية، وبإستخدامهم مصطلحات علمية مختصة ومعقدة لا يستطيع المريض فهمها وإستيعابها في بعض الأحيان، وقد تبين أن للإتصال السيء آثارا سلبية عديدة، وعلى رأسها عدم إلتزام المرضى بالتوصيات الطبية(تايلور، 2008، ص 531).

وفي دراسة أجريت عام (2012) في فرنسا، أكد (84٪) من االمرضى ثقتهم في

الأدوية الموصوفة لهم، ولكنهم فضلوا مع ذلك أن يكونوا على إطلاع أكثر حول علاجاتهم، وأن تتضمن المعلومات التي يقدمها الطبيب المعالج وصفا دقيقا للحالة الصحية للمريض، ولطبيعة ومسار الرعاية التي ستقدم له، إضافة للتوجيهات المتعلقة بالإحتياطات الواجب اتخاذها من أجل إدارة أفضل لمرضه (Bizouard & Jungers, 2014, p 14).

كما بينت دراسة على مجموعة من السجناء المعالجين من فيروس نقص المناعة البشرية أن قبول العلاج المضاد للفيروسات القهقرية يرتبط بالثقة في الطبيب وكذلك في العلاجات الموصوفة (Roux, 2010, p 10).

وذكرت بلايش ستيفاني (Belaiche Stéphanie, 2017) أن العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية تلعب دورًا رئيسيًا في الالتزام الصحي، حيث أظهرت دراسة أوروبية أن هناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر على هذه العلاقة ومنها:

- ✓ ثقة المريض بالطبيب: حيث أن المهارات السريرية والفنية للطبيب هي الانطباعات الأولى التي يبني عليها المريض ثقته، إذا كان واثقًا من أنه سيكون أكثر تمسكًا بعلاجه، و من ناحية أخرى، يمكن أن

يكون سوء الفهم أثناء الاستشارات أو إحباط المريض من خلال سوء فهم حالته الصحية أو مرضه عقبة أمام إلتزامه الصحي .

- ✓ التحالف العلاجي: تعتبر مشاركة المريض في اتخاذ القرارات المتعلقة بالاستراتيجية العلاجية، وكذلك ثقة الطبيب في قدرته على الالتزام ، من العوامل المهمة للالتزام العلاجي.
- ✓ الوصفة الطبية: إيقاف أو إضافة علاج دون شرح من الطبيب، يمكن أن يحكم عليه المريض بقرارات علاجية غير مبررة وتؤدي به إلى عدم الالتزام بالعلاج.
- ✓ تنظيم الرعاية: التنسيق والاستمرار في الرعاية ضمن فرق متعددة التخصصات، وكذلك توافر الفرق على المدى القصير والطويل، من العوامل التي تعزز رضا المرضى في رعايتهم وبالتالي تحفزهم على الإلتزام الصحي (Belaiche Stéphanie, 2017, p 31) .

➢ **ويمكننا أن نستخلص** مما ذُكر آنفا أن الإلتزام الصحي يرتبط بشكل كبير بنوع العلاقة العلاجية، أي تلك الصلة التي تتشكل بين المريض وطبيبه المعالج منذ حضوره الأول للمعاينة الطبية.

و تشير بعض الملاحظات إلى أن العديد من المرضى يحتفظون في أذهانهم بالصور النمطية للعلاقة العلاجية التي يكون محورها مقدم الرعاية الصحية الذي لا يعير اهتماما للمريض ولا لخياراته أو قراراته بخصوص العلاج المقدم له وهذا ما يدفعه لإبداء تحفظاته إزاء المعاملة التي يتلقاها، وقد يظهر رد الفعل هذا في أشكال عدة ضمنها عدم إتباع التوصيات المتعلقة بالعلاج أوالإلتزام به.

فالمريض بحاجة إلى معالج متعاطف يمكن الوثوق به، ويتسم بالقدرة على التواصل الجيد معه، بعبارات يستطيع فهمها واستيعابها، ويعامله ككائن مستقل بأفكاره و وقناعاته بخصوص وضعيته المرضية والعلاج المقدم له، فالنزوع إلى تبني سلوك الإلتزام الصحي يتحدد أيضا في سياق العلاقة

العلاجية (طبيب –مريض)، الأمر الذي يدفعنا أيضا إلى التطرق إلى دور المسار العلاجي في تبني سلوك الإلتزام الصحي.

5-4- المحددات المتعلقة بالمسار العلاجي:

من الضروري تكييف نظام الرعاية الصحية بما يتوافق مع ظروف المريض، و إن تواجد مقدمي الرعاية على المدى القصير والطويل (تسهيل المواعيد الطبية ، وزيادة تواتر الاستشارات ومدتها)، واستمرارية وتنسيق الخدمات الصحية (تبادل المعلومات بشكل أفضل بين مقدمي الرعاية) لها تأثير على الإلتزام، والمريض الذي ينتظر الطبيب وقتًا طويلاً وبعد ذلك لا يحضى باستماع جيد لشكواه أثناء الموعد سيكون أقل التزاما (Francois Adrien, 2016, p 20 **)**.

وترى تايلور(2008) أن لخصائص البرنامج العلاجي تأثيرها أيضا على إلتزام المريض، إذ تشير الدلائل إلى أن المريض يظهر إلتزاما عاليا بالعلاج عندما يكون راضيا، وحينما تبدأ توقعاته بخصوص الرعاية الصحية تتجسد، من خلال ما يجده من معاملة الطبيب له باهتمام ورفق، و استماع لشكواه دون ملل أو تسرع أو غضب. في حين تبين أن درجة الإلتزام تنخفض عندما يتطلب العلاج زمنا طويلا، ويعيق أسلوب الحياة الذي إعتاد عليه المريض، ويتطلب تغيير عاداته الشخصية (مثل التوقف عن التدخين أو تغيير نظامه الغذائي) (تايلور، 2008، ص 554).

وهناك مجموعة من العوامل التي تحدد المسار العلاجي ومستوى رضا المريض عن الخدمات الصحية المقدمة يمكن التطرق إليها فيما يلي:

5-4-1- مستوى المعارف المرتبطة بالعلاج :

حسب رزقي (2011) فإن الدراية الجيدة بطبيعة العلاج و مساره وأهدافه، وكذا بمحاذير التوقف أو الانقطاع عنه، ومعرفة التأثيرات والتفاعلات بين الدواء الموصوف ومواد أخرى (مثل الكحول،

الأغذية، أدوية أخرى) يمكن تناولها في ذات الوقت مع علاجه، تتعلق بمستوى جيد من الإلتزام الصحي، وتعكس الكفاءة المعرفية للمريض، كما تحدد نوعية علاقته مع فريق الرعاية الصحية (رزقي، 2011، ص63).

5-4-2- النظام العلاجي المعقد :

تعتبر مسألة تعقيد العلاج من خلال الوصفات المقدمة عاملا ذا تأثير سلبي على مستوى الإلتزام لدى المرضى، ومن الطبيعي أن أمورا مثل عدد الأدوية، الجرعات اليومية، شكل الدواء (la forme galénique)، وضوح الوصفة والتفسيرات المصاحبة لها، تؤثر بشكل واضح على إلتزام المريض بالعلاج.

وفي مقال أعدّه شابي وزملاؤه (chappuy et al, 2009)، حول "عدد الجرعات الدوائية والإلتزام" في الأمراض المزمنة بصفة عامة أشار إلى وجود علاقة عكسية بين عدد الجرعات اليومية ومستوى الإلتزام الصحي لدى المريض (Chappuy et al, 2009, p 968).

5-4-3- الإستشفاء:

أحيانا يشكو المرضى من شعورهم بالإحباط بسبب قلة التواصل مع القائمين على علاجهم، وعدم القدرة على الكشف والتعبير عن معاناتهم النفسية جراء حالة القلق والإضطراب التي قد تنتابهم إزاء وضعيتهم المرضية، وكذلك من غياب التواصل حول طبيعة وكيفية العلاج، لذلك تسعى البرامج الإستشفائية في الوقت الراهن إلى تحسين هذا الوضع، وذلك من خلال العمل على تزويد المرضى بنشرات توضيحية تتضمن الطرق المتبعة في العلاج وما يمكن أن يترتب عنه في حال إتباع أو عدم إتباع هذه الطرق(تايلور، 2008، ص511).

وذكر سامعي (2015) أن المرضى عادةً ما يقل لديهم مستوى الإلتزام الصحي بمجرد خروجهم من المستشفى، ولا يثبتون على تناول أدويتهم بإنتظام، أو إتباع الحمية الغذائية، إذ يؤكد هيدبارغ

(Heedberg) أن ما نسبته (39%) فقط من المرضى يستمرون في المحافظة على النظام العلاجي لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر بعد الخروج من المستشفى، كما يضيف كريس (Kruse) في دراسة على عينة مكونة من (300) مريض تم استشفاؤهم أن (51**%**) منهم غيروا علاجهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم من المستشفى، في حين بلغت نسبة التغييرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم حوالي (30**%**) بعد انقضاء نفس الفترة، وتجدر الإشارة إلى أن مستوى الإلتزام الصحي يرتفع خلال فترات مكوث المرضى بالمستشفى، وذلك راجع إلى المتابعة والمراقبة الطبية المستمرة (سامعي، 2015، ص 92).

5-4-4- مدى تحسن الأعراض:

يرى بايدا وآخرون (Bayada et al) (نقلا عن بوعافية وسامعي، 2016) أن عدم تحسن حدة الأعراض التي يعاني منها المريض، وغياب التأثير المنتظر من العلاج يعتبر أول عامل مساهم في التخلي والانقطاع عنه، كما يؤكد كوليس وآخرون (Colis et al, 2008) في دراسة على عينة من مريضات السرطان وعددهن (1470) كن يخضعن للعلاج الهرموني، أن تراجع حالتهن الصحية العامة، خطورة المرض، وعدم تحسن الأعراض برغم تلقي العلاج، كلها عوامل تؤدي إلى إنخفاض مستوى تقبل وإلتزام المريضات بالعلاج، في حين أن تحسن الأعراض أو إختفائها يدفع بالمرضى إلى التخلي عن العلاج وعدم الإلتزام بتوصيات وتعليمات الطبيب، وهذا الأمر يمكن ملاحظته كثيرا لدى المصابين بالأمراض الحادة، إذ بمجرد كف الأعراض عن الظهور يتوقف المريض عن متابعة علاجه (بوعافية، سامعي،2016، ص 49).

5-4-5- دور الآثار الجانبية أو غير المرغوبة للأدوية:

غالبا ما تتسبب الآثار الجانبية للأدوية الموصوفة بظهور حالات القلق والحصر لدى المرضى، سيما إذا كانت مدة العلاج طويلة، وقد يصل الأمر ببعض المرضى إلى إتخاذ قرار بالتخلي عن العلاج، و تبدو وضعية الإضطراب هذه جلية أكثرفي حالة الأمراض المزمنة.

ففي دراسة ذكرتها مزياني (2018) لتوريت وتورغيس (tourette, turgis,2000)، حول الآثار الجانبية لعلاج تناذر السيدا، تبين أن من أهم أسباب تخلي المرضى عن متابعة العلاج هو ظهور الآثار الجانبية غير المرغوبة. وذات النتيجة توصلت إليها دراسة ليفونتال (leventhal,1961)، حول سرطان الثدي، بعد الكشف عن توقف المريضات عن متابعة العلاج تحت تأثير حدة الآثار الجانبية (مزياني، 2018، ص ص 72-73).

- **نستخلص مما سبق** أن هناك روابط واضحة بين مستوى الإلتزام بالعلاج وبين سيرورة العملية العلاجية، فنوعية الخدمة الصحية المقدمة، ودور القائم بالرعاية الصحية، ومستوى رضا المرضى على أسلوب تقديم العلاجات، كلها أمور مساهمة في تحديد مستوى إلتزامهم الصحي، ويمكن لعوامل بعينها أن تتدخل في ذلك، كالمعارف المتعلقة بطبيعة العلاج ومآلاته، والتعقيد الذي قد تنطوي عليه العملية العلاجية خاصة فيما يتعلق بوصف الأدوية والتوصيات المصاحبة التي قد لا يستطيع المريض استيعابها فضلا عن إتباعها، كما أن مسألة المكوث في المستشفى تمثل تجربة ذات خصوصية بالنسبة للمريض في وسط (استشفائي) يرى كل ما فيه غريب عما اعتاد عليه خارجا، وربما تفرض عليه حالة الاستشفاء هذه نوعا من الإلتزام بالعلاج، غير أنه وبمجرد الخروج من المستشفى فقد ينخفض مستوى الإلتزام الصحي لديه – كما تمت الإشارة إليه في عنصر الإستشفاء المذكور آنفا–

وهناك عامل آخر مهم في عملية الإلتزام الصحي، وهو مدى تحسن أعراض المرض، فقد يكون لتأخر زوال الأعراض أو عدم ظهور تحسن على الوضعية المرضية تأثيرا سلبيا على مستوى الإلتزام بالعلاج، وقد يصل الأمر بالمريض إلى التوقف نهائيا عن العلاج، أيضا هناك ما يتعلق بظهور الآثار الجانبية للعلاج، التي قد تؤدي إلى ضعف الإلتزام بالعلاج، وربما إلى التوقف عنه إن كانت حادة أو شديدة، ولعل تشابك العوامل المتعلقة بالمريض وكل من طبيعة المرض، العلاقة العلاجية (طبيب- مريض) وكذا المسار العلاجي يساهم بطريقة أو بأخرى في التاثير على إلتزام المريض بمتابعة علاجه، غير أن الدور الذي قد تلعبه السياقات الإجتماعية والثقافية للوضعية المرضية يبدو مهما في عملية الإلتزام الصحي، وهذا ما سنتعرض إليه في العنصر الموالي.

5- 5- المحددات السوسيوديموغرافية:

تعتبر الظروف الإجتماعية والخصائص الديموغرافية من أهم المحددات التي يمكنها التأثير على الإلتزام الصحي لدى المرضى، وهي متعددة نذكر منها:

5- 5- 1- الجنس:

حسب ماثيو (Matthieu, 2001) فإنه على الرغم من أن جل الدراسات لم تكشف عن وجود صلة واضحة بين جودة الإلتزام بالعلاج ومتغير جنس المريض، غير أن داهان وزملاؤه (Dahan et al,1985) أشاروا بعد مراجعة مجموعة من الأدبيات إلى وجود علاقة بين جودة الإلتزام وجنس المريض، حيث تبين أن الإناث أقل إلتزاما من الذكور (Matthieu, 2001, p51) .

كما توصل جرانجر و زملاؤه (Granger et al, 2009) في دراسة حول مرضى قصور القلب إلى وجود فروق بين الإناث والذكور في الإلتزام بالعلاج (Granger et al, 2009, p 1093) .

5- 5- 2- المستوى التعليمي:

هناك اختلاف في أراء الباحثين حول دور المستوى التعليمي و التكوين الثقافي للمريض في مسألة الالتزام بالعلاج، و من خلال مراجعة بعض الأدبيات، ذهب كل من دييو و إينوي (Deyo & Inui, 1980) إلى اعتبار مستوى التعليم عاملا مؤثرا في عملية الإلتزام الصحي لدى المرضى. وفي دراسة حديثة شملت(150) مريضًا، وجد سيغالا (Cegala et al, 2000) بدوره ارتباطًا بين درجة الالتزام ومستوى التعليم لدى المرضى.

كما أنه في تحليل أجراه بيكر و كيرك (Becker & kirk,1982)، تبين وجود صعوبات في الالتزام الصحي لدى الأشخاص الذين لم يتلقوا تعليما كافيا، كما لاحظ هؤلاء الباحثون أن الصعوبات المتعلقة باللغة لها تأثير في الإلتزام بالعلاج (Becker & kirk, 1982, pp 1673-1676).

ويرى ماثيو (Matthieu, 2001) أنه من الصعب إحصائيًا عزل عامل مستوى التعليم عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى مثل البيئة المعيشية أو وجود حواجز عرقية لغوية أو حتى المستوى الفكري. وإذا تم أخذ مستوى التعليم بعين الاعتبار في الالتزام الصحي، بحيث يمكن أن يتسبب المستوى التعليمي المنخفض للمرضى في صعوبة فهم مرضهم أو كيفية تناول العلاج، فلا ينبغي أخذه بشكل مستقل عن العوامل الأخرى، أو اعتباره عاملا مؤثرا بشكل مباشر على جودة الإلتزام الصحي للمريض(Matthieu, 2001, p51) .

5- 5- 3- الظروف الإجتماعية والإقتصادية:

لا زالت نتائج الدراسات متباينة بخصوص تأثير العوامل الإجتماعية والإقتصادية على الإلتزام الصحي، فقد أشار بعض الباحثين مثل ديجايم (Dugaym et al, 1993) و موشلين وآبل (Mushlin et Appel,1997) إلى عدم وجود صلة بين درجة الإلتزام بالعلاج وبين المستوى

الإجتماعي الإقتصادي للمرضى ، وعلى النقيض من ذلك فهناك باحثون آخرون أشاروا إلى عكس ذلك تماما مثل : (Deyo & Inui, 1980), (Dixon et al, 1997), (Ankri & al,1995), (Dahan et al, 1985)

و في دراسة أمريكية قام بها كوبر وآخرون (Cooper et al,1982)، بهدف البحث عن العوامل المرتبطة بعدم الإلتزام لدى المرضى المسنين، على عينة مكونة من (105) فردا (أعمارهم فوق 60 سنة)، لم يتم التوصل إلى وجود علاقة بين الإلتزام الصحي وبين أي متغير إجتماعي أو إقتصادي، بحيث لم يرد في البيانات المحصلة من عينة الدراسة أي إشارة إلى التكاليف المادية المتعلقة بالعلاج (Cooper et al, 1982, p 330).

كما أنه في دراسة كالدوول (Caldwell et al,1970)، حول أسباب إنقطاع مرضى إرتفاع الضغط الدموي عن متابعة علاجهم، لدى (76) مريضا، و تم القيام بمقارنة بين مجموعتين من المرضى، حيث تكونت المجموعة الأولى من (42) مريضا ممن تعرضوا لمضاعفات حادة لارتفاع ضغط الدم بسبب انقطاعهم عن تناول أدويتهم، في حين شملت المجموعة الثانية (الشاهدة) (24) مريضا تابعوا علاجهم بصفة منتظمة منذ خمس سنوات، ومن خصائص أفراد المجموعة الأولى أنهم كانوا من أصول إفريقية أو صينية، ذوي مستوى تعليمي متواضع، و مداخيلهم المالية منخفضة (كانوا يمتهنون أعمالا يدوية في الغالب) مقارنة بأفراد المجموعة الثانية التي يتمتع أفرادها بظروف اجتماعية و اقتصادية جيدة، وقد تبين من خلال هذه الدراسة مدى تأثير الظروف الإجتماعية الصعبة في الإلتزام بالعلاج، سيما ضعف الدخل لدى المريض الذي يفضل الإنفاق على عائلته بدل إقتناء الأدوية الموصوفة له (Caldwell et al, 1970, p 587) .

و في دراسة أخرى أجراها كوكبوم (Cockburn, 1987)، على عينة مكونة من (380) مريضا خاضعا للعلاج بالمضادات الحيوية، كشف عن وجود علاقة واضحة بين طبيعة النشاط المهني و

الإلتزام بالعلاج لدى أفراد العينة، كما أنه لم يكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرضى الممارسين لنشاط مهني ومجموعة المرضى العاطلين عن العمل، في حين أن المجموعة الثالثة المكونة من المرضى العاجزين عن العمل، كانوا أقل إلتزاما بالعلاج مقارنة بالمرضى الآخرين(Cockburn et al, 1987, pp 816-817).

- **في إطار ما تم ذكره آنفا** حول محددات الإلتزام الصحي يمكننا القول إجمالا أن مفهوم الإلتزام الصحي، وإن كان يعكس في ظاهره مجموعة من السلوكات الصحية التي تصدر عن الأفراد (المرضى في الغالب)، وتُنبئ بمدى إتباعهم للعلاج الموصى به من طرف القائم بالرعاية الصحية (تناول الأدوية، إتباع حمية غذائية صحية، ممارسة النشاط الرياضي وغيرها) وهذا ما اتفقت عليه جل التعريفات الآنفة الذكر، غير أن تنفيذ سلوك الإلتزام الصحي يبقى عملية معقدة تتحدد بعدد من المحكات والعوامل المترابطة، والتي يمكن أن تتفاعل ضمن سياقات معينة (شخصية، بيئية، في إطار العلاقة العلاجية وغير ذلك) وتدفع الفرد للقيام بالسلوكات المتعلقة بالصحة إيجابية كانت أو سلبية، فالعوامل أو المحددات المختلفة كشخصية المريض في حد ذاته، طبيعة المرض، نوع العلاقة العلاجية (طبيب–مريض)، المسار العلاجي، إضافة للعوامل السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المستوى المعيشي وغيرها)، قد يكون لها تأثير في إتجاهات الأفراد لتبني سلوك الإلتزام الصحي، غير أن مفهوم الإلتزام يوحي لنا بترجيح الجزء الأكبر من تحمل المسؤولية للمعني الأول بمسألة الإلتزام الصحي وهو المريض، حيث يمكن للخصائص والمكونات الشخصية للفرد(في جانبها المعرفي، الوجداني، إضافة للمكون السلوكي) أن تؤثر بشكل أساسي في تنفيذ السلوكات المتعلقة بالصحة، وهذا ما تحاول النماذج المختلفة التي يقترحها علم النفس الصحي التركيز عليه في تفسير الممارسات الصحية المختلفة، وهو ما سيتم تناوله في العنصر الموالي.

6- النماذج المفسرة للإلتزام الصحي:

يتبنى علم النفس الصحة عدة نماذج يمكن من خلالها تفسير السلوكات والممارسات المتعلقة بالصحة نذكر أهمها فيما يلي:

6- 1- نموذج المعتقدات الصحية (Health Beliefs Model):

يعد هذا النموذج من بين أكثر النماذج انتشارا في الأوساط الصحية، حيث يهتم بتحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي، وهو بذلك يحاول التنبؤ بتصرفات الفرد في مختلف المواقف الصحية، الأمر الذي سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أكثر نجاعة وفعالية في التجسيد أو التنفيذ.

ووفق هذا النموذج فإن إمكانية تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية مرتبطة في العادة بنتائج تقديراتهم حول مدى خطورة المشكلات الصحية التي يمكن التعرض لها و مواجهتها، كما أن ممارسة النشاط الوقائي تتوقف على كيفية تقديرهم للسلبيات و الإيجابيات التي من المحتمل أن تنجم عن ممارسة ذلك النشاط (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 32).

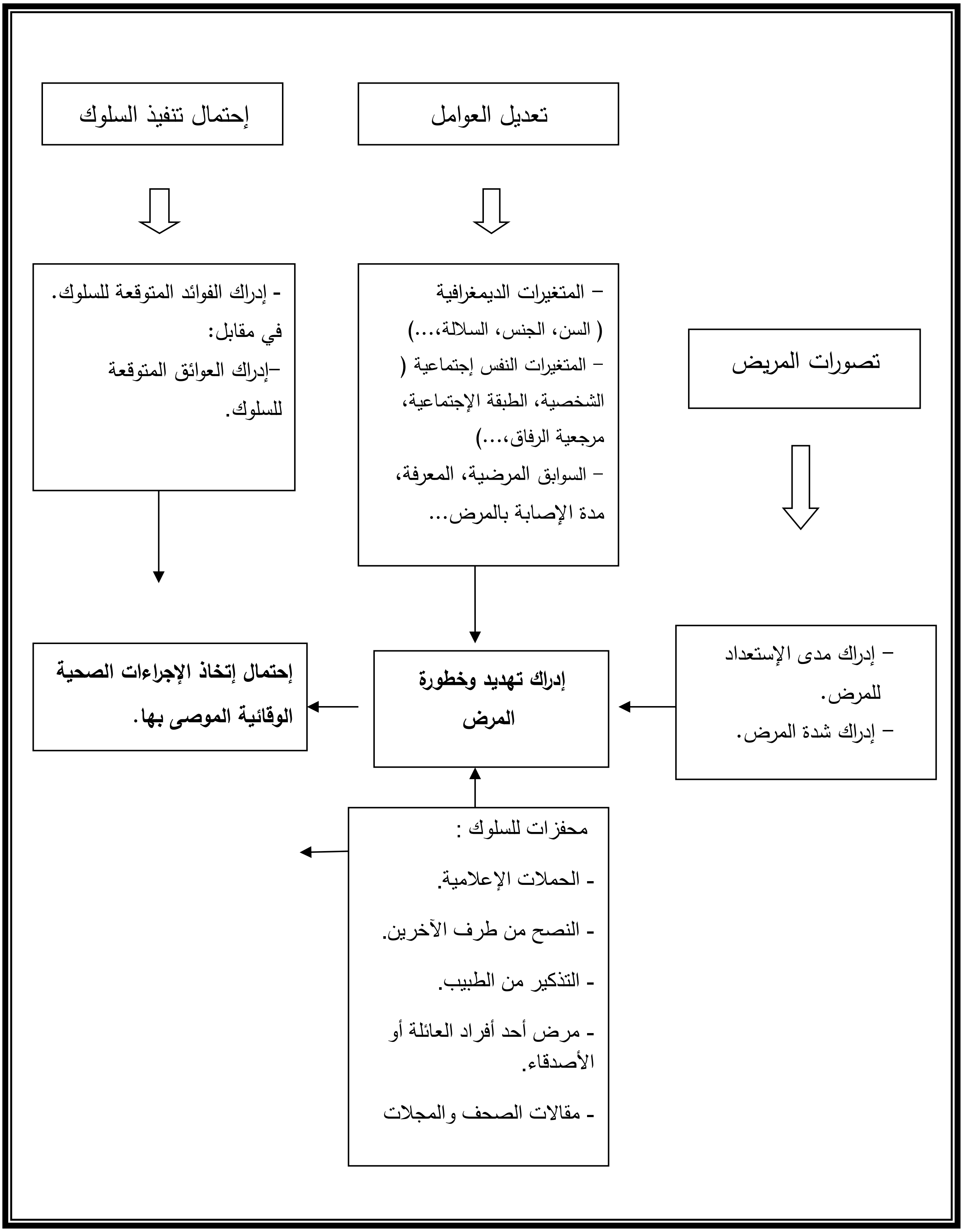
وحسب الزروق (2015) فيرى كل من جانز وبيكر (Jans & Becker, 1984) أن هذا النموذج يرتكز على عدد من المسلمات الأساسية اللازمة للقيام بالسلوك الصحي، والتي تتمحور كلها حول فكرة إدراك الصحة على أنها قيمة ذات أهمية بالغة، ومسألة الحفاظ عليها أمر مرهون بمدى قبول الفرد للإلتزام بالنشاطات التي تؤدي لذلك، كما يشير هذان الباحثان إلى خمس متغيرات تتحكم في تبني وإتباع السلوك الصحي وهي:

- الخطر العام المدرك على الصحة.
- شدة خطورة بعض الأمراض كالسرطان.

- الإعتقاد الذاتي بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة السلوك الصحي الوقائي.
- الإعتقاد الذاتي بارتفاع إحتمالات الإصابة بالمرض في حال التخلي عن ممارسة السلوك الصحي الوقائي.
- وجود دوافع داخلية معززة للسلوك الوقائي(كظهور عدد من الأعراض المرضية) وأخرى خارجية (كالإرشادات الطبية المتناولة في وسائل الإعلام المختلفة) (الزروق، 2015، ص 19).

وتضيف الزروق(2015) أن جانز وبيكر (Jans & Becker) قاما بتحليل نتائج (24) بحثا أجري حول السلوك الوقائي، و(19) بحثا حول السلوك المؤدي للإصابة بالمرض، وكشفا عن وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة واضحة بين مفهومي الخطر العام المدرك على الصحة وبين السلوك الوقائي، في حين تقل دلالة هذه العلاقة بين متغيري خطورة المرض بعد الإصابة به وبين السلوك الوقائي، وقد أوعز الباحثان هذه النتيجة إلى أنه في حالة الوقاية وغياب المرض يبقى الفرد مدركا باستمرار لإحتمال الإصابة بالمرض، مع اعتقاده بجدية وخطورة هذا التهديد على صحته، الأمر الذي يحفزه أكثر على إتباع السلوكات الوقائية، وفي المقابل فإنه يكون أكثر ميلا نحو تبني السلوك العلاجي في حال الإصابة بالمرض (الزروق، 2015، ص 19).

وفي هذا الصدد قامت لكحل (2011) بإدراج شكل توضح فيه مكونات نموذج المعتقدات الصحية على النحو التالي:



شكل رقم (01):نموذج المعتقدات الصحية (لكحل، 2011، ص71)

➢ **من خلال ما سبق** يمكن القول أن نموذج المعتقدات الصحية (HBM) يعتبر من أهم النماذج المستخدمة من طرف الباحثين في علم النفس الصحي لتفسير كيفية القيام بالسلوكات الصحية وضمنها سلوك الإلتزام الصحي، و يقترح هذا النموذج وجود آلية معرفية انطلاقا من إدراك الفرد قيمة الفوائد الصحية التي يتوقع الحصول عليها من خلال تنفيذ السلوكات الوقائية، في مقابل تصوراته حول احتمالات الإصابة بالمرض في حال إتباع سلوكات مضرة بالصحة، وحيث يمكن لهذه العملية المعرفية أن تتعزز بعوامل محفزة داخلية (كالإعتقاد بمدى خطورة المرض وشدة أعراضه)، وأخرى خارجية (كالإرشادات والنصائح التوعوية)، غير أن عملية إدراك قيمة الفوائد المتوقعة من تبني السلوك الوقائي و كذا التهديدات الصحية المحتملة جراء القيام بسلوكات الخطر، لا تبدو متاحة لكل الأشخاص، نظرا لتباين الأفراد من خلال وجود فروق فردية فيما يتعلق بالمكتسبات المعرفية والحوافز والتعزيزات الداخلية و الخارجية.

6- 2- نموذج السلوك المخطط (The Theory of Planned Behaviour):

تأسّس هذا النموذج بفضل جهود الباحثين (Azjen & Fishben, 1980) وذلك في محاولة لتفسير العلاقة بين متغيري السلوك و الاتجاهات، وذلك بإضافة البعد المعياري القيمي إلى التفسير الذي إقترحته نظرية القناعة الصحية ((HBM).

إذ يرى هذا النموذج أو النظرية أن ممارسة أي سلوك وقائي هي محصلة لتخطيط مسبق، وفق عمليات إستدلالية عديدة معرفية و إجتماعية، وتبدأ هذه العمليات بتقييم مدى أهمية النتائج المتأتية من ممارسة السلوك، ثم تقييم مدى الأثر الذي يمكن أن يحدثه هذا السلوك لدى الأشخاص المهمين بالنسبة للفرد (كأفراد العائلة وجماعة الأصدقاء، وغيرهم)، ومن ثم تقييم مدى تناسب نتائج تنفيذ السلوك الوقائي مع الاتجاهات الشخصية (القناعات الذاتية بخصوص الخطأ والصواب، المقبول

والمرفوض وغيرها)، وبذلك يمكن أن ترتفع الدافعية لديه للقيام بالسلوك الوقائي أو تنخفض (الزروق، 2015، ص 23).

وحسب(شويخ، 2012) فإن إتجاه السلوك المخطط يتشكل من ثلاث مقومات أساسية وهي:

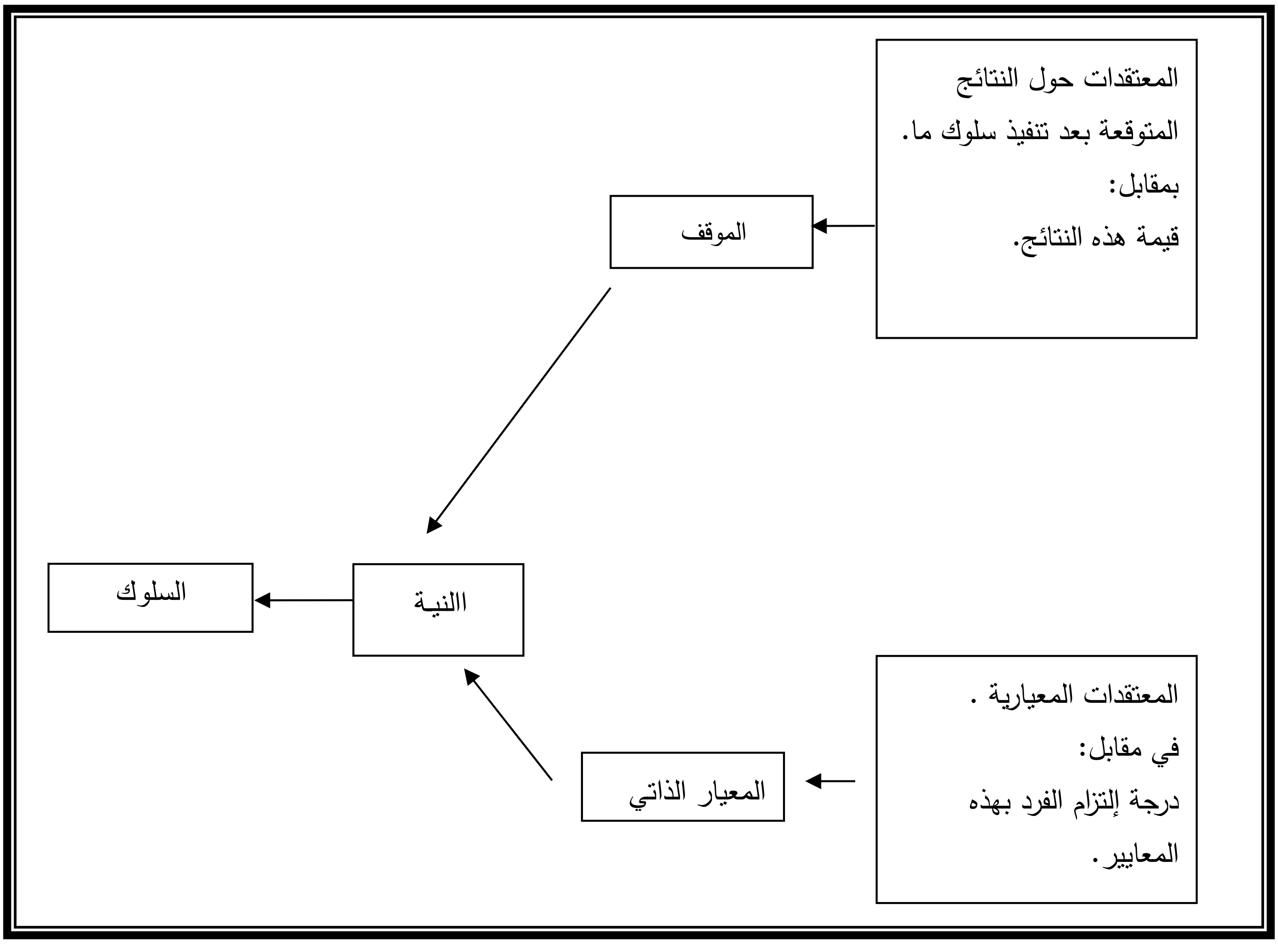
6-2-1- الإتجاهات (Attutides) : وتعني الانفعالات بشقيها الإيجابي والسلبي التي تنبثق نتيجة تبني سلوك معين، وتجدر الإشارة إلى أن الاتجاهات هي ضمن مؤشرات معتقدات الأفراد.

6-2-2- المعايير الذاتية (Subjective norms) : وهي معتقدات الشخص حول مدى المساندة والدعم الذي يحظى به من طرف المحيطين به بهدف الإنخراط في سلوك جديد، وما إذا كانت لديهم حوافز لمرافقة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين، سواء كانوا أفراد الأسرة أو جماعة الرفاق.

6-2-3- التحكم الذاتي السلوكي (Perceived Behavioral Control) : وهذا العنصر يهتم بقياس مستوى إعتقاد الفرد بقدرته على تنفيذ سلوك معين على أفضل حال، من خلال الربط بين خبراته الماضية المتعلقة بالسلوك ومعتقداته حول قدرته على تنفيذه، ومثال عن ذلك إذا أراد شخص إنقاص وزنه، وكانت لديه خبرة فاشلة في مقاومة إغراء تناول مرطبات (أو حلويات)، ولا زالت لديه شكوك حول إن كانت لديه إرادة قوية بما فيه الكفاية لمقاومة الإغراء الآن ، فإن تحكمه المدرك في سلوكه سيكون منخفضا، بالنظر إلى وجود ارتباط مباشر بين التحكم أو الضبط السلوك المدرك وبين التنفيذ الفعلي للسلوك، وبالمثل، إذا كان الأفراد يعتقدون بأن خفض إستهلاكم للكحول يجعل حياتهم أكثر إنتاجية وإفادة لصحتهم (الإتجاه نحو السلوك)، مع وجود إعتقاد لديهم في ذات الوقت أن الأشخاص المهمين في حياتهم لديهم أيضا نفس الرغبة في في التقليل من إستهلاك المواد الكحولية (معيار ذاتي)، كما يعتقدون بقدرتهم على خفض مستوى الإستهلاك، فإن ذلك من شأنه التنبؤ بوجود النية أو القصد للحد من نسبة الإستهلاك للكحول

(القصد السلوكي) (شويخ ، 2012، ص ص 66-67).

ويمكن توضيح هذا النموذج حسبما إقترحته غوشي (Ghauchet, 2005)- في الشكل التالي:



شكل رقم (02) : نموذج السلوك المخطط (Gauchet, 2005, P 60).

- **ويمكن القول** أن هذا النموذج يقترح آلية يتم من خلالها إستدخال العناصر الشخصية (المعرفية والإنفعالية) إضافة إلى توظيف أشكال التعزيز الإجتماعي من أجل تنفيذ أي سلوك متعلق بالصحة، وتقوم هذه الفكرة على تخطيط مسبق انطلاقا من محاولة التعرف على النتائج التي يمكن تحقيقها بعد أداء السلوك، ثم معرفة مدى وقع هذه النتائج على الأشخاص المهمين بالنسبة للفرد (أفراد العائلة، الأصدقاء وغيرهم) وبعدها محاولة تقدير مدى تناسب السلوك ونتائجه مع إتجاهات ومعتقدات وقناعات الفرد الشخصية، وبهذا فعملية التخطيط المسبق تتيح للفرد إمكانية إتخاذ القرارات المناسبة لتنفيذ السلوكات الصحية.

6- 3- نموذج مراحل التغيير(The Stages of Change Model):

يمثل عنصر الدافعية الحجر الأساس في هذا الإتجاه، إذ يعتقد كلا من ديكليمونت وبروشاسكا (Dicliment & Prochaska , 1992) (نقلا عن الزناد، 2013) أن عملية تغيير أي سلوك تتم وفقا لخمس مراحل للدافعية ضمن سياقات خاصة، ومراحل التغيير هذه تتضمن بعدا زمنيا يسمح بالتعرف على التغييرات التي حدثت على مستوى الحدس، الإتجاهات أو السلوك و وقت ظهورها، كما تسمح سيرورة المراحل بتحديد وضعية الدافعية دون التنبؤ بها، في حين تمثل سياقات التغيير بعدا ثانيا لهذا النموذج، إذ أنها تبين لنا كيفية حدوث التغير عند مستوى سلوك معين، فالسياقات هنا هي عبارة عن سلوكات و معارف محددة و خاصة وظيفتها تسهيل المرور من مرحلة إلى أخرى (Dicliment & Prochaska , 1994)، كما أنها تعتبر بمثابة الموجه لتقييم مدى تغيُّر المريض بتبنيه لسلوكات صحية(زناد، 2013، ص155).

وهذا النموذج يقترح خمس مراحل أساسية لتنفيذ عملية تغيير السلوك حسب شويخ (2012):

6-3-1- مرحلة ما قبل التفكير في الفعل (Precontemplation): و تتميز هذه المرحلة بإنخفاض مستوى وعي الفرد بوجود مشكلة في سلوكه، كما لا تكون لديه نوايا أو خطط لتغيير السلوك مستقبلا(كوجود النية للإقلاع عن عادة التدخين مثلا)، مما ينتج عن ذلك انعدام الحافز أو الدافع الشخصي لإحداث أي تغييرات، الأمر الذي يقلل من الفوائد الناتجة عن التغييرات المحتملة في السلوك.

6- 3- 2- مرحلة التفكير في الفعل (Contemplation) : وهذه المرحلة تتمثل في بداية تشكل إدراك الأفراد بمخاطر السلوك السلبي إضافة لقابليتهم الذاتية لإحتمالات الإصابة، فهم في هذه المرحلة ينتقلون من مستوى عدم الوعي إلى مستوى أعلى وهو بداية إدراك أهمية إحداث التغيير، من

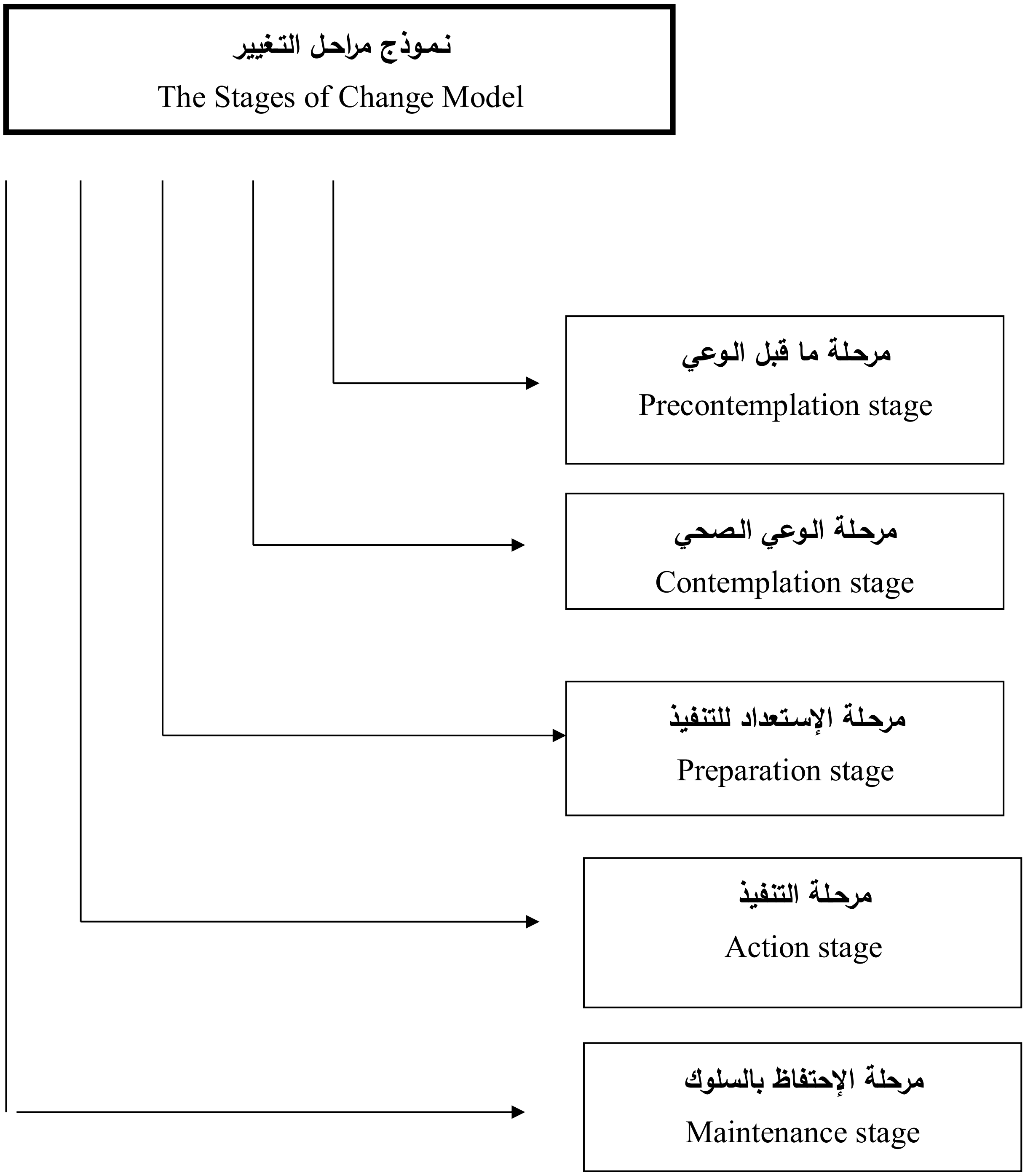
خلال البحث عن المعلومات المتعلقة بالموضوع محل الإهتمام، على الرغم من الشعور المحتمل بنقص في الثقة في مدى قدرتهم على تجسيد فكرة التغيير، وبالمحصلة فإنهم يبدؤون في التفكير بصورة جدية في تغيير سلوكاتهم، دون المرور للفعل في هذه المرحلة.

6- 3- 3- مرحلة الإعداد للفعل (Preparation) : وفي هذه المرحلة يبدأ الأفراد فعلا في إحداث تغييرات في سلوكاتهم، من خلال إعداد خطط لتجسيد التغيير، كما تتميز هذه المرحلة بتحضير الفرد لنفسه وكذا للمحيطين به (الوسط الإجتماعي)، ليتوافق ذلك مع نيته في إحداث السلوك المرغوب.

6- 3- 4- مرحلة الفعل (Action): أنها مرحلة التنفيذ الفعلي للتغيير، وذلك من خلال إنخراط الفرد في سلوك جديد(الإقلاع فعلا عن التدخين)، وعملية التغيير هنا هي الصفة المميزة للسلوك عامة، وعلى الرغم من أن إحتمال حدوث الإنتكاسة يكون مرتفعا، إلا أن الدعم والمساندة الذي يتلقاه الفرد من طرف المحيطين به (سيما أفراد عائلته و أصدقائه) يحفزه على الإلتزام بتغيير سلوكه.

6- 3- 5- مرحلة الحفاظ على الفعل (Maintenance) : وهذه المرحلة تتجسد مع مرور فترة على بدء عملية تغيير السلوك دون إنقطاع (في العادة ستة أشهر كالتوقف عن التدخين مثلا)، وعلى الرغم من أن مستوى الدعم الإجتماعي قد ينخفض في هذه المرحلة، إلا أنه يبقى من الضروري تقديمه للفرد من أجل الحفاظ على السلوك الجديد (شويخ هناء، 2012، ص 71).

والشكل التالي يوضح لنا هذا النموذج (نقلا عن مفتاح عبد العزيز، 2010):



شكل(03): نموذج مراحل التغيير(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص41)

- **ووفقا لهذا النموذج** فيمكننا القول أن عملية تغيير السلوك ترتكز بالأساس على مدى إستثارة عنصر الدافعية لدى الفرد من خلال المرور على مجموعة خطوات متتابعة ومتدرجة حسب طبيعة كل مرحلة من مراحل تنفيذ السلوك، وتتسم أولى هذه المراحل بعدم وجود تصور واضح أو نية لتغيير السلوك (المضر بالصحة) لغياب القدرة على إدراك مدى الأضرار الصحية التي تنطوي عليها سلوكات الخطر(كالتدخين، التغذية غير الصحية وغيرها)، وفي المرحلة الثانية تبدأ الوضعية في التغيُّرمن خلال بداية تشكّل الوعي الصحي وتطور العمليات الإدراكية حول مخاطر السلوكات المضرة بالصحة و الإقتناع بضرورة إحداث التغيير لتفادي التعقيدات الصحية المحتملة. أما المرحلة الثالثة فتتمثل أساسا في عملية الإعداد و التحضير الشخصي (الإستعداد النفسي) مع العمل على تهيئة الأشخاص المحيطين به، ليتناسب ذلك مع التغيير الذي ينوي القيام به، في حين تعتبر المرحلة الرابعة الخطوة الأهم حيث تتم فيها عملية التجسيد الفعلي للتغيير، من خلال تبني الفرد للسلوك الصحي وتنفيذه في الواقع وبالاعتماد أيضا على الدعم الذي يتلقاه من المحيط الإجتماعي، لتأتي المرحلة الخامسة لتأكيد وتثبيت ما تم العمل عليه في المراحل السابقة من خلال الحفاظ على السلوك (الجديد) و الإستمرار في ممارسته دون انقطاع لتفادي حدوث أي انتكاسة محتملة.

6- 4- نموذج التربية الصحية (Health Education Model):

يعد لورنس جرين(Lawrence Green, 1974) من الباحثين الرواد في موضوع التربية الصحية، ويرجع إليه الفضل في تأسيس نموذج نظري، يعرف بنموذج الإعداد أو برسيد (Percede Model) ويهتم بكيفية التخطيط للصحة الجيدة و الإرتقاء بها في إطار المنظومة الإجتماعية إلى أفضل مستوى.

وحسب جرين (Green) فإن الصحة الجيدة مرتبطة مباشرة بالبيئة المحيطة بالفرد والسلوكات الصحية التي يمارسها، كما اقترح جرين مجموعة من المتغيرات مفترضًا أنها تتحكم في نشأة وممارسة مظاهر السلوك الصحي، وتبدو هذه العوامل أو المتغيرات أكثر وضوحا في الشكل التالي:

1. **عوامل الإستعداد** : Predisposing factors

" قيم، أتجاهات "

2. **عوامل الكفاءة** : Enabling Factors

" مهارات موارد" ← سلوك صحي ← صحة جيدة.

3. **عوامل التعزيز** : Reinforcing factors

"معايير إجتماعية"

شكل رقم (04): نموذج التربية الصحية(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص37).

ويمكن تفصيل هذه العوامل أو المتغيرات فيما يلي(عن مفتاح عبد العزيز، 2010):

6- 4- 1- عوامل الإستعداد : وتتمثل هذه العوامل أو المتغيرات في الجوانب المعرفية للفرد كالمعارف المتعلقة بالصحة، القيم، الاتجاهات، المعتقدات الصحية، والوعي الصحي، كما أنها تشكل الهدف الأساسي لبرامج التربية الصحية التي تسعى في العادة من خلال تعديل المكونات المعرفية إلى تحفيز أو دفع الفرد إلى تبني الممارسات والنشاطات الصحية السليمة.

6- 4- 2- عوامل الكفاءة : وتندرج ضمن هذه العوامل الكفاءة، المهارة والموارد الأخرى مثل الكتاب، النادي الرياضي، جمعيات (خاصة بالتحكم في الوزن مثلا)، وهذه كلها متغيرات تساعد على أداء السلوك أو النشاط الصحي المرغوب على غرار مراقبة مستوى ضغط الدم، مراقبة مستوى الكولستيرول، أو تعلم نشاط مفيد للصحة كالسباحة، فعوامل الكفاءة هنا تعمل على تأهيل الفرد وتزويده بالمهارات الحياتية السليمة التي تمكنه من تحقيق مستوى صحي جيد.

6- 4- 3- عوامل التعزيز: وتتضمن كل العوامل الإجتماعية و الثقافية التي من الممكن أن يكون لها تأثير سواء كان إيجابيا أو سلبيا على سلوكات وعادات الفرد الصحية، كالإعلام (مثل تصحيح بعض المفاهيم)، وجماعة الرفاق من خلال ممارساتهم الصحية، وأيضا الدور الذي يمكن أن تلعبه التنشئة الإجتماعية.

كما يعتبر هذا النموذج ذات المحددات المعرفية، الإجتماعية و الثقافية للسلوك الصحي من النظريات النفسية الأكثر استخداما في مجابهة الأمراض في ميدان الصحة العامة، وذلك باعتماد بعض البرامج الوقائية و النمائية على مبادئه العلمية، الأمر الذي يساعد المجتمعات على السيطرة والتحكم في العديد من المشكلات الصحية (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 39-40)

- **من خلال ما تم ذكره** حول نموذج التربية الصحية أو ما يطلق عليه اصطلاحا بنموذج برسيد (Percede Model)، يمكن القول أنه يستند إلى إعتبار موضوع الصحة والسلوكات المتعلقة بها مسألة مركبة ومتشابكة تتقاطع فيها العناصر الشخصية (المعرفية) مع المحيط الإجتماعي، من خلال تفاعل العوامل الثلاثة التي يقترحها هذا النموذج وهي عوامل الإستعداد (كالمعتقدات الصحية، الإتجاهات وغيرها)، عوامل الكفاءة (كالقدرة على تنفيذ السلوك) وعوامل التعزيز (كالمساندة الإجتماعية، برامج التثقيف الصحي وغيرها).

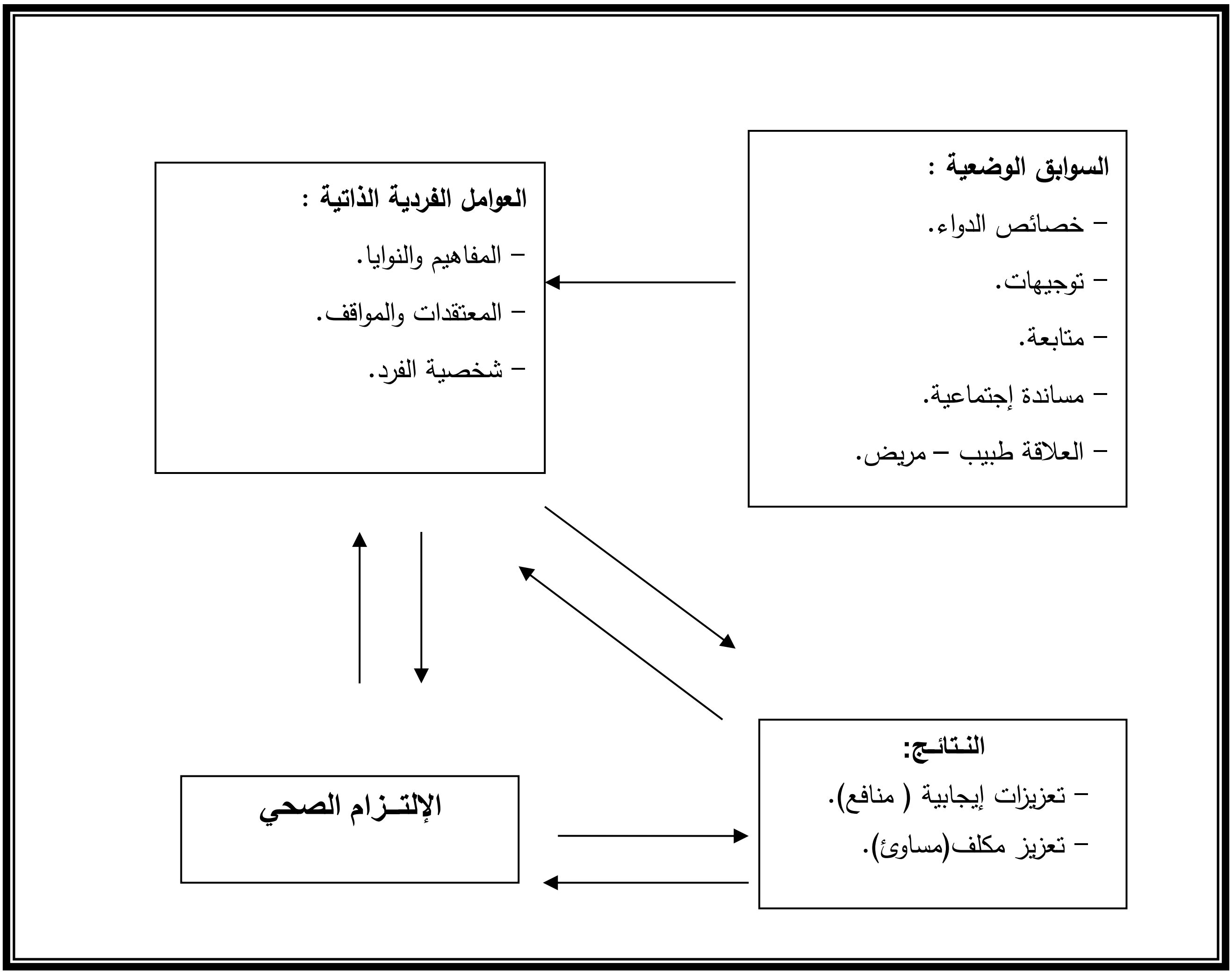
فممارسة السلوك الصحي تبدو أكثر قابلية للتجسيد في ظل ما يطرحه هذا النموذج من خلال الإعتماد على برامج للتربية الصحية تأخذ بعين الاعتبار العوامل الشخصية للفرد ضمن السياق الإجتماعي والثقافي الخاص به.

6- 5- نموذج الإلتزام الصحي (Health Adherence Model) :

حسب غوشي (Gauchet, 2005) فقد تم تطوير نموذج الإلتزام الصحي (HCM) من طرف الباحثين هيبي و كارلسون (Heiby & Carlson, 1986) وهو عبارة عن نسخة مكملة للنظرية الإجتماعية السلوكية المفسرة للإلتزام بالتوصيات المرتبطة بممارسة النشاطات أو التمارين الرياضية بصفة منتظمة، ويهدف هذا النموذج إلى تفسير كل أنماط الإلتزام (السلوكات الواقية من الإصابة بالأمراض، ممارسة النشاطات البدنية، احترام المواعيد الطبية وغيرها)، ولكنه وُضع أساسا لدراسة مستويات الإلتزام بالعلاجات المقدمة(الوصفات الطبية تحديدا وكذا النصائح الطبية المرافقة لها)، ويتم تقديمه بالإعتماد على السوابق وكذا النتائج المترتبة عن السلوك المنجز، بحيث تتحدد النتائج ضمن سياق موضوعي بدلا من التصور الذاتي للفرد.

كما يعتبر هذا النموذج الأول من نوعه الذي أخذ بعين الإعتبار الكيفية التي يعايش بها الأفراد إلتزامهم الصحي ويشعرون به من خلال الآثار أو النتائج المترتبة عنه على حياتهم ، سواء كانت نتائج فورية أو متأخرة (Gauchet, 2005, P 64).

و يمكننا توضيح فكرة هذا النموذج أكثر من خلال الشكل التالي:



شكل رقم(05) : نموذج الإلتزام الصحي (Gauchet, 2005, p 65).

- ويمكن القول إستنادا على ما ذهبت إليه غوشي (Gauchet, 2005) أنه ضمن نموذج الإلتزام الصحي (HCM) فإننا نجد أنواع المتغيرات المرتبطة بالإلتزام الصحي بشقيها الإيجابي (المنافع) والسلبي (المساوئ)، فضمن إطار العوامل الفردية الذاتية، الأمر يتعلق بمدى إدراك الفرد للمنافع المتوقعة وكذا المساوئ المحتملة قبل تنفيذ السلوك، وعلى هذا الأساس يتحدد مستوى الإلتزام بالعلاج بمدى تلك المدركات، في حين أنه في إطار العوامل المرتبطة بالنتائج الأمر يتعلق بالفوائد والمساوئ المدركة و المعاشة بعد القيام بالسلوك (إلتزام أو عدم الإلتزام الصحي)، فهذه العوامل ومن خلال

التغذية الرجعية (Feed-back) تؤثر على أداء السلوك لاحقا، فيما يخص العلاج الموصوف في حد ذاته، أو علاجات أخرى.

فهذه المقاربة تسمح بتفعيل هذا النموذج مع الأخذ بعين الإعتبار عامل الوقت و التأثيرات الناتجة، وهذا ما نجده نادرا في النماذج الأخرى المتعلقة بالسلوك الصحي التي يمكن أن تتسم في بعض الأحيان بنوع من الجمود.

7- قياس الإلتزام الصحي:

يمكن قياس الالتزام بالعلاج بالإعتماد على أساليب وتقنيات مختلفة، وذلك بطرق مباشرة وطرق غير مباشرة :

7- 1- طرق القياس المباشرة :

وهي أكثر دقة في قياس مستوى الإلتزام بالعلاج، وترتكز غالبا على القيام بفحوصات بيولوجية و ملاحظة البيانات كتحليل الدم والبول (Ramasamy, 2009, p 15).

ويمكننا التطرق إلى بعض هذه الطرق بشيء من التفصيل فيما يلي:

- **التحاليل البيولوجية:**

في هذه الطريقة يمكن التأكد من تواجد الأدوية في الجسم، بناءا على آثارها التي تظهر بعد إجراء التحليل المناسب، غير أن الحصول على أدلة واضحة حول غياب الإلتزام بمثل هذه الطريقة لا يتأتي دائما، وفي دراسة لقياس مستوى الإلتزام بإستخدام عقار الثيوفيلين (Theopgyline)، من طرف عدد من المرضى المصابين بأمراض القلب (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)، تم الكشف عن وجود تباين في الأرقام والنسب بين تقارير الأطباء (78%) وما أظهرته لوائحهم (62%)، وما كشفته التسجيلات المصورة لزيارات المرضى (69%)، وتقارير

المرضى(59%)، كما تجدر الإشارة أن هذه الدراسة لم تحدد ما إذا كان المرضى يتناولون الدواء بصورة صحيحة أو غير ذلك (تايلور، 2008، ص 551).

- **الملاحظة المباشرة للعلاج:**

وحسب عدودة (2015) فهذه الطريقة تعتمد على المراقبة البصرية المباشرة للمرضى من طرف القائمين بالرعاية الصحية في إطار البروتوكول العلاجي، وقد حصر بارغمان (Bergman JF) إستخدام هذا الأسلوب في الوسط الإستشفائي (عدودة، 2015، ص 108).

7- 2- طرق القياس غير المباشرة :

على الرغم من إعتبار الطرق غير المباشرة أقل موثوقية، إلا أنها تعد أبسط وأقل تكلفة للحصول على المعلومات المتعلقة بمستوى الإلتزام بالعلاجات.

وفي السنوات الأخيرة، إكتسب أسلوب استخدام قواعد البيانات الإدراية لقياس الإلتزام بتناول الأدوية أهمية بالغة، حيث في مراجعة منهجية أجراها أندراد وآخرون (Andrade & al) تم حصر (136) دراسة حول موضوع الإلتزام الصحي، تم فيها الإعتماد على هذا الأسلوب، ومن ضمن هذه الدراسات إعتمدت (57٪) على نسبة حيازة الدواء، في حين أن (10٪) تم فيها إستعمال طريقة حساب الثغرات الدوائية، و(43٪) منها تم فيها الإعتماد على طريقة التبديل أو التوقف في حساب الدواء (Ramasamy, 2009, p 15).

وضمن هذه الطرق غير المباشرة نذكر ما يلي:

- **قياس الدواء(عدد الأقراص أو الحبوب):** وهي طريقة يتم من خلالها تتبع عدد الأقراص أو الحبوب (Countpills)، بمعنى مراقبة المريض عن قرب، بحيث يطلب الطبيب المعالج من أحد أفراد عائلة المريض أن يتكفل شخصيا بتقديم الدواء له وفقا لمخطط طبي مُعد مسبقا، وعلى الرغم من أن هذه الطريقة قد تبدو فعالة وعملية غير أنه يمكن للمريض أن يتحايل ويخفي الأقراص أو

يرميها ويرجع العلبة خاوية متظاهرا بتناوله لدوائه (زناد، 2013، ص 173).

- **القياس الإلكتروني** : يعتبر القياس الإلكتروني للسلوك (مثل مراقبة نسبة السكر في الدم) معيارا جيدا لقياس مستوى إلتزام المريض بالعلاج، وضمن مزايا هذا الأسلوب الدقة والسرعة (أي الآنية) في قياس السلوك، وتوفير بيانات صحية متعددة دون أي إزعاج للمرض، ومع ذلك فلهذه الطريقة عيوب أهمها تكاليفها المتزايدة و كذا طول المدة اللازمة لتحليل البيانات المحصلة، كما أنه توجد طريقة أخرى تتعلق بعلب الأدوية التي يمكن أن تجهز بشرائح إليكترونية، تعمل على تسجيل وقت وتاريخ كل جرعة بصفة آلية عند أخذ الجرعة من العلبة (لكحل، 2011، ص 63).

- **المقابلة العلاجية:** تستند المقابلة العلاجية إلى التقارير الذاتية للمرضى، وفي الغالب يعبر المرضى صراحةً عن عدم إلتزامهم بالعلاج الموصوف و يقدمون تبريرات مختلفة لذلك، غير أنه في حالات أخرى لا يفصح المرضى عن الحقيقة بخصوص عدم إلتزامهم بالعلاج بل يظهر ذلك بعد القيام بالفحص الطبي، فيكتشف الطبيب مدى تفاقم بعض الأعراض نتيجة عدم تناول الدواء بانتظام (زناد، 2013، ص 173).

8- الإلتزام الصحي والأمراض المزمنة:

يظل الالتزام الصحي الجيد أمرًا ضروريًا لنجاح عملية علاج المرض، ومع ذلك، فلا تزال الأدبيات تقوّض هذه المَسلّمة، حيث كشف التحليل البعدي حول(76) دراسة أجراها كلاكستون و زملاؤه (Claxton et al, 2OO1) أن متوسط الالتزام الصحي لدى المرضى بلغ نسبة (71٪) ، بغض النظر عن المرض، سواء كان مزمنا أو حادا، و يوضح هذا العمل أن ما يقرُب من ثلث المرضى لا يأخذون علاجهم أو يتعاملون معه بشكل سيئ.

وذكر دوغليوني (Doglioni, 2021) أنه في حالة الأمراض المزمنة، فقد أظهرت العديد من الدراسات أن (50 إلى 60٪) فقط من المرضى يلتزمون بعلاجهم على النحو الموصوف، وقد تناقصت هذه النسبة مع مرور السنوات لتصل عام (2004) إلى (24.8٪) وفقًا للتحليل البعدي المرجعي الذي أجراه ديماتيو (DiMatteo, 2004) على (569) دراسة غطت(50) عامًا من البحث (من 1948 إلى 1998)، كما وجد أن معدل الالتزام يختلف اختلافًا كبيرًا حسب المرض ويمكن أن يكون منخفضًا للغاية حتى مع العلاجات عالية الفعالية، و على ضوء هذه البيانات، أصبح الالتزام الصحي الأمثل في الأمراض المزمنة هدفًا للصحة العامة، و أظهرت العديد من الدراسات على غرار أبحاث كلا من (Berg et al,1993), (Van Boven, 2014), (Stuart , et al, 2017) أن لعدم الإلتزام بالوصفات الطبية عواقب سلبية على الحالة الصحية للمرضى، وكذلك على زيادة التكاليف على النظام الصحي(Doglioni, 2021, p 65) .

وتبقى الإشارة إلى أن التباين في مستوى الالتزام بين الأمراض يشجع على دراسة متخصصة لكل مرض على حدى نظرًا لأن استقراء البيانات في بعض الأمراض يكون متاحا مقارنة بأمراض أخرى تبدو ذات طابع خاص وحساس.

9- الإلتزام الصحي و الربو:

أشارت التقارير الإرشادية والدولية، استنادًا إلى أدلة من الدراسات السريرية إلى أن العلاج طويل الأمد بأجهزة الاستنشاق باستخدام الستيرويدات المستنشقة (inhaled stroids) والمنبهات المستنشقة (inhaled agonists)، هو الاستراتيجية الأنسب لإدارة الربو.

ويرى كوشران (Cochrane et al, 1999) أن ضعف الإلتزام بتناول الأدوية طويلة الأمد يمثل مشكلة كبيرة لدى مرضى الربو و يمكن أن يؤدي إلى تفاقم المرض وزيادة معدلات الوفيات، و على

الرغم من أهمية تقييم مستويات الإلتزام لدى المرضى، فإن عدد الدراسات المنشورة بهذا الخصوص يبقى محدودا، إذ يشير تحليل عينة من هذه الدراسات إلى أن الإلتزام الصحي قد تحقق بنسب متفاوفة (بين 46 و 96٪) لدى مرضى الربو، مما أدى بوضوح إلى وجود مجموعة مختلفة من الاستنتاجات (Cochrane et al, 1999, p 765).

كما أوضحت دراسة أُجريت في المملكة المتحدة حول الإلتزام الصحي لدى المرضى الذين يعانون من الربو الشديد والمحولين للمراكز المتخصصة لتقييم حالاتهم، أن (63) من أصل (182) مريضا أي ما نسبته (35%) تناولوا أقل من(50%) من الأدوية الموصوفة لهم، و المتمثلة أساسا في مركبات مستنشقة (inhaled combination)، كما أقر (57) من أصل (63) أي (88%) بضعف إلتزامهم بالعلاج بعدما أنكروا ذلك في المرة الأولى، وكان ضعف الإلتزام بالعلاج شائعا بدرجة أكبر لدى الإناث، كما ارتبط بتكرار حالات الدخول إلى المستشفى وبزيادة استخدام موسعات الشعب الهوائية(البخاخات) (Liam & Rob H, 2012, p 268).

وتم إجراء بحث إستهدف تحليل مجموعة من المقالات التي تقدم بيانات نوعية لتقييم الالتزام بالعلاج لدى مرضى الربو (أعمارهم فوق 12 عامًا)، عددها (21) مقالا منشورة بين سنتي (2012) و (2018) في سبعة بلدان مختلفة (الولايات المتحدة، كندا، أستراليا، السويد، المملكة المتحدة، ألمانيا وهولندا) وكانت المقالات ذات صلة بالعديد من الموضوعات الرئيسية التي تؤدي إلى ضعف الالتزام بالأدوية، بما في ذلك الدوافع الخاصة بالربو والدوافع العامة الأكثر شيوعًا للأمراض المزمنة، وكان من نتائج هذا التحليل أن العديد من المرضى كان لديهم شعور بأن حياتهم اليومية لم تتأثر بشكل كبير بعد الإصابة بالمرض، ونتيجة لذلك، فقد كان لدى العديد منهم شكوك حول دقة تشخيصهم أو كانوا في حالة إنكار لتأثير المرض، وبالتالي نقصت لديهم الحاجة إلى علاج طويل الأمد، ومما

زاد الأمر تعقيدًا ضعف التواصل بين المريض و الطبيب، و عدم الحصول على معرفة كافية حول أدوية الربو، بما في ذلك عدم فهم التمييز بين أجهزة الاستنشاق المقيدة و المخففة، وتقنية الاستنشاق المناسبة، والمخاوف بشأن الآثار الجانبية، و من بين الدوافع الأخرى لضعف الالتزام بالأدوية التكلفة العالية لأدوية الربو، والنسيان، والشعور بالإحراج من استخدام أجهزة الاستنشاق في الأماكن العامة (Suvina et al, 2020, p 541).

10- تحسين الإلتزام الصحي:

نظرًا لارتفاع معدلات انتشار عدم الالتزام الصحي وتداعياته السلبية جدا على الفرد والمجتمع، فينبغي بذل كل جهد لتحسين الالتزام بالعلاج، و قد تكون بعض النصائح البسيطة في بعض الأحيان كافية لزيادة الإلتزام الصحي، كما يمكن للطبيب وضمن الممارسة العملية أن يساهم في تعزيز مستوى الإلتزام الصحي من خلال استهداف تدخله الإيجابي في العلاقة العلاجية كما يجب التفكير أيضا بشكل أفضل في نظام الرعاية الصحية بحيث يتم فعل كل ما من شأنه تعزيز الإلتزام الجيد لدى المريض(Sheen & Giet, 2010, p 243).

ومع ذلك فيعد تحسين الإلتزام الصحي مسألة صعبة ومعقدة، فليس بوسع المريض دائما إتباع سلوك الإلتزام بالعلاج، لذلك فقد يتطلب الأمر بالنسبة له كأي سلوك جديد وقتا.

وهناك عدة جوانب يمكن من خلال العمل عليها تطوير وتحسين مستويات الإلتزام الصحي لدى المرضى، نذكر منها:

10- 1- تبسيط البرنامج العلاجي:

إن تبسيط الوصفات الطبية قدر المستطاع، هو الإجراء الأول الذي يجب تطبيقه، ويبدو أنه أحد أكثر التدابير فعالية، ويمكن البدء بالتخلي عن الأدوية التي لم تثبت فعاليتها، أو تلك التي تكون

فوائدها المتوقعة أقل من المخاطر المحتملة، ويجب على الطبيب المعالج اختيار أفضل الأدوية وفقا لخصائص المرضى المختلفة (العمر، الأمراض المصاحبة، العلاجات الأخرى وغيرها)، ومن الضروري إعادة تقييم صلاحية الوصفة الطبية بانتظام واستمرار، وفيما يتعلق بالآثار الجانبية فيتوجب على الطبيب إعلام المريض بذلك، مع بذل قصارى جهده للحد من شدتها (Desbrus Qochih & Cathébras P, 2012, p 118).

10- 2- تثقيف ومتابعة المرضى:

خلال المقابلة التشخيصية وقبل أي وصفة طبية، يتوجب على الطبيب إبلاغ مريضه بطبيعة مرضه، علاوة على ما يتضمنه البرنامج العلاجي، وذلك بشكل تدريجي ودون إثارة قلق أو مخاوف المريض، ويمكن للطبيب أن يأخذ وقتا مع المريض حتى يتمكن هذا الأخير من دمج كل البيانات والمعلومات ويقتنع بفكرة العلاج، وقد يشعر المريض بأن وصف الأدوية بسرعة من طرف الطبيب يمثل عقبة أمام اختياره الحر، وربما يؤدي هذا الانطباع إلى رفض العلاج، لذلك يجب مرافقة المريض حتى يتمكن من اتخاذ قرار مستقل وعن قناعة.

و الإلتزام الصحي المطلوب يعتمد قبل كل شيء على المشاركة الحقيقية للمريض في اختيار العلاج المقدم له، وهو يمر بأربعة مراحل أساسية كما يرى بعض الباحثين:

- يجب أن يقتنع المريض ويعترف بأنه يعاني من مرض معين.

-على المريض أن يفهم ويعرف المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها لكن دون أن يكون ذلك بشكل مفرط.

- من الضروري أن يقتنع بالفوائد والآثار الإيجابية للعلاج.

- أخيرا يجب أن يقتنع المريض بأن إتباع العلاج بانتظام يجلب له مزايا صحية أكثر من المساوئ المحتملة (Desbrus Qochih & Cathébras, 2012, p 118).

10- 3- تشجيع المساندة الإجتماعية :

إن المبادرة بإشراك العائلة والأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الإلتزام بالعلاج، فاهتمام محيط المريض بأدويته ومواعيد فحوصاته الطبية ونظامه(حميته) الغذائي يساعد المريض على تقبل العلاج والإلتزام به (لكحل، 2012، ص78).

10- 4- تدريب القائمين على الرعاية الصحية:

وفي هذا الصدد يمكن الإعتماد على إجراءات عملية لتحسين العلاقة طبيب_مريض، حيث يمكن للطبيب أن يتعلم تقنيات الإتصال الخاصة(اللفظية وغير اللفظية)، حتى يتمكن من تحسين عملية الإتصال بينه وبين المريض، كما بإمكانه الخضوع لتدريب خاص بتطوير سمات معينة كالتعاطف ،الإصغاء، التشجيع والتواصل وغير ذلك.

فجودة الإلتزام الصحي ترتبط أيضا بنوعية العلاقة بين الطبيب والمريض (لكحل، 2012، ص80).

وإجمالا فتشير تايلور(2008) إلى بعض نتائج الأبحاث التي بإمكانها المساهمة في رفع مستوى الإلتزام الصحي لدى المرضى نذكر منها ما يلي:

- الإنصات الجيد للمريض وتبني سلوكا وديا معه بدل المعاملة الرسمية.
- تحرير الوصفة العلاجية ببساطة ووضوح مع تقديم تعليمات واضحة حول برنامج العلاج.
- تزويد المريض بالتعليمات والنصائح في بداية عرض المعلومات، مع التأكيد على أهميتها بالنسبة له ولأسرته.
- التركيز في كل زيارة طبية علىّ ضرورة و أهمية الالتزام الصحي.
- الثناء في كل زيارة على ما يبذله المريض من جهود بخصوص الإلتزام الصحي.
- العمل على توسيع حلقة المشاركة، لتشمل شريك المريض، أسرته، أو جماعة الرفاق.

- محاولة معرفة هواجس و انشغالات المريض و السعي للكشف عن توقعات المريض بخصوص مرضه وعلاقته بالطبيب المعالج.
- الإتصال بالمريض في حال تأخره عن موعده (تايلور، 2008، ص 564-565).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم استعراضه في هذا الفصل حول الإلتزام الصحي، تتجلى مدى أهمية هذا المفهوم لدى الباحثين السيكولوجيين وخاصة في ميدان علم النفس الصحي، من خلال إسهاماتهم في وضع إطار نظري عام لهذا المتغير انطلاقا من اقتراح تعريفات متعددة له، متباينة من حيث الصياغة ومتقاربة من حيث المعنى، إذ يشير مفهوم الإلتزام الصحي – حسب أغلب التعريفات الواردة سابقا– إلى مدى توافق سلوكات المريض مع توصيات الطبيب المعالج.

بالإضافة إلى المساهمة في بيان أهمية مسألة الإلتزام بالعلاج بالنسبة للمريض و انعكاساتها بالسلب أو بالإيجاب على حالته الصحية (حسب درجة إلتزامه الصحي) أو بالنسبة للقائمين بالرعاية الصحية (من أجل تقييم جدوى العلاجات المقدمة، أو تحديد االمخصصات المالية لتنفيذ البرامج العلاجية وكذا تقدير الأعباء الإضافية المترتبة عن حالات سوء الإلتزام الصحي).

ويمكن أن يتأثر سلوك الإلتزام الصحي بعدة عوامل شخصية أو إجتماعية، كما يمكن تفسير الإتجاه إلى تبني سلوك الإلتزام الصحي – بإعتباره سلوكا إنسانيا– وفق عدة نماذج نظرية مقترحة من طرف الباحثين كنموذج القناعة الصحية، نموذج السلوك المخطط، نموذج مراحل التغيير، نموذج التربية الصحية ونموذج الإلتزام الصحي.

ولأن العديد من الإحصائيات أشارت إلى تسجيل مستويات منخفضة في الإلتزام الصحي، حيث بلغت معدلات عدم الإلتزام بأخذ العلاج حدود (50%) لدى المرضى حول العالم– حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية (2003)– فمن الضروري العمل على تبني إستراتيجيات قصد تحسين مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بالأمراض المزمنة عموما ولدى مرضى الربو بصفة خاصة.

الفصل الثاني

مصدر الضبط الصحي

تمهيد:

يعد مصدر الضبط أحد أكثر المفاهيم التي لفتت إنتباه الباحثين في علم النفس منذ ظهوره في سياق نظرية التعلم الاجتماعي التي صاغها السيكولوجي روتر (Rotter, 1966).

و هو مفهوم يشير إلى مدى إدراك الفرد و إعتقاده حول المكافآت المتوقع تحصيلها بعد أداء سلوك معين، و إن كانت مرتبطة سواء بالإرادة الشخصية للتنفيذ الفعلي لهذا السلوك، و في هذه الحالة يكون مصدر الضبط داخليا أي ناشئا عن سمات الفرد الشخصية، أو كانت تتعلق بقوى خارجية تتحكم في هذه التعزيزات أو المكافآت و هذا ما يسمى بمصدر الضبط الخارجي.

وضمن هذا الإطار إنبثق مفهوم مصدر الضبط الصحي، سيما في ميدان علم النفس الصحي، بإعتباره أحد عناصر الشخصية التي بإمكانها التأثير – كعامل وسيط– في الحالة الصحية للفرد.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى متغير مصدر الضبط الصحي، إنطلاقا من مفهوم مصدر الضبط، أبعاده، سمات الأفراد في فئتي الضبط (الداخلي/الخارجي)، العوامل المؤثر في مصدر الضبط، التطور النظري لمفهوم مصدر الضبط، وبعدها سنتناول مصدر الضبط الصحي من حيث المفهوم، التطور النظري، أنماطه، مصدر الضبط الصحي و المرض العضوي، مصدر الضبط الصحي و الربو وأخيرا خلاصة الفصل.

1- مفهوم مصدر الضبط:

يعتبر مصدر الضبط من المفاهيم الحديثة نسبيا في الدراسات السيكولوجية، و لذلك تعددت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي (locus of control) مثل: مركز التحكم، وجهة الضبط، موقع الضبط، مصدر الضبط (بن زاهي، بن الزين، 2012، ص 24).

و في هذه الدراسة يتبنى الباحث مصطلح مصدر الضبط الذي أخذ به العديد من الباحثين مثل صفوت فرج (1991)، معمرية بشير(2009)، قارة رشيد (2022).

و يستند الباحث في تبريره لإختيار هذا المصطلح إلى ما ذهب إليه معمرية (2012) "أن بعض الترجمات العربية (مثل مركز التحكم، وجهة التحكم، موضع التحكم، وجهة الضبط، محل التّبعة) هي ترجمات حرفية تخلو من المعنى المقصود في السياق النفسي، و هو المصدر الداخلي الكامن في البنية النفسية للفرد، الذي يضبط سلوكه و تفاعله في بيئته، أو المصدر الخارجي المتحكم في نتائج سلوكه، و الضبط يشير إلى المراقبة و التحكم، كما أن التحكم في المجال التقني يتم من خلال جهاز للمراقبة و الضبط، و المصدر يشير إلى محل أو مكان، و هذا المكان ذو طبيعة مادية و هندسية، وهذا أمر لا يمكن قبوله في مجال السلوك، و لما كان الضبط يمكن أن يأتي من الداخل أو من الخارج فإنه في الحالتين لا يكون في محل أو مكان وإنما يكون من مصدر، و لهذا فإن مصطلح "مصدر الضبط" هو الذي يضفي على المفهوم دلالته السيكولوجية البحتة"(معمرية، 2012، ص 12).

و يرتكز مصدر الضبط على فرضية مفادها أن الكيفية التي يتصرف بها الفرد تتأثر إلى مدى معين بما يدركه من علاقات نسبية بين السلوك و نتائجه، فنجده يتصرف وفقا لمعتقداته حول هذه العلاقات، كما أن لدى الأفراد تباين بخصوص إدراكهم لمصدر القوى المتحكمة في

سيرورة الأحداث في حياتهم، بحيث يختلف هذا المصدر المدرك لهذه القوى بين ما هو داخلي أو ذاتي (Internal)، وبين ما هو خارجي (External) (شهاب، 2010، ص 12).

و غالبا ما يستخدم مفهوم الضبط في مجالات محددة، فالشخص قد يكون له مصدر ضبط داخلي مرتفع في مجال معين من الحياة، كالعلاقات الاجتماعية، و في المقابل قد يتميز بمصدر ضبط خارجي عال في مجال آخر، كالترقية في المجال الوظيفي.

و يعني الضبط الداخلي اعتقاد الفرد في أن ما حدث أو يحدث الآن أو ما سيحدث في المستقبل مرتبط مباشرة بما فعل أو يفعل الآن أو سيفعل مستقبلا، أي أن ما يحدث له هو نتيجة لسلوكه، أما الضبط الخارجي فيعني إدراك الفرد أن ما يحدث له ليس مرتبطا بما يفعله في تلك المواقف، و إنما هو نتيجة لظروف خارجة عن إرادته مثل الحظ، الصدفة، قوة الآخرين، و هي تكون أبعد من قدرة الفرد، فلا يستطيع التنبؤ بها أو السيطرة عليها، و لذلك لا داعي لبذل الجهد لأن ما يحدث سيحدث و المجهود لن يغير شيئا(القحطاني، 2014، ص 231).

و نجد أن الأفراد يعزون النتائج المترتبة على سلوكاتهم في النجاح، أو الفشل إلى عوامل ذاتية كالقدرات الخاصة و المهارات الذاتية، أو إلى عوامل خارجة عن التحكم كالحظ والصدفة، و كذلك القوى الخارجية الأخرى، فالأفراد من ذوي الضبط الداخلي يعزون نجاحهم أو فشلهم إلى مسؤوليتهم الذاتية، بينما الأفراد ذوو الضبط الخارجي يعزون نجاحهم أو فشلهم إلى عوامل و قوى خارجية (بن خالد، 2009، ص 493).

و حسب عبود (2017) فقد لفت مفهوم مصدر الضبط إهتمام العديد من الباحثين في علم النفس و ذلك لدوره و أهميته في ما يلي:

- ✓ القدرة على التنبؤ بأسباب و دوافع القيام بالسلوكات في مختلف المواقف الحياتية للفرد.

- ✓ يلعب دورا مهما في تحديد مصادر التوقعات لدى الأفراد.
- ✓ يساهم في الكشف عن طبيعة العلاقات التي تربط بين سلوك الفرد و نتائجه.
- ✓ يمكن من خلاله تقييم أداء الأفراد أو تقدير درجة النجاح أو الفشل، بناءا على قدراته.
- ✓ إمكانية تحديد نوع القدرات الأكثر نجاعة في تحقيق الأهداف من خلال المثابرة، و بناءا على السلوك المنفذ.
- ✓ التنبؤ بنوع القرارات التي قد تنشأ بعد القيام بسلوك معين (عبود، 2017، ص77).

و قدم روتر أربعة مفاهيم أساسية في نظريته للتعلم الاجتماعي والتي انبثق منها مفهوم مصدر الضبط (الداخلي، الخارجي) نذكرها فيما يلي:

- **إمكانية السلوك** (Behavior Potential) : و يعتبر هذا المفهوم نسبيا، إذ يشير إلى إمكانية إستجابة الفرد بطريقة ما في وجود بدائل متاحة للسلوك المنفذ، و يمكن أن يتضمن هذا المفهوم أنواع السلوكات الواقعة تحت الملاحظة أو تلك التي تكون مضمرة أي ضمنية.

و يوضح روتر (Rotter)، مفهوم إمكانية السلوك بطريقة علمية على أنه " الإستطاعة الكامنة لسلوك ما، و التي تدفع الفرد لتنفيذه في موقف أو عدة مواقف معينة، تحت تأثير شكل أو أشكال عدة من التعزيزات (بن خليفة، 2015، ص 62).

- **التوقع** (Expectancy) : ويشير إلى الإمكانية أو الاحتمال الذي يتكون في إعتقاد الفرد بأنه يمكنه الحصول على نوع من الإشباع عقب القيام بسلوك معين، ضمن سياق أو موقف محدد، ويتشكل هذا الإحتمال نتيجة تراكم العديد من التوقعات المعممة المرتبطة بخبرات سابقة في أداء سلوك محدد نتج عنه تعزيز، كما يمكن الإشارة إلى أن التوقع نوعان، الأول خاص يستند إلى

الكم الذي إكتسبه الفرد من الخبرات، و الثاني يرتكز على انتقال عملية التعلم من مواقف أخرى يمكن أن يلاحظها الفرد(شهاب، 2010، ص 15).

- **قيمة التعزيز أو التدعيم** (Reinforcement Value): و هو عبارة عن تعبير نسبي يشير إلى أن الإنسان قد يميل إلى تفضيل أمر معين على أمر آخر، في حال تساوي إمكانيات حدوثهما، و يرى روتر أن الأفراد يتباينون في مستوى إدراكهم لمصادر التدعيم، بين من يعتمد على مصدر تعزيز خارجي، و من يعتقد بمصدر التدعيم الذاتي (الداخلي) (براجل، 2018، ص 309).
- **الموقف النفسي** (Psychological Situation) : و يشير إلى العوامل البيئية سواء كانت خارجية أو داخلية التي بإمكانها تحفيز الفرد على تشكيل رصيد من تجاربه و خبراته بما يسمح له بالحصول على أعلى مستوى من الإشباع في أنسب الظروف المتوفرة.

➢ **ويمكن الإشارة هنا** إلى مدى ترابط هذه المفاهيم الأربعة ، فحالة الفرد في موقف ما تحدد قيمة التعزيز أو التدعيم الذي يتوقعه، الأمر الذي يؤثر بدوره على إمكانية حدوث سلوك ما دون غيره في ذلك الموقف.

و حسب لشهب ونيس(2014) فيرى روتر أن مصدر الضبط كمتغير من متغيرات الشخصية يهتم بالمعتقدات التي يحملها الفرد بخصوص أي العوامل الأكثر تحملا للنتائج الهامة في حياته، من خلال إدراكه لعلاقة السببية بين السلوك و نتائجه، و هذا ما يجعل الأفراد يختلفون في تفسير معنى الأحداث المدركة بالنسبة لهم بسبب التعزيز المتوقع لهذه الأحداث، فهم يميلون أكثر إلى تكرار السلوك الجديد إذا تم تدعيمه (لشهب ونيس، 2014، ص6).

- **مفهوم مصدر الضبط لدى باحثين آخرين:**

لفت ظهور مفهوم مصدر الضبط انتباه السيكولوجيين منذ البداية فتناولوه بالدراسة والبحث و خرجوا بتعريفات متفقة نسبيا حول جوهره كما ابتكره روتر، متباينة إلى حد ما فيما يتعلق بمجالات إستخداماته.

وحسب العفاري (2011) فقد عرف فاريس (Phares) مصدر الضبط بأنه "مدى إدراك الفرد للنتائج المهمة التي يقوم بها، فإذا أدرك الفرد أن النتائج المهمة لا يمكن التنبؤ بها، أو أنها تعود إلى الحظ و الصدفة، فإن الفرد في هذه الحالة يكون من ذوي مصدر الضبط الخارجي، أما إذا أدرك المرء أن النتائج المهمة التي يقوم بها تعتمد على مدى انجازه، فإنه في هذه الحالة يكون من ذوي مصدر الضبط الداخلي (العفاري، 2011، ص5).

و يرى لازاروس (Lazarus,1966) أن الفرد الذي يتميز بالضبط الداخلي، يعتقد في كفاءته وقدرته على ضبط السلوكات و النتائج، وله توقعات ايجابية فيما يتعلق بالثقة و الاعتماد على الآخرين، أما صاحب الضبط الخارجي فلديه توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءته على التحكم في نتائج الأحداث، و لديه اعتقاد بأنه يعمل في عالم عدائي(معمرية، 2012، ص ص 14-15).

كما يشيرووريل و ستيل(worill & still well, 1981) إلى أن" مصدر الضبط يصف التوقع العام للفرد حول العلاقة بين مجهوده و مهاراته و هدفه في النجاح و التفوق، فعلى سبيل المثال يميل الطلاب ذوو الضبط الداخلي إلى عزو نجاحهم أو فشلهم لمهاراتهم الخاصة و جهدهم الشخصي أو لإهمالهم، أما الطلاب ذوو الضبط الخارجي فيميلون إلى عزو نجاحهم أو فشلهم إلى عوامل خارجية مثل: الحظ (الحسن أو السيء)، أو أن الإمتحان كان سهلا أو صعبا أو أن الأستاذ كان عادلا أو غير منصف" (أحمان، 2012، ص 206).

من جهته يرى ليفكورت (lefcourt,1976) (نقلا عن بن زاهي وبن الزين، 2012) " أن مصدر الضبط، يعد واحدا ضمن أبعاد الشخصية التي يمكنها التأثير في أشكال مختلفة ومتعددة من السلوك، و أن إيمان الفرد بأنه يستطيع التحكم في تسيير شؤونه الخاصة والعامة، يتيح له متابعة حياته دون منغصات أو ضغوطات، كما يمكنه من بناء علاقات سوية وتحقيق التوافق مع البيئة المحيطة"(بن زاهي و بن الزين، 2012، ص 25).

بدوره يشير كراندال (Crandall) إلى أن الضبط الداخلي يتمثل في إعتقاد الأفراد أن الأحداث الايجابية التي تحدث لهم تكون نتيجة جهودهم الخاصة، بينما تكون الأحداث السلبية نتيجة للقدر أو الحظ و الصدفة، أما الضبط الخارجي فهو اعتقاد الأفراد أنهم مسؤولون عما يحدث لهم من مآسي و صعوبات، أما الأحداث الايجابية تكون نتيجة لعطاء الآخرين و كرمهم أو من طرف القدر (معمرية، 2012، ص 15).

و تعرفه دروزة (2007) بأنه "الموقع أو المصدر الذي تنطلق منه مسببات السلوك التي يعتقد الفرد أنها المسؤولة عن نجاحه أو فشله، بمعنى آخر فمصدر الضبط يعني الطريقة التي يدرك بها الفرد العوامل المسببة لنتائج سلوكه، سواء كانت هذه النتائج مرضية كالثواب بجميع أنماطه أو غير مرضية كالعقاب بجميع أشكاله، أهي كانت في نفسه أم صادرة عن ظروف و أحداث خارجية هي فوق قدرته و طاقاته و إمكانياته (دروزة، 2007، ص 145).

- **نلاحظ** من خلال التعريفات السابقة أنه رغم تباينها من حيث الصياغة أو وجهات النظر، إلا انها تشير بشكل عام إلى اعتقاد الأفراد حول مصادر الضبط لديهم، سواء كانت داخلية أو خارجية، بما أنها تميل في أغلبها إلى اعتبار الأشخاص من ذوي الضبط الداخلي أكثر قدرة على

تنفيذ الأداء بالاعتماد على المهارات الذاتية و الذكاء و الثقة بالنفس، في حين أن الأشخاص ذوي الضبط الخارجي هم أقل كفاءة و أكثر سلبية في القيام بالسلوكات المختلفة.

وبعد ما تكونت لدينا فكرة حول مفهوم مصدر الضبط من خلال وجود نوعين من المصادر التي يعزو إليها الفرد الأحداث التي تقع في حياته وهما المصدر الداخلي والمصدر الخارجي، في العنصر الموالي سنحاول التطرق إلى هذه الأبعاد بشيء من التفصيل.

2- أبعاد مصدر الضبط :

يعود الفضل في وضع مقياس للبعدين (الداخلي- الخارجي) بطريقة جادة وموضوعية إلى السيكولوجي روتر(Rotter,1966)، حينما قام بتصميم استبيان مكون من (29) فقرة ذات بديلين تعكس معتقدات الفرد حول طبيعة المتغيرات أو العوامل التي تؤثر في أحداث حياته وتتحكم بنتائج سلوكه (دروزة، 2007، ص 445).

و في بداية الأمر تم إعتبار مفهوم مصدر الضبط (الداخلي- الخارجي) متغيرا أحادي البعد، أي أنه عبارة عن عامل واحد متصل كما كان يقيسه روتر، غير أنه في دراسات أخرى تم التوصل إلى أن مصدر الضبط هو مفهوم متعدد الأبعاد(نقلا عن براجل، 2018) :

ففي دراسة شنايدربيرسونس (Shnuder Persons, 1970) تم الكشف على أبعاد خمسة لمصدر الضبط تمثلت في :

- الحظ والقدر(Fate, Luck).
- القيادة والنجاح(Leadership, Succes) .
- الإحترام(Respect).
- السياسة(Political).

- الأكاديمية(Academic).

أما جورين وآخرون (Gurin et al, 1969) فقد قام في دراسته بإستخدام التحليل العاملي و استنتج أربعة أبعاد لمصدر الضبط هي:

- الضبط الشخصي(Personal Control).
- الضبط الإيديولوجي (Ideological Control).
- إمكانية تعديل النظام(System Modifiability).
- إيديولوجية العنصر (Race Ideology).

بدوره (Collins,1974) إعتمد أسلوب التحليل العاملي للإستجابات على بنود مقياس مصدر الضبط لروتر، و كشف عن متغيرات أربع يتم من خلالها إدراك العوالم المحيطة:

- العالم الصعب/السهل: و هذا الأمر مرتبط بالإعتقاد بصعوبة العوامل البيئية و تعقيدها بالشكل الذي يحول دون إنجاز الأعمال المختلفة.
- العالم العادل / الظالم: و يشير إلى وجود إيمان بمدى العدل الذي تتسم به البيئة المحيطة بالفرد، وما التغذية الراجعة أو التعزيز الذي يحصل عليه الفرد من العالم إلا انعكاس لجهده الشخصي.
- العالم القابل /غير القابل للتنبؤ: ويعني وجود الإعتقاد بإمكانية التنبؤ بالأحداث، و أن العالم لا تسيره العشوائية، الحظ أو القدر.
- العالم المستجيب / غير المستجيب سياسيا : و يشير هذا البعد إلى العقائد، الإتجاهات، الميول أو الأفكار التي يتبناها الفرد و يحاول تجسيدها أو التعبير عنها بطريقة أو بأخرى في الوسط السياسي (جبالي،2007 في براجل، 2018، ص314-315).

وعموما فيتميز كل بُعد على حدى بخصائص يمكن حصرها فيما يلي:

1-2- **البعد الداخلي لمصدر الضبط** (Internal locus of control):

حسب مكي ومسكين (2014) يشيرهذا البعد إلى مدى اعتقاد الفرد بإرتباط الأحداث أو المواقف التي يعايشها بسلوكه الشخصي و ما يقع له من أمور هي تحت سيطرته و وفقا لإرادته الشخصية ، فالشخص ذو مصدر الضبط الداخلي لديه الثقة في كفاءته و قدراته و هو أكثر فهما و إدراكا لذاته، كما أنه المتحكم في قراراته المتعلقة بحياته و مصيره، و مهما كانت النتائج المترتبة عن سلوكاته سواء بالنجاح أو الإخفاق فهو يرجعها إلى إختياراته الخاصة و يعتبر نفسه المسؤول المباشر عنها و دون تدخل أي عامل خارجي(مكي ومسكين، 2014، ص48).

2-2- البعد الخارجي لمصدر الضبط (Externel locus of control):

وفقا لمار(Marr, 2014) فالبعد الخارجي مصدر الضبط الخارجي يشير إلى تلك العوامل التي تتضمن مصدر التعزيز، وضمن هذا السياق يعتقد الأفراد أنه ليس لديهم أي تأثير أو سيطرة على الأحداث أو السلوكات المتعلقة بهم، وتتمثل المصادر الخارجية بصفة محددة في قوى تتجاوز قدرات الفرد الخاصة وتكون خارجة عن نطاق إرادته وتحكّمه مثل : القدر، الحظ والصدفة، الآخرين الأقوياء و غيرهم (Marr ,2014, p 26).

غير أن مقياس روتر تعرض لنقد من طرف بعض الباحثين على غرار (Phares, Levenson, Spector)، وذلك لعدم قدرته على قياس متغيرات أخرى بطريقة ملائمة.

إذ اعتبر فاريس(Phares,1676) أن المقياس(الداخلي/الخارجي) لروتر هو عبارة عن أداة قياس تقريبية، و على الباحثين تطوير مقاييس نوعية و خاصة لمجال موضوع الدراسة.

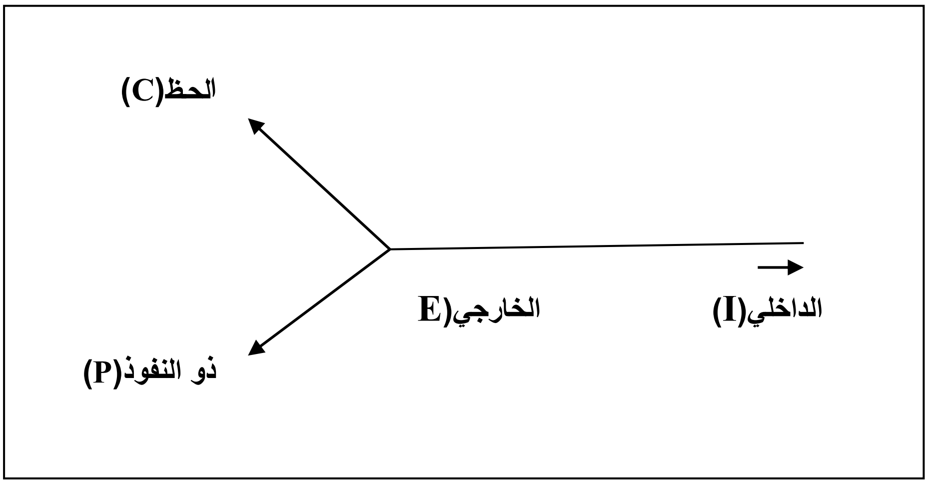
من جهتها طورت (Levenson, 1973) مقياس روتر إلى مقياس ذو ثلاث أبعاد:

- مصدر ضبط داخلي.
- ضبط للحظ.
- ضبط للأشخاص ذوي النفوذ.

و فيما يخص بعدي الضبط للحظ و الضبط لذوي النفوذ فقد أدرجتهما الباحثة (Levenson) ضمن الضبط الخارجي. و يحتوي كل من هذه الأبعاد على (8) بنود باختيارات مختلفة (وفق نمط ليكرت).

و يعد مقياس ليفينسون (Levenson) الأكثر استخداما مقارنة بالمقاييس الأخرى التي تقيس مصدر الضبط العام، و منه طورت والستون و زملاؤها (wallston, 1978) مقياس الضبط الصحي(MHLC) (قارة، 2015، ص 28).

وفيما يلي مخطط توضيحي لهذه الأبعاد حسب (levenson ,1993) (نقلا عن قارة، 2015):



شكل رقم (06): مخطط الأبعاد الثلاثة حسب (levenson ,1993) (قارة، 2015، ص29).

- **يمكننا القول** أن أبعاد مصدر الضبط، قد تم تناولها وفق وجهات نظر مختلفة حسب اهتمامات و أهداف الباحثين في العلوم الإجتماعية بشكل عام، ولدى السيكولوجيين بشكل خاص، إذ تباينت تصنيفات الأبعاد وفقا لملاحظات و مساهمات كل باحث على حدى، و تطورت من

السياق ذات الإتجاه الأحادي، إلى الإطار المتعدد الأبعاد، و ذلك بدمجه في مجالات متعددة، سواءا كانت متعلقة بالفرد في حد ذاته(ضبط شخصي)، أو في مجالات أخرى تربوية أكاديمية، إيديولوجية، سياسية و غيرها، غير أنه هذا التباين يبدو محددا بالإطار العام لبعدي مصدر الضبط الداخلي و الخارجي، و يمكن من خلال هذين البعدين الأساسيين التمييز بين خصائص الأفراد فيما يتعلق بمصدر الضبط، وهذا ما سنحاول تناوله في العنصر التالي.

3- سمات الأفراد في فئتي الضبط:

بهذا الخصوص ذكر معمرية (2012) أنه بالنسبة لسمات الأفراد في بعدي الضبط (الداخلي/الخارجي)، فإن روتر يؤكد على أن لكل فئة من الأفراد خصائص شخصية تميزها عن الأخرى (معمرية، 2012، ص117).

ويشير ميي باتريك (Millet Patrick, 2005) إلى عدد من الخصائص التي يتميز بها الأفراد فيما يتعلق بمصدر الضبط في شقيه الداخلي والخارجي (Millet Patrick, 2005, p 6).

ويمكننا أن ندرج هذه الخصائص فيما يلي (نقلا عن عبود، 2017):

3-1- الخصائص المميزة لذوي الضبط الداخلي :

– لديهم إعتقاد شبه ثابت بمدى مسؤوليتهم عن تحقيق النجاح، أو التعرض للفشل في حياتهم.

– كثيرا ما يتكلمون عن سلوكاتهم، نشاطاتهم و دوافعهم.

– يمتلكون القدرة على تحديد و إختيار الأعمال أو المهن المناسبة لهم.

– لديهم روح المبادرة و حب الإتقان ، كما يتسمون بالمهارة و المثابرة و الكفاح في إنجاز أعمالهم.

– لديهم إستعداد للمخاطرة، لكنهم أيضا يمتلكون القدرة على حل المعضلات المختلفة.

_ يتسمون بكفاءة عالية في التحصيل الدراسي (الأكاديمي).

- يعتبرون أفرادا أكثر توافقا وتكيفا مع البيئة المحيطة، و يمكنهم مشاركة الآخرين و التعاون معهم، و لهذا يقل شعورهم بالحصر أو الضغط النفسي.

3-2- الخصائص المميزة لذوي الضبط الخارجي:

- يربطون الأمور التي تحدث لهم كالنجاح بعوامل خارجية مثل الصدفة و الحظ.
- لديهم ميل لإختيار أسهل التحديات، و لا يمنحون أنفسهم وقتا للتفكير كما ينبغي.
- يتميزون بالإرتباك و الميل للإستسلام بسرعة، و يعانون من قلة التوافق النفسي.
- ليس لديهم إنسجام مع المحيط، و يتسمون بالسلبية، كما أنهم أقل مشاركة و تعاونا مع الآخرين.
- يشعرون غالبا بالعجز و الضعف، و مستوى تحصيلهم الدراسي ضعيف.
- لديهم شعور منخفض فيما يتعلق بالمسؤولية الذاتية(الشخصية)(عبود، 2017، ص 79-80).

كما يشير فاريس (Phares J, 1976) أن لكل فئة الداخلية أو الخارجية، مزايا ومساوئ حيث أن ذوي الضبط الداخلي لا يتصفون كلهم بالفعالية و التفوق، لأن البعض منهم يكونون متصلبين قاسيين أخلاقيا، أو محاصرين بمشاعر الفشل و الخوف من الإحباط و خيبة الأمل، و يواجهون مشكلات الحياة بانفعال مبالغ فيه، كما أنهم لا يتعاطفون مع الآخرين الذين يكونون في حاجة إلى مساعدة، لأنهم يعتقدون أن الشخص الذي يواجه المتاعب، لابد و أنه السبب في تلك المتاعب، و كذلك لذوي الضبط الخارجي فلديهم مهاراتهم النوعية التي لا تتوفر لدى داخلي الضبط، فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث شرط أن تكون في الوقت والمكان المناسبين و أن تكون محظوظا (معمرية، 2012، ص 18).

و يمكن تحديد جملة الفروق بين خصائص الأفراد في بعدي مصدر الضبط كما أشار إليها أوزان (Ozen, 2011) في الجدول التالي:

جدول رقم(03): خصائص الأفراد في بعدي مصدر الضبط (Ozen, 2011, p 116- 117)

المتغيرات **Variables**	مصدر الضبط الداخلي **Internal Locus of Control**	مصدر الضبط الخارجي **External Locus of Control**
القدرات **Abilities**	الأفراد ذو مصدر الضبط الداخلي لديهم نزوع إلى إختيار النشاطات التي تمكنهم من إبراز قدراتهم الشخصية	الأفراد ذوو مصدر الضبط الخارجي يفضلون الأنشطة التي تبرز دور الصدفة والحظ في حياتهم.
المسؤولية **Responsibility**	لديهم شعور بالمسؤولية الشخصية في إتخاذ قرارتهم، ويعتقدون أن مصيرهم خاضع لنطاق تحكمهم، بعيدا عن تأثير العوامل الخارجية.	يحاولون تعزيز الأوضاع الجيدة في حياتهم، وبالمقابل يسعون للتقليل من الظروف أو الوضعيات السيئة.
التغيير **Change**	إعتقادهم بقدرتهم على التحكم في مصيرهم، يجعلهم في منأى عن الشك في إحداث التغيير، لأنهم يتحملون مسؤولية قراراتهم وأفعالهم.	يعتبرون كل تغيير بمثابة تهديد وخطر على حياتهم، لأنهم يفتقدون إلى القدرة على السيطرة على القوى أو العوامل المؤثرة في حياتهم، ويفضلون الميل لإتخاذ موقف سلبي تجاه إحداث أي تغيير.
البيئة المحيطة **Environment**	يمكنهم بسط السيطرة على البيئة المحيطة بهم، ويكشفون عن مهارات جيدة في التعلم، وعندما يتعلق الأمر بظروفهم الخاصة، فإنهم يسارعون لإكتساب معارف جديدة تفيدهم في تسيير شؤونهم، كما أن يحسنون إستغلال المكتسبات المعرفية في حل مشاكلهم المعقدة.	يظهرون إلتزاما أقل في مختلف المواقف، مقارنة بالأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي.
تسيير الضغوط **Stress coping**	في حالة الوقوع تحت ضغط معين، فيمكن للعمال ذوي مصدر الضبط الداخلي مواجهة	لا يمكن للعمال ذوي مصدر الضبط الخارجي مواجهة الضغوط المهنية

	الضغوط، والتعامل مع مختلف الصعوبات في الوسط المهني.	بالإعتماد على طرقهم الخاصة.
الرضا الوظيفي **Job satisfaction**	يتميز الأفراد ذوو هذا البعد بمستوى مرتفع من الرضا الوظيفي مقارنة بالأشخاص ذوي مصدر الضبط الخارجي، كما يمكنهم القيام بأعمال إضافية مفيدة ويتحصلون على تحفيزات وترقيات مهنية.	لدى الأشخاص(في هذا البعد) إرتباط سلبي مع مستوى الرضا الوظيفي، رغم انهم قد يتصفون بمستوى جيد من الصحة النفسية والجسدية.
الدافعية للإنجاز **Work motivation**	يعتقدون في الغالب أن مساعيهم تكلل بالنجاح، وهم أكثر ثقة في أنفسهم وقدراتهم ، كما لديهم توقعات بالحصول على مكافآت نتيجة مهاراتهم في الأداء، ويميلون إلى الإعتقاد دوما بقدرتهم على الإنجاز المناسب والصحيح.	ليس لديهم إهتمام بخصوص وجود مكافآت نظير إتقان الأعمال، ولا يتوقعون ذلك.

- **ونلاحظ** من خلال الجدول السابق أن الباحث أوزان(Ozen, 2011)، إستند في توضيح الفروق بين الأشخاص في فئتي مصدر الضبط إلى محكات و معايير يمكن حصرها في جانبين أساسيين، الجانب الأول شخصي و يتضمن عناصر معينة مثل القدرات الذاتية، الشعور بالمسؤولية، و الثاني يمكن ربطه بالسياق الموقفي أو الوضعية التي يتوجب على الفرد التصرف حيالها، كالقدرة على إحداث التغييرات و إصدار القرارات المناسبة، و مدى التحكم في البيئة المحيطة أو تسيير الوضعيات الضاغطة، إضافة إلى الرضا عن الوظيفة و الدافعية للإنجاز نظرا لإمكانية إرتباطهما بعوامل خارجية (مثل وجود ظروف عمل مناسبة أو غير ذلك، توفر الإمكانيات المساعدة للإنجاز)، غير أنه يمكن الإشارة إلى أن هذه المحكات لا تبدو كافية لتصنيف

الأفراد ضمن بعدي مصدر الضبط، و إنما قد يتحدد ويتشكل مصدر الضبط تبعا لعدة عوامل يمكن التطرق إلى أهمها في العنصر الموالي.

4- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط:

هناك مجموعة من العوامل التي قد تؤثر في تحديد مصدر الضبط (الداخلي/الخارجي) نذكرها النحو التالي:

4-1- أساليب التنشئة الاجتماعية:

يُعد مفهوم مصدر الضبط أحد المفاهيم التي يتم اكتسابها من طرف الفرد منذ سنوات طفولته المبكرة، و ذلك من خلال عملية التنشئة. و تعتبر الأسرة البيئة الأولى التي تنمو فيها الشخصية، و تتكون فيها الإستجابات الأولى للأبناء من خلال مشاركتهم في المواقف الإجتماعية، و يؤدي التوجيه الواضح للأبناء إلى تشكيل و تطوير الضبط الداخلي أو الخارجي.

و حسب الخفاف (2013) فقد وضح كل من دافيس وفاريس (Davis & Phares, 1969)، وليفنسون (Levenson,1973)، أن الأبناء الذين يكون لديهم شعور بأنهم مقبولون في إطار علاقتهم بالوالدين، يزداد عندهم مستوى الضبط والتحكم الداخلي، بينما الأبناء الذين يشعرون بالنبذ في العلاقة الوالدية، لا يحدث لديهم أي تغيير أو تطور في التحكم الداخلي في نفس مرحلتهم العمرية. كما أشار فلوري (Flouri, 2006) إلى أن إهتمام الوالدين بتربية وتعليم الأبناء، يزيد في ثقتهم بأنفسهم، و يعزز لديهم نمو مصدر الضبط الداخلي.

من جهته يرى مارتن (Martin) أن حصول الطفل على متطلباته و إحتياجاته كلما أراد ذلك، يزيد من نمو الإتجاه الداخلي لديه، في حين أن حرمانه من إشباع حاجياته يدفعه إلى تبني الإتجاه الخارجي في الضبط(الخفاف، 2013، ص177).

2-4- المستوى الاجتماعي والاقتصادي:

للمستويين الاجتماعي والاقتصادي تأثير كبير في توجيه مصدر الضبط لدى الأفراد ، و يمكن للوضعية الاجتماعية أن تساهم في تطوير أو خفض مستوى شعور الفرد في إمكانية التحكم في الظروف وأحداث الحياة و السيطرة عليها.

3-4- المستوى الثقافي:

يمكن للتباين الثقافي الكبير بين المجتمعات، أن يلعب دورا في الاختلافات بين الأفراد في تحديد مسؤولياتهم عما يقع من أحداث. و قد أشارت (الصميدعي، 2009)، أن كثيرا من الطلاب اليابانيين الذين هاجروا إلى أمريكا مبكرا (أي الجيل الأول) كان لديهم ضبط خارجي، بينما تم تسجيل مستويات مرتفعة في الضبط الداخلي لدى العديد من الطلاب الذين يعتبرون من الجيلين الثالث و الأخير (القحطاني،2016، ص 232).

4-4- عامل الجنس:

في هذا الصدد يرى موسى (1998) أنه إذا أمكن إعتبار مصدر الضبط (الداخلي/الخارجي) محكا لتصنيف الأفراد حسب إعتقاداتهم و إدراكاتهم للمواقف، فمن المرجح القول بإختلاف إدراكات الذكور عن الإناث لمختلف المواقف في الحياة، و في مراجعة الدراسات والأبحاث السابقة التي تناولت موضوع الفروق بين الجنسين في مسألة الضبط الصحي، نجد بعضها مثل دراسات كل من كاتوفسكي وآخرون (Kathofsky et al, 1967)، جاد وفوكا (Gade and fuqua, 1983)، رو و مورفي (Rao and Murphy, 1984)، وفالشا و آخرون(Valecha et al, 1980)، وغيرها من الدراسات التي توصلت إلى ان الإعتقاد في الضبط الخارجي منتشر أكثر لدى فئة الإناث، في حين كشفت دراسات أخرى مثل دراسة كوبر وآخرين (Kooper et al,1980)، إلى النقيض من

ذلك أي أن الإناث أكثر إعتقادا في الضبط الداخلي، وإضافة إلى ذلك فهناك بعض الدراسات التي إنتهت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الضبط الداخلي–الخارجي، كدراسات بينك (Penk, 1969)، كروفيتز (Krovertz, 1974) و موسى (Moussa, 1985) (موسى، 1998، ص 320).

ولاحظت عزوز (2009) أن الدراسات التي تطرقت للفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي الخارجي أبانت عن نتائج مختلفة، إذ توصلت دراسة (Shaw & Uhl,1981) . على عينة قوامها (211) طفلا من الجنسين متوسط أعمارهم (8) سنوات، و كانوا من طبقات مختلفة، و تم جمع البيانات بواسطة مقياس بيلر كروسيل للأطفال . إلى عدم وجود فروق بين الذكور الإناث في بعدي مصدر الضبط الداخلي والخارجي. كما بينت دراسة (Zerga et al,1976) - على (541) تلميذا في المستوى الثانوي، باستخدام مقياس روتر- أن الاناث يتميزن بمصدر ضبط خارجي أكثر من الذكور، بحيث كان الفرق بينهما دالا إحصائيا.

وتضيف عزوز(2009) أنه في دراسة لو و آخرين (Lao et al, 1977) حول مقارنة أبعاد الضبط (الداخلي /الخارجي) لدى الجنسين، لدى (517) طالبا صينيا، بالإعتماد على مقياس ليفينسون (Levenson)، تبين أن الذكور حصلوا على درجات مرتفعة في البعد الداخلي مقارنة بالإناث (عزوز،2009، ص 22).

4-5- مصدر الضبط و السن:

كشفت بعض الدراسات كدراسة موجانتي وآخرون (Morganti et al, 1988)، ودراسة نيهرك وآخرون (Nehrke et al, 1977)، أن الضبط الداخلي يتطور لدى الفرد مع تقدمه في العمر، وبالرغم من أن معظم الصغار وكبار السن يميلون إلى أن يكونوا من ذوي الضبط الخارجي، فإن فئة الراشدين(بإستثناء المسنين)، يكونون في الغالب من ذوي مصدر الضبط

الداخلي من حيث تفسيرهم للأحداث، الأمر الذي يجعلهم أكثر إرتباطا بقدراتهم الخاصة كبذل الجهد و المثابرة و أقل تعلقا بالظروف و العوامل البيئية. (الحجاج، 2000، ص179)

- **في ضوء ما سبق** يمكننا الإشارة إلى أن مفهوم مصدر الضبط، قد يتحدد أو يتشكل وفقا للعديد من العوامل الشخصية أو الإجتماعية، و تلعب عملية الإكتساب و التعلم الإجتماعي دورا جد مهم في تطور نوع مصدر الضبط الإجتماعي و في ترجيح أحد بعديه على الآخر (داخلي أو خارجي) لدى الفرد من خلال عملية التنشئة الإجتماعية و أساليب التربية و التلقين الوالدية ضمن النسق الأسري، علاوة على ما توفره الأنساق الإجتماعية الأخرى(جماعة الرفاق، رياض الأطفال، المدراس، النوادي الرياضية، مؤسسات العمل، و غيرها)، بالإضافة إلى محددات سوسيو ديمغرافية أخرى (كالسن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى المعيشي الإقتصادي وغيرها).

و بهدف تعزيز البناء المعرفي لمفهوم مصدر الضبط، فمن المفيد التعريج على أساسه وتطوره النظري، و هذا ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي:

5- تطور مفهور مصدر الضبط:

إنبثق مفهوم مصدر الضبط و التحكم الإنساني الذاتي أساسا، ضمن الإتجاه السبرنيتيكي، حيث تمت الإشارة إليه في أعمال فينر (vienner)، خلال الحرب العالمية الثانية، و منذ ذلك الحين تواصلت البحوث حول متغير الضبط و التحكم الإنساني الذاتي عن طرق التغذية الراجعة، إذ قام هذا الإتجاه على مباديء أساسية ترتكز على فكرة أن الإنسان يتمتع بجهاز مهم و هو الجهاز العصبي، و في الوقت ذاته يمتلك جهاز التحكم الذاتي للسلوك، و هذا الأخير يمكنه من توجيه حركاته و تنظيم إستجاباته عن طريق معرفة الفرق بين النشاط الصادر عنه و بين الهدف المراد الوصول إليه (جبالي، 2007، ص 57).

و خلال فترة الخمسينيات و الستينيات من القرن الماضي ، بدأ السيكولوجي جوليان روتر (Rotter, 1954, 1955, 1966) في وضع نظريات حول التعلم الاجتماعي، و تأثيره على التحكم المتوقع في التعزيز (Bisgaard, 2020, p 542).

و يقصد بالتعلم الإجتماعي ذلك السلوك الصادر عن الفرد نتيجة تقليده للمحيطين به في البيئة التي يتواجد فيها، فنحن نستجيب لمثير ما بنفس الطريقة التي يستجيب بها الآخرون من حولنا، لأننا لاحظنا أن هؤلاء حصلوا على القبول الإجتماعي لسلوكهم هذا، أو أنهم حققوا بذلك منفعة شخصية لهم (عسكر والأنصاري، 2004، ص 109).

و قد إشتغل روتر كأخصائي نفسي، و أيضا كباحث تجريبي، و تأثر بالإتجاه التحليلي سيما بأفكار فرويد (Freud) وأدلر (Adler)، و كذا بأفكار منظري التعلم التجريبي مثل هيل (Hull) و تولمان (Tolman)، و اتضح تأثير أدلر بشكل خاص في أفكار روتر في تأكيدات هذا الأخير حول أهمية المكون الإجتماعي في الوظائف النفسية، حيث أشار إلى ضرورة الإنتباه إلى أن عملية التعلم تحدث في معظمها ضمن سياق إجتماعي، و أن أغلب التنبيهات التي تستثير دوافعنا مصدرها البيئة المحيطة أو الآخرين، و أما تأثيرات كلا من هيل وتولمان ذات الدلالة في أفكار روتر، فقد ظهرت في تركيز هذا الأخير على إبراز أهمية المحفزات أو التعزيزات، وكذا الجوانب المعرفية الأخرى في مختلف الوظائف النفسية (برافين، 2010، ص 186).

و وفقًا لنظرية التعلم الإجتماعي، فإنه من خلال معايشة تجارب ومواقف مختلفة تنشأ لدى الفرد نظرة عامة حول ما يعتقد أنه يتحكم في عدة جوانب من حياته ، و على وجه التحديد ، يكمن موضع أو مصدر السيطرة في إسناد السببية إلى الأحداث التي تقع في الحياة اليومية للشخص. (Berger, 2009, p 27).

و القيمة التي تقدمها نظرية التعلم الإجتماعي للموقف النفسي، تتمثل أساسا في فهم السلوك و التنبؤ به، وقد قام روتر بتطوير ست فئات من الحاجات الواسعة التي تتضمن أغلب أنواع السلوك النفسي المتعلم وهي (نقلا عن موسى، 1991) :

- الحاجة إلى نيل الإعتراف و المكانة (Recognition and Status Need) : و تعني حاجة الفرد إلى النجاح و التفوق، و أن يتميز بكفاءة ذاتية أفضل من الآخرين، سواء في المحيط المدرسي، المهني، النشاط الرياضي و غير ذلك.
- الحاجة إلى السيطرة (Dominance Need) : و يشير هذا العنصر إلى حاجة الفرد إلى التحكم في البيئة و المحيطين به (أفراد الأسرة، جماعة الرفاق و غيرهم) بحيث يكون بالنسبة لهم هو محور القوة و السيطرة.
- الحاجة إلى الإستقلال (Independence Need) : و تعني الحاجة إلى الإستقلالية في إتخاذ القرارات، وتحقيق الإشباع و الأهداف دون الإعتماد على الآخرين.
- الحاجة إلى الإعتماد على الآخرين (Dependence Need) : و تشير إلى حاجة الفرد إلى اللاخرين في حياته من أجل الشعور بالحماية والأمن ومساعته لتحقيق أهدافه ومواجهة الإحباطات المحتملة.
- الحاجة إلى الحب والعطف (Love and Affection Need) : و تعني الحاجة إلى التعاطف و التقبل، و أن يحضى الفرد بإحترام و إهتمام الآخرين به.
- الحاجة إلى الراحة الجسمية (Physical Comfort Need) : و يقصد بها الحاجة إلى تحقيق الإشباعات و الملذات وتجنب الألم البدني (موسى، 1991، ص 327-328).

وفي عام (1966) نشر روتر بحثا بعنوان" التوقعات المعممة للضبط الداخلي–الخاراجي للتعزيز"، يتضمن فكرة التوقع المعمم الذي يشير إلى إعتقادات الأفراد حول الجهة التي يعزو إليها ضبط أسباب حصوله على التعزيز، فالأشخاص يطورون إعتقادات يمكنها التأثير على توقعاتهم، بخصوص إن كانت التعزيزات التي يحصلون عليها تستند إلى عوامل شخصية كالذكاء و المهارة و المثابرة وغيرها من الخصائص الشخصية، أم تعزى إلى عوامل أخرى خارجة عن سيطرتهم و تحكمهم الشخصي مثل الصدفة و الحظ و القدر(معمرية، 2012، ص12).

و يعتقد الشخص الذي لديه مصدر ضبط داخلي أنه يتحكم في سلوكه ، وأنه يتحمل بعض المسؤولية عما يحدث له، و على العكس من ذلك ، فإن الفرد الذي يتميز بمصدر ضبط خارجي يكون مقتنعا بأن ما يحدث له هو نتيجة الحظ و الفرصة و تأثير الشخصيات القوية، و يمكن لهذا التصور للقدرة على السيطرة على تشكل الأحداث أو التعامل مع مختلف المواقف، أن يظل بعدًا ثابتًا في شخصية الفرد (Berger, 2009, p 27-28).

و تواتر إستخدام مفهوم مصدر الضبط من قبل تلاميذ روتر، غير أن المصطلح الذي كان أكثر شيوعا و صيتا هو "مصدر الضبط للسلوك"، الذي كان يشير في العادة إلى إدراك الفرد لمصدر الضبط للسلوك و الأداء، من حيث أن الإدراك هنا هو عملية معرفية تتوسط القيام بالسلوك و الحصول على التعزيز، و يتباين هذا الإدراك حسب الأفراد، كما يمكن أن يتغير لدى نفس الفرد تبعا للمواقف التي يمر بها، و بهذا يمثل مصدر الضبط(الداخلي– الخارجي) للتعزيز، أحد المتغيرات النفسية المهمة التي تساهم في تفسير كيفية إدراك الفرد لأسباب حصوله على التعزيز(معمرية، 2012، ص 13).

6- مصدر الضبط الصحي :

قبل التطرق إلى مفهوم مصدر الضبط الصحي، نستعرض سيرورة دمج مصطلح الصحة ضمن مفهوم مصدر الضبط.

6-1- دمج مصطلح "الصحة" في مفهوم مصدر الضبط :

نظرا لأهمية السلوك الشخصي و تأثيره على الحالة الصحية للأفراد، وخاصة فيما يتعلق بالوقاية من الأمراض المزمنة و معالجتها، فسرعان ما تم نقل مفهوم الضبط و إستخدامه في البحوث الصحية، و قد تزامن هذا مع زيادة التركيز على دراسة المعتقدات الصحية و كيفية تأثيرها على السلوكيات الصحية (Uzdavines ,2020 , p20).

و في البداية ، كان يُنظر إلى مصدر الضبط على أنه بناء أحادي البعد يتشكل من سلسلة متصلة من الضبط الداخلي إلى الضبط الخارجي، ثم تم وضع تصور حول مصدر الضبط المتعدد الأبعاد، حيث تم إشتقاق بعدين منفصلين من البعد الخارجي (بعد الآخرين الأقوياء / بعد الحظ و الصدفة).

و قد تم تكييف مفهوم مصدر الضبط لتفسير السلوكيات الصحية المحددة حيث تشير الأبحاث إلى أن معتقدات التحكم لدى الأفراد تتنبأ بسلوكاتهم الصحية، و على غرار مصدر الضبط أو التحكم العام، يتم تصوّر مصدر الضبط المتعلق بالصحة على أنه ثلاثة أبعاد مستقلة :

- **البعد الداخلي:** و يعني مدى اعتقاد الأفراد بأنهم يتحكمون في صحته.
- **بعد سيطرة الآخرين الأقوياء(بعد خارجي)** : و يتمثل في اعتقاد الأفراد بأن الأشخاص المهمين الآخرين (مثل الأطباء و المحيط العائلي و الإجتماعي) يتحكمون في صحتهم.

– **بعد الحظ أو الصدفة(بعد خارجي):** هو المدى الذي يعتقد به الأفراد أن المصير أو الحظ أو أحداث الصدفة تتحكم في صحتهم.

وترى رودنبيري ورانك (Roddenberry & Renk, 2010) أن شعور الأفراد بالسيطرة على حالاتهم النفسية الداخلية متربط بمستوى الرفاهية الذي يتمتعون به في الحياة، في حين يعتبر ضعف السيطرة سمة أساسية في العديد من الاضطرابات النفسية (مثل القلق و الاكتئاب). كما تشير الأبحاث أيضًا إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة يكون لديهم إحساس أكبر بالسيطرة مقارنة بأولئك الذين يعانون من مشاكل نفسية، و هؤلاء الأصحاء يبالغون في تقدير مستوى التحكم و المناعة التي يتمتعون بها، و هم أكثر تفاؤلاً بشأن قدرتهم على تحقيق السيطرة على حالاتهم الصحية و مآلاتها ، كما أنهم يقللون من تقدير المخاطر المحتملة في مواقف معينة، و أيضا يميلون إلى عزو النتائج السلبية و غير المرغوبة إلى عوامل خارجية لحماية إحساسهم بالسيطرة (Roddenberry & Renk, 2010, p 354)

وتضيف رودنبيري ورانك (2010) أن الأبحاث بهذا الخصوص إمتدت أيضًا لتشمل الأفراد الذين يعانون من أمراض عضوية بشكل عام ، و أظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعتقدون أنه بإمكانهم فعل شيء حيال وضعيتهم المرضية وما قد يصاحبها من توتر، يتمتعون بتكيف نفسي أكثر إيجابية مقارنة بأولئك الذين لا يحملون مثل هذه المعتقدات، و على سبيل المثال، يرتبط التحكم الشخصي للمرضى الذين يعالجون من السرطان بزيادة تقدير الذات، جودة الحياة، و المزاج الإيجابي، علاوة على ذلك، فإن إحساس الأفراد بالتحكم عندما يكونون مرضى عضويا مرتبط بمدى شدة الأعراض، لذلك تم اعتبار مفهوم مصدر الضبط متغيرا واعدا في فهم العلاقات

بين الضغط و الإجهاد والإصابة بالأمراض، و يمكن لعملية الفهم هذه أن تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية (Roddenberry & Renk, 2010, p 354).

2-6- مفهوم مصدر الضبط الصحي:

عرف مفهوم التحكم الذاتي تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من الباحثين و الدارسين بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية (Behavioral health)، و لقد توصلت البحوث و الدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته، أي بمفهومه حول مصدر صحته، و يعود الفضل في جعل هذا المفهوم يتموضع ضمن قوائم الصدارة في التراث العلمي الصحي لكل من بربارا و كنيث والستون (Barbara and Kenneth wallston) حيث قاما بإعداد أداة خاصة تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم و تُعرف إختصارا بـ (MHLOC) (يخلف، 2001، ص ص 92-93).

وحسب والستون (Wallston,1978) فإن مفهوم مصدر الضبط الصحي يشير إلى مدى إعتقاد الفرد حول العوامل التي بإمكانها التحكم في حالته الصحية، سواءًا كانت داخلية (ذاتية)، أو خارجية (كالحظ، الصدفة أو الآخرين كمقدمي الرعاية الصحية) (جبالي، 2007، ص 67).

و ذات التعريف تقريبا تبناه كل من بيني ونورمان (Bennet & Norman, 1998)، حيث أشارا إلى أن مصدر الضبط الصحي يعني "درجة اعتقاد الأفراد أن صحتهم تتحكم فيها عوامل داخلية و خارجية" (أحمان، 2012، ص132).

كما يرى كل من ساندرز وسولز (Sanders & suls , 1989) أن مصدر الضبط الصحي مفهوم يشير إلى مدى إعتقاد الفرد بأن صحته خاضعة لعوامل مسيطرة سواء كانت داخلية أو خارجية.

في حين يرى وليامز وكوشر (Williams & Koocher, 1998) بأنه جملة المعتقدات التي تتشكل لدى الفرد بخصوص التأثيرات المحتملة على حالته الصحية و على كيفية الإصابة بالمرض و مسار تطوره (ساعد، 2019، ص 209).

- **ويمكننا القول** أن جل التعريفات السابقة لمصدر الضبط الصحي، تتقاطع في فكرة التباين في إعتقادات الأفراد و إتجاهاتهم حول الأسباب و العوامل المتحكمة في صحتهم، فمنهم من يعتبر مسألة الصحة تقع ضمن نطاق المسؤولية الشخصية للفرد، أي تحكمها عوامل ذاتية ، فيكون بذلك ذا ضبط داخلي، و منهم من يرى غير ذلك بإعتقاده أن كل ما يحدث له فيما يتعلق بصحته أو مرضه تتحكم فيه ظروف أقوى منه كالحظ، أو أشخاص ذوي نفوذ كالأطباء و غيرهم، و يكون هنا ذا ضبط خارجي.

و في العنصر الموالي سنحاول إثراء رصيدنا المعرفي حول هذا المفهوم من خلال التطرق إلى مسار تطوره النظري و كيفية قياسه.

7- التطور النظري لمصدر الضبط الصحي وقياسه:

وضع الباحث جوليان روتر (Julian rotter, 1966) تصورا نظريا و عمليا لتفسير الفروق الفردية في الإحساس بالتحكم الذاتي، حيث فرق روتر بين فئتين من الناس وفقا لإدراكهم لمصدر التدعيم أي إدراك الأفراد للعلاقة بين سلوكهم وما يرتبط به من نتائج، فذوي مصدر الضبط الداخلي (Internal Locus Of Control) يعتقدون أن التدعيمات المتعلقة بأفعالهم وتصرفاتهم ترتبط بعوامل داخلية تتعلق بشخصيتهم، أما ذوي الضبط الخارجي (External Locus Of Control) يعتقدون أن ما يحدث لهم من أحداث يرجع أساسا إلى العوامل الخارجية كالحظ و الصدفة أو تأثير الآخرين من ذوي النفوذ (يخلف،2001، ص ص 90-91).

و بذلك أسس روتر (Rotter) مقياس مصدر الضبط الداخلي الخارجي أحادي البعد (Internalité-Externalité)، متكونا من(29) بندا، بهدف إستخدامه لقياس المميزات ثنائية القطب (Bipolaire) للشخصية، بما يساهم في تقييم معتقدات الأفراد و تباينها، و مستوى التعزيز الذي قد يتلقونه، على إعتبار أن كل الأحداث التي تقع في حياتهم يمكن التحكم فيها ذاتيا، أو تقع تحت سيطرة عوامل خارجة عن إطار سيطرتهم (عزوز، 2009، ص28).

و المقياس الذي أعده روتر (Rotter) لمصدر الضبط، استمر تطويره و إستخدامه ضمن مجالات عدة على غرار المجال الصحي، حيث طورت ولستون و زملاؤها (wallston et al, 1976) مقياس مصدر الضبط الصحي أحادي البعد(Unidimensionnel health locus of control) يتكون من (11) بندا يصحح بطريقة ليكرت.

وفي دراستهم الأولى بينت والستون و زملاؤها (Wallston et al) أن مقياس (HLC) يعمل أفضل من مقياس (I/E) لروتر، و ذلك بمدى قدرته على إمكانية التنبؤ بأهمية المعلومات المتعلقة بالصحة، سيما لدى الأشخاص الذين لديهم تقدير مرتفع للتعزيزات المرتبطة بحالتهم الصحية الجيدة (عزوز، 2009، ص28).

و حسب يخلف (2001) فقد تساءلت هان ليفنسون (Hanne levenson) عن ماهية مصدر الضبط كبناء أحادي الاتجاه، فقد توقعت أن المقياس يمكن أن يكون مفهوما أكثر بدراسة القدر و الحظ بعيدا عن الضبط الخارجي لقوى الآخرين، لهذا السبب طورت ليفنسون (Levenson, 1974)النموذج الذي يُطلق عليه إختصارا (IPC).

والذي تم استخدامه لقياس مصدر الاعتقادات المهمة حيث أن:

Internel = I : يعني داخلي.

Powerful others = P : يعني قوى الآخرين (نفوذ الآخرين).

Chance = C: يعني الحظ.

و ربطت كل من "والستون" و "والستون"(1978) نظريتهما (HLC) الأحادية الاتجاه بنظرية ليفنسون(Levenson)، وقاما بإعداد أداة خاصة تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم وتعرف ب(Multidimensional Health locus of control) وتتكون من (18) عبارة متضمنة في ثلاثة أبعاد :

- ✓ **البعد الداخلي لمصدر ضبط الصحة** (Intenel health locus of control):

و يشمل ستة عبارات منها مثلا (- سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي عند إصابتي بالمرض - إذا إعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض.)، و يقيس البعد الداخلي مدى اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن صحته أي أن مصدر صحته داخلي، و يرجع أساسا إلى عوامل داخلية وبالتالي مسؤولية صحته تقع على عاتقه.

- ✓ **بعد ذوي النفوذ لمصدر ضبط الصحة**(Powerful others locus of control):

و يتضمن أيضا ستة عبارات منها على سبيل المثال (المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل طريقة لتجنب المرض) و(لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما)، و يقيس هذا البعد مدى اعتقاد الفرد بأنه غير مسؤول عن صحته أي أن مصدر صحته هو خارجي و يتحكم فيها ذوي النفوذ (Powerful others) من أطباء وأفراد الأسرة وغيرهم.

✓ **بعد الحظ لمصدر ضبط الصحة** (Chance locus of control):

و يتضمن بدوره ستة عبارات منها على سبيل المثال (إذا قدر لي أن أمرض فإن ذلك سيحدث مهما بذلت من جهد) و(معظم الأشياء التي تؤثر على صحتي تحدث لي بجهة المصادفة)، و تعكس هذه العبارات مدى اعتقاد الفرد بأن صحته أو مرضه يحدث بمحض الصدفة أو الحظ أو القدر (يخلف، 2001، ص93).

فعموما يتم قياس مصدر الضبط الصحي بواسطة السلم التقديري متعدد الأبعاد للتحكم الصحي (Hoffart & Martinsen, 1990, pp 346-347)

و بعد ذلك قام ديكسون و زملاؤه (Dixon et al, 1996) ببذل مزيد من الجهود و توصلوا إلى تطوير مقياس لتقييم الضبط الإلهي (God Control) و اعتبروه البعد الرابع في مقياس مصدر الضبط الصحي (عزوز، 2009، ص29).

➢ **ومما سبق** نلاحظ أن مصطلح الضبط الصحي ارتبط نظريا بأعمال جوليان روتر حول التحكم الذاتي، أين أشار لوجود بعدين لمصدر الضبط (ضبط داخلي/ ضبط خارجي)، و بهدف إستخدامه في المجال الصحي فقد عملت ليفنسون (levenson) على تطوير مقياس مصدر الضبط لروتر أحادي البعد (I/E) إلى مقياس ذي ثلاثة أبعاد (IPC)، و هو النموذج الذي تم الإعتماد عليه من طرف والستون (Wallston) في بناء مقياس متعدد الأبعاد لمركز الضبط الصحي (MHLOC)، وابقائه بأبعاده الثلاثة (البعد الداخلي، بعد الحظ وبعد ذوي النفوذ)، وبعدها كللت جهود باحثين آخرين (Dixon et al,1996) بتطوير بعد رابع لمقياس مصدر الضبط الصحي وأطلقوا عليه مصطلح الضبط الإلهي (God Control)، و بعد تتبعنا لمسار و

تطور قياس مفهوم مصدر الضبط الصحي، سيتم التطرق إلى أنماط مصدر الضبط الصحي في العنصر الموالي.

8- أنماط مصدر الضبط الصحي:

انطلاقا من التطبيقات الواسعة لمقياس الضبط الصحي بأبعاده الثلاثة فإنه تم تقسيم الأفراد إلى ثمانية أنماط مختلفة، حيث ترى والستون (wallston & al, 1978) أن الأنماط التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا هي:

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

2- نفوذ الآخرين خالص: درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين و منخفضة على بعدي الداخلي و الحظ.

3- حظ(صدفة) خالص: درجات مرتفعة على بعد الحظ و منخفضة على بعدي الداخلي و نفوذ الآخرين.

4- خارجي مزدوج: درجات مرتفعة على بعدي الحظ و نفوذ الآخرين و منخفضة على البعد الداخلي.

5- الاعتقاد في الضبط: درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين و منخفضة على بعد الحظ.

6- النمط السادس: درجات مرتفعة على بعدي الداخلي الحظ و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين.

7- المجيب بنعم: درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة.

8- المجيب بلا: درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة (قارة، 2015، ص ص 31-32).

9- مصدر الضبط الصحي والمرض العضوي:

ذكر جبالي(2007) أن إياشيس (Eachus,1991) يعتبر متغير مصدر الضبط الصحي كعنصر فعال ضمن عناصر الشخصية، يتدخل كعامل وسيط في إصابة الأفراد بالمرض و في إمكانية التنبؤ بتقبلهم للعلاج الموصوف، كما أنه قد يساهم في التنبؤ بالسلوكات الوقائية من إحتمال الوقوع في المرض، إضافة إلى دوره الفعال في العلاقة العلاجية بين المريض و مقدمي الرعاية الصحية (جبالي، 2007، ص 15).

كما لاحظ بلواضح (2021) أن لمصدر الضبط الصحي دورا بالغ الأهمية في الوقاية أو الإصابة بالمرض العضوي، إذ يميل الأشخاص من ذوي الضبط الصحي الداخلي إلى تبني السلوكات الوقائية التي من شأنها النأي بالفرد عن الإصابة بالعلة المرضية، و بالمقابل يجنح الأفراد من ذوي الضبط الصحي إلى الإعتقاد في تأثير العوامل الخارجية (كالحظ و الصدفة و الآخرين) في حالتهم الصحية(بلواضح، 2021، ص 44).

من جهتها أشارت أحمان (2012) إلى إمكانية إعتبار مصدر الضبط الصحي من أهم عناصر الشخصية تأثيرا في مسألة تقبل العلاج ومتابعته أو رفضه و التخلي عنه، حيث كشفت دراسة (Karen Anderea armstrong, 2007) أن مصدر الضبط الصحي يلعب دورا أساسيا في تقبل المرضى الراشدين للعلاج، إذ تبين أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي يتمتعون في العادة بصحة جيدة، كما أنهم يظهرون أكثر نزوعا لتحصيل المعارف والمعلومات حول المرض، وأشد حرصا على إستقرار الحالة الصحية (أحمان، 2012، ص ص 147-148).

10- مصدر الضبط الصحي والربو:

يختلف شعور المرضى حيال الربو بصورة متباينة اعتمادًا بشكل خاص على التصورات و الإعتقادات التي يحملها كل شخص عن مرضه، فلدى البعض منهم، يمكن للتجربة النفسية أن تأخذ مكانًا مركزيًا و تحدد تطور الربو، و بالتالي، يمكن أن يكون مرض الربو معقدًا بسبب اضطرابات التكيف التي تعيق العلاج (Rolland-Debord et al, 2021, p 721).

وقد أوضحت دوبان و زملاؤها (Dupen et al, 1996) في دراسة أجريت بهدف اختبار صحة مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد، لدى (186) مصابا بالربو، أن أهم ما توصلت إليه الدراسة هو أن مرضى الربو الذين لديهم ضبط خارجي لذوي النفوذ يتمتعون بجودة أفضل في علاقاتهم مع الأطباء و القائمين بالرعاية الصحية، و يميلون أكثر لإتباع التعليمات الطبية و الالتزام بالعلاج، في حين أن المرضى الذين يمتلكون مصدر الضبط لبعد الحظ تنخفض لديهم الثقة في قدرة الأطباء على علاجهم و تحسين حالتهم الصحية، مع تدني ملحوظ في جودة العلاقة طبيب- مريض و هذا ما يترتب عنه ضعف الإلتزامهم الصحي.

كما تجدر الإشارة أيضا إلى أن هذه الدراسة قد ساهمت في التحقق من المصداقية و الاتساق الداخلي لمقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد (Dupen et al, 1996, p 1).

و في دراسة مقارنة لبرينك و زملائه (Brinke et al, 2001) حول الخصائص النفسية لدى مرضى الربو الشديد و مرضى الربو الخفيف، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقيق فيما إذا كان المرضى الذين يعانون من الربو الشديد (الحاد) يختلفون فيما يتعلق ببعض الخصائص النفسية عن أولئك الذين يعانون من الربو الخفيف، و تكونت العينة الإجمالية من (127) فردا منهم (90) يعانون من الربو الشديد، بينهم (74٪) إناث، ومتوسط أعمارهم (46.5) سنة، و(37) فردا يعانون

من الربو الخفيف بينهم (73٪) إناث، و متوسط أعمارهم(39.4) سنة، وقد تمت المقارنة بين المجموعتين من حيث الصحة النفسية العامة، مستوى الشعور بالقلق، أعراض فرط التنفس، مصدر الضبط الصحي و الإلتزام الصحي، و لتحليل البيانات المتحصل بعد تطبيق المقاييس المناسبة فقد تم استخدام التباين (المشترك) (ANCOVA) لتقييم الاختلافات ما بين المجموعات.

و أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل النفسية بين المرضى في المجموعتين، في حين أظهر المرضى الذين يعانون من الربو الشديد ميلهم للضبط الخارجي(بعد الحظ)، كما كانت لديهم ثقة أقل في الأطباء والأدوية مما كان يؤثر سلبا على إلتزامهم بالعلاج الموصوف لهم (Brinke et al, 2001, p 01).

خلاصة الفصل:

ترجع الأصول النظرية لمفهوم مصدر الضبط إلى التصور النظري لجوليان روتر حول مفهوم التحكم الذاتي، و الذي ميز فيه بين شكلين من التحكم أو الضبط، حيث تم إعتبار أن الأفراد ينقسمون إلى صنفين(فئتين) فيما يتعلق بالعوامل المتحكمة في شؤونهم الحياتية، وفي الأحداث التي تقع لهم ، و يشمل الصنف الأول الأشخاص الذين لديهم مصدر ضبط داخلي ، أما الصنف الثاني فيضم الأشخاص الذي يملكون مصدر ضبط خارجي، كما أن هناك عوامل تؤثر في تشكيل أو توجيه مصدر الضبط لدى الأفراد كأسلوب التنشئة الإجتماعية، المستوى الثقافي، الجنس والسن.

و فيما يتعلق بمفهوم مصدر الضبط الصحي فقد تم تناوله في دراسات عديدة في إطار علم النفس الصحي، و هو يشير في الغالب إلى اعتقاد الأفراد حول العوامل المتحكمة في صحتهم، داخلية (ذاتية) أم خارجية (عامل الحظ والصدفة أو تأثير الآخرين الأقوياء كالأطباء، أفراد العائلة وغيرهم)، ويتحدد مصدر الضبط الصحي بثلاثة أبعاد أساسية (البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ).

فمفهوم مصدر الضبط الصحي يتموضع كأحد أهم المقومات المعرفية ضمن عناصر الشخصية التي لها تأثيراتها في توجيه الأفراد لتبني سلوكات صحية معينة دون غيرها، كما أنه من خلال معرفة مصادر التعزيزات التي تؤثر في السلوك الصحي للأفراد يمكن التنبؤ بأنماط السلوكات الصحية لديهم في المستقبل.

الفصل الثالث

الكفاءة الذاتية

تمهيد:

برز مفهوم الكفاءة الذاتية كأحد أهم محفزات السلوك البشري، في إطار نموذج التعلم الإجتماعي لباندورا (Bandura)، وسرعان ما لفت إنتباه الباحثين في علم النفس العام، وعلم النفس الصحي بالخصوص، لأهميته البالغة في تفسير الإتجاهات في أداء المهام والسلوكات المتعلقة بالصحة، من خلال الإعتقاد في القدرات الذاتية، فكلما زادت ثقة الفرد بنفسه كلما كان أقدر على تنفيذ السلوكات الصحية، في حين يفتقد الأفراد الذين تراودهم الشكوك بخصوص قدراتهم الذاتية إلى المحفزات اللازمة لتنفيذ السلوك الصحي، ويمكن لهذا التوصيف أن ينسحب على فئة المصابين بالأمراض المزمنة على غرار مرضى الربو.

و في هذا الفصل سنتناول متغير الكفاءة الذاتية من حيث مفهومه وبعض المفاهيم القريبة منه، تطوره النظري، أهميته، مكوناته، أبعاده، محدداته، مصادره، توقعاته، آثاره، خصائص الأشخاص حسب مستويات الكفاءة الذاتية، الكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض العناصر المرتبطة بالصحة (الحالة الصحية، الحالة الفيسيولوجية، الجهاز المناعي، الأمراض المزمنة ومرض الربو) وأخيرا خلاصة الفصل.

1- مفهوم الكفاءة الذاتية:

تستخدم المراجع المتخصصة مفاهيم توقعات الكفاءة(competencyExpectancies) وتقدير توقعات الكفاءة (Self–Efficiency-assessment)، وتوقعات الكفاءة الذاتية (ExpectanciesSelf –Efficiency) في السياق نفسه، كما أن بعض المراجع تستعمل مرادف آخر للكفاءة الذاتية وهو الفاعلية الذاتية (Self –Efficacy)(الزيات، 2001، ص501).

ويذكر(الفرماوي،1990) أنه يوجد لفظ (Efficacy) ولفظ (Efficiency) في قواميس اللغة بمعان مترادفة وهي الفعالية والكفاءة (ميدون،2014، ص12).

وفي الدراسة الحالية يتبنى الباحث مصطلح الكفاءة الذاتية المرادف في اللغة الأجنبية لمصطلح (Self- Efficacy)، والذي أخذ به العديد من الباحثين أمثال : سامر رضوان جميل (2010)، بوطبال سعد الدين(2015)، بلحسيني وحدان(2017)، عليوة(2018)، حمادي ومزاور(2021)، وغيرهم.

ولعل إختيار مصطلح الكفاءة دون غيره من المصطلحات مثل (الفعالية، الفاعلية) منبثق من الإعتقاد بأن كلمة "الكفاءة" قد تعبر عن سمة ثابتة نسبيا في شخصية الفرد من خلال توقعاته الذاتية بمدى قدرته على إنجاز مهام معينة ومواقف مختلفة، في حين قد يرتبط مصطلح "الفعالية" أو "الفاعلية" أكثر بالوضعيات الموقفية التي يتصرف ضمن سياقها الفرد.

ويشكل مفهوم الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy) محورا رئيسيا من محاور النظرية المعرفية (Social Cognitive Theory) التي ترى أن لدى الفرد القدرة على ضبط سلوكه نتيجة ما لديه من معتقدات شخصية، فالأفراد لديهم نظام من المعتقدات الذاتية (Self-Beliefs) يمكنهم من التحكم في مشاعرهم و أفكارهم.(العلوان والمحاسنة،2011، ص399)

كما ترتبط الكفاءة الذاتية بالاعتقادات التفاؤلية لدى الفرد، بكونه قادرا على التعامل مع أشكال مختلفة من الضغوط النفسية، فالشخص الذي يؤمن بقدرته على التسبب بحدث معين، يكون قادرا على إدارة مسار حياته التي يحددها بصورة ذاتية وبسلطة أكبر، وأن ذلك يؤدي إلى الإحساس بالسيطرة على البيئة التي تشكل تحديا له، فهي تعكس قوة إيمان الفرد أن باستطاعته تنفيذ سلوكه بنجاح، والإحساس القوي بكفاءة الذات يعزز قوة الشخصية والصحة ويدعم الاتجاه والطموح البشري(غازي ومطر،2010، ص165).

وقدّم باندورا(Bandura, 1994) تعريفا للكفاءة الذاتية على أنها "معتقدات الأشخاص حول قدراتهم على إنتاج مستويات معينة من الأداء تمكنهم من ممارسة التأثير على الأحداث المهمة في حياتهم، وتحدد معتقدات الكفاءة الذاتية كيف يشعر الأفراد، وكيف يفكرون ويحفزون أنفسهم، وكيف يتصرفون، وتنتج هذه المعتقدات تأثيرات متنوعة من خلال أربع عمليات رئيسية، تشمل الجوانب المعرفية، التحفيزية، العاطفية والإختيارية، كما أن الشعور القوي بالكفاءة يعزز الإنجازات البشرية والرفاهية الشخصية من شتى النواحي"(Bandura, 1994, p 72).

ويرى سيرفون وبيك (Cervone& Peak, 1986) أن معتقدات الأشخاص حول الكفاءة الذاتية هي التي تحدد مستوى الدافعية، وينعكس ذلك على المجهود، الذي يبذلونه في أعمالهم، وكذلك على المدة التي يستطيعون من خلالها الصمود في مواجهة العقبات والمشكلات، كما أنه كلما زادت ثقة الفرد في كفاءته الذاتية تزيد مجهوداته، ويزيد إصراره على تخطي ما يقابله من عقبات، فعندما يواجه الفرد بموقف ما و يكون لديه شكوك في مقدرته الذاتية فهذا يقلل من جهوده، مما يؤثر على محاولة حل المشكلات بطريقة ناجحة (المصري،2011، ص45).

كما ذهب بوفاروبوشار (Bouffard, Bouchard,1989)إلى أن مصطلح الكفاءة الذاتية يشير إلى قدرة الفرد على تنفيذ الأعمال المطلوبة للتعامل مع المواقف المتوقعة وقياس مدى جودة أداء الفرد في مواقف معينة .

وأما الشعراوي (2000)(نقلا عن قريشي، 2011) فيرى أنها "تعني مجموعة من الأحكام الصادرة عن الفرد، والتي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكات معينة، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة، وتحدي الصعاب، و مدى مثابرته للإنجاز، ويتضمن هذا المفهوم الأبعاد التي أظهرها التحليل العاملي و هي الثقة بالنفس، المقدرة على التحكم في ضغوط الحياة، تجنب المواقف التقليدية، الصمود أمام خبرات الفشل والمثابرة للإنجاز "(قريشي،2011، ص93).

وذكرت ميدون (2014) أن دونوفان ليفي (Donovan Leavih ,1990) يُعرّف الكفاءة الذاتية على أنها "الإحساس بقدرة الفرد على الإنتاج وتنظيم الأحداث في حياته، وهذا يساعد على فهم نمو المهارات لدى الأفراد، وأن الكفاءة الذاتية المنخفضة تخفض العلاقة بين الفرد وذويه وبالتالي تنقص من نمو الأفراد"(ميدون، 2014،ص 13).

وحسب حسين (Hussein et al, 2021) فإن الكفاءة الذاتية تشير إلى التقدير الذي يقوم به الأشخاص حول قدرتهم على التكيف والأداء والإتقان، وعلى وجه التحديد فإن الأفراد الذين يتمتعون بإحساس عال من الكفاءة الذاتية المتصورة فيما يتعلق بمهمة أو هدف معين، يفكرون ويشعرون ويتصرفون بشكل مختلف عن أولئك الذين يعتبرون أنفسهم أقل كفاءة، حيث يميل الأشخاص ذوو الكفاءة المنخفضة إلى التركيز على إخفاقاتهم وشكوكهم حول قدراتهم، مما يعيقهم ويثبط دافعيتهم ومثابرتهم في تحقيق أهدافهم).(Hussein et al, 2021, p 89

من جهته أشار سليمان(2021)إلى أنها" توقعات الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في أي موقف، وهذا يعني أنه عندما تواجه الفرد مشكلة ما أو موقف يتطلب الحل فإنه قبل أن يقوم بسلوك ما، يعزو لنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك في ، وهذا مايشكل الشق الأول من الكفاءة الذاتية، في حين يشكل إدراك هذه القدرة الشق الثاني من الكفاءة الذاتية"(سليمان،2021، ص06).

- **يمكننا القول** أن جل التعريفات السابقة متقاربة من حيث إعتبار مفهوم الكفاءة الذاتية ضمن العناصر المعرفية لشخصية الفرد، التي تشير إلى توقع الفرد بأنه قادر على إنجاز العديد من المهام التي تحقق له النتائج التي يصبو إليها، من خلال معتقداته حول مدى قدرته على التفاعل والتعامل مع المواقف المتجددة والمرتقبة، واعتبار عامل الثقة في النفس هو الأساس في بذل المجهودات لأجل تخطي العقبات وتجاوز المحن، وتحدي الصعاب، فكلما زاد اعتقاد الفرد في قدرته وثقته بنفسه، زاد مجهوده، وكان مستوى أدائه في أعماله مرتفعا، وكلما انخفضت درجة الدافعية لديه كلما انخفضت ثقته بنفسه وبالتالي نقص مستوى أدائه، ويمكننا بيان هذا المفهوم بصورة أوضح من خلال التطرق إلى بعض المفاهيم القريبة منه في العنصر الموالي.

2- الكفاءة الذاتية وبعض المفاهيم القريبة:

هناك العديد من المفاهيم التي لها صلة بشكل أو بآخر بالكفاءة الذاتية نذكر منها:

2-1-الكفاءة الذاتية ومفهوم الذات:

يستخدم مصطلح الذات في علم النفس بمعنيين : فهي من ناحية تمثل اتجاهات الشخص ومشاعره عن نفسه، (الذات كفاعل)، وتعبر من جهة أخرى على مجموع العمليات السلوكية التي تحكم السلوك و التوافق (الذات كموضوع) (إبراهيم، 1996، ص200).

يُعرف ذيب (2010) مفهوم الذات على أنه الفكرة الكلية التي كونها الفرد عن نفسه من خلال نظرته إلى قدراته وإمكانياته المختلفة وإدراكه لنظرة الآخرين إلى هذه القدرات والإمكانيات (ذيب، 2010، ص 70).

ويختلف مفهوم الكفاءة الذاتية (self –efficacy) عن مفهوم الذات (self –concept) حيث تشير الكفاءة الذاتية إلى تقييم الفرد لكفاءته أو قدرته على أداء مهمة خاصة في سياق محدد، بينما مفهوم الذات يعتبر أكثر عمومية وأقل تأثرا بالسياق، ويشمل تقييم هذه السلوك الكفاية والإحساس بالجدارة الذاتية المرتبطة بها.

كما يعتمد مفهوم الذات على معايير البيئة الثقافية الاجتماعية، في حين ليس لمفهوم الكفاءة الذاتية انعكاسات ثقافية، ويستفسر عن معتقدات الكفاءة الذاتية في العادة بسؤال هل أستطيع؟ والإجابة تحدد مدى الثقة بالنفس في انجاز مهمة معينة، بينما مفهوم الذات يطرح أسئلة حول الكينونة والشعور، والإجابة تكشف عن درجة الايجابية والسلبية التي ينظر بها الفرد لنفسه بشكل أو بآخر(حسونة، 2009، ص 127).

2- 2-الكفاءة الذاتية ومفهوم تقدير الذات :

ذكرت ميدون (2014) أن عبد القادر(2003) يعتبر مفهوم تقدير الذات يرتكز حول أحكام الفرد على قيمته، بينما مفهوم الكفاءة الذاتية يعني اعتقاد الفرد في قدرته على انجاز الفعل في المستقبل، وأن تقدير الذات يعنى بالجوانب الوجدانية والمعرفية معا، أما مفهوم الكفاءة الذاتية فهي غالبا معرفية.

وتضيف ميدون (2014)إن تقدير الذات والكفاءة الذاتية بعدان هامان لمفهوم الذات، لأنهما يساهمان في صياغة مفهوم الفرد عن نفسه، وأيضا يؤثر كل منهما على الآخر، فالأفراد الذين يدركون على أنهم ذو قيمة ومؤثرين وناجحين (تقدير ذات مرتفع) بشكل عام سوف يتنبأ

لهم باحتمالات النجاح في المهام، حيث أن هذه الاحتمالات تكون مرتفعة (كفاءة ذات مرتفعة) عن أولئك الذين يرون أنفسهم أقل كفاءة وتأثيرا أو نجاحا وقيمة (تقدير ذات إجمالي منخفض) (ميدون ، 2014، ص15).

2- 3-الكفاءة الذاتية ومفهوم توقعات النتائج:

أشار حجات (2009) إلى تعريف باندورا (Bandura, 1997)لمفهوم توقعات النتائج (Qutcome Expectations) بأنه اعتقادات الفرد المتعلقة بإمكانية أن تقود سلوكاته إلى النتيجة المتوقعة، وهو مفهوم مشابه لمفهوم الكفاءة الذاتية، ولكنه لا يتطابق معه، على سبيل المثال فالطالب الذي لديه فاعلية ذاتية مرتفعة فإنه يعتقد بإمكانياته في تعلم الرياضيات، ولكنه لا يتوقع الحصول على نتائج جيدة بسبب علاقته بمدرس المادة (حجات، 2009، ص84).

3- التطور النظري لمفهوم الكفاءة الذاتية:

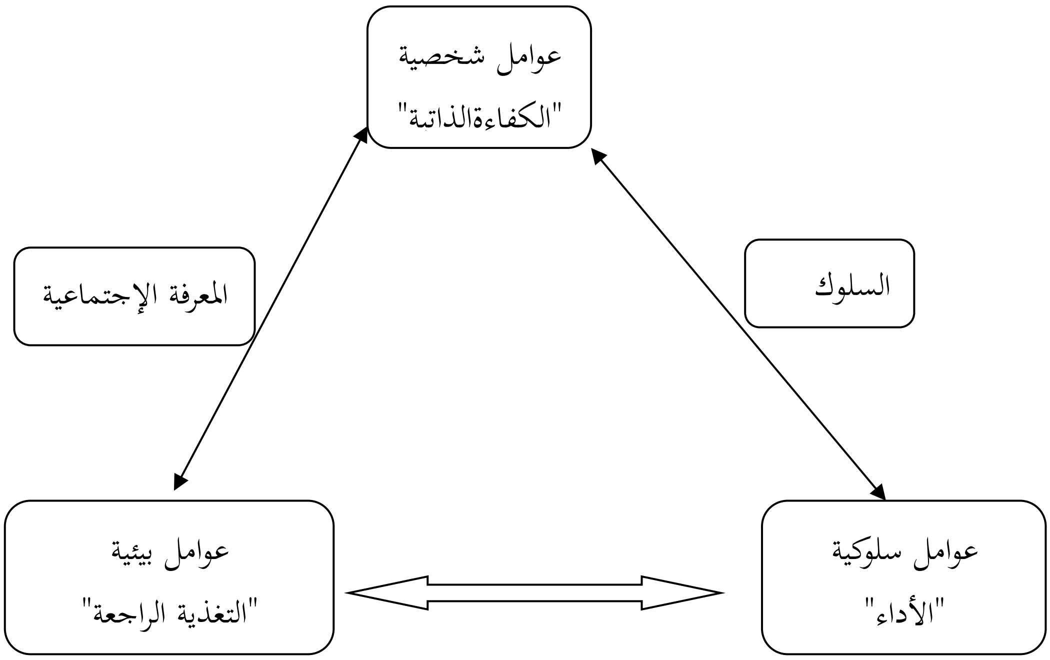
طرح باندورا(Bandura) نظرية متكاملة للكفاءة الذاتية بالإستناد إلى أسس النظرية المعرفية الاجتماعية، التي عمل عليها لعدة سنوات موضحا أنها تشكل تتويجا لجهوده في الأبحاث السيكولوجية، وقد عبّر عن الكفاءة الذاتية بأنها قوة بالغة الأهمية يمكن من خلالها تفسير الدوافع الكامنة وراء إدارك الّأفراد في مختلف المجالات، كما أن إدراك الكفاءة الذاتية لدى الفرد يسهم في فهم وتقييم المرونة التي يتمتع بها في أداء السلوكات المختلفة من خلال القدرة على إيجاد الخيارات المختلفة وإحداث التغييرات المناسبة، كالقدرة على تسيير الضغوط الإنفعالية، وضبط النفس، والقدرة على الإنجاز، ورفع مستوى الطموحات والإهتمامات الخاصة على غرارا الإختيارات المهنية.

وذكر أبوغالي(2012) أن باندورا قد إفترض مبدأ الحتمية المتبادلة، وقدّم تفسيرا لطرح ذلك المبدأ على إعتبار أن سلوك الفرد والبيئة والعوامل الاجتماعية تتداخل وتتفاعل بشكل أساسي ،

فالسلوك الإنساني- حسب ما يقدمه هذا النموذج- يتحدد بصورة تبادلية عن طريق تفاعل ثلاث مؤثرات أو عوامل و هي :

- العوامل الذاتية (Subjective factors).
- العوامل السلوكية (Behavioralfactors).
- العوامل البيئية (Environmentalfactors)(أبوغالي، 2012، ص 620).

ويمكن توضيح طريقة تفاعل هذه العوامل في الشكل التالي(نقلا عن المصري، 2011):



شكل رقم (7) : مبدأ الحتمية المتبادلة (المصري،2011، ص 47).

وحسب هذا النموذج فيرى زيمرمان(Zimmerman, 1989) أن الفرد بحاجة إلى تفاعل مجموعة من العوامل الشخصية، السلوكية والبيئية، بحيث تشير العوامل الشخصية إلى معتقدات الفرد بشأن قدراته، إمكانياته، ميوله وإتجاهاته، في حين تتضمن العوامل السلوكية مجموعة الاستجابات الصادرة عن الفرد في موقف معين، أما العوامل البيئية فتحددها سلوكات الأشخاص (ذوي القوة والنفوذ)

المحيطين بالفرد، ومنهم الأباء والأمهات، المربون، جماعة الرفاق و الأصدقاء وغيرهم). Zimmerman, 1989,p 330)

- **ونلاحظ** من خلال نموذج الحتمية التبادلية أن السلوك الإنساني يتحدد بتفاعل العوامل الشخصية (كفاءة الذات والأداء) والعوامل البيئية (التغذية الراجعة) مع بعضها البعض بطريقة متبادلة.

ويفترض باندورا أن الناس قادرون على تنظيم ذواتهم، وأنهم مُشكّلون فاعلون لبيئاتهم بدلا من كونهم مجرد أشخاص ذوي ردود أفعال سلبية تجاه بيئاتهم (الجيزاني، 2012، ص 112).

وبالإضافة إلى مبدأ الحتمية المتبادلة المشار إليه، فإننا نذكر مجموعة الافتراضات التي قامت عليها النظرية المعرفية الاجتماعية (نقلا عن الزيدان، 2014):

- ✓ إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي، كالتنبؤ أو التوقع وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز.
- ✓ يمتلك الأفراد القدرة على عمل الرموز التي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال والاختبار الفرضي لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج والاتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.
- ✓ يمتلك الأفراد القدرة على التأثير الذاتي، والقدرة على تحليل وتقييم الأفكار والخبرات الذاتية وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار و السلوك.
- ✓ يتعلم الأفراد عن طريق المحاولة والخطأ ويسمح ذلك باكتساب سريع للمهارات المتعذر اكتسابها عن طريق الممارسة.
- ✓ يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم وعن طريق اختيار أو تفسير الظروف البيئية المؤثرة على السلوك ويضعون معايير شخصية لسلوكهم يقيمون على أساسها هذا السلوك، وبالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك .

- ✓ إن كل من القدرات المذكورة سابقا (القدرة على الرموز، والتفكير المستقبلي، والتأمل الذاتي والتنظيم الذاتي، والتعلم بالملاحظة) هي نتيجة لعملية تطور الميكانيزمات والبنية النفسية العصبية المعقدة، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك وتزويده بالمرونة اللازمة للتجسيد(الزيدان، 2014، ص ص 22-23).

4-أهمية الكفاءة الذاتية:

ترى لموفق(2018) أن مفهوم الكفاءة الذاتية قد أخذ في السنوات الأخيرة مكانة أساسية في علم النفس الصحي،لأهمية الدور الذي يقوم به في إستثارة دافعية الفرد للقيام بسلوكات مختلفة، مثل الميل إلى تنفيذ سلوك صحي معين(لموفق، 2018، ص 150).

وحسب بوقصارة وزياد(2015) فإن أهمية توقعات الكفاءة الذاتية تبرز خاصة بالنسبة للممارسة في المجالات التربوية، العيادية والصحية لأنها تؤثر على الكيفية التي يشعر ويعتقد ويفكر بها الأفراد، فإن كانت درجتها منخفضة مثلا، فهي ترتبط على المستوى الانفعالي بصورة سلبية مع مشاعرالقلق والاكتئاب والقيمة الذاتية المنخفضة، وعلى المستوى المعرفي ترتبط مع الميول التشاؤمية ومع التقليل من قيمة الذات (بوقصارة وزياد، 2015، ص 25).

ويعتبر ماديكس (Maddux, 2018) الكفاءة الذاتية ضمن أهم ميكانيزمات الشخصية، التي تؤدي دورا واضحا في تحفيز دافعية الفرد لتنفيذ أي سلوك، حيث أن الإعتقاد الراسخ لدى الشخص بارتفاع كفاءته الذاتية في ميدان يراه مهما بالنسبة له، يكون له تأثير في تشكُّل تصوُّر إيجابي حول ذاته، في حين تنعكس الصورة في حالة الإعتقاد بانخفاض الكفاءة الذاتية، كما أشارت إليه كثير من الدراسات(Maddux,2018, p 3).

ويرى هازلين و كليهي (Heslin & Klehe, 2006) أن الكفاءة الذاتية تُمثل بالنسبة للأفراد، محددا قويا لجهودهم ومثابرتهم، كما أنها تساهم في وضع الإستراتيجيات لتدريب الأفراد لاحقا وتقييم أدائهم الوظيفي، وذلك لإمكانياتها التنبؤية بشكل كبير، كما يمكن تعزيز أداء الفرد من خلال تطوير كفاءته الذاتية(Heslin & Klehe, 2006, p706).

كما تجدر الإشارة إلى أن الفرد الذي لديه إحساس قوي بالكفاءة الذاتية يركز اهتمامه عند مواجهة المشكلة على تحليلها بغية الوصول إلى الحل المناسب، أما إذا تولد لديه شك بكفاءته الذاتية فسوف يتجه تفكيره نحو الداخل بعيدا عن مواجهة المشكلة، فيركز على جوانب الضعف وعدم الكفاءة وتوقع الفشل (أبو غزال و علاونة، 2010، ص289).

ويشير الشجيري (2019) إلى أن كفاءة الفرد تسهم باعتبارها وسيطا معرفيا للسلوك في تحديد أشكال ودرجات الجهد المبذول من طرف الفرد، كما تسهم في كيفية اداركه للمهام التي يمكن ان يقوم بها، وفي القدرة على اتخاذ القرار بالإقدام نحو أدائها أو الامتناع عن ذلك، كما تؤثر المعتقدات في كفاءة الذات على عمليات الذكاء والتفكير، حيث أن الأفراد الذين يمتلكون شعورا قويا بالكفاءة الذاتية يركزون اهتمامهم على تحليل المشكلة من جميع جوانبها، وكيفية إيجاد الحل المناسب لها(الشجيري، 2019، ص622).

- **ومما سبق** يمكننا ملاحظة مدى أهمية الكفاءة الذاتية كعامل وسيط في أداء السلوكات المختلفة، والتعامل مع المواقف التي يتواجد الفرد ضمن سياقها،فاعتقادات الفرد حول قدراته وإمكانياته تلعب دورا هاما في تنفيذ المهام في الوضعيات المختلفة، والقدرة على توظيف عمليات التوقع الجيد، التفكير، وإتخاذ القرارات المناسبة يمكن أن تنبئ باتجاه سلوك الفرد نحو تحقيق أهدافه وتطلعاته، في حين يرتبط الشعور بالإحباط وضعف العزيمة بسوء تقدير الذات، فيمكن من خلال تحديد مستوى

الكفاءة الذاتية لدى الأفراد، فهم وتحليل ميولاتهم لأداء سلوكات دون غيرها، ويمكن أن تتوضح أكثر أهمية الكفاءة الذاتية ببيان التنظيم المكون لهذا المفهوم، وهذا ما سنتطرق إيه في العنصر الموالي.

5-مكونات الكفاءة الذاتية:

أشارالزيات (2001) إلى أن الكفاءة الذاتية هي مجموعة متمايزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة لتنتج مجموعة من الوظائف المتعلقة بالعناصر التالية:

- ✓ الضبط الذاتي لعمليات التفكير (Self regulation of throughtprocesse).
- ✓ الدافعية (Motivation).
- ✓ الحالات الانفعالية و الفسيولوجية (Affective and Physiological States)

كما أن الكفاءة الذاتية تتميزبأنها ذات قابلية عامة أو معممة تقوم على ما يعتقد الفرد أنه يملكه أو يمكنه عمله،وليس ما لا يملكه أو يقوم به بالفعل تحت مختلف الظروف و السياقات، كما أنها ذات طبيعة متعددة الأبعاد، فهي من حيث المجال تشمل(البعد العام، البعد الاجتماعي والبعد الأكاديمي)، ومن حيث الدرجة تختلف باختلاف كل منمستوى الكفاءة، درجة العمومية، والقوة أو الشدة (الزيات،2011، ص 508).

- ➢ **ويمكن القول** أن مكونات الكفاءة الذاتية تتمثل أساسا في العمليات المعرفية (مثل التفكير، التحكم الذاتي، المعتقدات وغيرها) إضافة إلى الجانب الوجداني الإنفعالي، غير أنها متعددة الإتجاهات أو الأبعاد التي تم حصرها من طرف باندورا في ثلاثة أبعاد أساسية نوردها في العنصر الموالي.

6- أبعاد الكفاءة الذاتية:

على العموم حدّد باندورا (1977) ثلاثة أبعاد، يمكن أن تؤثر في الكفاءة الذاتية لدى الأفراد كلا على حدى وهي:

1-6- قدر الكفاءة(Magnitude) :

ويرى باندورا (Bandura, 1977) أن قدر الكفاءة يختلف تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف الذي يواجهه الفرد، ويتضح قدر الكفاءة بصورة أكبر عندما تكون المهام مرتبة وفقا لمستوى الصعوبة والاختلافات الموجودة بين الأفراد في توقعات الكفاءة، ويمكن تحديده وفقا لمهام بسيطة و متشابهة، أو بمهام متوسطة الصعوبة، ولكنها مع ذلك تتطلب مستوى أداء عاليا وشاقا في معظم المواقف والأوقات(Bandura,1977, p194).

وذكر الشمري (2015) أن باندورا (Bandura) في هذا الصدد يشير إلى أن طبيعة التحديات التي تواجه الكفاءة الذاتية يمكن الحكم عليها بمختلف الكيفيات كمستوى الإتقان، بذل الجهد، الدقة، الإنتاجية، والتنظيم الذاتي المطلوب، فمن خلال هذا الأخير (التنظيم الذاتي) فإن المسألةلا تتعلق بما يمكن أن ينجزه الفرد من مهام معينة بطريقة عفوية أو بمحض الصفة بعيدا عن التحكم الذاتي ، ولكن بما لديه من توقعات الكفاءة لينجز المهمة بنفسه وبكيفية منظمة، من خلال مواجهة مختلف حالات الإمتناع عن الأداء(الشمري، 2015، ص 34).

2-6- العمومية (Generality)**:** ويشير هذا البعد إلى إمكانية انتقال الكفاءة الذاتية من موقف معين ما إلى مواقف مماثلة، فقدرة الفرد على تنفيذ مهمة محددة بنجاح تمكنه من النجاح في إنجاز أعمال ومهام مشابهة.

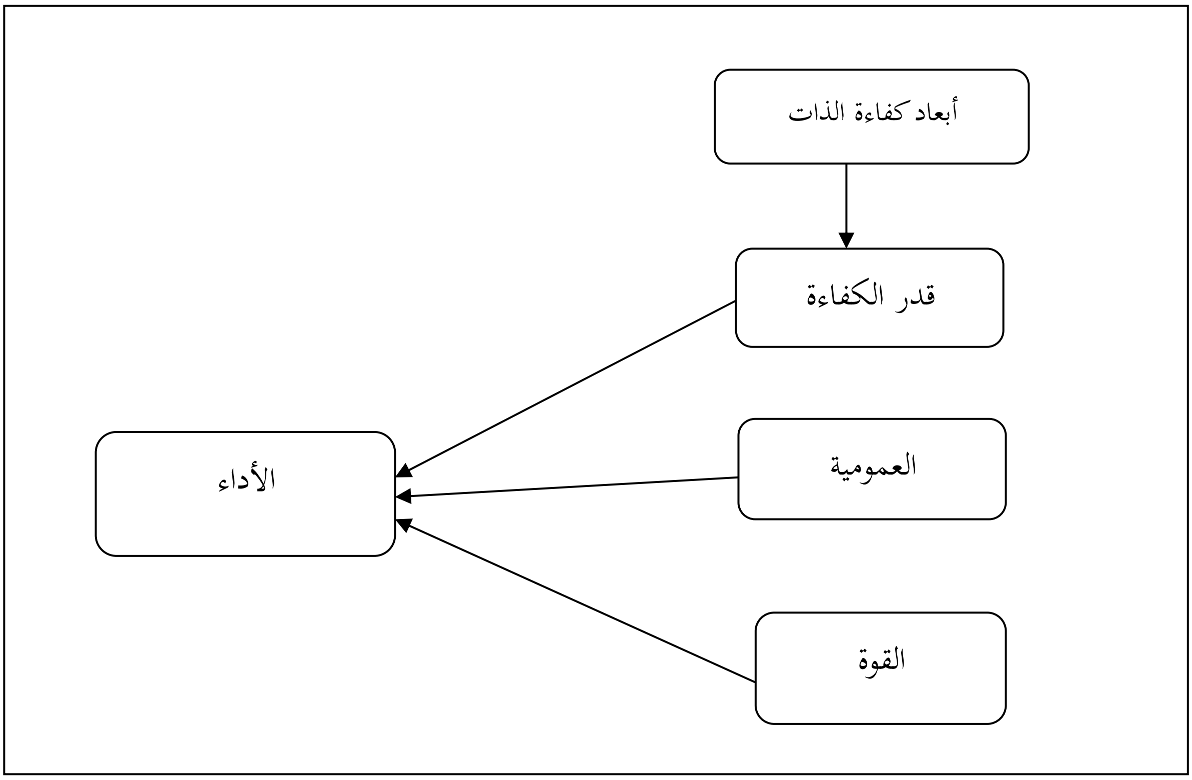
وفي هذا السياق يعتبر باندورا (Bandura) أن العمومية تتجدد بتعدد الأنشطة مقارنة بالمجالات المحددة و أنها تختلف باختلاف مجموعة من الأبعاد كدرجة تشابه الأنشطة، طرق التعبير عن الإمكانيات و القدرات السلوكية المعرفية و الوجدانية، و من خلال التفسيرات الوصفية للمواقف(رزقي، 2012، ص 34).

3-6- القوة أو الشدة (Strength): بخصوص هذا البعد فيرى باندورا (Bandura ,1977) أن الشدة أو القوة تتحدد ضمن خبرة الشخص ومدى مناسبتها للموقف، وأن الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة بالكفاءة الذاتية يمكنه المواظبة والمثابرة في الأداء، وبذل جهد أكبر في مواجهة الخبرات الصعبة (Bandura A,1977, p194).

كما يشير هذا البعد إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، كما يمكن أن يتدرج بعد القوة أو الشدة على مدى متصل ما بين مستوى قوي جدا إلى مستوى ضعيف جدا (الزيات، 2001، ص510).

كما يؤكد باندورا في هذا الصدد أن قوة الشعور بالكفاءة الذاتية تعبر عن المثابرة العالية و القدرة المرتفعة، التي تمكّن الفرد من اختيار الأنشطة التي سوف تؤدى بنجاح، كما يذكر أيضا أنه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم خلال فترات زمنية محددة (الشمري، 2015، ص 35).

و يمكن توضيح أبعاد الكفاءة الذاتية في الشكل التالي(نقلا عن المصري، 2011):



شكل رقم (8): أبعاد الكفاءة الذاتية حسب باندورا (المصري، 2011، ص 49).

- ومن خلال الشكل السابق يمكننا ملاحظة ما يلي:

- تتغير الكفاءة الذاتية حسب باندورا وفقا لثلاثة أبعاد هي: قدر الفاعلية، العمومية والقوة.
- مستوى أداء الفرد يرتبط بطبيعة الموقف ويختلف باختلافه غير أن قدر الكفاءة الشخصية يبدو أكثر وضوحا في مواجهة المواقف و العقبات الصعبة، أين يتطلب حدا أعلى من الثقة في النفس ومن التنظيم الذاتي، بحيث لا تبقى ضمن خيارات الفرد فكرة العدول عن الأداء.
- يعمد الأفراد إلى تعميم شعورهم أو اعتقادهم بالكفاءة الذاتية خلال مواجهة المواقف المتشابهة، وهذا التعميم مرتبط أكثر بالأنشطة المتعددة، ويختلف تبعا لتشابه الأنشطة و للتفسيرات المعطاة للمواقف وكذلك حسب خصائص الأفراد المرتبطة بالأداء المنجز.

- أن شدة الكفاءة الذاتية تتعلق بمدى اعتقاد الفرد وإيمانه بقدراته على انجاز المهام بنجاح مستغلا ما اكتسبه من خبرات سابقة، في اختيار الأنشطة الناجحة.

7- محددات الكفاءة الذاتية :

ذكر (حجات، 2009) أن باندورا (Bandura ,1986) قد أشار إلى عدد من العوامل التي تعتبر محددات للكفاءة الذاتية، ولها أثرها الفعال على دافعية السلوك لدى الفرد وهي:

7-1-الاختيار(Choice):حيث يقوم الأفراد باختيار الأنشطة و البيئة التي سيعملون بها أو من خلالها، فهم يختارون الأنشطة التي يستطيعون التكيف معها ومعالجتها بنجاح، وتجنب الأنشطة التي تفوق قدراتهم ولا يستطيعون التكيف معها.

7-2- الجهد و المثابرة (Effort and persistence):إذ أن الكفاءة الذاتية القوية والعالية والايجابية تنتج جهدا مثابرا يؤدي إلى تخطي الصعوبات والمشاكل والقيام بالعمل بحماس والنجاح فيه، وبالمقابل فالكفاءة الذاتية المتدنية والشك وسوء تقدير الذات وعدم الثقة في النفس، كل ذلك يؤدي إلى التقاعس عن العمل والاستسلام وعدم المواجهة.

7-3-التفكير وإتخاذ القرار(Thinkingand decisionmaking): إن الأفراد الذين لديهم إيمان بكفاءتهم في حل المشكلات، يكون لديهم القدرة على التفكير واتخاذ القرار عند إنجاز المهمات المعقدة، عكس الأفراد الذين لديهم شك وعدم الثقة بكفاءتهم عند حل المشاكل ، بحيث يكون نمط تفكيرهم سطحيا، ولا تكون لديهم القدرة على اتخاذ القرار المناسب عند مواجهة المشاكل، وتدني تفكيرهم عند أداء العمل.

7-4-ردود الفعل العاطفية (Emotionalreaction): حيث أن الأفراد الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة يركزون في تفكيرهم على متطلبات وتحديات المهمة، ويتجاوبون معها، بأداء حماسي ومتفائل،

وبالمقابل فإن الأفراد الذين يعانون من الشعور بعدم الكفاءة الذاتية وعدم الثقة بالنفس يشعرون بالقلق والإحباط وتوقع الفشل والشعور بالنقص والتشاؤم و عدم القيام بالمهمات أو الأنشطة المختلفة(حجات، 2009، ص ص83-84).

- **من خلال ما سبق** يمكننا القول أن الشعور بالكفاءة الذاتية لدى الأفراد، وتوظيفها كعامل وسيط في أداء المهمات المختلفة، يتشكل وفق تأثيرات لعناصر معينة، انطلاقا من إختيار نوع المهمة أو طبيعة الأداء في حد ذاتها، بما يتناسب والقدرة الذاتية على الإنجاز أو التنفيذ، إذ يؤدي قدر الكفاءة المرتفع إلى زيادة الجهد والمثابرة لتخطي العقبات وتذليل الصعاب، ويتيح المرونة في إتخاذ القرارات والتعامل مع المعضلات والتحكم فيها، مع تعزيز حالة الشعور بالكفاءة في تنفيذ المهمات بشحنة انفعالية إيجابية، وفي المقابل فالفرد الذي يشعر بانخفاض كفاءته الذاتية يفتقد لهذه الخصائص الإيجابية في حياته، وينتهي به المطاف إلى الفشل في أداء المهمات المختلفة.

وإذا كانت الكفاءة الذاتية مرتبطة بجملة من المحددات التي تتأثر بها، فهناك عدة مصادر يتشكل من خلالها الشعور بالكفاءة الذاتية لدى الأفراد، نتطرق إليها في العنصر الموالي.

8- مصادر الكفاءة الذاتية:

هناك مصادر تسمح بتكوين الكفاءة الذاتية و تعديلها (Mailys Rondier, 2004, p476)

وحسب (مفتاح عبد العزيز، 2010) فيرى باندورا (Bandura,1986) أنه توجد أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الكفاءة وهي :

8-1- الإنجازات الأدائية (Masteryexperiences):وتعد أهم مصدر للمعلومات حول الكفاءة الذاتية، حيث تشكل محاولات الإنسان للأداء الجيد والتفوق الأساس الذي سيبني وينمي كفاءته الذاتية، وعليه فإن تكرار الأداء الناجح في نشاط معين ينمي إحساس الفرد بالفاعلية الذاتية ويزيد من قدرته

وثقته على ممارسة وأداء السلوك المناسب و الملائم، بينما إحباطه وإخفاقه في ممارسة السلوك يصاحبه الشعور باليأس والتشاؤم، والإحساس بالعجز وانعدام الثقة في الذات، وفي مجال الصحة السلوكية، يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالكفاءة من خلال نشاط معين حيث يميلون إلى الشعور بالإحساس بالكفاءة بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منتظمة و لوقت معين، والأشخاص الذين يحافظون مثلا على وزن عادي أو سليم لهم القدرة على امتلاك شعور أو إحساس قوي بالكفاءة نظرا لقدرتهم على ممارسة السلوكات و العادات الغذائية السليمة بإستمرار، وبالتالي تعتبر الانجازات الأدائية أهم مصدر للمعلومات ذات صلة بالكفاءة، لأنها تنبع من خبرات الفرد الحقيقية و ممارساته الأدائية الناجحة و هي بذلك تعد من أهم العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص ص 162-163).

2-8- النمذجة (Modeling): وتشيرإلى الخبرات البديلة أو غير المباشرة المبنية على التعلم الذي بدوره يستند على ظاهرة المقارنات الاجتماعية أو بعبارة أخرى على ملاحظة الأشخاص الآخرين وتقييم تصرفاتهم(Mailys Rondier, 2004, p475).

وحسب يخلف(2001)فعادةً ما يميل الفرد إلى ملاحظة الآخرين لكي يستفيد من خبراتهم، لأن ملاحظة الآخرين و تقليدهم و خاصة النماذج الايجابية منهم يعلم الفرد مهارات مفيدة وينقل إليه الإحساس بالكفاءة على أنه قادر على تحقيق ممارسات ناجحة مثلهم، و هكذا فحسب مبدأ النمذجة فإن الناس يعرفون قدراتهم من خلال مقارنتهم بغيرهم من الناس وأن نجاح الآخرين وخبراتهم تعتبر كلها مصدر تنمية للكفاءة الذاتية فعلى سبيل المثال قد يشعر شخص ما بإحساس متزايد بكفاءة الذات فيما يخص قدرته على مزاولة برنامج نشاط معين، على مدى شهور إذا رأى بأن صديقا له يتمتع بإمكانيات مماثلة قد نجح في ذلك، وفي نفس الوقت فإن فشل الآخرين في الأداء قد يقلل من كفاءة الذات بدرجة كبيرة (يخلف،2001، ص 105).

كما يربط باندورا (Bandura) بين اكتساب السلوك عامة و تحمل المسؤوليات الإجتماعية خاصة، ليس عن طريق التعزيز و حسب و إنما عن طريق النمذجة في السلوك و المهمات الإجتماعية، والتعامل مع المواقف المتنوعة(الجيزاني، 2012، ص114).

3-8- الإقناع اللفظي (verbal persuasion):تتأثر الكفاءة الذاتية برسائل الإقناع التي يتلقاها الفرد من بعض الأشخاص الموثوق بقدرتهم على أداء مهمة ما، و هذا يجعلهم يعتقدون أن بإمكانهم التغلب غلى الصعوبات و تحسين مستوى أدائهم(بقيعي وهماش، 2015، ص600).

ويذكر البادي (2014) أن هذا المصدر يشير أيضا إلى عملية التشجيع والتدعيم من طرف الآخرين في بيئة التعلم (المعلمون، الأدباء و الأقران)، حيث يمكن إقناع المتعلم لفظيا بقدراته على النجاح في مهمات خاصة. كما يمكن أن يكون الإقناع اللفظي داخليا، و يأخذ شكلا ما يطلق عليه الحديث الإيجابي مع الذات(البادي، 2014، ص50).

وينبغي عدم الخلط بين الإقناع الفعال والثناء والمديح الزائف، إذ أن كفاءة الذات المستحدثة بهذه الطريقة المفتقرة إلى أساس حقيقي من الخبرات والتجارب تكون أغلب الظن ضعيفة، فالأشخاص المقنعون يجب أن يمارسوا الإقناع من خلال إستثمار إمكانات الفرد الحقيقية في الوقت الذي يضمنون فيه إحراز النجاح المرغوب (غازي و مطر، 2011، ص 170).

وقديكون لهذا المصدر تأثير محدود على معتقدات و أفكار الفرد حول كفاءته الذاتية، غير أنه بتوافر مجموعة من الظروف، يُمكن لهذا المصدر أن يُسهم في زيادة مستوى الكفاءة الذاتية أو التقليل منه، وقد يتجلى ذلك أكثر بإعتقاد الفرد بأن عملية الإقناع والنصائح صادرة عن شخص يمكن الوثوق به، الأمر الذي يعزز لديه الإحساس بالكفاءة الذاتية، مقارنة بما قد يصدر عن شخص غير موثوق (Bandura, A 1997, p 85).

4-8- الحالات الانفعالية أو الاستثارة الانفعالية (Emotional States) :

حسب كل من حمادنة وشرادقة(2014)، فهذا المصدر يشير إلى حالات القلق والضغوط النفسية والاستثارة والإجهاد وما تتركه من أثر في معتقدات كفاءة الذات، و أن الإنسان ذو الكفاية الأعلى، أكثر قدرة على التحكم بها، و تظهر الاستثارة الانفعالية بصفة عامة في المواقف الصعبة، والتي تتطلب مجهودا عاليا، وتعتمد على معلومات الفرد فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية، و تقويم معلوماته فيما يتعلق بالقدرة على انجاز المواقف، وقد اعتاد بعض من الأفراد على تنفيذ أمر معين في الاستثارة الانفعالية، فنجد الفرد الذي يعاني من قلق مرتفع، يغلب أن تكون توقعاته حول الكفاءة الذاتية منخفضة، في حين أن القلق الطبيعي و الواقعي يزيد من توقعات كفاءة الذات ويساهم في رفع مستواها لدى الفرد(حمادنة و شرادقة، 2014، ص ص 187-188).

وفي هذا الصدد تذكر عبيد (2013) أن أكثر الأشخاص يتعلمون الحكم على ذواتهم من خلال تنفيذ عمل معين في ضوء الاستثارة الانفعالية، فخبرات الخوف الشديد أو القلق الحاد يغلب أن تخفض من كفاءة الفرد الذاتية، و ترتبط معلومات الاستثارة بعدة متغيرات هي:

- ✓ **مستوى الاستثارة:** فالاستثارة الانفعالية تتعلق أحيانا بتزايد الأداء.
- ✓ **الدافعية المدركة للاستثارة الانفعالية:** فإذا عرف الفرد أن الخوف أمر واقعي، فيمكن لهذا الخوف أن يرفع فاعلية الشخص، ولكن عندما يكون خوفا مرضيا فإن الاستثارة الانفعالية حينئذ تميل إلى خفض الكفاءة.
- ✓ **طبيعة العمل:** إن الاستثارة الانفعالية قد تُيسّر النجاح للأعمال البسيطة ويغلب أن تعطل الأنشطة المعقدة(عبيد، 2013، ص 52).

9- توقعات الكفاءة الذاتية:

يشير العتيبي(2008) إلى تأكيدات باندورا (Bandura)حول وجود شكلين من التوقعات مرتبطين بنظرية الكفاءة الذاتية ولكل منها تأثيراته الخاصة على السلوك هما:

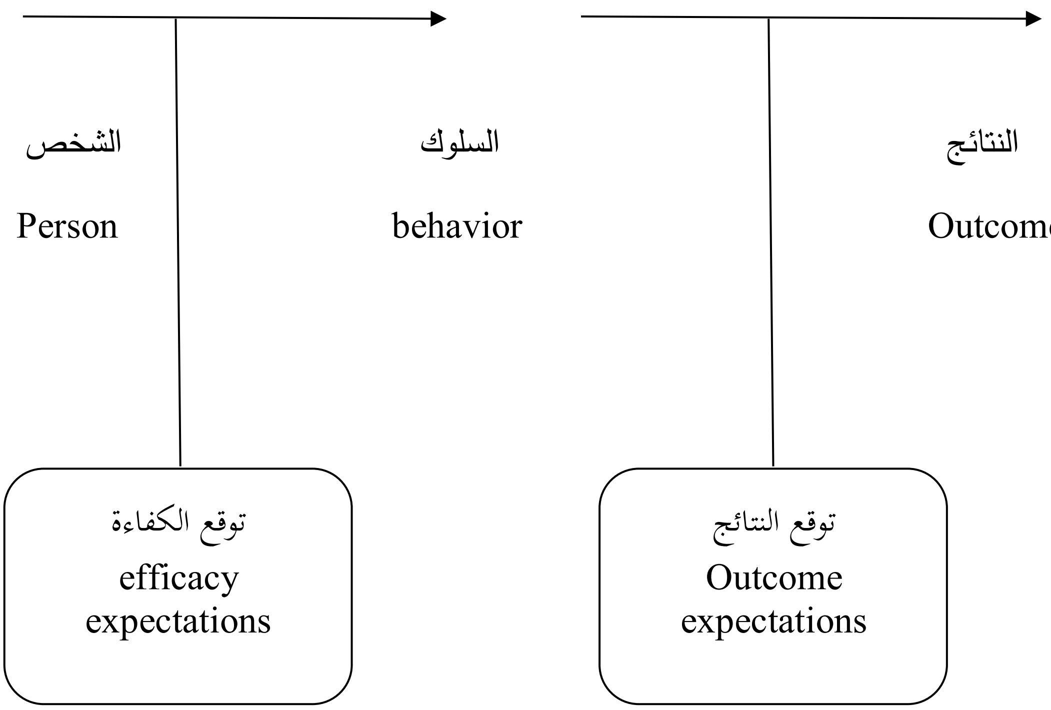
9- 1-التوقعات المرتبطة بكفاءة الذات: و تتعلق بإدراك الفرد بقدرته على القيام بأداء سلوك ما، ويمكن لهذه التوقعات أن تساعد الفرد على تحديد ما إذا كان قادرا على القيام بسلوك معين أم لا، في مهمة معينة، وتُحدد مقدار الجهد المطلوب منه، للقيام بهذا السلوك، وأن يعرف إلى أي حد يمكن أن يتغلب على العوائق الموجودة في هذه المهمة.

9- 2- التوقعات المرتبطة بالنتائج: وتعني الاعتقاد بأن النتائج يمكن أن تحصل من الانخراط في سلوك محدد، وتظهر العلاقة بوضوح بين توقعات النتائج وتحديد السلوك المناسب للقيام بمهمة معينة، في حين أن التوقعات الخاصة بكفاءة الذات تتعلق بشكل واضح بالتنبؤ بأفعال الفرد المستقبلية.

كما قد تأخذ توقعات النتائج ثلاثة أشكال- حيث تعمل التوقعات الايجابية كبواعث في حين تعمل التوقعات السلبية كعوائق- كالتالي:

- ✓ الآثار البدنية الإيجابية و السلبية التي ترافق السلوك: وتتضمن الخبرات الحسية السارة والألم، وعدم الراحة الجسدية .
- ✓ الآثار الاجتماعية الإيجابية والسلبية: فالآثار الايجابية تشمل التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كتغيرات الانتباه، والموافقة والتقدير الاجتماعي والتعويض المادي ومنح الموافقة، والرفض الاجتماعي و النقد، و الحرمان من المزايا و إيقاع العقوبات.
- ✓ ردود الفعل الايجابية والسلبية للتقييم الذاتي لسلوك الفرد: يمكن لتوقع الحصول على التقدير الاجتماعي، الإطراء، االتكريم، التشريف والرضا الشخصي أن يؤدي إلى أداء ناجح وحتى بتفوق،

في حين أن توقع خيبة أمل الآخرين، وفقدان الدعم و نقد الذات يؤدي إلى تقديم مستوى ضعيف من الأداء(العتيبي، 2008، ص ص 26-27).



شكل رقم (9) : العلاقة بين توقعات الكفاءة وتوقعات النتائج(Bandura, 1977, p120).

10- آثار الكفاءة الذاتية:

أشار باندورا Bandura إلى أن كفاءة الذات يظهر تأثيرها جليا من خلال أربع عمليات أساسية يمكن تحديدها على النحو التالي :

10-1 العملية المعرفية:

حسب بوجرادة (2020) فإن التأثير المعرفي للكفاءة الذاتية يأخذ أشكالا عدة، إذ أن الأشخاص الذين يمتلكون شعورا مرتفعا بالكفاءة الذاتية، يسعون إلى تبني رؤية مستقبلية لتطلعاتهم وطموحاتهم، وهذا الأمر يتموضع ضمن إطار السلوك الإنساني الهادف، حيث أن الفرد يمكنه من تعديل أهدافه المستقبلية بناءا على التوقع الذي يدركه حول هذه الأهداف، وتحديد الأهداف يتأثر بتقدير القدرات

الذاتية، وكلما كان إدراك الكفاءة الذاتية قويا، كلما توضحت الأهداف بصورة أدق وصارت قابلة للتجسيد والتحقيق(بوجرادة، 2020، ص230).

وفي هذا الشأن ذكر العتيبي(2008) أن بيري (Berry, 1987)يشير إلى أن زيادة مستوى تعقيد الأداء ترفع من أداء الذاكرة، وبالتالي تساهم معتقدات الفاعلية الذاتية في تحسين أداء الذاكرة عن طريق الأداء، و الأفراد بشكل عام يقيمون قدراتهم عن طريق مقارنة أدائهم بالآخرين و عن طريق التغذية الراجعة(العتيبي، 2008، ص 34)

ويرى ماديكس(Madux , 1995) (نقلا عن قريشي، 2015) أن معتقدات الكفاءة الذاتية تؤثر على العملية المعرفية من خلال العناصر التالية:

- الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم، فالذين يمتلكون كفاءة ذاتية مرتفعة يضعون أهدافا طموحة، ويسعون لتحقيق العديد من الانجازات، بعكس الذين لديهم ضعف في معتقداتهم فيما يتعلق بقدراتهم.
- الخطط والاستراتيجيات التي يضعها الأفراد من أجل تحقيق الأهداف.
- التنبؤ بالسلوك المناسب، والتأثير على الأحداث.
- القدرة على حل المشكلات، فالأفراد ذو الكفاءة المرتفعة أكثر كفاءة في حل المشكلات واتخاذ القرارات المناسبة (قريشي، 2015، ص199).

10-2- العملية الدافعية:

لقد أشار باندورا (Bandura.1993) إلى أن اعتقادات الأفراد بالكفاءة الذات تساهم في تحديد مستوياتهم الدافعية، وهناك ثلاثة أنواع من النظريات المفسرة للدوافع العقلية وهي: "نظرية العزو السببي، نظرية توقع النتائج و نظرية الأهداف المدركة".

وتقوم كفاءة الذات بدور مهم في التأثير على الدوافع العقلية في كل منها:

– فبالنسبة لنظرية العزو السببي: فإنها تقوم على مبدأ أن الأفراد مرتفعي الكفاءة الذاتية يعزون فشلهم إلى الجهد غير الكافي أو إلى الظروف الموقفية غير الملائمة، بينما الأفراد منخفضو الكفاءة يعزون سبب فشلهم إلى انخفاض قدراتهم، فالعزو السببي يؤثر على كل من الدافعية و الأداء و ردود الأفعال الفعالة عن طريق الاعتقاد في الكفاءة الذاتية.

–أما في نظرية توقع النتائج: فيكون تنظيم الدوافع عن طريق توقع أن سلوكا محددا سوف يعطي نتيجة معينة بخصائص معينة، كما هو معروف فهناك الكثير من الخيارات التي توصل إلى النتيجة المرغوبة، و لكن الأشخاص منخفضي الكفاءة لا يستطيعون التوصل إليها ولا يثابرون من أجل تحقيق هدف ما، لأنهم يحكمون على أنفسهم بعدم الكفاءة.

– وفيما يتعلق بنظرية الأهداف المدركة: فتشير الدلالة إلى أن الأهداف الواضحة و المتضمنة تحديات يتم من خلالها تعزيز العملية الدافعية، و تتأثر الأهداف بالتأثير الشخصي أكثر من تأثرها بتنظيم الدوافع و الأفعال(الجاسر 2006، ص ص 37–40).

10–3– العملية الوجدانية:

ويضيف العتيبي (2008)أن اعتقادات الكفاءة الذاتية تؤثر في أشكال الضغوط والإحباطات التي يتعرض لها الأفراد في مواقف التهديد، كما تؤثر أيضا على مستوى الدافعية، حيث أن الأفراد ذوي الشعور المنخفض بالكفاءة الذاتية يكونون أكثر عرضة للقلق، فهم يعتقدون أن المهام تفوق قدراتهم لاعتقادهم بأنه ليس لديهم المقدرة على انجازها، كما أنهم أكثر عرضة للاكتئاب، بسبب طموحاتهم غير المنجزة، و إحساسهم المنخفض بفاعليتهم الاجتماعية و عدم قدرتهم على انجاز الأمور التي تحقق لهم الرضا الشخصي، في حين يتيح إدراك الكفاءة الذاتية المرتفعة القدرة على التحكم في

مستوى الشعور بالقلق و تجنب السلوك الإنسحابي من المهام الصعبة، عن طريق إمكانية التنبؤ بالسلوك المناسب في موقف ما(العتيبي،2008، ص 36).

4-10- عملية اختيار السلوك:

تؤثر الكفاءة الذاتية بدورها على عملية انتقاء السلوك، ومن هنا فإن اختيار الأفراد للأنشطة والأعمال التي يقبلون عليها مرهون بما يتوفر لديهم من اعتقادات ذاتية في قدرتهم على تحقيق النجاح في عمل محدد دون غيره، ويمكن إجمال نتائج الدراسات فيما يختص بالعلاقة بين الكفاءة الذاتية واختيار السلوك على النحو التالي:

- ✓ الأفراد الذين لديهم إحساس بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ينسحبون من المهام الصعبة التي يشعرون أنها تشكل تهديدا شخصيا لهم، حيث يتراخون في بذل الجهد ويستسلمون سريعا عند مواجهة المصاعب.
- ✓ بالمقابل فإن الإحساس المرتفع بالكفاءة الذاتية يعزز الانجاز الشخصي بطرق مختلفة، فالأفراد ذوو الثقة العالية في قدراتهم يعتبرون الصعوبات تحديا يجب التغلب عليه، وليس كتهديد يجب تجنبه، كما أنهم يرفعون ويعززون من جهدهم في مواجهة المصاعب بالإضافة إلى أنهم يتخلصون سريعا من آثار الفشل (حدان، 2015، ص 39).

11- خصائص ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة:

الأفراد الذين لديهم إحساس قوي بالكفاءة الذاتية، يركزون إنتباههم على تحليل المشكلة ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها، وتكون لديهم القدرة على تحدي المهمات ورفض التراجع أو الهروب من المواجهة، كما يتمتعون بالقدرة على تطوير مصادرهم الذاتية في سبيل التأثير على الآخرين، وبالمقابل فإن الأفراد الذين يعتريهم الشك في كفاءتهم الذاتية، يكون لديهم انسحاب إلى الداخل في مواجهة

المهمات أو المواقف الصعبة، بحيث يظهرون الجوانب السلبية كالشعور بالنقص وعدم الكفاءة الشخصية لديهم(مقدادي، 2010، ص 36).

11-1 خصائص ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة:

يشير باندورا (Bandura) إلى أن هناك خصائص عامة يتميز بها ذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة والذين لديهم إيمان قوي في قدراتهم وهي:

- ✓ يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس، و قدر مرتفع من تحمل المسؤولية.
- ✓ لديهم مهارات اجتماعية جيدة و قدرة فائقة على التواصل مع الآخرين.
- ✓ لديهم طاقة إيجابية ويتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة العقبات التي تقابلهم.
- ✓ لديهم مستوى طموح مرتفع، فهم يضعون أهدافا صعبة و يلتزمون بالوصول إليها.
- ✓ يعزون الفشل للجهد غير الكافي ويميزون بالقدرة على التخطيط للمستقبل
- ✓ يتصفون بالتفاؤل و لديهم القدرة على تحمل الضغوط(الزيدان، 2014، ص 34).

11-2 خصائص ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة:

- ✓ يتجنبون قدر الإمكان القيام بالمهام الصعبة.
- ✓ ينشغلون بنقائصهم، و يهوّلون من شأن المهام الموكلة لهم.
- ✓ طموحاتهم منخفضة ويركزون على النتائج الفاشلة.
- ✓ يستسلمون بسرعة ويقعون بسهولة ضحايا للإجهاد والاكتئاب.
- ✓ من الصعب عليهم الإستئناف من جديد عقب وقوعهم في نكسة(الزيدان، 2014، ص 35).

12-الكفاءة الذاتية والحالة الصحية:

أشارت الزروق (2015) إلى أنباندوروا(Bandura, 1988)كان يعتقد ان للشعور بالكفاءة الذاتية تأثيرا إيجابيا على الصحة، وذلك لأنها تعمل على التحكم في السلوك الصحي وتنظيمه، كما تعزز لدى الفرد إحساسه بالقدرة على الحفاظ على صحته والإرتقاء بها من خلال المواظبة على السلوكات الصحية، وقد بينت عديد الدراسات التي أجريت بالإستناد إلى متغير الفعالية الذاتية أن النجاح في تنفيذ السلوكات الوقائية التي ترتقي بالصحة، يرفع من مستوى الشعور بالكفاءة الذاتية، كما يمنح للفرد نوعا من الإتزان الإنفعالي ويجعله أكثر ثقة في قدرته على الضبط والتخلي عن السلوكات الضارة بصحته ، كدراسة (Gritz et al, 1992) عن سلوك التدخين، دراسة (Weinberger et al, 1984) حول خفض الوزن، دراسة (Clark &Ddgé, 1999) عن إدارة المرض(الزروق، 2015، ص30).

13-الكفاءة الذاتية والحالة الفيسيولوجية:

حسب رحاحلية (2010) فيمكن للكفاءة الذاتية أن تنشط عدة عمليات حيوية، تلعب دورا في حدوث حالتي الصحة والمرض، وتبدو تأثيرات للكفاءة الذاتية على الناحية البيولوجية للفرد جلية، سيما عند مواجهة ظروف ملحة وعوامل ضاغطة خلال الحياة اليومية، وقد لا يكون لهذه العوامل الضاغطة أثر حينما يتم التحكم بها، ولكن في حالة عدم القدرة على إدراك إمكانية ضبطها والتحكم فيها، فإن ذلك قد يعرض الجسم لتأثيرات بيولوجية غير مرغوب فيها، خاصة على المستوى العصبي الغدي، حيث تشير عديد الدراسات الوبائية والإرتباطية إلى أن غياب الضبط السلوكي المدرك على الضغوط المحيطية يفاقم هشاشة الجسم، ويجعله عرضة للإصابة بالأمراض البكتيرية و الفيروسية وغيرها(رحاحلية، 2010، ص ص 55-56).

14-الكفاءة الذاتية والجهاز المناعي:

أشارت دراسات عديدة إلى إرتباط الكفاءة الذاتية وإمكانية التحكم في المواقف الضاغطة بمستويات مرتفعة من المناعة تحت تأثير الضغوط النفسية، فإدراك الفرد لكفاءته الشخصية يقلل من حدة الضغوط التي يواجهها، من خلال بناء توقع على مستوى الجهاز العصبي المركزي المتعلق بردود الأفعال المناعية، وقد بينت التجارب المخبرية أن الأشخاص الذين تعرضوا لعوامل ضاغطة مع إدراكهم لإمكانية التحكم فيها والسيطرة عليها، أظهروا تغييرات في مستوى المناعة أقل من أولئك اللذين واجهوا مواقف ضاغطة، واعتبروها على أنها خارج نطاق سيطرتهم، والنتيجة كانت تعرضهم لأثار سلبية أكثر(تايلور، 2008، ص787).

15- الكفاءة الذاتية وإدارة المرض المزمن:

حسب باندورا (Bandura, 2004) فإن تأثير المرض يختلف بين الحدة و الإزمان، و تعد الإدارة الذاتية للمرض المزمن أحسن مثال لاستخدام نظرية التحكم الذاتي و الكفاءة الذاتية، و ذلك كون النماذج البيوطبية (biomedicalapproaches) معدة و ملائمة بالأخص للتكفل بالأمراض الحادة(Bandura, 2004, p 159).

ويضيف يخلف (2011) أن الأطباء في العادة يطالبون مرضاهم من المصابين بأمراض مزمنة بضرورة تغيير أسلوب حياتهم حتى يتسنى لهم تجنب مضاعفات صحية قد تؤدي بحياتهم، وتشمل التغيرات التي يسعى إلى تحقيقها مرضى الأمراض المزمنة تعلم سلوكيات صحية سليمة جديدة، إضافة إلى تصحيح عادات صحية قائمة، ومع ذلك فان تحقيق تعديلات في العادات الصحية ليس بالأمر السهل، وهكذا جاء دور الكفاءة الذاتية في المساهمة في كيفية التعامل وإدارة المرض،

وفقا لهذه النظرية، فإن تحقيق تلك التغيرات يعتمد إلى حد كبير على معتقدات الكفاءة الذاتية(يخلف،2011، ص ص 114-115).

16- الكفاءة الذاتية والربو:

تعتبر الكفاءة الذاتية مقياسا للثقة في الإدارة الذاتية في سياق الأمراض المزمنة عموما، لذلك إهتمت العديد من الدراسات بتقييم هذا المقياس لدى مرضى الربو.

فقد أظهرت دراسة شيرر و زملائه(Scherer et al, 2001)- وكان الغرض منها البحث في العلاقة المحتملة بين المعرفة، المواقف، الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي، لدى(29) من مرضى الربو الراشدين- وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين المعرفة والمواقف من جهة وبين المعرفة والكفاءة الذاتية من جهة أخرى، بحيث كلما إتسمت مواقف الأفراد(المرضى) بالإيجابية تجاه الربو، زادت معرفتهم به و زادت درجات الكفاءة الذاتية لديهم ، كما سجل الأفراد المصابون بالربو الخفيف درجات أعلى على مقياس الكفاءة الذاتية، كما إرتبطت درجات الكفاءة الذاتية المرتفعة بزيادة مستوى الإلتزام الصحي وكذا بانخفاض عدد حالات الدخول إلى المستشفى(Scherer et al, 2001, p 205).

وفي دراسة لوولش و زملائها (Walsh et al, 2022) بعنوان تأثير الارتجاع البيولوجي (Biofeedback) على الكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو، و كان الغرض منها تثقيف المرضى للتعامل مع مرض الربو المزمن. ولأن نجاح عملية التثقيف الصحي غالبًا ما يكون محدودا بسبب انخفاض الكفاءة الذاتية للمرضى، فقد افترض الباحثون في هذه الدراسة أنه يمكن تعزيز الكفاءة الذاتية للمرضى إذا استند التعليم إلى الارتجاع البيولوجي للإدارة الذاتية الخاصة بهم.

وتكونت عينة الدراسة من (88) مريضا بالربو تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين

(44 مريضا في كل مجموعة)، وتم إخضاعهم لبرنامج تعليمي تثقيفي حول مرض الربو، حيث تم استخدام أسلوب الارتجاع البيولوجي مع المجموعة الأولى وأسلوب الرعاية القياسية مع المجوعة الثانية، وذلك لمدة ثمانية أشهر، وبعدها تم تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية لتحصيل البيانات المتعلقة بالدراسة، وقد أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية بين المرضى لكلا المجموعتين بغض النظر عن الأسلوب المستخدم، و أفادت الدراسة أن تشجيع المرضى على تغيير السلوكيات من خلال التعليم والتواصل معهم يعتبر عاملا جد مهم لتحسين وتعزيز مستويات الكفاءة الذاتية لديهم(Walsh et al, 2022, p 1469).

خلاصة الفصل:

تعتبر الكفاءة الذاتية مفهوما معرفيا منبثقا عن النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا، وتترجم الكفاءة الذاتية الاعتقاد الراسخ لدى الفرد حول قدرته على أداء السلوك المناسب في المواقف المختلفة(وسيما الصعبة منها)، و يختلف أداء السلوك وتتغير كفاءة الأفراد وفقا لأبعاد ثلاثة تتمثل في قدر الكفاءة، العمومية، والقوة (الشدة)، كما أن الكفاءة الذاتية تستند إلى مجموعة موارد تعزز اعتقاد الفرد في قدراته وإمكانياته الذاتية، فالإنجازات الأدائية، النمذجة، الإقناع اللفظي و الاستشارة الانفعالية، كلها عوامل يمكن إعتبارها ضمن المصادر التي تتيح عملية تأصيل الكفاءة الذاتية ، من خلال التأثير على الجوانب المعرفية والإنفعالية للفرد، وإستثارة عملية التفاعل فيما بينها من أجل تحديد كيفية أداء أو تنفيذ السلوكات أو المهمات وفق ما تفرضه السياقات المختلفة، وتتباين مستويات الكفاءة الذاتية من شخص لآخر، فهناك من يتمتع بكفاءة ذاتية عالية و يتميز بقوة إيمانه و ثقته في نفسه، ويُظهر إصرارا كبير التحقيق أهدافه مهما لاقى من صعوبات أو واجه من متاعب و عقبات، في حين أن هناك أشخاصا آخرين يتميزون بكفاءة ذاتية منخفضة، و لا يسعون إلى تحقيق أهدافهم، و يتراجعون مع أول محاولة فاشلة.

فالكفاءة الذاتية تلعب دورا مهما و أساسيا في توجيه سلوكات الأفراد، بما فيها السلوكات المرتبطة بالصحة، وعلى قدر مستوى الكفاءة الذاتية يتحدد الإتجاه إلى تبني السلوكات الصحية، سيما لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة كالربو.

الفصل الرابع

مرض الربو

تمهيد:

يعتبر مرض الربو من أبرز مشاكل الصحة العمومية التي لا تقتصر على البلدان ذات الدخل المرتفع، بل في الواقع ينتشر هذا المرض في جميع أنحاء العالم بغض النظر عن مستوى التطور، وتحدث أكثر من (80٪) من حالات الوفيات بالربو في البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط على غرار الجزائر.

و حتى وقتنا الحاضر فإن الأسباب الأساسية لداء الربو ليست معروفة جيدا، ومع ذلك، فيعتقد الباحثون أن مجموعة من التفاعلات بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية قد تلعب دورًا مهمًا في نشأة و تطور هذا المرض المزمن، و رغم وجود العديد من الإرشادات والتوجيهات بخصوص علاج الربو، إلا أن أكثر من نصف المصابين بهذا المرض يعانون من ضعف السيطرة على مرضهم، ولذلك يسعى الأطباء و الباحثون إلى فهم أفضل للعوامل التي تحسن إمكانية السيطرة والتحكم في الربو.

وفي هذا الفصل سنحاول التطرق إلى مرض الربو، من حيث تعريفه، تاريخ نشأته، وبائياته (مدى انتشاره)، العوامل المسببة، كيفية تشخيصه، النماذج المفسرة للإصابة به، طرق التكفل بمريض الربو وأخيرا خاتمة الفصل.

.

1- تعريف الربو :

2-1 التعريف اللغوي:

كلمة الربو مشتقة من اليونانية (Asthma) وتعني لهاث أو التنفس بصعوبة، وفي القرن الثالث عشر أُستعملت الكلمة اللاتنية (Asma) وتعني ضيق التنفس (Pigearias, 2014, p 10).

في القرن الرابع عشر أُستعمل مصطلح (Asthme) في اللغة الفرنسية والذي يعني قلق (Angoisse)، للتعبير عن حالة الضيق المادي (Physique) وكذلك المعنوي (Moral).

2-2 التعريف الطبي :

والربو مرض مزمن يصيب الشعب الهوائية، و لا يزال تعريفه مثيرا للجدل حتى يومنا هذا، والبعض يقترح إدخال تحت هذا المفهوم مجموعة من الأنماط الظاهرية المختلفة.

عرف ابن سينا في كتابه" القانون في الطب الربو "على أنه ضيق في التنفس مع حدوث أزمات متكررة" (Pigearias, 2014, p 10).

تعرف المنظمة العالمية للصحة (WHO) الربو على أنه "اضطراب التهابي مزمن للمجاري التنفسية، والذي تتدخل فيه عدة أنواع من الخلايا و الوسائط، الالتهاب المزمن يقترن مع فرط استجابة قصبية لتنتج فترات متقطعة من التنفس المصحوب بالصفير(Wheezing)، و صعوبة في التنفس مع الإحساس بضيق الصدر أو السعال خصوصا بالليل أو في الساعات الأولى من الصباح، هذه الفترات غالبا ما تكون مصحوبة بانسداد شامل متفاوت الخطورة، يزول تلقائيا أو بعد العلاج" (Pham Van Lihn, 2010, p 11).

بالنسبة لبوشارب (Bouchareb, 2010)، فإن الربو هو عبارة عن حالة من المعاناة الجسدية والمعنوية الناجمة عن صعوبة كبيرة في التنفس بسبب مشاكل في الزفير ويحدث في شكل نوبة مع

عدم قدرة المريض على التعبير أو التلفظ بما يشعر به، كما أن الربو لا يخضع لأي معايير مثل العمر، فهو يظهر، يستمر ثم يختفي مع تقلبات غير عادية. وهو مقترن بالتضيق الدقيق للشُعب الهوائية تحت تأثير تقلص العضلات الملساء وإعاقة إفراز الشعب الهوائية، في هذه المرحلة من الأزمة يظهر الإجهاد بسبب احتقان الشعب الهوائية، و تؤدي نوبة الربو إلى إجهاد الجهاز التنفسي (Bouchareb, 2010, p 5).

و حسب شانوان (Chanoine, 2018) يتميز الربو بنوبات متكررة من السعال و الصفير و ضيق التنفس مما يعكس اظطرابا تنفسيا انسداديا قد يزول تلقائيا أو تحت تأثير العلاج، و تختلف أعراض الربو بمرور الوقت و غالبا ما تظهر في مرحلة الطفولة (Chanoine, 2018, p 440) .

وحسب ميلورن (Melhorn, 2022) فتُعرّفه المبادرة العالمية للربو (GINA, 2021) على أنه: "مرض غير متجانس يتحدد من خلال تاريخ أعراض الجهاز التنفسي (على سبيل المثال، أزيز وضيق التنفس وضيق الصدر والسعال) التي تختلف من حيث الوقت و الشدة، إلى جانب الحد من تدفق هواء الزفير المتغير. و عادة ما يرتبط الربو مع فرط استجابة و التهاب مجرى الهواء، ولكن هذه ليست أدلة كافية للتشخيص. كما أن الأنماط الظاهرية السريرية لا ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالتفسيرات المرضية أو طرق العلاج المحدد(Melhorn, 2022, p 391) .

و يذكر توماس (Thomas, 2011) أن هناك العديد من الأعراض التي تتكرر لدى المصابين بداء الربو ومن بينها الاضطرابات النفسية، إلا أنه من غير المعروف إذا ما كان داء الربو يتسبب في حدوث المشكلات النفسية أم أن المشاكل النفسية هي التي تساهم في ظهور و تطور مرض الربو(Thomas et al, 2011, p 252).

2- لمحة تاريخية عن مرض الربو:

يعتبر مرض الربو من الأمراض القديمة الأمد، فقد تم تدوين أعراضه للمرة الأولى في الصين سنة (2600 ق م)، كما عرف الربو عند المصريين القدامى (1792 ق م)، وكان العلاج الموصى به هو استنشاق الدخان الناتج عن حرق بعض الأعشاب (Meulemans, 2021, p 13).

أما اشيل (Eschyle)(526-456 ق م) و بلاتون (Platon)(424-347 ق م) فقد استعملا مصطلح الربو للتعبير عن ضيق التنفس و إنقطاع النفس (Pigearias, 2014, p10).

كما أن أبو قراط (Hippocrate) في كتابه الأمثال (Les aphorismes) وصف الربو على أنه صعوبة في التنفس ناجمة عن تقلص عضلات القصبات الهوائية، كما أكد على ضرورة مشاركة المريض والطبيب بالتكفل بمرض الربو (Razafindralambo, 2012, p 19).

من جهته الطبيب الملقب بأريتوس دو كابادوس سنة (100) ق م (Aretaus de Cappadoce) قدم أول وصف دقيق لمرض الربو و قال بأن الأعراض تشمل ضيق في الصدر مع صعوبات في التنفس و حالة تعب (Meulemans, 2021, p 13).

و بالنسبة لجالينوس (201-331 م) (Galien) فقد تعرف على أعراض الربو ووضع نظرية تشرح كيفية حدوثه ولقد اعتمدت هذه النظرية لقرون طويلة (Pigearias, 2014, p 09).

الطبيب الكيميائي البلجيكي (Jean Baptiste Van Helmont 1579-1644) توصل إلى أن منشأ الربو يكون في القصبات الهوائية أما (Bernardino Ramazzini 1633-1719) فكان أول من اكتشف العلاقة بين الربو و مسببات الحساسية (Meulemans, 2021, p 14).

كما كان الطبيب الكندي ويليام أوسلر (William Osler 1849-1919) الملقب بأب الطب الحديث أول من وصف الربو على أنه تشنج للقصبات الهوائية مصاحب لتورم في الغشاء المخاطي مع انسداد في المجاري التنفسية (Meulemans, 2021, p 14).

مع اختراع السماعة سنة (1816) من طرف ليناك (René Laennec) تمكن الأطباء من تقييم شدة أعراض الربو (Loignon, 2006, p 9).

في مطلع القرن الثامن عشر جون فلوير (Jhon floyer) تكلم عن الميكانيزمات الفيزيولوجية المسببة للربو (viniaker, 1984, p 218).

و مع حلول القرن العشرين توالت الدراسات التي عمقت البحث في أسباب مرض الربو وأشكاله وطرق علاجه وبالتزامن مع هذا تطورت أبحاث علماء النفس للتكفل بالجوانب النفسية والانفعالية لمريض الربو.

3- وبائيات حول مرض الربو (Epidémiology):

يعتبر الربو واحدا من الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا في العالم بأسره.

وحسب معطيات مركز الأبحاث و الدراسات والتوثيق في الإقتصاد والصحة (Credes2000) فإن نسبة الإصابة بمرض الربو تقدر بحوالي (5.8%) من العدد الإجمالي لسكان العالم (ANAES, 2001, p 36).

و حسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة (OMS) هناك أكثر من (340) مليون شخص مصاب بمرض الربو حول العالم، ونسبة الإصابة بهذا المرض في تزايد مستمر منذ عدة عقود، حيث تزايدت بحوالي (40) بالمائة خلال العشرين سنة الماضية(Fabro D, 2021, p 40).

يظهر الربو غالبا في سن مبكرة(نصف الحالات قبل عشر سنوات و ثلث الحالات قبل أربعين سنة)، ويبلغ معدل الإصابة بمرض الربو من (10) إلى (16%) عند الأطفال و (6.7%) عند البالغين، و من المعروف أن مرض الربو يحدث تغييرا كبيرا في نوعية الحياة بسبب الأرق، انخفاض النشاط، و التغيب عن المدرسة أو العمل (Boinet, 2020, p 1).

تختلف معدلات الإصابة بداء الربو فيما بين الدول و تتراوح ما بين (1) و (18%)، وهو أكثر انتشارا في الدول المتقدمة مقارنة بالدول النامية، والسبب وراء تلك الاختلافات غير معروف جيدا، ولكن معدل الوفيات يتزايد في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط حيث يصل إلى (80%).

وعلى الرغم من أن حالات الاستشفاء و الوفيات المرتبطة بمرض الربو عرفت انخفاضا ملموسا في بعض الدول المتقدمة، إلا أن حالات التفاقم المتكرر و الأعراض اليومية قد تزايدت بنسبة تقارب (30%) في العشرين سنة الماضية، و يعتبر تحديد الأمراض المصاحبة أمرا ضروريا لتحقيق السيطرة المثلى على مرض الربو (Roche et All, 2022, p 13).

إن نسبة الإصابة ذكور/إناث (حسب الجنس) تختلف من (1.5) إلى (3.3) قبل سن النضج، هذه النسبة تنخفض لتقل عن واحد(<1) عند سن البلوغ، كما أن أول أزمة ربو تظهر قبل سن العشرين عند ثلاثة أرباع الأشخاص المصابين بالربو (Pham van Linh, 2010, p 13).

في الجزائر هناك نقص في المعلومات حول مرض الربو وعلاجه، و من المعروف أن هذا المرض يشكل عبئا اجتماعيا ثقيلا بسبب تكرر زيارات غرفة الطوارئ، والاستشفاء، والتغيب عن المدرسة و عن العمل (Metahri M, 2018, p 78).

إن نسبة الإصابة بمرض الربو في الشرق الأوسط و الجزائر تقدر بحوالي (4%) عند البالغين و هناك ثلاث دراسات فقط تم الإبلاغ عنها منذ أكثر من (10) سنوات، و كانت متعلقة بعدد صغير

من مرضى الربو، و قد أظهرت أن السيطرة على مرض الربو في هذه البلدان لم تكن مرضية على الإطلاق (Haouichet et All, 2020, p 16).

على مدى العشرين إلى الثلاثين عامًا الماضية، عرفت الإصابة بأمراض الحساسية في الجزائر زيادة كبيرة. و يقدر معدل انتشار الربو عند الأطفال بحوالي (8.7٪) حسب ما أشارت إ ليه دراسة دولية للربو و الحساسية متعددة المراكز(Benboudjemaa, 2018, p 8).

و يعاني حوالي مليون و مئتي ألف جزائري من داء الربو، كما أن أكثر من (1500) جزائري يموتون سنويا بهذا المرض، و تعتبر الأدوية إشكالا حقيقيا للمصابين بالربو خاصة أجهزة التنفس الاصطناعي. كما تعتبر الأمراض التنفسية السبب الأول والمباشر لدخول أغلب الأطفال المؤسسات الاستشفائية وقد تؤدي أحيانا إلى الوفاة (مزردي، 2017، ص 52).

4- تذكير حول مكونات و وظيفة الجهاز التنفسي:

4-1 مكونات الجهاز التنفسي :

4-1-1 المجاري التنفسية :

يبدأ تكوين الجهاز التنفسي من الأنف ثم البلعوم ثم الحنجرة ثم القصبة الهوائية التي تنقسم إلى شعبتين هوائيتين يمنى ويسرى، ثم تتفرع كلا الشعبتين إلى شعب هوائية أصغر وأصغر حتى تنتهي بالحويصلات الهوائية والتي يتم من خلالها تبادل الغازات في الدم.

تتكون الممرات الهوائية العلوية من البلعوم الأنفي والبلعوم الفموي والمزمار. تتفرع القصبة الهوائية بمتوسط (16) جيلًا، و تتفرع مجاري الهواء بشكل ثنائي وصولًا إلى القصيبات الطرفية ، والتي يبلغ متوسط قطرها حوالي (0.06) سم (Johnson, 2016, p 3).

تلعب القنوات الهوائية دورا هاما في عمليتي الشهيق والزفير، فأثناء الشهيق تتطاول وتتسع الى أقصى حد لتسهل وصول الهواء، بينما وقت الزفير يقل طولها وقطرها بفعل ارتفاع الضغط داخل القفص الصدري للإسراع في طرح الهواء وكذلك تقوم بطرح وإخراج الإفرازات التي يبلغ حجمها الطبيعي (150) ملل يوميا.

4-1-2 الرئتان: الرئتان هي أعضاء للتنفس توجد في التجويف الصدري.

الرئتان اليمنى و اليسرى تنفصلان عن بعضهما البعض بواسطة المنصف، حيث يوجد القلب والأوعية الدموية الكبيرة والشعب الهوائية و المريء والأعضاء الأخرى.

تتكون كل رئة من ممرات تنفسية وحويصلات هوائية، الرئة السليمة ناعمة وخفيفة، و تكون الرئة اليمنى أكبر نسبيًا من الرئة اليسرى لوجود القلب.

يتكون سدى الرئة من نسيج ضام ليفي مرن، مما يسمح للرئتين بالارتداد بشكل سلبي أثناء الزفير.

أسطح الرئتين مغطاة بغشاء الجنب الحشوي و التجويف الصدري مبطّن بغشاء الجنب الجداري.

أما التجويف الجنبي هو مساحة محتملة بين الجنبة الجدارية و الحشوية. تنتج الأغشية الجنبية إفرازًا مصليًا، وهو السائل الجنبي الذي يعمل على تليين الأسطح الجنبية ويسمح للرئتين بالانزلاق فوق جدار الصدر أثناء التنفس.

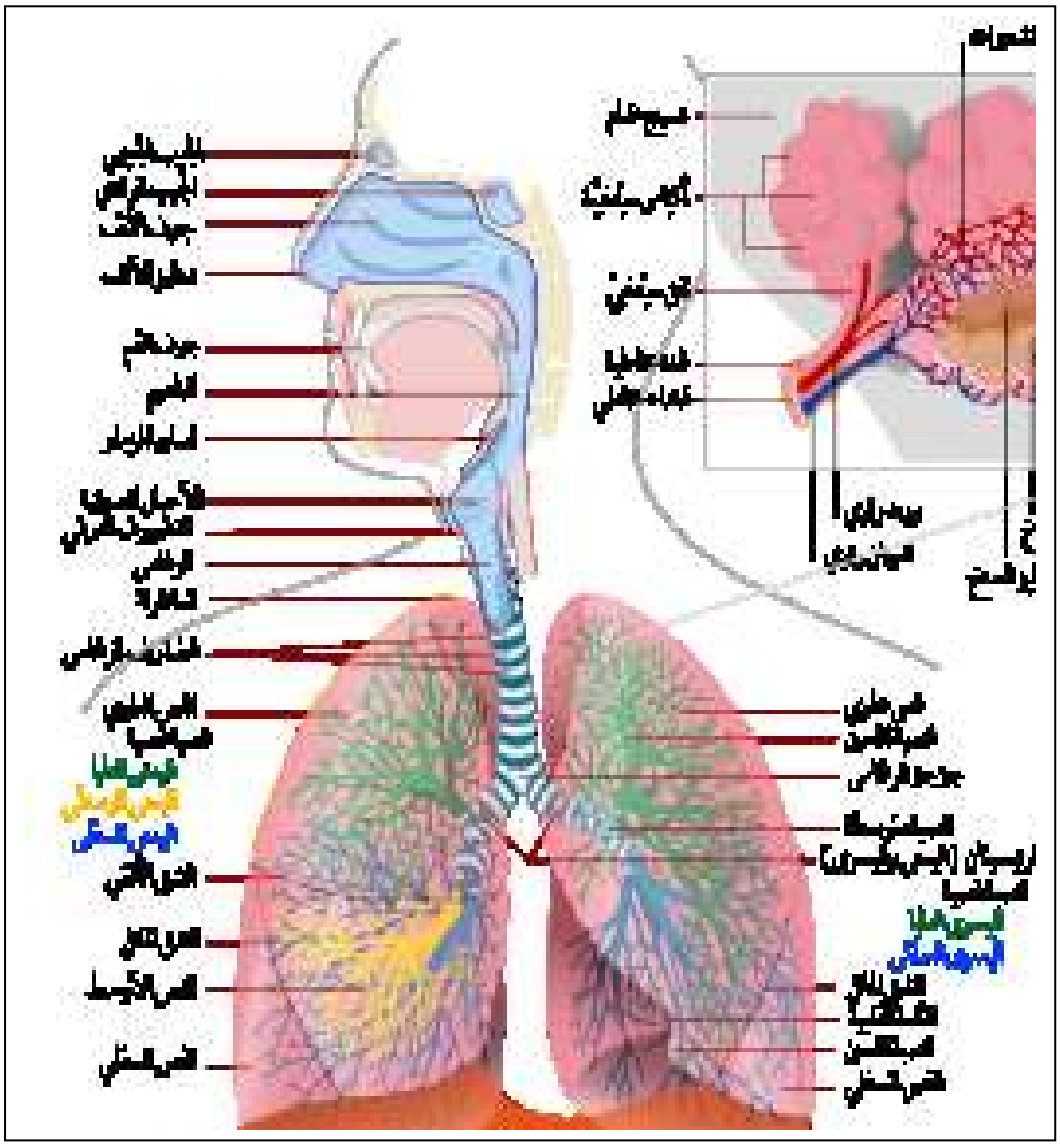
الرئتان عبارة عن أعضاء مخروطية الشكل والجزء العلوي الضيق هو القمة، أما الجزء السفلي العريض من الرئة، والذي يقع على الحجاب الحاجز هو القاعدة (Aung, 2019, p 3).

تعصب الجهاز الرئوي عدة أنظمة:

• الجهاز نظير الودي (parasympathetic system): ويكون عبر العصب المبهم، يحفز تقلص العضلات الملساء للشعب الهوائية ويحفز إفراز الغدد تحت المخاطية.

• الجهاز الودي (sympathetic system) : و يمنع إفراز الغدد تحت المخاطية و يعصب الشرايين القصبية.

• النظام غير الأدرينالي غير الكوليني (NANC : non-adrenergic non-cholinergic): الذي يطلق الببتيدات العصبية التي يمكن أن يؤدي عملها إما إلى توسع قصبي أو تضيق قصبي، اعتمادًا على الببتيد العصبي المستخدم (Meulemans, 2021, p 10).



شكل رقم (10): مكونات الجهاز التنفسي.

(https://ar.wikipedia.org/wiki/Respiratory_system_complete_ar.svg)

4-2 وظيفة الجهاز التنفسي:

الجهاز التنفسي هو المسؤول عن تزويد خلايا الجسم بالأكسجين و تخليصها من ثاني أكسيد الكربون، يتم تجديد الهواء داخل الرئتين بواسطة ظواهر ميكانيكية أولها حركة العضلات التنفسية، التي تعمل على تغيير حجم القفص الصدري أثناء الشهيق والزفير والتغلب على مقاومة الممرات الهوائية، خلال عملية التنفس نميز مرحلتين :

4-2-1 الشهيق(Inspiration): هو عملية فاعلة تتطلب جهدا من أعضاء الجهاز التنفسي وخاصة العضلات لإدخال الهواء إلى الرئتين إلى أن يصبح أقل من الضغط الجوي فيندفع الهواء داخلها، وتعمل العضلات الوربية الخارجية على رفع القفص الصدري ودفعه إلى الأمام مما يزيد من حجمه من الأمام للخلف وجانبيا.

4-2-2 الزفير(Expiration): عملية تلقائية سلبية لا تتطلب جهدا لإخراج الهواء خارج الجسم، وإنما تأتي كنتيجة حتمية لعملية الشهيق ولكن في الحالات الاضطرارية تتدخل عضلات البطن والعضلات الوربية الداخلية لتضييق القفص الصدري، فيرفع الضغط داخل الرئتين ويطرد الهواء منهما خارج الجسم عبر الممرات الهوائية (Bokov et al, 2016, p 101).

يتراوح معدل التنفس عند الرجل البالغ بين (13) و (18) دورة في الدقيقة و في المتوسط (16) دورة و يزداد هذا المعدل في حالات الحرارة والعمل.

- ✓ معدل التنفس عند المرأة أكثر منه عند الرجل بدورتين.
- ✓ كمية الهواء الداخل إلى الرئتين خلال عملية الشهيق تبلغ نصف لتر.
- ✓ كمية الهواء الداخل إلى الرئتين والخارج منها يبلغ تقريبا (6) لتر في الدقيقة، وهذه الكمية يمكن أن تصل إلى (10) أضعاف عند المجهود العضلي الكبير.

5- الفيزيولوجيا المرضية لداء الربو(Physio-pathology):

تختلف النماذج السريرية لمرض الربو وكذلك الأنماط الخلوية الملاحظة لكن التهاب المجاري التنفسية يبقى الميزة الدائمة والثابتة حتى و إن كانت الأعراض متقطعة، كما أن العلاقة بين شدة الالتهاب وحدة أعراض الربو لا تزال غير محددة (Antoine D, 2007, p 12).

يتميز الربو عادة بارتفاع نسبة الخلايا المسؤولة عن الالتهاب (اليوزينات- الخلايا البلازمية- النتروفيلات) في الأنسجة القصبية و المخاط الأنفي، و في حالة الإصابة بالربو التأتبي فعادة ما تتم ملاحظة ارتفاع نسبة الأجسام المضادة من نوع (Ige) التي تلعب دورا في عملية الدفاع (Lawani M, 2013, p 25).

كما تتدخل عناصر أخرى من الجهاز المناعي وهي عبارة عن وسائط مناعية مثل السيتوكين- الكيموكين- الهيستامين -اللوكوتريان. ويعود الحد من تدفق الهواء لدى مرضى الربو إلى مجموعة من العوامل أهمها:

- **انقباض القصبات الهوائية** (Bronchoconstriction): ينتج هذا الانقباض جراء تقلص العضلات الملساء الموجودة في القصبات الهوائية، غالبا بعد التعرض للمستأرجات، ويؤدي الإنقباض الحاد إلى ضيق المجاري التنفسية كنتيجة لتنبيه الخلايا المناعية (mast cells) من طرف الغلوبينات المناعية Ige والتي بدورها تحرر الوسائط المناعية كالهيستامين(Morosco G, 2007, p 37).
- **تورم المجاري التنفسية (airway edema)**: ينتج انتفاخ المجاري التنفسية عن إلتهابها، مما يؤدي الى تقلص المسار الذي يمر عبره الهواء، كما أن التهاب بطانة القصبات الهوائية يؤدي بدوره إلى زيادة إنقباضها (Antoine D, 2007, p 22) .

- **فرط استجابة المجاري التنفسية (Airway hyperresponsiveness) :** وهي عبارة عن شكل من المبالغة في التقلصات كاستجابة لمجموعة من المثيرات كالالتهاب، الاضطرابات العصبية، التغيرات البنيوية، و يحدث هذا خاصة في أزمات الربو الشديدة او الحادة (Morosco G, 2007, p 38).
- **إفراط في إنتاج المخاط :** يؤدي الالتهاب إلى زيادة إفراز المخاط الذي بدوره يتراكم في المجاري التنفسية ويزيد في تضييقها مشكلا عائقا لمرور الهواء، وقد يصبح المخاط أكثر لزوجة وجفافا مؤديا إلى انسداد القصبات و بالتالي زيادة خطر التعفنات بشكل متزايد (Antoine D, 2011, p 25).

وعدوى الجهاز التنفسي بفيروس الأنف (Rhinovirus)، و الفيروس المخلوي التنفسي (Respiratory syncycial virus)، و غيرها من الفيروسات هي السبب الرئيسي لتفاقم الربو الحاد، فعندما تغزو هذه الفيروسات غشاء المجاري التنفسية يتم انتاج السيتوكينات (IL25, IL33) من طرف الخلايا الظهارية (Epithelial cells)، ولتأكيد حدوث هذه الظواهر، قام جاكسون و مساعدوه بتعريض مجموعة من المتطوعين(مصابون و غير مصابون بمرص الربو) للإصابة التجريبية بفيروس الأنف، و قياس تراكيز السيتوكينات في سوائل البطانة الظهارية للأنف و الشعب الهوائية، و من المثير للاهتمام أن تراكيز السيتوكينات كانت مرتفعة فقط لدى المتطوعين المصابين بمرض الربو (Koichiro A, 2019, p 07) .

كما يرتبط الربو غالبا بالاستجابة المناعية من النوع (Th2) مع الجهات الفاعلة الخلوية و الجزيئية المعروفة مثل اليوزينات و الخلايا اللمفاوية والسيتوكينات التي ترتبط بالإنترلوكين (IL-5) أو (IL-4). إلا أن بعض مرضى الربو تظهر لديهم الأعراض السريرية والميزات التي لا تتطابق مع النمط الموجود في الفيزيولوجيا المرضية الكلاسيكية للربو. و منذ بعض السنوات، أجريت دراسات

على نماذج حيوانية وبشرية و كشفت عن وجود عوامل خلوية و جزيئية جديدة تساهم في تطور الربو و من بينها مكونات النظام المناعي الفطري مثل الخلايا اللمفاوية الفطرية من النوع 2 أو الجهاز التكيفي مثل الخلايا الليمفاوية(Th9). و على المستوى الخلوي ، يتضح دور البروتينات (G) الصغيرة في ظهور الربو، وكذلك الدور الرئيسي للسيتوكينات مثل (IL-17). يسمح الفهم الأفضل للفيزيولوجيا المرضية للربو باستخدام هذه الآليات الحديثة في تحديد أهداف علاجية جديدة للأنماط الداخلية المختلفة للمرضى (KleinM et al, 2019, p 04) .

يميل مرضى الربو إلى إظهار تضيق قصبي أكبر من الأفراد الأصحاء و ذلك استجابة للتوتر، سواء في المختبر أو في الحياة اليومية، كما أن تفاقمات مرض الربو الناجمة عن التوتر يمكن تفسيرها بالتغيرات في الوظيفة اللاإرادية للجهاز العصبي، بحيث أن تنشيط الجهاز الودي بيتا يؤدي إلى توسع قصبي في حين تنشيط الجهاز الودي ألفا و تنشيط الجهاز اللاودي يؤدي إلى تضييق القصبات الهوائية. على الرغم من أن النشاطات المرهقة التي تتطلب سلوكيات المواجهة النشطة مثل الحساب الذهني تميل إلى توسيع القصبات عند مرضى الربو و الأفراد الأصحاء على حد السواء، و على الرغم من أن مرضى اضطراب الهلع المصابين أولا بالربو يظهرون مقاومة تنفسية أقل من المجموعات الطبيعية، فإن أنماط الإجهاد الأخرى ترتبط بتأثيرات معاكسة، و يبدو أن الاستجابة السلبية للتوتر أو الإحراج تؤدي إلى حدوث تضيق قصبي مهم (Lehrer, 2002, p 692).

6- أسباب الإصابة بمرض الربو:

لا يزال العلماء يجهلون بالضبط ماهية الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالربو، و لا تزال العوامل التي تسبب الربو التحسسي غير مفهومة جيدًا فبالإضافة إلى العوامل الوراثية، تم تسليط الضوء على تأثير البيئة من خلال العديد من الدراسات التي أظهرت تأثيرًا لا يستهان به للجسيمات الدقيقة

والمبيدات، و كذلك طريقة الولادة والرضـاعة الطبيعية وفرضـية الصـحة. كما أن إصـابة الحواجز الفيزيولوجية مثل الجلد والحاجز الرئوي والحاجز المعوي عوامل أخرى يتم أخذها بعين الاعتبار في الفيزيولوجيا المرضية للربو التحسسي (Dijoux, 2022, p 56) .

ومن المعلوم أن الإصـــابة بداء الربو ترجع إلى مجموعة من التفاعلات البيئية والوراثية المعقدة وغير المفهومة بشكل تام وتؤثر هذه العوامل على حدة المرض والاستجابة للعلاج ومن المعتقد أن ارتفاع معدلات الإصـابة بالمرض مؤخرا يرجع إلى تبدل الوراثة اللاجينية و تغير البيئة . و يمكن تقسيم العوامل المسببة للربو إلى نوعين: عوامل مؤهبة و عوامل مساعدة.

6-1العوامل المؤهبة :

6-1-1 تأهب للأرجية أو الحساسية (Atopy): من خلال العديد من الدراسات العائلية ودراسة الحالات تم تحديد العديد من المناطق الصبغية المتلازمة مع إمكانية الإصابة بمرض الربو، و في نهاية عام 2006 كان قد تم اكتشاف أكثر من 100 جينا مرتبطا بالإصابة بهذا المرض، و قد تم تصنيفها في عدة مجموعات منفصلة، نذكر من بين هذه الجينات (ADM33)– (IL4R) –(Ltc4s) وغيرها (Ober et Hoffjan, 2006, p 97).

إن أغلبية الأطفال والبالغين المصابين بأعراض الربو المزمن، تظهر عليهم أعراض جلدية عند إجراء اختبار التفاعل ضد مسببات الحساسية السائدة في المناطق الجغرافية التي ولدوا و نشؤوا فيها، و قد أظهرت العديد من الدراسات التجريبية أن التعرض لمسببات الحساسية، يرتبط بأعراض حادة أو مزمنة من انسداد مجرى الهواء، و من الضروري التمييز أو التفريق بين الدور المحتمل للتعرض لمسببات الحساسية كمحفز لظهور أعراض الربو الحادة عند الأشخاص المصابين بالربو، و بين الدور المفترض للتعرض لمسببات الحساسية كعامل محدد لظهور المرض (Agosti, 2002, p 3).

فالعديد من المصابين بداء الربو يعانون من الحساسية مثل حمى القش (Hay fever) وداء الاكزيما (Eczéma)، إذا كان أحد الأبوين مصابا بداء الربو فاحتمال إصابة الأبناء يزداد، في حين إذا كان كلا الوالدين مصابا فاحتمال الإصابة يصل إلى (40%)(Silbernagl, 2001, p 87).

6-1-2 تأهب لفرط تفاعلية قصبي غير نوعي (non-specific bronchial hyperreactivity): وهو قابلية للتفاعل المفرط مع مهيجات مختلفة ليست بالضرورة ذات طابع أرجي. و قد أثبتت الأبحاث أن الأشخاص الذين يعانون من التهاب الأنف (Rhinitis) سواء كان متعلقا بالحساسية أو لا (تأتبي أو غير تأتبي)، يزداد لديهم خطر الإصابة بفرط تفاعل قصبي ثم يتطور ذلك إلى مرض الربو، هذه النتيجة تطرح التساؤل عن إمكانية علاج التهاب الأنف كعامل وقاية ضد مرض الربو(Leyneart, 2012, p 629).

6-2- العوامل المساعدة :

6-2-1 المستأرجات التنفسية: المستأرجات المثيرة لمرض الربو الأكثر شيوعا هي: عث الغبار، حبوب الطلع، ملحقات جلود الحيوانات من شعر وأظافر وغيرها ،العفن الفطري وهناك أيضا الصرصور والريش (Loigon, 2006, pp 18-19) .

6-2-2 الملوثات الداخلية خاصة التدخين: إن استعمال السجائر وبما في ذلك التدخين اللاإرادي أو السلبي (second hand smoke) يعد من أهم ميزات مرض الربو، ويؤدي غالبا الى زيادة استعمال أدوية الربو بسبب الأزمات لدى الأطفال المصابين (Yawn, 2008, p 04).

وترجع معدلات الزيادة في انتشار حالات الإصابة بالربو جزئيًا إلى عامل التدخين ونحو نصف المصابين بالربو هم من المدخنين النشطين أو المدخنين السابقين. في الواقع، وفقًا لبعض الدراسات، فإن نسبة انتشار التدخين بين مرضى الربو البالغين تبلغ حوالي (30%) إلى (40%)، و يلاحظ أن

الربو عند المدخنين أكثر شدة، وأن السيطرة على المرض أكثر تعقيدا من السيطرة على مرض الربو لدى غير المدخنين. و من وجهة نظر وراثية، ربط الربو باستهلاك التبغ ليس محايدًا لأن التبغ يميل إلى تعديل مستقبلات بيتا (2) الأدرينالية التي تشارك في تطور مرض الربو. كما تجدر الإشارة إلى أن مرضى الربو الذين يدخنون لديهم حاجة أكبر إلى التهوية المساعدة (Barthelemy, 2019, p 90).

6-2-3 الملوثات الخارجية:

الجهاز التنفسي عند الأطفال أكثر حساسية لملوثات الهواء مقارنة مع البالغين، و يرتبط تلوث الهواء بشكل دقيق مع العديد من أمراض الأطفال مثل أمراض الصدر و الربو و حمى الدريس و سرطان الطفولة (أحمد بدح و آخرون، 2005، ص137).

يرتبط انخفاض جودة الهواء بسبب التلوث المروري أو ارتفاع مستويات الأوزون بتطور وزيادة حدة مرض الربو، كما أن التعرض للمركبات العضوية المتطايرة في الأماكن الداخلية يمكن أن يثير الأعراض (Jaakkola J, 2008, p 851).

يُعتقد عمومًا أن تأثير ملوثات الهواء أقل من تأثير الفيروسات أو مسببات الحساسية المتعلقة بالعوامل الجوية، ومع ذلك فإن التعرض الحاد اوالمستمر لملوثات معينة يساهم في تزايد أعراض و حدة نوبات الربو، من بين هذه الملوثات الغازات الناتجة عن احتراق الغاز الطبيعي و وقود مختلف المحركات، مثل ثاني أكسيد النيتروجين والجسيمات، جنبا إلى جنب مع الأوزون. و حتى في البيئة الداخلية فهناك العديد من مصادر ثاني أكسيد النيتروجين، بما في ذلك المواقد، السخانات وغيرها (Jackson et al, 2011, p 4).

6-2-4 التعفنات التنفسية: إن الإصابة بعدوى فيروسية خاصة فيروس الأنف (rhino virus) وفيروس الجهاز التنفسي المخلوي (RSV :respiratory syncitial virus) أو بكتيرية

ميكوبلازم(mycoplasma) و الكلاميديا(chlamydia) في الجهاز التنفسي تؤدي إلى تفاقم مرض الربو (Lemanske, 2010, p 99).

وقد أظهرت معظم الدراسات أن مرضى الربو ليسوا معرضين للزيادة في خطر الإصابة بفيروس كورونا (COVID-19) حالهم حال بقية الأفراد، و في ظل جائحة كورونا ينصح الأطباء مرضى الربو بالاستمرار في تناول الأدوية الموصوفة لهم، بما في ذلك الكورتيكوستيرويدات (corticostéroïdes)، و التقليل من استعمال البخاخات لأنها تزيد من خطر انتقال العدوى، كما أن المبادرة العالمية للربو توصي بأخذ لقاح كورونا للمرضى المصابين بالربو(Reddel et al, 2021, pp 37-38).

6-2-5 الإجهاد : يعتبر الإجهاد في التمارين من أهم المسببات لانقباض المجاري التنفسية عند مرضى الربو، غالبا ما تظهر الأعراض خلال (5) إلى (10) دقائق بعد بداية التمارين وتختفي بعد (15) إلى (30) دقيقة بعد التوقف عنها، وقد يتزامن الإجهاد مع التعرض للمستأرجات التنفسية مما يؤدي إلى تفاقم الوضع (Lemanske, 2010, p 100).

و قد وجدت إحدى المراجعات بالتحليل البعدي لأحد عشر دراسة مقطعية أن النشاط البدني المنخفض يرتبط بظهور الربو الجديد وزيادة أعراض الربو المشخص. و على عكس ذلك، يمكن أن يؤدي النشاط البدني إلى الإصابة بالربو، مما ينتج عنه تجنب النشاط البدني للوقاية من الأعراض. بالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن يؤدي الربو غير المتحكم فيه إلى زيادة صعوبة النشاط البدني، مما يؤدي أيضًا إلى تجنب ممارسة الرياضة (Sharrad, 2021, p 70).

6-2-6 التغذية: تلعب التغذية دورا هاما خاصة الرضاعة الطبيعية عند الطفل، فقد أثبتت المعطيات أن نسبة الإصابة بمرض الربو تزداد عند الأطفال الذين يستهلكون حليب البقر أو بروتينات الصويا، بالمقارنة مع الأطفال الذين يستهلكون حليب الأم(GINA, 2006, p 07).

للتغذية دور فعال في إدارة مرض الربو، و قد ارتبط استهلاك كميات كافية من الفاكهة والخضروات بتقليل خطر الإصابة بمرض الربو، وكذلك زيادة السيطرة على المرض لدى المصابين، ويرجع ذلك على الأرجح إلى بعض المكونات مثل مضادات الأكسدة والألياف والأحماض الدهنية المتعددة غير المشبعة والفيتامين د الذي قد يؤثر على مستويات المناعة. في المقابل ، ارتبط استهلاك منتجات الألبان بزيادة خطر الإصابة بالربو أو تفاقم أعراضه لدى المرضى (Sharrad, 2021, p 70).

في دراسة لدرالي و زملائه (Drali et al, 2021) أجريت في الجزائر العاصمة، كان متوسط تركيزات فيتامين (د) أقل لدى الأطفال الذين أصيبوا بمرض الربو، و خلصت الدراسة إلى أن نقص فيتامين (د) يعرض لخطر الإصابة بالربو في مجتمعنا، و هذا ما تؤكده نتائج غالبية الدراسات المنشورة حول هذا الموضوع(Drali et al, 2021, p 04).

6-2-7السمنة (L'obésité): أثبتت الدراسات وجود علاقة وطيدة بين تزايد نسبة اللبتين (leptine)- وهو بروتين موجود في النسيج الدهني- وخطر الإصابة بالربو الغير تأتبي وذلك عند المرأة (Leyneart, 2012, p 628).

وتعرف ظاهرة السمنة انتشارا بشكل متزايد ومستمر، كما أنها قد ترتبط بمرض الربو الشديد، و قد أظهرت العديد من الدراسات أن فقدان الوزن يرتبط بتحكم أفضل في الربو، أما الرابط بين السمنة و الربو الشديد فيبدو واضحا عند النساء و تلعب المؤثرات الهرمونية دورا كبيرا في ذلك (Khelafi, 2016, p 15).

6-2-8 فرضية النظافة (Hygiène hypothèsis): هي نظرية تفترض أن التعرض المبكر في الحياة للتعفنات يقوي الجهاز المناعي للطفل، ويؤدي إلى تقليص خطر الإصابة بمرض الربو غير التأتبي (GINA, 2005, p 05).

في العديد من الدراسات التي اهتمت بتحديد نسبة انتشار مرض الربو لوحظت الزيادة المستمرة لأمراض الحساسية في الدول الصناعية على عكس دول العالم النامية حيث تكون هذه النسب أقل، هذا ينسب إلى انخفاض إصابات الأطفال بالالتهابات التنفسية بسبب مستويات المعيشة المرتفعة و هذا يؤدي إلى نقص المناعة (Raza, 2011, p 21).

6-2-9 عوامل أخرى:

- ✓ الولادات القيصرية تزيد من خطر الإصابة بالربو
- ✓ استخدام المضادات الحيوية في سنوات مبكرة من الحياة.
- ✓ عند الأطفال خطر الإصابة بالربو يكون أكبر عند الذكور.

6-2-10 الإجهاد النفسي أو العوامل النفسية:

إن دور العوامل النفسية و الاجتماعية يخضع لإعادة تقييم من طرف المختصين سواء كعامل خطر للإصابة بالمرض أو كأحد المكونات التي قد تزيد من وطأة المرض، و قد أثبتت العديد من الدراسات ذات الصلة أن الضغط النفسي لدى الآباء يشكل عاملا مساعدا لظهور نوبات الربو لدى الأطفال (Lemanske, 2010, P 101).

كما أن عوامل الإثارة، الضغط، الخوف وحتى الضحك تُعد كعوامل مساعدة لظهور نوبات الربو لدى بعض الأشخاص، وتحدث النوبات كنتيجة لتسارع أو تباطؤ عملية التنفس خلال الصراخ، البكاء، الضحك و الإحساس (United Health care oxford, 2011, p 08).

مريض الربو هو شخص عصبي وحساس، و قد تؤدي الحالات العاطفية والانفعالية الى تفاعلات فيزيولوجية والتي تؤثر بدورها على الجسم وتحدث تغييرات مؤقتة أو دائمة، وتشير المعطيات الى أهمية الأسباب النفسية في إحداث مرض الربو (Chen , 2007, p 395).

تساهم العوامل النفسية في ضعف السيطرة على الربو وتفاقمه، على سبيل المثال، يتضاعف خطر الإصابة باضطرابات المزاج والقلق لدى مرضى الربو عن عامة السكان.

و حسب عدد من الدراسات مثل دراسات كل من (Richardson et al, 2008) (Strine et al, 2008) (Lu et al, 2012) فيظهر الأفراد المصابون بالربو والأمراض النفسية زيادة في شدة أعراض الربو وضعف في الوظيفة التنفسية، وضعف في السيطرة على الربو وكذلك جودة الحياة، وزيادة الاستفادة من الرعاية الصحية.

و حسب دراسات أخرى مثل (Forsythe et al,2004) و (Chen and Miller,2007) فإن الإجهاد المزمن ، الذي يزيد من التعرض لاضطرابات المزاج والقلق، يؤدي أيضًا إلى تفاقم أعراض الربو، على الأرجح من خلال زيادة التهاب مجرى الهواء.

و أثبتت دراسة كروسوس (Chrousos, 2000) أن الإجهاد المزمن يعزز التحول نحو الاستجابات الالتهابية من النوع الثاني (Higgins et al, 2015, p 02).

7- الأعراض السريرية لمرض الربو :

تختلف المظاهر الاكلينكية من مريض الي آخر و يمكن أن نميز مايلي :

7-1 نوبة الربو المعهودة (The classic asthma attack):

تعتبر النموذج الأكثر شيوعا، عبارة عن نوبة، متفاوتة الشدة، تتميز بعسر في التنفس، قد تزول تلقائيا أو باستعمال الدواء (Antoine D, 2007, P 100).

يمكن أن تسبق النوبة مجموعة من البوادر: عطاس سعال تشنجي، حكة و سيلان في الأنف، غثيان، ألم في الرأس، هذه الأعراض قد تكون منعزلة أو متجمعة.

بداية النوبة تكون غالبا فجائية بعد التعرض لعامل مثير أو من دون أي عامل واضح وتمر النوبة بمرحلتين:

– المرحلة الجافة (Dry phase) : يتوقف المريض عن الحركة في وضعية الجلوس مستشعرا عدم القدرة علي إفراغ رئتيه، باحثا عن نفس من الهواء، يكون المريض غالبا متوترا يتصبب عرقا مع الإحساس بانقباض صدري (Chest constriction)، ضيق نفس زفيري (expiratory dyspnea)، على شكل شهيق قصير متبوع بزفير نشط مطول مصحوب بأزير (wheezing).

– المرحلة الثانية النزلية (Catarrhal phase): تبلغ أقصي حدتها خلال (30) إلى(60) دقيقة و تتميز بانتفاخ (edema) وفرط إفراز قصبي مع صفير زفيري مسموع، ثم يصبح التنفس أسهل بعد بصق المريض لبلغم لزج و سهل الالتصاق يشبه اللؤلؤ الرمادي و يسمي البصاق اللؤلؤي.

تختلف نوبة الربو في عوارضها وحدتها حسب عدة عوامل :

– توقيت حدوثها : قد تكون النوبات نهارية و لكن الأكثر شيوعا هي النوبات الليلية

– المدة : قد تكون عدة ساعات فإذا زادت عن(24) ساعة قد تتطلب دخول المستشفي.

– المريض: الربو يبدأ غالبا في الطفولة، عند الكبار يكثر خصوصا ابتداء من الأربعينات.

– تكرار النوبات : يختلف من شخص لاخر .

– العوامل المسببة: المستأرجات، الإجهاد، العوامل النفسية وغيرها(Puddu, 2003, p 42).

7-2 النماذج السريرية لمرض الربو(clinical forms) :

7-2-1 النماذج العرضية (symptomatic forms): وهي :

✓ **حسب شدة الأعراض:** يمكن أن نميز:

- النوبات الخفيفة : تكون بأعراض قصيرة متقطعة تتراجع تلقائيا في بعض الأحيان وقد تمر من دون أن يستشعرها المريض.

- التفاقم: والذي يشير إلى استمرار الأعراض لأكثر من(24) ساعة، سواء كانت بداية الأعراض تدريجية أو مفاجئًة. و خلال الوقوع في مثل هذه الحالة من التأزم، فقد تم إثبات حدوث انخفاض في معدل الصبيب الزفيري الأقصى(DEP)، يليها ارتفاع تدريجي، يزداد خطرالتفاقم إذا تطلب الأمر بدء العلاج بالكورتيكوستيرويد أو عندما ينخفض (DEP) بمقدار أكثر من (30٪) لمدة يومين متتاليين . (Jeunang A, 2016, p 16)

- النوبات الشديدة أو الربو الحاد الشديد (severe acute asthma) : نوبات حادة شديدة، مقاومة للعلاج، مطولة (قد تدوم لعدة أيام)، حالة الاختناق تتطلب دخول المستشفى، و القصور التنفسي الحاد قد يؤدي إلى وفاة المريض(Puddu M, 2003, p 42).

✓ **حسب كثرة الأعراض** : يمكن أن نميز:

- نوبات الربو قليلة الأعراض: يتعلق الأمر غالبا بالربو الموسمي خارج الموسم الطلعي أو في حالة الابتعاد عن البيئة الأرجية .

- الربو ذو العرض الوحيد: تكون الأعراض منعزلة سواء سعال أو انقباض صدري أو صفير.

7-2-2 نماذج حسب العوامل المساعدة :

- الربو الموسمي: في حالة الحساسية لغبار الطلع أو للعفن تكون المظاهر السريرية مرتبطة بالموسم الطلعي مع تراجع أو اختفاء الاعراض خلال باقي السنة، يوجد في الغالب التهاب الأنف أو الملتحمة مصاحب للربو، و للاستقصاء الأرجي دور كبير في هذه الحالة لتشخيص المرض.

- ربو الجهد: يبدأ(10) إلى(15) دقيقة بعد الجهد العضلي، الرياضات التي تتطلب مستوى عال من الجهد التنفسي في الأجواء الباردة و الجافة تزيد من خطر الإصابة.

- الربو المهني: يكتشف في الوسط المهني، و غالبا ما يكون غير مشخص من ذي قبل، و يجب الإبلاغ عن حالات الربو المهني من أجل اتخاذ الاحتياطات اللازمة.

الربو المهني هو أكثر أمراض الجهاز التنفسي المهنية شيوعًا في البلدان الصناعية. يُعزى ما بين (15) و (25٪) من حالات الربو عند البالغين إلى حالات التعرض خلال العمل، و قد تم وصف الربو المهني أيضًا على أنه نمط ظاهري خاص للربو عند البالغين.

هناك عوامل جديدة يمكن أن تسبب ظهور الربو يتم تحديدها من قبل الخبراء. في الوقت الحاضر، يشمل الربو المهني، الربو الناجم عن التعرض لعامل يستخدم في مكان العمل، و كذلك الربو الموجود مسبقًا والذي تفاقم بسبب ظروف العمل (Quinot, 2018, p 22) .

-الربو الداخلي المشأ: ينشا بآلية غير أرجية وهو قليل الانتشار، يظهر غالبا في سن متأخرة، عادة مايكون شديدا يتطلب علاجات متكررة بالكورتكويد.

7-2-3 نماذج حسب السن :

- ربو الرضيع: تشخيصه صعب قبل 5 سنوات، و يعتمد في حالة حدوت ثلاث نوبات من ضيق التنفس و الصفير قبل سن السنتين، و يكون العامل المثير في الغالب التهابا فيروسيا، و المضاعفات قد تكون وخيمة إذا لم يتم علاجه.

- ربو المسن : الربو لدي الشخص المسن يطرح مشاكل صعبة من جهة تشخيصية و من جهة علاجية، وتكمن صعوبة التعرف علي الربو عند المسن في كثرة السوابق التنفسية المرضية، التدخين، التعرض خلال الحياة المهنية إلى الملوثات، كل هذا يصعّب التفريق بين الربو و الالتهاب القصبي الإنسدادي المزمن (Radenne, 2003, p 97).

7-3-الأعراض النفسية:

7-3-1الربو و الإكتئاب: العلاقة بين الربو و الاكتئاب قد تكون ثنائية الاتجاه. فمن ناحية، أكد الباحثون أن الحزن(الناجم عن مشاهدة الأفلام مثلا) يمكن أن يؤدي إلى تضييق القصبات الهوائية عند الأطفال المصابين بالربو. و من ناحية أخرى، فإن بعض الآثار الشائعة للربو يمكن أن تسهم أيضا في الاكتئاب كالتعب و العجز و تصور الذات على أنها مريضة، و قد يكون هناك أيضا ارتباط وراثي بين الربو و بعض اضطرابات المزاج (Lehrer, 2002, p 694).

يظهر الاكتئاب دائما على شكل أحاسيس قوية من الخوف والقلق، هذه الأحاسيس تظهر كنتيجة تفاعلية عند جميع الأفراد الذين يواجهون تهديدا أو خطرا محدقا، والخوف عند مريض الربو يكون من خطر الاختناق أثناء أزمة الربو (weissenbach L, 2009, p 53).

7-3-2 الربو و اضطراب القلق : خلصت دراسة دال جياكو و زملائه إلى أن اضطراب القلق أو الحصر يعتبر من أهم الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض الربو. حيث أظهر تحليل

الانحدار أن الإصابة باضطراب القلق المزمن تزيد خطر الإصابة بالربو أربعة أضعاف، ولا سيما الربو الحاد و الغير متحكم فيه. و بالمثل، فإن الإصابة بالربو تضاعف من خطر الإصابة باضطراب القلق، مما يؤكد إمكانية وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين القلق و الربو، حيث يمكن لكلاهما أن يكون سببًا أو نتيجة للآخر. وجود صلة وثيقة بين الاثنين تؤكد الحاجة إلى اتباع منهج متعدد التخصصات، ليس فقط فيما يتعلق بالبحث، ولكن أيضًا في الممارسة السريرية اليومية لتقييم وعلاج مريض الربو مع إعطاء أهمية بالغة لاضطراب القلق باعتباره عاملا مؤثرا في تطور الربو و كذلك الاستجابة للعلاج(Del Giacco, 2016, p 51).

قد يعاني مريض الربو أيضا من مشاكل في النوم، وأحيانا اضطرابات النطق خصوصا خلال الأزمات، كما يؤثر المرض على نوعية الحياة وجودتها، و يعاني 25% من أصحاب الأزمات الحادة مشكل الخوف من الموت.

8- مضاعفات مرض الربو :

8-1 المضاعفات الحادة :

- استرواح الصدر (Pneumothorax): غالبا ما ينتج عن استرواح المنصف، يصل الهواء إلى الرئة عن طريق الفتحة الرئوية، و يحدث غالبا اثر نوبة ربو حادة.

- استرواح المنصف (Pneumomediastinum): يحدث جراء تمزق الحويصلات الهوائية خلال 1 إلى5 % من نوبات الربو، يتميز بتدهور مفاجئ للحالة التنفسية و وجود الهواء في الفراغ التحت جلدي و الصدر، و يكمن العلاج في التكفل السريع بنوبة الربو.

- الالتهاب القصبي الحاد (chronic bronchitis): يصعب التفريق بين دوره كمثير لأزمة الربو أو كونه من المضاعفات.

8-2 المضاعفات المزمنة:

أصبحت نادرة مع تطور العلاج، وتكون على شكل تشوهات صدرية كالحداب (kyphosis) عند الرضيع و الطفل، أو تشوهات برميلية (barrel déformation)، عند البالغ أو على شكل خلل في النمو عند الأطفال مع امكانية الإصابة بإعاقة تنفسية مع قصور تنفسي مزمن.

8-3 المضاعفات المتعلقة بالعلاج :

تشمل بالأخص مضاعفات العلاج القشراني طوليل الأمد، خاصة بسبب الاستطباب الذاتي (selfmedication) و تشمل هذه المضاعفات القصور الكظري الحاد و مضاعفات أخرى مزمنة كارتفاع الضغط الدموي، داء السكري ، متلازمة كوشينغ و الخلل الكهرلي) والذي يتمثل في نقص كمية البوتاسيوم و المغنيزيوم في الدم و يرتبط استخدام الكورتيكوستيرويدات على المدى الطويل بزيادة مخاطر الوفاة مقارنة مع عدم أو قلة الاستخدام في جميع أنحاء البلاد و هذا ما أثبتته العديد من الدراسات التي أجريت في هذا السياق(Bleeker et al, 2022, p 04) .

9- تشخيص مرض الربو :

إن تشخيص مرض الربو هو تشخيص استقصائي (Diagnosis of exclusion)، لأن هناك العديد من الأمراض الصدرية التي تشبه في أعراضها مرض الربو، و يمكن أن تؤدي إلى تغليط الطبيب (Loignon, 2006, p 33)

يمر تشخيص مرض الربو عبر المراحل الآتية :

9-1 استفسار المريض: يعد مرحلة أساسية، يهدف للبحث عن وجود استعداد أرجي عائلي أو شخصي كأعراض الحساسية (الأنف، العين أو الجلد) أو حالات ربو عائلية، كما يبحث عن عوامل مثيرة خصوصا البيئية منها كظروف السكن والعوامل المهينة والتلوث، ويعمل الطبيب على التأكد من أعراض الربو و مظاهره السريرية وتوضيح الظاهر منها والخفي.

9-2 الفحص السريري: تختلف أعراض الربو من مريض الى آخر، و تجدر الإشارة إلى أن الفحص السريري للجهاز التنفسي قد يكون عاديا خارج مجال الأزمات عند مريض الربو الخاضع لعلاج مناسب، عند استعمال السماعة غالبا ما نجد صفيرا.

في الحالات الحادة يمكن أن نجد: ازرقاق الجسم، تسارع في نبضات القلب، تمدد الصدر، صعوبات في النطق(GINA, 2006, p 6).

9-3 الحصيلة التكميلية: وتتضمن ما يلي :

أ- **الإستقصاء الوظيفي التنفسي** (EFR): إن قياس الوظيفة التنفسية مرحلة أساسية لتشخيص مرض الربو وخاصة في غياب العلامات السريرية المعهودة ويضم :

- جهاز قياس التنفس (spirometry): يقيس حجم ومعدل جريان الهواء في المجاري التنفسية، و يبحث أيضا عن فرط التفاعل القصبي، تحسن الحجم الزفيري الأعلى في الثانية(VEMS) لأكثر من (12%) بعد استنشاق موسعات القصبات (béta 2 mimetics) سريعة المفعول، وتحسن لأكثر من(20%) بعد استنشاق الكورتيكويد (corticosteroids) يدل بصورة حتمية على الإصابة بمرض الربو (Loignon C, 2006, p 34) .

- قياس الصبيب الزفيري الأقصى (PEF :peak expiratory flow): يمثل المعدل الأسرع لجريان الهواء في المجاري التنفسية خلال الزفير العميق، يسمح الـ PEF بقياس الانسداد القصبي ومدى استجابته للموسعات القصبية، ويمكن من تشخيص الإصابات التنفسية المتوسطة والشديدة، تختلف النتائج حسب العمر، الطول والجنس (Puddu M, 2006, p 33)

– اختبارات العكوسية (reversibility tests) : نقوم بقياس التنفس قبل وبعد استنشاق عقار موسع للقصبات الهوائية فإذا زاد الرقم بنسبة 15% أو أكثر بعد تناول العقار يعني ذلك أن الانسداد القصبي عكوس وأن الاصابة بالربو مؤكدة (جون أيرس،2013، ص 34).

ب– اختبارات الحساسية : يجب البحث عن عامل الحساسية عند كل طفل أو بالغ يصاب بالربو، غالبا يكون ذلك بالاختبارات الجلدية (skin tests)، لأن استفسار المريض وحده لا يكفي لإقصاء الحساسية (Puddu M, 2006, p 36).

ج– البحث عن فرط الاستجابة القصبية : في حالة عدم وجود خلل تهوية انسدادي، يجرى الاختبار تحت إشراف طبي وبعد التوقف عن العلاجات الأخرى (مضادات الهيستامين ، موسعات الشعب الهوائية ، إلخ. ...) ، يتم استنشاق عامل دوائي مضيق للقصبات بجرعات متزايدة. غالبًا ما يكون هذا العامل إما هيستامين (تنشيط مستقبلات الهيستامين H1) ، أو الميثاكولين (المشتق من أسيتيل كولين يسبب تضيق الشعب الهوائية عن طريق تنشيط المستقبل المسكارينية). و يتم استنشاق العامل وفقًا لمستويات الجرعة و قياس(VEMS) بواسطة تسجيل قياس التنفس في كل مرة. إذا انخفض (VEMS) بنسبة (20٪) عن أفضل درجة للمريض، يتم إيقاف الاختبار ويعتبر ناجحًا.

كما يمكن أيضا إجراء اختبارات العكسية مع تطبيق موسع قصبي بعد هذا الاختبار من أجل تقييم العودة إلى الحالة الطبيعية لوظيفة الجهاز التنفسي (Meulemans, 2021, p 25).

10– النظريات المفسرة لمرض الربو:

كان الربو منذ مئة عام يعتبر كنوبة ذات منشأ نفسي ولهذا كان يسمى الربو العصبي (Asthma nervosa)، ورغم اكتشاف دور الحساسية والمستأرجات كمسببات للمرض، حافظ الجانب النفسي على أهميته في فهم مرض الربو مع اختلاف بعض المفاهيم (Roth T, 2010, p01) .

توجد عملية ديناميكية لتقبل المريض لمرض الربو كما هو الحال بالنسبة لبقية الأمراض المزمنة، تمر بعدة مراحل هي: الصدمة الابتدائية (the initial choc) – الإنكار (the denial) – الثورة (the revolte) – المساومة (the haggling) – الاكتئاب (the depression) وأخيرا التقبل (the acceptance) (ANAES, 2001, P 78) .

10-1-النموذج السلوكي :

التكييف الكلاسيكي لأعراض الجهاز التنفسي ليس ظاهرة حديثة، فقد كان موضوع بحث كبير في العقد الماضي. وقد أظهر فان دن بيرغ وزملاؤه (van den Bergh et al, 1995) أن الروائح و المثيرات الأخرى يمكن أن تكون بمثابة محفزات مشروطة لإثارة أعراض الجهاز التنفسي والشكاوى لدى الأفراد الأصحاء و كذلك بين الأفراد المصابين بفرط التنفس. و أظهرت دراسات أخرى استجابات تنفسية مشروطة للصور ذات الصلة بالخوف أو المنبهات الشرطية المرتبطة بالإجهاد كدراسة لاي (Ley, 1994) ؛ و ميلر وكوتسيس (Miller & Kotses, 1995)، و ستيجان و زملائه (Stegen and All, 1999)(Lehrer, 2002, p 695).

وحسب حاليمي (Halimi, 2009) فيؤثر وجود القلق الشديد واضطرابات الهلع على مسار مرض الربو، مما يؤدي إلى دخول المستشفى بشكل متكرر، ولمدة طويلة، و الاستخدام المفرط للأدوية التي تستعمل "عند الطلب" كدواء الفونتولين. في الواقع ، قد يؤثر القلق على قدرة الأشخاص المصابين بالربو على إدراك درجة انسداد الشعب الهوائية، إما بالتقليل أو المبالغة في تقدير الأعراض مما يحول دون اتخاذ الإجراءات المناسبة. و من المعلوم أن القلق العام أو القلق كسمة يسبب سوء التكيف العاطفي، وفرط الحساسية للمواقف المكروهة، و ظهور سلوكات معرفية ونفسية فيزيولوجية تتعلق باضطرابات القلق، مثل قلق الانفصال للأطفال المصابين بالربو واضطرابات الهلع. أما القلق كحالة فيتوافق مع مجموعة من المعارف والمؤثرات اللحظية والمتقلبة لمواجهة موقف خطير، و هي استجابة

طبيعية لأي مرض مهدد للحياة. و قد أوضحت الدراسات أن المرضى الذين يظهرون مستوى معتدل من القلق كسمة، ولكن لديهم مستوى عالٍ من حالات القلق لديهم مخاطر أقل لدخول المستشفى، كما أن ظهور أعراض الربو يمكن أن يؤدي إلى نوبة هلع وفي المقابل يمكن أن يكون لنوبات الهلع تأثير يؤدي إلى تضييق القصبات الهوائية (Halimi, 2009, p 03).

وذكر روث(2010) علم النفس الجسدي الحديث، الموجه نحو العلاج السلوكي، لا يعتبر حماية الوالدين المفرطة سببًا لأزمة الربو، ولكن كنتيجة لها. الأزمات الخطيرة مع الخوف من الاختناق والإحباطات بسبب الإعاقة الجسدية الثانوية للمرض، والخوف الحقيقي من الآثار غير المرغوب فيها للأدوية المستخدمة تثير أنواع السلوك الملحوظة في الأسرة وتترك آثار نفسية لدى المرضى. لذلك فإن القلق والاكتئاب موجودان في كثير من الأحيان لدى مرضى الربو، وكذلك لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة أخرى، مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن. هذه العوامل النفسية تقلل من جودة حياة المرضى، وتؤثر أيضًا على سلوكهم وتطور مرضهم. مثلما يكون الإحساس بالألم أكثر وضوحًا في الاكتئاب ، يمكن أن يتأثر الشعور بضيق التنفس بفعل العوامل النفسية، يُعد ضيق التنفس عمومًا إحساسًا يصعب قياسه كما أن ارتباطه مع مستوى انسداد الشعب الهوائية ليس محددا. يمكن أن يزيد القلق من إدراك أعراض الربو، خاصة في الأشكال الخفيفة، على العكس من ذلك، فمن المعروف أن المرضى المصابين بالربو الشديد يعانون من ضعف إدراكهم لدرجة انسداد الشعب الهوائية (Rothe, 2010, p283).

10-2 النموذج السيكوسوماتي :

يقدم التحليل النفسي مبررات لظاهرة الجسدنة، التوظيف العضوي و المعاناة الجسدية التي تعكس الشعور بالضيق العام تنجم عن اضطرابات في العلاقات المبكرة للأشياء، وخلل في التنظيم

النرجسي وتنظيم احترام الذات، لذلك يتم وضع الأعراض في منظور تاريخي. علاوة على ذلك، إذا أشرنا إلى مبدأ الألكسيثيميا (alexithymia) والفكر التطبيقي المرتبط غالبًا بالمجال السيكوسوماتي، فإن العديد من المؤلفين المهتمين بالتحليل النفسي يلاحظون تغييرًا في بنية شخصية المريض حيث تتأثر الحياة العاطفية والخيالية لهذا الأخير بنوع من الفقر الجوهري الذي من شأنه أن يؤدي إلى صعوبات في التعبير عن المشاعر. ومع ذلك، فالمسألة لا تؤكد عدم وجود عواطف لدى المرضى النفسجسديين(Morin, 1997, p 19).

تعتبر مدرسة الطب النفسجسدي في باريس، تحت إشراف بيير مارتي (Pierre Marty) من أهم المدارس، حيث توصل مجموعة من الأطباء المتخصصين في التحليل النفسي من خلال عملهم على تحديد وظيفتهم التشخيصية والعلاجية، و التي ترتكز على التحليل النفسي و الطب في آن واحد، إلى ابتكار كلمة جديدة: "السيكوسوماتيكية. (Wissenback, 2009, p33)

سعى ألكسندر (Alexander) داخل مدرسة شيكاغو إلى إنشاء ملامح شخصية وفقًا لما يسمى بالأمراض النفسجسدية المختلفة، و قد درس هذا المحلل النفسي دور العواطف والجهاز العصبي الخضري في نشأة الأعراض الجسدية، حيث يبين أن العواطف المكبوتة يمكن أن تؤثر على عمل الأحشاء عن طريق التحكم في الجهاز العصبي الذاتي، حيث ينتقل من الاضطرابات الوظيفية العصبية للأعضاء أو "عصاب الأعضاء" حتى ظهور الأعراض الجسدية التي تشكل المرض العضوي. بالنسبة إلى ألكسندر، يتم تحفيز الجهاز الودي من خلال الحالات العاطفية النشطة مثل العدوانية أو ردود الفعل المحاربة، بينما يتم تحفيز الجهاز نظير الودي عندما يتفاعل الفرد بشكل سلبي مع الشدائد.

يعتمد ألكسندر على أعمال(Seyle و Long) فيما يتعلق بـ "متلازمة التكيف العامة" التي توضح بالتفصيل الميكانيزمات العصبية والهرمونية التي تتدخل في المواقف العصبية، و يعتمد على نظرية الخصوصية (specificity theory) التي تطابق مختلف مظاهر الجسدنة مع أنواع معينة من المشاعر، و هكذا يحدد ألكسندر ملامح الشخصية.

في حالة الربو، يلاحظ ألكسندر وجود تضارب يتعلق بالتبعية، أو ارتباط مفرط بالأم أو صدمة الانفصال. و يفترض وجود علاقة بين أنماط الصراع الديناميكي الخاصة بأمراض معينة و تغيرات الجهاز العصبي الذاتي والغدد الصماء. و يعتبر أن الموقع التشريحي (anatomical location) للأعراض يعتمد على طبيعة الصراع وخاصة على "الكوكبة النفسية الديناميكية" التي يظهر فيها، ويأخذ في الاعتبار عامل الضعف في تكوين الفرد وكذلك الوضع المعيشي كعامل يؤدي إلى انهيار دفاعات الفرد(weissenbach, 2009, p 30) .

3-10 -النموذج التحليلي :

بالارتكاز على نموذج التحليل النفسي لـ فرويد، عرف السيكوسوماتيون (1940) سبعة نماذج اكلينكية أسموها المقدمات السبعة للطب السيكوسوماتي (The holy seven). الربو واحد من هذه النماذج، العامل الأساسي هو تبعية الطفل لأم مفرطة في الحماية ومشكل الازدواجية و التناقض الناتج عنها. من ناحية، يسعى الطفل إلى التقرب من والدته لأن هذا دائما يجعله على علم بإدمانه و تبعيته. من ناحية أخرى، الإدمان هو أصل الميول نحو الابتعاد. حسب هذا التحليل تم حصر مرض الربو في النوبة الربوية، كصرخة على الأم أو بكاء مكبوت، إذن كاستمرار لشكل من أشكال التواصل الطفولي ما قبل الكلام، يكافأ في الغالب من خلال الاهتمام الفوري. و لكن حقيقة أن هؤلاء المرضى غالبا ما تكون لديهم أعراض بين نوبتين يتناقض مع هذه المحاولة التفسيرية.

يلعب التشنج القصبي دورًا هاما في نوبة الربو، و بما أن الجهاز العصبي اللاإرادي يعصب عضلات الشعب الهوائية، فمن المنطقي أن العوامل النفسية يمكن أن تؤثر على تشنجها. يسبب التنبيه المباشر للعصب المبهم تضيق القصبات الهوائية.

و مثلما يمكن أن تتسبب نوبة القلق الحاد في إفراغ الأمعاء على الفور، فإن القلق مرتبط أيضًا بإثارة فرط التنفس النفسي المنشأ، و غالبا ما يصعب التمييز بين فرط التنفس و التشنج القصبي الحاد حتى على مريض الربو (Rothe, 2010, p 282).

10-4-النموذج الطبي:

التفاعل بين التكيف والقلق و الجهاز العصبي اللاإرادي وضيق التنفس الحاد يتعلق أساسا بنوبة الربو، التي تعتبر حاليًا فقط ظاهرة ثانوية لمرض الربو. حتى التفاقم الحاد نادرا ما يكون ذا طبيعة نفسية بحتة. و قد أثبتت الدراسات أن ما يقارب (80٪) من نوبات الربو الحادة تنجم عن الالتهابات الفيروسية في الجهاز التنفسي العلوي. العوامل الأخرى المسببة لضيق التنفس الحاد هي : التعرض لمسببات الحساسية ، المجهود البدني، تهيج المجاري الهوائية بسبب الدخان والهواء البارد. و يُعرّف الربو بأنه التهاب مزمن وفرط حساسية للممرات الهوائية. و يمكن إعاقة القصبات الهوائية بسبب تشنج عضلاتها، و كذلك الإفرازات اللزجة والانتفاخ الالتهابي في الغشاء المخاطي للشعب الهوائية، مما يؤدي إلى انخفاض تدفق الهواء، كما أن نوبة الربو ليست معيارًا محددًا لأنه في الكثير من الحالات يتعلق الأمر بانسداد تدريجي يظهر ببطء، دون أن يكون هناك بالضرورة نوبة حادة من ضيق التنفس (Rothe T, 2010, pp 282-283).

10-6-نموذج علم النفس العصبي:

بات واضحا الآن أن الدماغ يعدل النمط الظاهري لمرض الربو، و هناك بيانات كافية من الدراسات الوبائية للإجهاد الحاد والمزمن، والتجارب السريرية التي تستدعي استجابة الدواء الوهمي placebo (response)، والاستكشافات الحديثة باستخدام التصوير العصبي الوظيفي التي تؤكد علاقة الجهاز العصبي بمرض الربو. قد تعدل الأنسولا (insula) عمليات انتفاخ القصبات الهوائية من خلال تأثيرها على استجابات الغدد الصماء للإجهاد، و من الواضح أن مزيدًا من الدراسة لهذا الموضوع أمر بالغ الأهمية لتوضيح دور الدماغ في الإصابة بمرض الربو بشكل كامل (Kline et al, 2014, p 315) .

في دراسة مارين وآخرون(Marin et al, 2009) حول الأطفال المصابين بالربو على مدار عامين، توصل الباحثون إلى أن الخلايا أحادية النواة للأطفال الذين أبلغوا عن حياة مقترنة بالإجهاد المزمن تنتج مستويات مرتفعة من السيتوكينات المحفزة لمرض الربو، مقارنة بالأطفال المصابين بالربو الذين لا يعانون من ضغوط مزمنة أو يتمتعون بضوابط صحية جيدة.

و كذلك أظهرت دراسة ليو و زملائه (Liu et al, 2002) أن مرضى الربو الجامعيين الذين تعرضوا لمسببات الحساسية خلال أسبوع الفحص النهائي – فترة من الإجهاد المتواصل– كان لديهم التهاب أكبر في مجرى الهواء وانخفاض أكبر في وظائف الرئة، مقارنةً بمرضى مماثلين تعرضوا لمسببات الحساسية خلال فترة خالية نسبيًا من الإجهاد. حقيقة أن العوامل النفسية يمكن أن تؤثر على أعراض الربو تؤكد الدور الحاسم للدماغ، لأنه فقط من خلال الدماغ يمكن أن تحدث هذه التأثيرات و التغييرات المنصبة على النظم البيولوجية المحيطية الهامة في التعبير عن مرض الربو. ومع ذلك ، فإن البحوث الموجهة نحو فهم الفيزيولوجيا المرضية للربو غالبا ما أغفلت دور الدماغ .(Rosenkranz et al, 2016, p 22).

يشير عمل روزن كرانز (Rosenkranz et al,2012) إلى وجود اختلاف في الأنماط العصبية لمرض الربو والتي تعتمد على تنشيط مناطق الدماغ التي تشارك في التحكم في العاطفة ، مثل الفص المعزول (insula).

و في التصوير الدماغي، لوحظ أن الأشخاص المصابين بالربو الأكثر شدة يزداد لديهم تنشيط هذه المنطقة عند نطق المصطلحات المرتبطة بالربو، مقارنة بالمصطلحات المحايدة، والأشخاص الذين لديهم تنشيط عال للفص المعزول يظهرون تفاعلًا التهابيًا متزايدًا. كما أن الأعمال الأخيرة لهذا الفريق توضح إمكانية افتراض أن تنشيط مناطق الانسولا بسبب الإجهاد المزمن يؤدي إلى تنشيط

جهاز المناعة و على وجه الخصوص إفراز السيتوكينات المسؤولة عن ضعف السيطرة على مرض الربو وزيادة درجة القلق(Rolland-Debord, 2021, p 331) .

10-5-نموذج علم النفس الصحي:

بينما توجد عوامل جينية وبيولوجية واجتماعية ونفسية، تساهم في الحصر النفسي، الرعاية السريرية المثلى تتطلب فهم العوامل القابلة للتعديل. يقدم النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للصحة والرفاهية نظرة عامة على الجوانب البيولوجية والاجتماعية والنفسية للمجالات والمكونات التي ترتبط بالصحة والرفاهية مثل البيئات الصحية، و الكفاءات التنموية، والحس من الانتماء والسلوكيات الصحية والتكيف والمرونة والعلاج من المرض. المشاكل المصادفة في هذه المجالات ترتبط بضيق نفسي كبير، الضيق هو المشاعر غير السارة التي تتجاوز القدرة الصحية و استراتيجيات المواجهة (مثل التهدئة الذاتية ، والاسترخاء، الدعم والمساندة المهنية و الاجتماعية) لتقليل الضيق.

عندما يتجاوز الضيق قدرة استراتيجيات التأقلم الصحية، يستخدم الناس استراتيجيات تأقلم غير صحية ليشعروا بتحسن (الحديث السلبي عن النفس، والأنشطة الضارة، والانسحاب الاجتماعي، والانتحار). كما يمكن أن يؤدي الاستخدام المزمن لاستراتيجيات المواجهة غير الصحية لتقليل الضيق الشديد إلى حدوث ضرر، بما في ذلك الاضطرابات الناتجة عن التكيف مع الأنشطة الضارة غير الصحية (مثل الإفراط في تناول الطعام، واضطرابات تعاطي المخدرات، السلوكات العدوانية، الانحراف و الإجرام).

وبالتالي، فإن نموذج علم النفس الصحي يوفر إطارًا مفيدًا لفحص الدوافع النفسية المتعلقة بالإصابة بالربو من أجل تحسين سبل الرعاية السريرية للمريض (Sharrad, 2021, p 69).

11- التكفل بمريض الربو:

الربو مرض مزمن لا يوجد له علاج شاف نهائيا، ولكن الهدف من التكفل بالمريض يهدف إلى تحقيق سيطرة مثلى على المرض و الحفاظ عليها (Temam, 2017, p 14).

و يتلخص هذا التكفل فيما يلي:

-التحكم في أعراض المرض.

- الحفاظ على مستويات عادية من النشاط اليومي بما في ذلك التمارين.

- الحفاظ على الوظيفة التنفسية.

- الوقاية من مضاعفات المرض و التقليل من أو تجنب الوفيات.

ويعتمد علاج مرض الربو على خمسة مظاهر أساسية:

- الوصول إلى تحكم مقبول في المرض كهدف أساسي.

- صحية المحيط (environmental sanitation).

- التربية الصحية للمريض لتحفيز التكفل الشخصي.

- استعمال الكورتيكويدات المستنشقة لكل الاعمار.

- استعمال أدوية أخرى في حالة عدم الجدوى (Dacko, 2009, p 11).

عندما لا يتم التحكم بشكل جيد بمرض الربو فهذا يؤثر بشكل كبير على نوعية حياة المرضى، و قد أظهرت الدراسات أن جودة الحياة لدى مرضى الربو الذين يخضعون لسيطرة تامة مشابهة لنوعية الحياة لدى المرضى الأصحاء(Margaux Sanchez, 2015, p 21).

11-1 العلاج الدوائي: من المهم الاشارة ان هناك شطران في علاج مرض الربو:

11-1-1 علاج نوبة الربو: لعلاج نوبة الربو يجب أن تكون المنهجية حسب قوة النوبة، وفي كل الأحوال يجب البحث عن عوامل مثيرة يمكن علاجها كالتعفنات، والأدوية المستعملة هي: موسعات القصبات ذات المفعول قصير الأمد المستنشقة عبر الفم (short acting bronchodilators) مثل سالبيتامول (salbutamol)، و تيربيتالين (terbutaline)، والكورتيكويد (corticosteroids) عن طريق الفم لمدة 5 الى 10 أيام.

11-1-2 العلاج الأساسي:

الأدوية المستعملة: ناهضات المستقبلات (Béta) طويلة المفعول- الكورتيكويدات المستنشقة- مضادات الليكوترين (anti leukotrienes) – مثبتات الخلايا البدينة مثل كرومولين الصوديوم- وتستعمل هذه الأدوية منفردة أو مضافة بعضها إلى بعض حسب التوجيهات المعتمدة من قبل المنظمة العالمية للربو.

في حالات الربو الحاد، تؤدي الحاجة إلى جرعات عالية من الكورتيكوستيرويدات المستنشقة أو المحقونة إلى تعريض الأشخاص لآثار جانبية كبيرة، مما يعقد رعاية المريض ويزيد من تكلفة العلاج.

في هذه الحالات يمكن اللجوء إلى استخدام العلاج البيولوجي أو عقار أوماليزوماب(omalizumab)، و قد أثبتت الدراسات أن هذه الأدوية تعطي تأثيراً مفيداً عند تناولها من قبل بعض مرضى الربو الحاد، وهي مخصصة لمرضى الربو الذين يعانون من الحساسية والذين لا يستجيبون للعلاج من المستوى الخامس(Aissani S et all, 2022, p 41) .

11-2 العلاج الوقائي:

11-2-1 علاج التهاب الأنف التحسسي:(traitement de la rhinite): التهاب الأنف قد يكون مستمرا أو متقطعا، وتختلف شدته على حسب تأثيره على نشاطات الفرد اليومية يعالج بإستعمال مضادات الهيستامين – الكورتيكويدات عن طريق الأنف- الكرومونات (les cromones)- والعلاجات المناعية. يجب تقييم نتائج الدواء بعد شهرين من تاريخ وصفه ثم على فترات منتظمة (ANAES, 2001, pp 46-45).

11-2-2 التحكم في المحيط: ويكون ذلك بمقاومة التلوث الداخلي والخارجي.

التحكم في المحيط عامل أساسي للتكفل بمرض الربو لأنه يساهم في محاربة التهاب القصبات الهوائية،كما أن العوامل المسببة للحساسية تلعب دورا كبيرا ليس فقط بإثارة النوبات و لكن أيضا باستدامة الالتهاب القصبي، كما أن تقليص الشحنات المسببة للحساسية و خاصة العث يساهم في تخفيض أعراض الربو و كذلك التقليص من استهلاك الأدوية، و من بين المقترحات:

- تقليص الرطوبة النسبية(التهوية و فتح النوافد في المناطق المعتدلة، استعمال المكيفات في المناطق الحارة و الرطبة).
- استعمال الأفرشة الاصطناعية المضادة للعث.
- الغسل المنتظم للأفرشة في درجة حرارة تفوق 55 درجة مئوية.
- الحد من التعرض للمستأرجات الخارجية كحبوب الطلع.
- استبعاد الحيوانات الأليفة المثيرة للحساسية خاصة عند الأطفال.
- التوقف عن التدخين و تفادي التدخين السلبي (Metahri, 2018 , p 37).

تفادي التلوث الخارجي يكون بإتباع العلاج الأساسي وتفادي الاجهاد في الأيام التي يكون فيها ارتفاع كبير لمعدل التلوث(pollution peak) (ANAES, 2001, p 47).

11-2-3 ممارسة الرياضة:

إذا كان التمرين مسببا لنوبة الربو يجدر بالأشخاص المصابين بالربو تحمية عضلاتهم برفق وتناول الدواء المسكن قبل البدء بالتمرين، تستطيع اليوغا وتمارين الاسترخاء الأخرى مساعدة الأشخاص على الشعور بهدوء أكبر (كلير ليويلين، 2005، ص 19).

لا يوجد دليل على أن المراهقين المصابين بالربو يعانون بشكل عام أقل نشاطًا بدنيًا من المراهقين غير المصابين بالربو. فبالإضافة إلى الفوائد الصحية العامة، يرتبط النشاط البدني لدى المراهقين بتحسين نتائج وظائف الرئة وتقليل الربو و أعراض التفاقم، ودخول المستشفى، والتغيب عن المدرسة، واستخدام أدوية الربو (Sharrad, 2021, p 70).

إن ممارسة التمارين البدنية بإنتظام قد تساهم في تحسين احترام وتقدير الذات وتزيد من ثقة الشخص بنفسه خاصة لدى المراهقين، ويعد الغوص الرياضة الوحيدة الممنوعة نهائيا عن مريض الربو(ANAES, 2001, p 49).

-2-4 العلاج المناعي ضد المستأرجات (Immunotherapy):

في حالة الإصابة بالربو التأتبي وتحديدا المستأرجات المسؤولة عن إثارة الأزمات يمكن للعلاج المناعي أن يقلل من معدلات إستخدام المريض للأدوية الموصوفة له، كما أنه يحسّن ويعزز القدرة على التحكم في الأعراض(Pham Van Lihn, 2010, p 45).

لا يزال دور العلاج المناعي للتحكم في مرض الربو مثيرا للجدل إلى يومنا هذا و لا تزال الدراسات مستمرة، و في الواقع فإن المبادئ التوجيهية البريطانية لأمراض الصدر واضحة بحيث أنه لا مكان

للعلاج المناعي لدى مرضى الربو التحسسي البالغين إلا في حالة فشل العلاج الدوائي و استراتيجيات التحكم في مسببات الحساسية حيث يتم اللجوء إلى الطرق المناعية لعلاج الحساسية، و قد ثبت أن العلاج المناعي للحساسية يقلل من أعراض الربو مع مجموعة متنوعة من مسببات الحساسية بما في ذلك غبار المنازل، وبر القطط، العشب و حبوب الطلع، و تجدر الإشارة إلى أن فعالية العلاج المناعي تقل مع تقدم العمر (Guilleminault, 2019, p 312).

11-3-العلاج النفسي:

تهدف التدخلات النفسية إلى تحسين السيطرة والالتزام العلاجي لدى مرضى الربو، و قد أثبتت العديد من الدراسات فعالية العلاجات النفسية التي يمكن تصنيفها وفقًا لأطرها النظرية أو طرقها العملية، و نذكر منها:

- ✓ **العلاجات السلوكية:** تركز العلاجات السلوكية على تحديد العمليات التي تم من خلالها تعلم السلوك، كالارتباط أو المكافأة أو الملاحظة و تعديل السلوك باستخدام طرق مثل إزالة التحسس المنتظم والتعزيز الانتقائي والنمذجة الإيجابية.
- ✓ **العلاجات المعرفية:** تركز العلاجات المعرفية على تحديد وتعديل الأفكار الخاطئة مثل الشعور بالعجز أو الخوف المبالغ فيه من نوبة الربو، و التي من شأنها أن تستثير تكرار النوبات .
- ✓ **العلاج السلوكي المعرفي:** يتضمن العناصر الرئيسية لكل من النماذج السلوكية والمعرفية ويستخدم حاليًا بشكل متزايد أكثر من استخدام العلاجات المعرفية أو السلوكية كلاعلى حدى.
- ✓ **تقنيات الاسترخاء:** كانت محط اهتمام العديد من دراسات التدخلات النفسية في الربو، تتحكم تقنيات الاسترخاء في التوتر والقلق، و قد تفيد في تحسين وظيفة الجهاز التنفسي. هذه البرامج تشمل عموما الاسترخاء التدريجي، والتدريب الذاتي، الذي يركز على الاهتمام على المشاعر

الجسدية وكيفية السيطرة العقلية عليها، و التنويم المغناطيسي أو الاسترخاء العميق ، والذي يمكن أن يحدث باستخدام التصور العقلى.

- ✓ **العلاجات النفسية الديناميكية:** تحاول كشف القضايا العاطفية وأنماط الاستجابة التي تدفع المرضى إلى التصرف بطرق غير تكيفية، تجارب العلاج الديناميكي نادرة ، وهناك القليل من الأدلة على أنه من المحتمل أن تكون ذات فائدة لمرضى الربو.
- ✓ **الاستشارة:** تنطوي على الحديث عن مشاكل الصحة المهنية، في الاستشارة الداعمة يعمل المرشد في المقام الأول كمستمع جيد يقدم الدعم العاطفي، و يركز العلاج الداعم أحيانًا على حل المشكلات وقد يكون مفيدًا للمرضى الذين يعانون من أزمة حادة.
- ✓ **العلاج الأسري:** يحاول فهم ديناميكية الأسرة، استنتج جوستافسون وزملاؤه ذلك يبدو أن العلاج الأسري قد يحسن الأعراض عند الأطفال المصابين بالربو.
- ✓ **المناهج التعليمية:** لا تحاول تغيير جوهر العمليات النفسية وبالتالي فهي ليست علاجات نفسية و هي بالفعل موضوع المراجعات المنهجية، ويتم تضمينها بشكل روتيني على أنها المكونات الضرورية للعناية المثلى بالربو.
- ✓ **تمارين إعادة تدريب التنفس:** تشمل مجموعة من تقنيات لتحسين التحكم في التنفس لمرضى الربو وعلى الرغم من تجارب الأساليب التنفسية المختلفة في حالة الربو ، لا توجد دراسات كافية عن أي علاج واحد منها لاستخلاص النتائج فيما يتعلق بفائدة هذه الأساليب لتحسين النتائج المتعلقة بالربو (Van Lieshout, 2008, p 24) .

11-4- التربية العلاجية:

تعد التربية العلاجية عنصرا هاما في علاج الأمراض المزمنة كمرض الربو الذي يتطلب مرافقة طويلة الأمد للمريض، يجب التركيز خلالها على إيصال المعلومات، الدعم و التربية الصحية، هذه الأخيرة يجب أن تتكيف مع تطور المرض ونمط حياة المريض (ANAES, 2001, p 50).

يعد التعليم جزءا لا يتجزأ من التفاعل بين الطبيب و المريض و يتم استخدام طرق مختلفة، كالمناقشة مع الطبيب أو مع ممرضة مختصة، استحداث ورشات عمل أو ما يعرف بمدرسة الربو، كما أن التثقيف العلاجي هو العامل المحدد لجودة تدابير الإدارة الذاتية للمرض. و قد أظهرت العديد من الدراسات قيمة خطط الإدارة الذاتية لمرض الربو حيث تسمح هذه الخطط للمريض بتغيير علاجه بطريقة مستقلة اعتمادا على مستوى السيطرة على المرض موثقا ذلك بالاعتماد على الأعراض و قياس ذروة تدفق الزفير (DEP) (AL Dandachi, 2013, p 20).

11-5- التحكم الذاتي بمرض الربو:

الدلائل الإرشادية الحالية المتعلقة بعلاج مرض الربو تؤكد على الدور الهام للتحكم الذاتي في المرض من قبل المريض لتحديد المسار اللاحق للمرض بعد تشخيصه و استقراره مع العلاج الطبي المناسب، الإدراك الكافي لبداية و شدة تضيق القصبات الهوائية و ما يصاحبها من ضيق تنفس هو الشرط الأساسي لبرامج الإدارة الذاتية و يشكل أساس جميع التدابير الإضافية المفروضة ذاتيا مثل العلاج الذاتي المنتظم، الحد من التمارين البدنية، تجنب مسببات الحساسية. في المقابل، الإفراط في إدراك شدة ضيق التنفس قد يتوافق مع الإفراط في تناول الأدوية و يترتب عنه الآثار الجانبية ذات الصلة، في حين أن نقص الإدراك ينطوي على مخاطر محتملة لتأخر العلاج. و قد أظهرت دراسة ميدانية لماين و زملائه(Mine et al) أن الإدراك الخاطئ لشدة مرض الربو (أي ربط أعراض غير محددة مع مرض الربو) يؤدي إلى الإفراط في استخدام الأدوية المسكنة بغض النظر عن وظائف الرئة (Van Leupoldt, 2006, p 412).

خلاصة الفصل:

الربو هو مرض التهابي مزمن يصيب المسالك الهوائية، أسبابه متعددة وطرق إدارته تخضع لبروتوكولات متفق عليها عالميا، و على الرغم من المعرفة الجيدة للفيزيولوجية المرضية والترسانة العلاجية المتوفرة، يستمر تواتر الربو في الازدياد مع معدلات اعتلال كبيرة وحتى وفيات معتبرة، فضلا عن الانعكاسات الاجتماعية والمهنية الخطيرة على نوعية حياة مرضى الربو، بما في ذلك التطور المتقلب في كثير من الأحيان لهذا المرض، مما يؤدي إلى الشعور بالعجز والخوف من أزمة جديدة في أدنى اضطراب تنفسي و ما يترتب عنه من مشاعر سلبية تساهم بدورها في ضعف السيطرة على مرض الربو. و عليه فإن إدارة هذا المرض تتطلب الاعتماد على منهج علمي بناء يرتكز على الطريقة التجريبية وعلى نظرية التعلم، و يمكن التأكيد على أن العلاجات المعرفية والسلوكية، و البرامج التربوية العلاجية تساهم في تحسين إدارة جميع مخاطر مرض الربو.

الجانب الميداني

(الإجرائي)

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد:

بعدما تم التطرق في الفصـول السـابقة إلى متغيرات الدراسـة المتمثلة في الإلتزام الصـحي، مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية ومرض الربو، في محاولة لبناء إطار مفاهيمي حول هذه المتغيرات، سنتناول في هذا الفصل الإجراءات الميدانية المتبعة في هذه الدراسة، انطلاقا من منهج الدراسـة، الدراسـة الإسـتطلاعية، أدوات الدراسـة، العينة وطريقة اختيارها، الحدود المكانية والزمنية للدراسـة، البيانات المتعلقة بخصـائص أفراد العينة، الأسـاليب الإحصـائية المسـتخدمة في المعالجة الإحصائية وأخيرا خلاصة الفصل.

1- منهج الدراسة :

على اعتبار أن الدراسـة الحالية تهدف إل معرفة العلاقة الممكنة بين الإلتزام الصـحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، فقد تم إتباع المنهج الوصفي الذي يتيح مجموعة من المراحل إنطلاقا من جمع بيانات كمية تتعلق بمتغيرات الدراسـة، ثم تبويبها وتصـنيفها لتتم بعدها عملية حسـاب إمكانية وجود العلاقات بينها، مع وصـف إنتشـار قيمها العددية بين أفراد العينة المعتمدة في الدراسة، والحصول على النتائج بناءا على الفرضيات الموضوعة من طرف الباحث.

ويمكن تعريف المنهج الوصفي على أنه " أسلوب من أساليب التحليل المركّز على معلومات كافية ودقيقة حول ظاهرة أو موضـوع محدد، لفترة أو فترات زمنية معينة، وذلك بهدف الحصـول على نتائج علمية، ثم تفسيرها بطريقة موضوعية، بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للموضوع أو الظاهرة المراد دراستها (دويدري، 2000، ص 184).

وحسب محمد صلاح الدين وأحمد رجاء (2010) فيهدف المنهج الوصفي في الغالب إلى محاولة فهم وتقويم ظواهر وأوضاع موجودة وقائمة، و يكون الوصف عادةً كيفيا، ويعبر عنه بطريقة كمية

أو رقمية، كما انه مرتبط بدراســـة ووصـــف الظواهر والمشـــكلات المختلفة التي ترتبط بالمجالات الإنسانية (محمد صلاح الدين، أحمد رجاء، 2010 ، ص 25).

2- الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية من الخطوات الهامة التي يتوجب على الباحث القيام بها، بهدف تحصيل بيانات ومعلومات إضافية مساعدة من خلال التقرب من الميدان والإلمام بالظروف التي ستُجرى فيها الدراسة الميدانية الأساسية، والتعرف أكثر على خصائص مجتمع الدراسة، والتأكد من صدق وثبات مقاييس الدراسة، وقد تم إجراؤها بالإعتماد على عينة قوامها (62) من مرضى الربو الراشدين، ويمكن حصر أهم أهداف الدراسة الإستطلاعية فيما يلي:

- ✓ **الأهداف النظرية:** ساهمت القراءة المعمقة لما توفّر من دراسات وأبحاث حول الموضوع – محل الدراســة– في تشكيل رؤية واضحة لدى الباحث من أجل التأسيس لهذا الموضوع وبناء إشكاليته، بعد الوقوف على حقيقة قلة الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيرات الدراسة (الإلتزام الصحي، مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية)، إضافة إلى بناء وضبط الفرضيات مع تحديد المفاهيم إجرائيا.
- ✓ **الأهداف العملية أو التطبيقية:** و تتمثل أساسا في معرفة مدى إمكانية الوصول إلى عينة مناسبة من مرضى الربو الراشدين، والتقرب إليهم عن طريق الإتصال بهم في الميدان، ومحاولة التعرف أكثر على معاشهم النفسي وبيئاتهم الإجتماعية في حدود الإمكان، علاوة على حساب الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها.

3- أدوات الدراسة :

اعتمدنا في هذه الدراســـة – في جانبها الميداني- على تطبيق ثلاثة مقاييس (حســـب المتغيرات الأساسية للدراسة) و هي :

- ✓ **مقياس الإلتزام الصــحي** : وتجدر الإشــارة هنا إلى تبني الباحث للمقياس الذي إســتخدمته الباحثة أيت حمودة ديهية (2018) في البيئة الجزائرية، في دراستها الموسومة ب" علاقة المعتقدات الصحية مصدر الضبط الصحي نمط الشخصية د بالملاءة العلاجية لدى مرضى الربو – دراسة ميدانية على ضــوء بعض المتغيرات الســوســيوديمغرافية-"، إذ بعد إطّلاع الباحث على محتوى المقياس وجد أن أبعاده وبنوده تهدف لقياس أنماط الســلوكات المتعلقة بالإلتزام بالعلاج في ســياق مرض الربو، و التي يسعى الباحث بدوره إلى قياسها من أجل التعرف على مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضــى الربو الراشــدين، وبخصــوص مصــطلح الملاءمة العلاجية، فقد أشــارت الباحثة في دراستها إلى أن كلمة "الملاءمة" في اللغة العربية مرادفة لكلمة الإلتزام

(المصطلح الذي أخذنا به في دراستنا الحالية) (أيت حمودة ديهية ،2018، ص 140).

كما أنه وبالعودة إلى ما جاء في الجانب النظري، تحديدا في فصــل "الإلتزام الصــحي" فقد تمت الإشـــارة إلى أن مفهوم الإلتزام الصـــحي، قد تم تناوله في كثير من الدراســـات بالإعتماد على مصـــطلحات أخرى، مختلفة من حيث اللفظ (أو الصـــياغة)، لكن متشـــابهة من حيث المعاني والمضامين، وذكرنا منها مصطلح الملاءمة العلاجية.

- ✓ **مقياس مصدر الضبط الصحي:** هذا المقياس تم تكييفه على البيئة الجزائرية، وتم إستخدامه في عدة دراسات في سياق الأمراض المزمنة.
- ✓ **مقياس الكفاءة الذاتية:** بدوره تمت ترجمته إلى اللغة العربية عن النســخة الأصــلية الأجنبية (الألمانية)، وتم استخدامه من قبل العديد من الباحثين في البيئة الجزائرية.

وسنتطرق فيما يلي إلى هذه الأدوات بشيء من التفصيل:

3-1- مقياس الإلتزام الصحي:

3-1-1 وصـــف المقياس : كما ذكرنا ســـابقا فقد إعتمد الباحث على المقياس الذي قامت بإســـتخدامه الباحثة أيت حمودة ديهية (2018) حيث كيّفته على البيئة الجزائرية، بعد أن ترجمته عن النسخة الفرنسية للباحثة فيرونيك شاطو(Véronique Châteaux,2005).

ويحتوي هذا المقياس على (25) بندا مقسمة على (4) أبعاد هي:

- بعد إتباع النصائح الطبية: و يشمل البنود رقم(1، 2، 3، 4، 5، 6، 15، 18)
- بعد مقاومة أخذ العلاج: يشمل البنود رقم(7، 11، 13، 14، 16، 17)
- بعد تناول الأدوية: يتضمن البنود رقم(9، 10، 19، 20، 21، 22، 23)
- بعد المحيط: ويتضمن البنود رقم(8، 12، 24، 25)

وتكون الإجابة على خمس (5)إختيارات، وكل إختيار حُددت له النقطة المناسبة:

- أبدا ـ 1 نقطة.
- نادراـ 2نقاط.
- أحياناـــ 3 نقاط.
- غالباـــ 4 نقاط.
- بإنتظام ـــ 5نقاط.

3-1-2- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أشارت أيت حمودة ديهية إلى أن مقياس الإلتزام الصحي يتمتع بمعامل صدق مرتفع ومقبول عند (0.01) على كافة أبعاده، كما أن درجة ثباته مقبولة

(معامل ألفا & كرونباخ = 0.78)، مما يدل على ثبات المقياس وإمكانية تطبيقه في

دراستها (أيت حمودة، 2018، ص 257).

وبغرض إستخدامه في الدراسة الحالية، قام الباحث بدوره بحساب الخصائص السيكومترية لهذا المقياس على النحو التالي:

- ✓ **صدق المقياس:** قمنا بحساب صدق مقياس الإلتزام الصحي بطريقة الاتساق الداخلي للاختبار ،وقد اعتمدنا على هذا النوع من الصدق في البحث الحالي من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس ككل والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (4): معاملات الإرتباط لمقياس الإلتزام الصحي.

الأبعاد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
بعد إتباع النصائح الطبية	0.718	0.01
بعد مقاومة أخذ العلاج	0.133	غير دال
بعد تناول الأدوية	0.822	0.01
بعد المحيط	0.452	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (04) أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الإلتزام الصحي والأبعاد المكونة له قد تراوحت بين (0.133) و (0.822)، وكلها قيم دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، ما عدا قيمة معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس وبعد مقاومة أخذ العلاج فقد بلغت (0.133) وهي غير دالة، ومن خلال هذه النتائج لمعاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الملاءمة العلاجية والأبعاد المكونة له والتي تبدو قيما مقبولة، فإنه يمكن القول أن المقياس يتصف بالصدق.

✓ **ثبات المقياس:** قمنا بحساب ثبات مقياس الإلتزام الصحي بطريقتين:

-أولا:عن طريق حساب معامل (ألفا) كرونباخ: حيث كانت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (5): معامل ألفا كرونباخ لمقياس الإلتزام الصحي.

	الدرجة الكلية
معامل الثبات ألفا	0.674

من خلال ملاحظة قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ والتي بلغت (0.674) الخاصة بمقياس الإلتزام الصحي، نلاحظ أنها قيمة مقبولة وبالتالي فهي تدل على ثبات المقياس.

-ثانيا: بطريقة التجزئة النصفية : وكانت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (6): معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس الإلتزام الصحي.

المتغيرات	معامل ارتباط التجزئة النصفية	معامل تصحيح الطول سبيرمان براون
مقياس الملاءمة العلاجية	0.389	0.56

من خلال ملاحظة قيمة معامل الإرتباط والتي بلغت (0.389) الخاصـــة بمقياس الإلتزام الصحي، نلاحظ أنها قيمة مقبولة وبالتالي فهي تدل على ثبات المقياس.

3-2-مقياس مصدر الضبط الصحي :

3-2-1- وصف المقياس : تم الإعتماد في الدراسة الحالية على مقياس مصدر الضبط الصحي الذي بنته والستون والستون وزملائها سنة (1978) ،وقام نور الدين جبالي بتكييفه وإعادة تقنينه بما يتلاءم مع البيئة الجزائرية(ساعد، 2017، ص296).

ويهدف مقياس مصدر الضبط الصحي المتعدد الأبعاد إلى تقييم وكشف التقديرات الذاتية للفرد حول ما يتعلق بصحته، إذ يميل الأفراد الذين يتميزون بضبط داخلي إلى الإعتقاد بمسؤوليتهم الشخصية في حالتهم الصحية ومآلها، في حين يربط ذوو الضبط الخارجي التأثير على الوضعية الصحية بعوامل خارجية كالقدر، الحظ، الآخرين الأقوياء (كالأطباء، أفراد العائلة وغيرهم)(تعوليمت، عليوة، 2022، ص 156).

و يتكون هذا المقياس من 18 عبارة تقيس ثلاثة أبعاد وهي :

- **البعد الداخلي :** يشير الى اعتقاد الفرد حول العوامل الداخلية المحددة لحالته الصحية،

والعبارات التي تمثله هي: (1، 6، 8، 12، 13،17)

- **بعد ذوي النفوذ :** يشير الى اعزاء الفرد مسألة التحكم في حالته الصحية إلى أشخاص ذوي النفوذ (كالأطباء، الممرضون وغيرهم).

والعبارات التي تمثله هي:(3، 5، 7، 10،14، 18.)

- **بعد الحظ :** يشير الى إعزاء الفرد لحالته الصحية الى عامل الحظ.

والعبارات التي تمثله هي :2 ، 4، 9 ،11، 15 ، 16.

وتتم الإجابة على بنود الإختبار وفق خمس إختيارات :

موافق تماما ـــ 5 درجات

موافق ـــ 4 درجات

غير متأكد ـــ 3 درجات

غير موافق ــ 2 درجة(درجتان)

غير موافق تماما ـ 1درجة.

3-2-2-الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام جبالي نور الدين (2007) بحساب الخصائص السيكومترية لهذا المقياس، حيث أعتمد لحساب ثبات المقياس على طريقة الإتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) وطريقة التجزئة النصفية، وتوصل إلى أنه يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده، وبخصوص صدق المقياس فقد إستخدم طريقتي صدق التكوين والصدق التمييزي، حيث توصل في الطريقة الأولى (صدق التكوين) إلى دلالة كل معاملات الإرتباط للأبعاد الثلاثة، أي أن المقياس يتمتع بصدق تكوين عال يمكن الوثوق به، وفي الطريقة الثانية(الصدق التمييزي) توصل إلى وجود فروق بين متوسطات الفئات الدنيا والفئات العليا للأبعاد الثلاثة، أي أن المقياس يتمتع بالصدق التمييزي ويتمتع بقابليته للتمييز بين المجموعتين المتناقضتين(بلواضح، 2021، ص ص 125-129).

كما قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب الخصائص السيكومترية لهذا المقياس كما يلي:

- ✓ **صدق المقياس:** قمنا بحساب صدق مقياس مصدر الضبط الصحي بطريقة الاتساق الداخلي للاختبار،وقد اعتمدنا على هذا النوع من الصدق في البحث الحالي من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والبنود التي تنتمي إليه وكانت النتائج كما يلي:

- بالنسبة للبعد الداخلي فإن النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (7): معاملات الصدق للبعد الداخلي لمقياس مصدر الضبط.

البنود	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد الداخلي	مستوى الدلالة
البند رقم (01)	0.559	0.01
البند رقم (06)	0.291	0.05
البند رقم (08)	0.586	0.01
البند رقم (12)	0.726	0.01
البند رقم (13)	0.455	0.01
البند رقم (17)	0.503	0.01

يتضح من الجدول رقم(07) أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد الداخلي لمقياس مصدر الضبط الصحي والبنود المكونة له قد تراوحت بين (0.291) و (0.726)، وكلها قيم دالة عند مستوى الدلالة (0.01) أو مستوى الدلالة (0.05). ومن خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول السابق يمكن القول أن هناك نوع من الاتساق الداخلي للبعد الداخلي والبنود المكونة له.

- بالنسبة لبعد ذوي النفوذ كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (8): معاملات الصدق لبعد ذوي النفوذ لمقياس مصدر الضبط الصحي.

البنود	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لبعد ذوي النفوذ	مستوى الدلالة
البند رقم (03)	0.484	0.01
البند رقم (05)	0.691	0.01
البند رقم (07)	0.468	0.01
البند رقم (10)	0.711	0.01
البند رقم (14)	0.477	0.01
البند رقم (18)	0.735	0.01

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد ذوي النفوذ لمقياس مصدر الضبط الصحي والبنود المكونة له قد تراوحت بين (0.468) و (0.735)، وكلها قيم دالة عند

مستوى الدلالة (0.01). ومن خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول السابق يمكن القول أن هناك نوع من الاتساق الداخلي لبعد ذوي النفوذ والبنود المكونة له.

- أما بالنسبة لبعد الحظ فكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (9):معاملات الصدق لبعد الحظ لمقياس مصدر الضبط الصحي.

البنود	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لبعد الحظ	مستوى الدلالة
البند رقم (02)	0.504	0.01
البند رقم (04)	0.622	0.01
البند رقم (09)	0.687	0.01
البند رقم (11)	0.455	0.01
البند رقم (15)	0.527	0.01
البند رقم (16)	0.605	0.01

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد الحظ لمقياس مصدر الضبط الصحي والبنود المكونة له قد تراوحت بين (0.455) و (0.687)، وكلها قيم دالة عند مستوى الدلالة (0.01). ومن خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول السابق يمكن القول أن هناك نوع من الاتساق الداخلي لبعد الحظ والبنود المكونة له.

ويمكن القول إجمالا أنه من خلال النتائج الموضحة في الجداول السابقة لمعاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي والبنود المكونة لكل بعد، يمكن القول أن مقياس مصدر الضبط الصحي يتصف بالصدق.

✓ **ثبات المقياس:** قمنا بحساب ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي بطرقتين:

-**أولا:** عن طريق حساب معامل (ألفا) كرونباخ: والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (10):معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي.

	البعد الداخلي	بعد ذوي النفوذ	بعد الحظ
معامل الثبات ألفا	0.458	0.638	0.571

من خلال ملاحظة قيم معاملات الثبات الموضحة في الجدول السابق، والخاصة بأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي، نلاحظ أنها قيم مقبولة عند مستوى الدلالة(0.01). وبالتالي فهي تدل على ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي

- **ثانيا** : بطريقة التجزئة النصفية : وكانت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (11): معامل ثبات التجزئة النصفية لأبعاد مقياس ممصدر الضبط الصحي.

المتغيرات	معامل ارتباط التجزئة النصفية	معامل تصحيح الطول سبيرمان براون
البعد الداخلي	0.349	0.517
بعد ذوي النفوذ	0.56	0.718
بعد الحظ	0.441	0.612

من خلال ملاحظة قيم معاملات الإرتباط الموضحة في الجدول السابق، الخاصة بأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي، نلاحظ أنها قيم مقبولة عند مستوى الدلالة(0.01). وبالتالي فهي تدل على ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي.

3- 3-مقياس الكفاءة الذاتية :

3-3-1- وصف المقياس:تم تصميم هذا المقياس من طرف شفارتزر وجيري سلام (Shwarzer & Jerusalem, 1981)، وتكون في نسخته الأولى(الألمانية) من (20) بندا تقيس الكفاءة الذاتية، وبعدها تم إختصاره الى (10) بنود سنة (1995) ، وقام الباحث سامر جميل رضوان بترجمته الى العربية وتطبيقه في البيئة السورية.

بدوره قام الباحث زعطوط رمضان (2006) بترجمته الى العربية اعتمادا على النسخة الإنجليزية والفرنسية وطبقه في البيئة الجزائرية(زعطوط رمضان، 2005، ص 67).

وتواتر إستخدامه في دراسات جزائرية تناولت موضوع الكفاءة الذاتية في سياق الأمراض المزمنة، كدراستي رزقي(2012) وقارة(2015).

ويتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود يُطلب فيها من المفحوص اختيار الإجابة وفق مقترح متدرج يبدأ من " لا، نادرا، غالبا، دائما " ويتراوح المجموع العام للدرجات بين (10 و 40)،حيث أن التصحيح يكون على النحو التالي :

- لا ـ 1 نقطة.
- نادراـ 2 نقطة.
- غالبا ــ 3 نقطة.
- دائما ــ 4 نقطة.

وبالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الفعالية الذاتية العامة، والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع توقعات الفعالية الذاتية العامة، وتتراوح مدة تطبيق الاختبار بين(3 إلى7) دقائق، كما يمكن إجراء التطبيق بصورة فردية أو جماعية.

3-3- 2-الخصائص السيكومترية للمقياس:

بهدف التأكد من خصائص المقياس، قام الباحث زعطوط (2006) بتقدير صدقه على العينة الإستطلاعية بطريقة المقارنة الطرفية، وكانت الفروق دالة، إذ بلغت قيمة(ت) (8.4)، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، كما بلغ معامل الإرتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني (0.55)، مما يدل على ثبات المقياس.

كما قام الباحث أيضا بحساب الخصائص السيكومترية لهذا المقياس بغرض إستخدامه في هذه الدراسة على النحو التالي:

- ✓ **صدق المقياس:** قمنا بحساب صدق مقياس الكفاءة الذاتية بطريقة الاتساق الداخلي للاختبار ،وقد اعتمدنا على هذا النوع من الصدق في الدراسة الحالية من خلال حساب معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية والبنود التي تنتمي إليه، وكانت النتائج كما يلي في الجدول التالي:

جدول رقم (12):معاملات الصدق لمقياس الكفاءة الذاتية.

البنود	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
البند رقم (01)	0.526	0.01
البند رقم (02)	0.600	0.01
البند رقم (03)	0.421	0.01
البند رقم (04)	0.510	0.01
البند رقم (05)	0.500	0.01
البند رقم (06)	0.565	0.01
البند رقم (07)	0.596	0.01
البند رقم (08)	0.582	0.01
البند رقم (09)	0.593	0.01
البند رقم (10)	0.542	0.01

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لاستبيان الكفاءة الذاتية والبنود المكونة له قد تراوحت بين (0.421) و (0.6)، وكلها قيم دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، ومن خلال هذه النتائج لمعاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لاستبيان الكفاءة الذاتية والبنود المكونة له والتي تبدو قيما مقبولة عند مستوى الدلالة(0.01). ، فإنه يمكن القول أن المقياس يتصف بالصدق.

✓ **ثبات المقياس:** قمنا بحساب ثبات مقياس الكفاءة الذاتية بطريقتين:

- **أولا:**عن طريق حساب معامل (ألفا) كرونباخ: حيث كانت النتائج موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (13): معامل ألفا كرونباخ لمقياس الكفاءة الذاتية.

	الدرجة الكلية
معامل الثبات ألفا	0.733

من خلال ملاحظة قيمة معامل الثبات والتي بلغت (0.733) والخاصة بمقياس الكفاءة الذاتية، يمكن القول أنها قيمة مقبولة عند مستوى الدلالة(0.01). وبالتالي فهي تدل على ثبات المقياس.

- **ثانيا:** بطريقة التجزئة النصفية: وكانت النتائج كما هي موضحة قي الجدول التالي:

جدول رقم (14): معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة الذاتية

المتغيرات	معامل ارتباط التجزئة النصفية	معامل تصحيح الطول سبيرمان براون
مقياس الكفاءة الذاتية	0.594	0.745

من خلال ملاحظة قيمة معامل الإرتباط والتي بلغت (0.594) الخاصة مقياس الكفاءة الذاتية، يمكن القول أنها قيمة مقبولة عند مستوى الدلالة (0.01).وبالتالي فهي تدل على ثبات المقياس.

4- عينة الدراسة وكيفية إختيارها :

تعتبر عملية إختيار عينة الدراســـة خطوة مهمة من خطوات البحث العلمي، ولأن العينة المستهدفة في هذه الدراسة هم مرضى الربو الراشدين (من الجنسين)، فقدتم الإعتماد على طريقة الاختيار القصـــدي لأفرادها، وذلك عن طريق الإتصـــال بعيادات طبية مختصـــة في الأمراض الصدرية (وعددها 4 بولاية خنشلة)، وكذا بجمعيتين محليتين(جمعية النفس الطويل لمرضى الربو بخنشلة، وجمعية الشفاء للأمراض المزمنة بقايس خنشلة)، ولم يتم وضع معايير محددة للعينة سوى ما تعلق بالســـن(18 ســـنة فما فوق)، وكذا وجود الرغبة لدى المريض للمشـــاركة والإجابة على مقاييس الدراسة الحالية، وقد تم التوصل إلى عينة مكونة (228) فردا من مرضى الربو الراشدين من الجنسين، ويمكن بيان الخصائص المتعلقة بعينة الدراسة الحالية في العنصر الموالي:

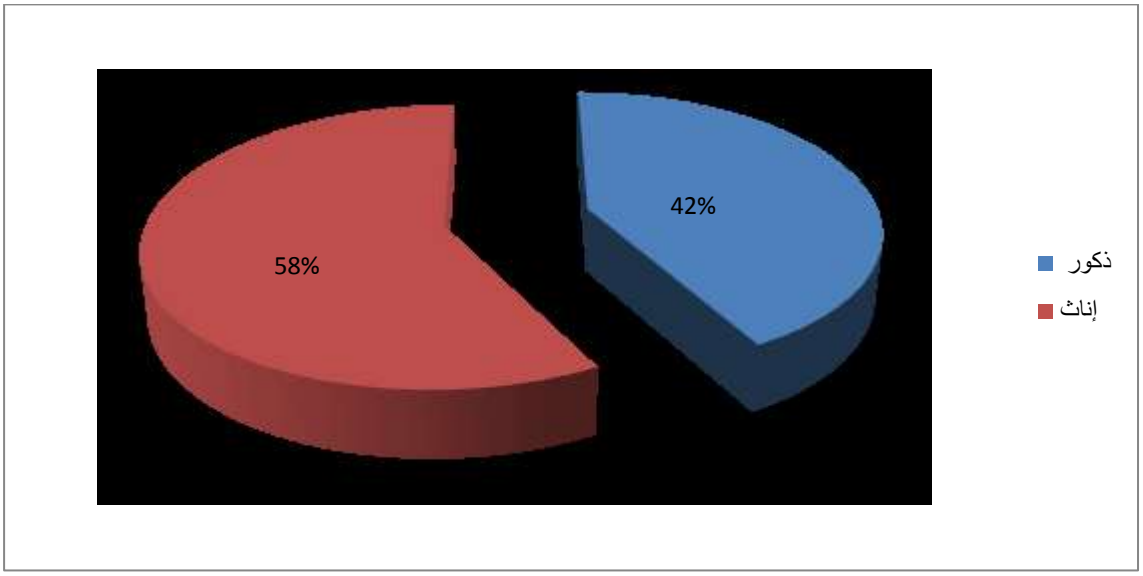
5- خصائص عينة الدراسة :

5- 1- الخصائص المتعلقة بمتغير الجنس: ويمكن توضيحها في الجدول التالي:

جدول رقم(15): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.

	مستويات المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	**ذكور**	96	%42.1
	إناث	132	%57.9

- نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (15) أن أكثرية أفراد العينة هم من فئة الإناث وعددهن (132) فردا بنسبة (57.9%) من إجمالي أفراد العينة، في مقابل (96) فردا من الذكور، أي بنسبة (42.1%)، وهاتان النسبتان مبينتان في الشكل التالي:



شكل رقم (11): توزيع نسبة فئتي الذكور والإناث في عينة الدراسة.

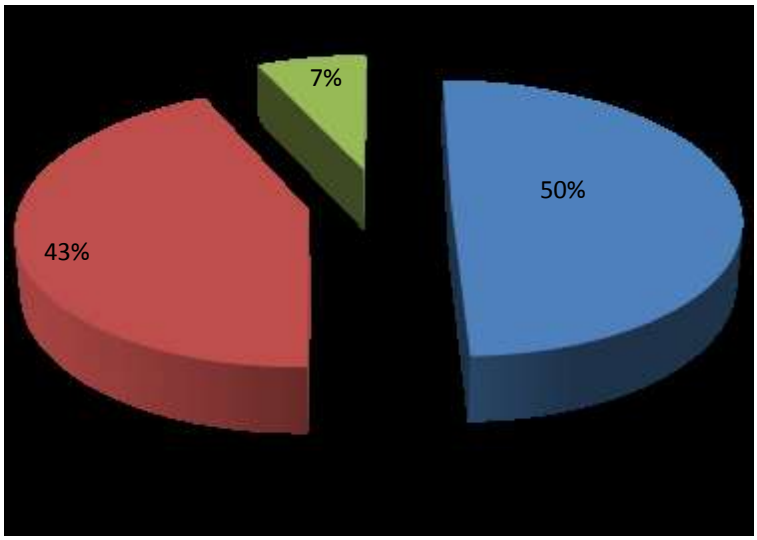
5- 2- الخصائص المتعلقة بمتغير السن: ويمكن توضيحها في الجدول التالي:

جدول رقم(16): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.

	المجموعات	مستويات المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
السن	**المجموعة 1**	18- 39 سنة	113	% 49.6
	المجموعة 2	40 - 59 سنة	99	%43.4
	المجموعة 3	60 سنة فما فوق	16	%7

- نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (16) أن أغلب أفراد العينة يتمركزون في الفئة العمرية (18- 39) وعددهم (113) بنسبة (49.6%)، تليها الفئة العمرية (40- 59 سنة) وعددهم (99) فردا بنسبة (43.6%)، وأخيرا (60 سنة فما فوق) وهم يمثلون فئة قليلة العدد(16) فردا، بنسبة (7%) من إجمالي أفراد العينة.

ويمكن توضيح هذه النسب في الشكل التالي:



شكل رقم(12): توزيع نسب أفراد العينة حسب الفئات العمرية.

5-3- الخصائص المتعلقة بمتغير مدة المرض: ويمكن توضيحها في الجدول التالي:

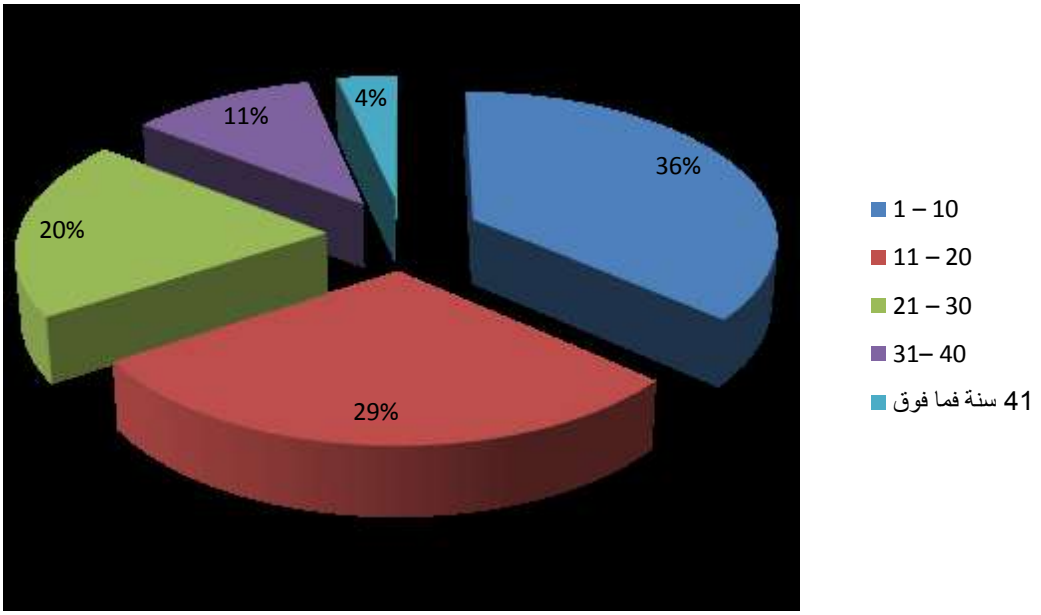
جدول رقم (17): توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض.

	المجموعات	مستويات المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
مدة المرض	**المجموعة 1**	10 – 1	83	% 36.4
	المجموعة 2	20 – 11	67	% 29.4
	المجموعة 3	30 – 21	45	%19.7
	المجموعة 4	40 –31	25	%11
	المجموعة 5	41 سنة فما فوق	8	% 3.5

- نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (17) أن أكثر أفراد العينة هم الذين تتراوح مدة مرضهم بين سنة واحدة و(10) سنوات وعددهم (83) فردا بنسبة (36.4%) ، يليهم من تتراوح مدة مرضهم بين (11 و20) سنة وعددهم (67) فردا بنسبة (29.4%)، وبعدهم من لديهم مدة مرض

بين (21 و30) سنة وعددهم (45) فردا بنسبة (19.7%)، ثم الذين تتراوح مدة مرضهم بين (31و40) سنة وعددهم (25) فردا بنسبة (11%) وأخيرا الأفراد الذين تفوق مدة مرضهم (41) سنة وعددهم (8) أفراد وبنسبة (3.5%) من العدد الكلي لأفراد العينة.

ويمكن توضيح هذه النسب في الشكل التالي:



شكل رقم (13): توزيع نسب أفراد العينة حسب مدة المرض.

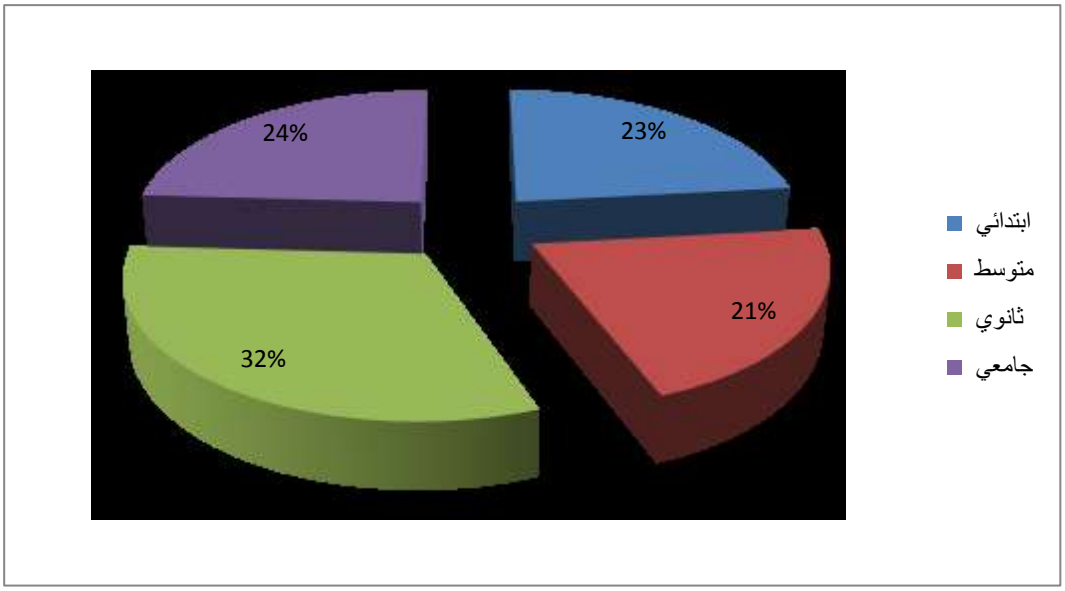
5- 4- الخصائص المتعلقة بمتغير المستوى التعليمي: وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (18): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

	مستويات المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
المستوى التعليمي	ابتدائي	53	%23.2
	متوسط	48	%21.1
	ثانوي	72	%31.6
	جامعي	55	%24.1

- نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (18) أن أكثر أفراد العينة لديهم مستوى ثانوي وعددهم (72) فردا بنسبة (31.6%) من العدد الإجمالي لأفراد العينة، يليهم من لديهم مستوى جامعي وعددهم (55) فردا بنسبة (24.1%)، ثم الذين لديهم مستوى إبتدائي وعددهم (53) فردا بنسبة (23.2%)، وأخيرا المرضى الذين لديهم مستوى متوسط وعددهم (48) بنسبة (21.1%).

ويمكن توضيح النسب السابقة في الشكل التالي:



شكل رقم (14): توزيع نسب أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

6- الحدود الزمنية والمكانية للدراسة:

تم إجراء الدراسة الميدانية وتطبيق المقاييس- إنطلاقا من الدراسة الإستطلاعية - خلال الفترة الممتدة بين شهري مارس و نوفمبر لسنة (2022) في ولاية خنشلة على مستوى أربع عيادات خاصة في الأمراض الصدرية والحساسية (منها 3 عيادات في مدينة مقر الولاية، وعيادة واحدة في دائرة قايس)، وكذا على مستوى جمعيتين ناشطتين في مجال الأمراض المزمنة وهما جمعية النفس الطويل لمرضى الربو (بمدينة خنشلة) وجمعية الشفاء للأمراض المزمنة (بدائرة قايس)، حيث كان يتم التنقل إلى مقر العيادة أو الجمعية، وبعد إختيار فرد أو مجموعة أفراد- ممن تتوفر فيهم

خصـــائص العينة المســـتهدفة – يقوم الباحث بشـــرح الهدف من الدراســـة، ثم يقوم بتوزيع مقاييس الدراســـة وشـــرح تعليماتها وكيفية الإجابة على بنودها للأفراد الذين أبدوا موافقتهم للمشـــاركة في الدراسة.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

لحساب نتائج الدراسة الحاليـة، فقـد تمت الإستعانـة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) لمعالجة البيانات الكمية المتحصل عليها من خلال تطبيق مقاييس الدراسة، وذلك بإستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- حساب التكرارات.
- إختبار كاف مربع لحسن المطابقة.
- مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة.
- إختبار "شابيرو ويلك"(Shapiro Wilk) للتحقق من التوزيع الطبيعي للدرجات.
- إختبار"مان ويتني"(Mann- whitney)لمقارنة متوسطي الرتب للمجموعتين.
- إختبار"كروسكال واليس"(KruskalWallis).
- حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات.
- تحليل التباين الأحادي.
- المقارنة البعدية بين المجموعتين.
- حساب قيم معاملات الإرتباط بين المتغيرات.
- رسم لوحة الإنتشار لدرجات المتغيرات.

خلاصة الفصل:

لقد تم إستكمال إجراءات الدراسة الميدانية – بعد إختيار المنهج المناسب للدراسة وهو المنهج الوصفي– من خلال القيام بالدراسة الإستطلاعية على عينة أولية قوامها (62) فردا من مرضى الربو الراشدين، وتم حساب الخصائص السكومترية لمقاييس الدراسة بهدف التأكد من صدقها وثباتها، وبعدها تم تطبيق المقاييس في الدراسة الأساسية على عينة مكونة من (228) فردا من الجنسين، لتتم بعدها عملية المعالجة الإحصائية للبيانات المحصّلة من الميدان حسب الفرضيات الموضوعة من طرف الباحث.

وقد تم التوصل إلى نتائج سيتم عرضها ومحاولة مناقشتها وتفسيرها في الفصل الموالي.

الفصل السادس

عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد:

تعتبر مرحلة عرض نتائج الدراسة ومحاولة مناقشتها و تفسيرها ربما الخطوة الأهم ضمن مراحل أي دراسة بحثية لأنها تتضمن الإجابة على التساؤلات المطروحة في إشكالية الدراسة كما أنها تكشف مدى تحقُّق ما كان قد توقعه الباحث وصاغه من فرضيات.

وفي هذا الفصل سيتم عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة الحالية، بعد ما تمت المعالجة الإحصائيات للبيانات المتحصل عليها من تطبيق المقاييس على عينة الدراسة، ثم عرض الإستنتاج العام وأخيرا خاتمة وتوصيات الدراسة.

1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"المستوى السائد لدى مرضى الربو الراشدين في الإلتزام الصحي هو المستوى المنخفض" لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، وفيما يلي عرض تكرارات مستويات الإلتزام الصحي كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (19): تكرارات مستويات الالتزام الصحي.

	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع
عدد الأفراد	3	207	18	228
النسبة المئوية	%1.3	%90.8	%7.9	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19) بأن المستوى السائد للالتزام الصحي عند مرضى الربو الراشدين هو المستوى المتوسط، حيث بلغت نسبته(90.8%) من المرضى، ويليه المستوى المرتفع بنسبة

(7.9%)، ثم المستوى المنخفض بنسبة (1.3%)، وللتحقق من الدلالة الاحصائية للاختلافات الملاحظة بين تكرارات مستويات الالتزام الصحي تم تطبيق اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (20): نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة.

مستويات الالتزام الصحي	التكرار	قيمة كاف مربع المحسوبة	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
منخفض	3	340.184	02	0.001>
متوسط	207			
مرتفع	18			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) بأن نتيجة كاف مربع (2) = 340.184، والقيمة الاحتمالية<0.001، مما يعني بأن تكرارات مستويات الالتزام الصحي ليست موزعة توزيعا متساويا في عينة الدراسة، وهذا يدل على أن المستوى السائد للالتزام الصحي عند مرضى الربو الراشدين هو المستوى المتوسط لأن أغلبهم يتميزون به، ثم يليه المستوى المرتفع متبوعا بالمستوى المنخفض. وبالتالي نستنتج أن الفرضية الأولى التي تنص على أن " المستوى السائد لدى مرضى الربو الراشدين في الإلتزام الصحي هو المستوى المنخفض" لم تتحقق.

1-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى الإلتزام الصحي السائد لدى العينة المدروسة من مرضى الربو الراشدين هو المتوسط، وهذا بخلاف ما توقعه الباحث و ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة، إضافة إلى البيانات والتقديرات الإحصائية الواردة في التراث النظري،

والتي أشارت في أكثرها إلى انخفاض مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بمختلف الإعتلالات، وبالخصوص في الأمراض المزمنة.

ففي دراسة ذكرها بولي وآخرون (Boulet et al , 2012) لكل من ويليامز وزملاؤه (Williams & collages, 2004) على (405) من مرضى الربو الراشدين، كشفت النتائج أن ضعف الإلتزام كان سببا مباشرا في رفع نسبة الزيارات إلى مصالح الإستعجالات الطبية إلى (50%)، وكان أكثر من(50%) من حالات الإستشفاء المسجلة خلال الفترة التي أجريت فيها الدراسة من مرضى الربو(Bouletet al, 2012,p 406).

وهنا يمكن الإشارة إلى إحدى عواقب سوء الإلتزام الصحي، المتمثلة في زيادة عدد المرضى الوافدين على المصالح الصحية، وبالتالي زيادة الضغط على مقدمي الرعاية الصحية، مما يؤثر سلبا على جودة الخدمة الصحية من جهة، ومن جهة أخرى زيادة تكاليف العلاج.

وقد بينت دراسة تم إجراؤها في المملكة المتحدة بهدف تقدير مستوى الإلتزام لدى(88) من مرضى الربو، أن (35%) من المرضى تناولوا أقل من(50%) من الأدوية الموصوفة لهم، في حين إعترف (88%) بضعف إلتزامهم بالعلاج(Liam & Rob Horne, 2012,p 268).

وذات النتيجة تم تسجيلها في دراسات عديدة حول مدى إلتزام مرضى الربو بالعلاج، منها دراسة براندستاتر وآخرون (Brandstetter et al, 2017) والتي بينت أن (19٪) فقط من المرضى أظهروا إلتزاما واضحا بتناول أدويته(Brandstetter et al, 2017, p 39).

ودراسة هيدلي وآخرون (Hedhliet al, 2021)، التي أظهرت أن مستوى عدم التحكم في الوضعية المرضية بلغ (45.9%) من مجموع المرضى(Hedhli, et al, 2021,p 83).

وضمن الدراسات التي أجريت في البيئة الجزائرية، قام كل من حويشات وآخرون

(Houichatet al, 2020) بدراسة إستقصائية كان هدفها تقييم مدى السيطرة والتحكم في مرض الربو في الجزائر مقارنة ببلدان أخرى في منطقتي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وقد تم تسجيل مستوى مرتفع من الإلتزام الصحي لدى(27%) فقط من العينة المدروسة، في حين بلغ المستوى العام للسيطرة على الربو (34.6%) في الجزائر، مقابل(28.6%) في البلدان الأخرى (Haouichat et al, 2020,p 15).

وجاء في التراث النظري أنه في إطار الأمراض المزمنة، فإن العديد من الدراسات أشارت إلى أن من بين(50 إلى 60٪) فقط من المرضى يلتزمون بعلاجهم على النحو الموصوف لهم (Doglioni, 2021, p 65).

كما يُعد عدم الإلتزام بالعلاج مشكلة متزايدة في جميع أنحاء العالم، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO) نقلا عن كرانجا(Kanagarajah, 2012) بعد فحص وتحليل عدد من المراجعات، إلى ان مستوى الإلتزام الصحي في العديد من بلدان العالم بلغ نسبة (43%)فقط لدى المصابين بالربو (Kanagarajah, 2012, pp 11-12).

وحسب العديد من الباحثين فإن الإلتزام الصحي يمكن تقييم مستوياته وفقا لنسب محددة، إذ يمكن إعتباره جيدا إذا بلغت نسبة تناول الدواء الموصوف أكثر من (80%)، ومتوسطا بين (60 و79%) ، في حين يعتبر ضعيفا إذا انخفض معدل تناول الأدوية الموصى بها من طرف الأطباء إلى أقل من (60%)(McDonald et al, 2017, p 2).

وما يمكننا ملاحظته من خلال نسب التقييم هذه، أنها إستندت إلى معيار وحيد، وهو معدل تناول الجرعات الدوائية، وهذا الإستناد قد لا يبدو كاف إذا تم عزله عن العوامل الأخرى المؤثرة في الإلتزام الصحي، وضمنها المحددات الذاتية أو الشخصية المتعلقة بالمريض(ومنها خاصة الجوانب المعرفية كالمعتقدات حول الصحة، الكفاءة الذاتية وغيرها)، العوامل المتعلقة بالمرض في حد ذاته(درجة

الخطورة، شدة الأعراض)، المحددات البيئية أو السوسيوديمغرافية (كالسن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى المعيشي) وغيرها.

وعلى الرغم من أن جل الدراسات السابقة كشفت عن إنخفاض مستويات الإلتزام الصحي لدى المرضى المزمنين عامة ولدى مرضى الربو بالخصوص، فهناك دراسات أخرى أجريت في البيئة الجزائرية وكانت نتائجها متسقة مع نتيجة الدراسة الحالية على غرار دراسة حرابي وسي بشير (2018)،ودراسة أيت حمودة (2018)، أين تم التوصل إلى أن مرضى الربو يتميزون بمستوى متوسط في الإلتزام الصحي.

ويمكن القول إجمالا أن نتيجة دراستنا هذه قد تتوضح أكثر بالنظر إلى خصائص العينة، تحديدا فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، حيث نجد أن الفئة الأكثر من أفراد العينة هم الذين لديهم مستوى التعليم الثانوي (31.6 %)، يليهم ذوو المستوى الجامعي (24.1%)، ثم المستوى المتوسط (21.1%) وأخيرا المستوى الإبتدائي بنسبة (23.2%)، وهي نسب يمكن من خلالها تقييم المستوى التعليمي لأغلبية أفراد العينة بأنه مقبول على العموم، الأمر الذي قد يؤثر بالإيجاب في تنمية الجوانب المعرفية للمرضى ويرفع من مستوى الوعي الصحي لديهم، و يتيح لهم إمكانية إدراك وضعياتهم المرضية، فيزيد ذلك من إحتمال إتباع السلوكات الصحية، والإلتزام بالعلاج، بالإضافة إلى طبيعة المرض في حد ذاته وخاصية الإزمان التي تتطلب بذل مجهود شخصي من طرف المريض وبصفة مستمرة بغرض التحكم في الأعراض المصاحبة للنوبات في كل مرة.

فمدى إدراك الوضعية المرضية يتحدد أساسا بالقدرات المعرفية التي يُتوقّع أن تكون أكثر تطورا كلما زاد التحصيل العلمي، بالإضافة إلى إمكانية الأخذ بعين الإعتبار عامل السن، حيث يتمركز أكثرية أفراد العينة ضمن فئة الموسومة بالشباب(من 18 إلى 39سنة) بنسبة(49.6%)، تليها فئة

الكهول (40 إلى59 سنة) بنسبة متقاربة مع الأولى (43.4%) وهي فئة يتسم فيها الأفراد عادةً بالثبات الإنفعالي والقدرة على إتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بشؤون حياتهم بما فيها السلوكات المرتبطة بالصحة، الأمر الذي قد يفسر بلوغ معدل الإلتزام الصحي لدى العينة المدروسة المستوى المتوسط، بدلا من المستوى المنخفض الذي كان متوقعا من طرف الباحث.

2-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

2-1- عرض نتائج الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين هو المصدر الخارجي لذوي النفوذ".

لإختبار صحة هذه الفرضية تم إستخدام اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، وفيما يلي عرض تكرارات مصادر الضبط الصحي كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (21):تكرارات مصادر الضبط الصحي.

	مصدر داخلي	مصدر ذوي النفوذ	مصدر الحظ	دون مصدر	المجموع
عدد الأفراد	63	130	12	23	228
النسبة المئوية	%27.6	%57.0	%5.3	%10.1	%100

يتضح من الجدول رقم (21) بأن مصدر الضبط الصحي السائد عند مرضى الربو هو ذوي النفوذ الذي يعتبر كمصدر خارجي، حيث بلغت النسبة (57%) من المرضى،و يليه المصدر الداخلي بنسبة(27.6%) ثم دون مصدر عند تساوي الدرجة في أكثر من مصدرين من مصادر الضبط الصحي بنسبة (10.1%)، وأخيرا مصدر الحظ بنسبة (5.3%)، وللتحقق من الدلالة الاحصائية

للاختلافات الملاحظة بين تكرارات مصادر الضبط الصحي تم تطبيق اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (22): نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة.

مصادر الضبط الصحي	التكرار	قيمة كاف مربع المحسوبة	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
مصدر داخلي	63	149.930	03	0.001>
مصدر ذوي النفوذ	130			
مصدر الحظ	12			
دون مصدر	23			

نلاحظ من الجدول رقم (22) بأن نتيجة كاف مربع (3) = 149.930، والقيمة الاحتمالية<0.001، مما يعني بأن تكرارات مصادر الضبط الصحي ليست موزعة توزيعا متساويا في المجتمع وهذا يدل على أن المصدر السائد عند مرضى الربو هو المصدر الخارجي (لذوي النفوذ)لأن أغلبهم يتميزون به في عينة الدراسة، ثم يليه المصدر الداخلي وبعده دون مصدر وأخيرا مصدر الحظ، وبالتالي نستنتج أن الفرضية الثانية التي تنص على أن "مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين هو المصدر الخارجي (ذوي النفوذ)"قد تحققت.

2-2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

أظهرت نتيجة هذه الفرضية أن مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ، هو المصدر السائد لدى العينة المدروسة، وهي نتيجة متوافقة مع ما توقعه الباحث بهذا الخصوص، كما أنها منسجمة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في سياق الأمراض المزمنة عموما.

ففي دراسة آلان وآخرين(Alen J et al,1996) على مرضى القصور الكلوي،أشار إلى سيطرة بُعد الآخرين الأقوياء في مصدر الضبط الصحي(Alan J et al, 1996, p 411).

كما كشفت دراسة ذكرها حوى ودالي(2020)لدينا وآخرين (Dina et al, 2015) أن الضبط الخارجي لذوي النفوذ هو السائد لدى عينة قوامها (793)مريضا بالسكري من النوع الثاني (Type 2 Diabetes)(حوى ودالي، 2020، ص 70).

ونفس النتيجة توصلت إليها دراسات كل من قارة (2015)لدى (123) مريضا بإرتفاع ضغط الدم بنسبة(51.21%)، أيت حمودة (2018)لدى(88)من مرضى الربو بنسبة (22.49%)، وكل من بورجي وحوى(2021) عند (60) مريضا بالقلب بنسبة (83.83%).

وفي المقابل توصلت دراسات أخرى إلى نتائج مخالفة لنتيجة الدراسة الحالية، مثل دراسة عليوة(2015)على عينة مكونة من (120) مريضا بالسكري، وتم الكشف فيها على أن أكثرية المرضى يتميزون بمصدر ضبط صحي داخلي(عليوة، 2015، ص 196)

وبالعودة إلى مفهوم مصدر الضبط الصحي، فترى والستون (Wallston,1978) أنه "يشير إلى الدرجة التي يعتقد الفرد فيها أن صحته تتحكم فيها عوامل داخلية (ذاتية)، أو خارجية (كالحظ والصدفة أو الآخرين الأقوياء كالقائمين بالرعاية الصحية)"(أحمان، 2012، ص132).

كما يشير كثير من الباحثين المشتغلين في حقول العلوم السلوكية إلى إرتباط معتقدات الضبط الصحي لدى الأفراد بالنتائج العلاجية المترتبة عن أداء سلوكات معينة مثل إتباع السلوكات الوقائية، الإلتزام الصحي، والقدرة على التعامل مع المشكلات الصحية، وعلى وجه التحديد غالبا ما يتعلق مصدر الضبط الداخلي بصفة إيجابية بالسلوكات الصحية والتوافق النفسي، في حين يرتبط

مصدر الضبط الصحي الخارجي بالسلوكات المضرة بالصحة وضعف التوافق النفسي(Roddenberry & Renk, 2010, pp 354-355).

وتجدر الإشارة إلى أن البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ يشير إلى إعتقاد الفرد أن مسألة التحكم في الحالة الصحية مرهونة بتدخل الأشخاص الأقوياء ذوي النفوذ الذين هم بالأساس يمثلون فئة مقدمي الرعاية الصحية من أطباء وممرضين، وكذا افراد العائلة والأقارب وجماعة الرفاق وغيرهم، ويمكن الإستشهاد على ذلك ببنود من مقياس مصدر الضبط الصحي المستخدم في الدراسة الحالية، فعلى سبيل المثال:

تنص العبارة رقم (5) على ما يلي:"يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في الصحة"، العبارة رقم (18): "إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي"، العبارة رقم (7): "لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما"

والعبارة رقم (14): "يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من طرف الأطباء، الأقارب الأصدقاء"

ويمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية ضمن السياق العام الذي تشكلت من خلاله الوضعية الصحية للمريض، فكما تمت الإشارة إليه بخصوص نتائج الفرضية الأولى فيمكن لخصائص العينة أن توحي لنا بطبيعة العوامل التي تُعزى لها هذه النتيجة، منها ما يتعلق بالمرضى أنفسهم، و تحديدا بتصوراتهم ومعتقداتهم حول المرض وكيفية إدراكه،إذ بالرغم من أن أكثرية أفراد العينة من ذوي المستوى التعليمي الثانوي والجامعي بنسبة إجمالية (55.7%)، ولو أضفنا إليهم ذوي المستوى المتوسط نحصل على ما نسبته (78.8%) من المجموع الكلي لأفراد العينة، إلا أن الأغلبية منهم كشفوا عن ميلهم لتبني الضبط الخارجي لذوي النفوذ بخصوص التعامل مع الوضعية المرضية ومتابعة العلاج.

كما يمكن تفسير الحصول على درجات عالية في هذا البعد(ذوي النفوذ)، وفقا لإتجاهين:

- ✓ الإتجاه الأول تبدو من خلاله الإستجابات المقدمة من طرف المرضى كمحاولة منهم للتملص من المسؤولية الشخصية، في حالة حدوث تقصير محتمل في الإلتزام بالعلاجأو ظهور مضاعفات وآثار غير مرغوبة، وبدلا من ذلك إلقاء اللوم على الأشخاص الآخرين(سيما مقدمي الرعاية الصحية وأفراد العائلة) من خلال التحجج سواءًا بتدني مستوى الخدمات الصحية، أوضعف الإتصال أوالعلاقة العلاجية (طبيب–مريض)، أو سواءًا بغياب الدعم أو المساندة الإجتماعية من طرف أفراد العائلة والأقارب والأصدقاء وغيرهم.
- ✓ أما الإتجاه الثاني فيتعلق ربما بطبيعة المعتقدات الصحية الفعلية للمرضى الذين يتطلعون إلى التركيز على الأهمية القصوى للدور الذي يجب أن يضطلع به الآخرون (ذوو النفوذ)، في العملية العلاجية بهدف التحكم في الحالة الصحية.

وحسب ريتش (reach) فإن"التصورات التي يمتلكها المريض حول مرضه، وسبل متابعة علاجه، وسعيه للتماثل للشفاء، وعامل الثقة بقدرة الطب على تحسين وضعيته،هي أمور حاسمة في العملية العلاجية" (AgatheTonnel, 2014, p20)

ويبقى الجدير بالذكر أن هذه النتيجة كانت متوقعة بناءًا على نتائج العديد من الدراسات السابقة التي حاولت مقاربة متغير مصدر الضبط الصحي في إطار الأمراض المزمنة بشكل عام، كعامل مهم في كيفية إدراك وتسيير الوضعية المرضية.

3-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

3-1-عرض نتائج الفرضية الثالثة :تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" يتميز مرضى الربو الراشدين بمستوى منخفض في الكفاءة الذاتية."

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، وفيما يلي عرض تكرارات مستويات الكفاءة الذاتية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (23): تكرارات مستويات الكفاءة الذاتية.

	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع
عدد الأفراد	15	140	73	228
النسبة المئوية	%6.6	%61.4	%32.0	%100

نلاحظ من الجدول رقم (23) بأن المستوى السائد للكفاءة الذاتية عند مرضى الربو هو المستوى المتوسط، حيث بلغت النسبة (61.4%) من المرضى، ويليه المستوى المرتفع بنسبة (32.0%) ثم المستوى المنخفض بنسبة (6.6%)، وللتحقق من الدلالة الإحصائية للاختلافات الملاحظة بين تكرارات مستويات الكفاءة الذاتية تم تطبيق اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (24): نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة.

مستويات الكفاءة الذاتية	التكرار	قيمة كاف مربع المحسوبة	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
منخفض	15	102.974	02	0.001>
متوسط	140			
مرتفع	73			

نلاحظ من الجدول رقم (24) بأن نتيجة كاف مربع (2) = 102.974، والقيمة الاحتمالية<0.001، مما يعني أن تكرارات مستويات الكفاءة الذاتية ليست موزعة توزيعا متساويا في المجتمع وهذا يدل على أن المستوى السائد للكفاءة الذاتية عند مرضى الربو الراشدين هو المستوى المتوسط، ثم يليه المستوى المرتفع وأخيرا المستوى المنخفض.

وبالتالي نستنتج أن الفرضية الثالثة التي تنص على ما يلي" يتميز مرضى الربو الراشدين بمستوى منخفض في الكفاءة الذاتية." لم تتحقق.

3-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

بعكس ما كان قد إفترضه الباحث لدى أكثرية أفراد العينة من أن مستوى كفاءتهم الذاتية يمكن ان يكون منخفضا، بناءا على ما توقعه في الفرضية الأولى بخصوص إنخفاض مستوى الإلتزام الصحي، وما نصت عليه الفرضية الثانية من أن مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين هو الضبط الخارجي في بعده لذوي النفوذ، فقد كشفت الدراسة الحالية عن وجود مستوى متوسط في الكفاءة الذاتية لدى أغلبية أفراد العينة.

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة ذات الصلة، فيمكن القول أن نتائجها جاءت متباينة بشكل عام، ولم يتم ترجيح مستوى معين في متغير الكفاءة الذاتية سواءًا كان مرتفعا، منخفضا أو حتى متوسطا، وهذا على اختلاف طبيعة المرض المزمن أو عدد أفراد العينة المدروسة، أو حدود الدراسة المكاني والزمني.

وقد توافقت نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة كل من شريفي وآخرون (Sharifiet al, 2011) على عينة قوامها (120) من مرضى الربو الراشدين، وأظهرت النتائج أن (85.3%) من المرضى يتميزون بكفاءة ذاتية متوسطة (Sharifi et al, 2011,p 315).

وذات النتيجة توصلت إليها دراسة بورجي وحوى(2021)، حيث أشارا إلى أن (63.34%) من مجموع أفراد العينة المدروسة يتميزون بكفاءة ذاتية متوسطة (بورجي وحوى،2021، ص50).

وضمن الدراسات السابقة حول الأمراض المزمنة عموما و التي أسفرت عن نتائج مخالفة لنتيجة الدراسة الحالية، هناك دراسة عدودة (2015) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من الإلتزام العلاجي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي- عددهم (129) فردا و أعمارهم بين (16 و80) سنة-وكان من بين نتائجهاتميُّز أفراد العينة المدروسة بكفاءة ذاتية مرتفعة (عدودة، 2015، ص 214).

ودراسة فالق وعدوان (2021) حول أثر الفعالية الذاتية المدركة في إدراة الألم لدى (46) مصابا بالسرطان من الجنسين، أعمارهم بين (28 و43) سنة، وقد أظهرت النتائج إرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى العينة المدروسة (فالق وعدوان، 2021، ص47).

كما أظهرت الدراسة التي أجراها كل من هروال وعدوان(2021) - حول الكفاءة الذاتية لدى (65) من مرضى إرتفاع ضغط الدم الأساسي- إرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة المدروسة (هروال وعدوان، 2021، ص 301).

في حين أشار سامعي(2015) في دراسته حول الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإلتزام الصحي لدى (120) من مرضى السكري من النمطين(1) و(2)، إلى ان أفراد العينة يتميزون بمستوى منخفض في الكفاءة الذاتية.

ويمكننا القول عموما أن مفهوم الكفاءة الذاتية يشير إلى ثقة الفرد بنفسه وتوقعاته حول قدراته وإمكانياته، ومدى استعداده لتنفيذ السلوكات المناسبة في مختلف المواقف، والسعي لتذليل العقبات ومواجهة الصعوبات والنجاح في أصعب المهمات، إنه مفهوم ينطوي على تصور عام، لكنه يبرز ضمن أهم المحددات المعرفية لعناصر شخصية الفرد.

ويختلف الشعور بالكفاءة الذاتية من شخص لآخر حسب الفروق الفردية، ومع ذلك فهو يتصف بالعموم، أي أنه شعور ينسحب على جل مناحي الحياة للفرد، ومعنى ذلك أن نجاح الفرد في تنفيذ سلوك معين، يمنحه القدرة على القيام بسلوكات مشابهة، وذات الفكرة يمكن العمل عليها في مجال الحالة الصحية للأفراد، إذ يمكن أن يتحدد السلوك المتعلق بالصحة بناءا على درجة الشعور بالكفاءة الذاتية، ولذلك فإن الأشخاص ذوي الكفاءة المرتفعة يتميزون بالقدرة على المبادرة في القيام بالسلوكات التي من شأنها الحفاظ على الصحة وترقيتها والتي تتمثل أساسا في السلوكات الوقائية، لخفض احتمالية الإصابة بالأمراض، أما في حالة الإصابة، فيسعون إلى جعل الوضعية الصحية مستقرة قدر الإمكان من خلال إتباع عدة إجراءات، مثل الإلتزام بالعلاج والتخلي عن سلوكات الخطر المؤدية لتفاقم الوضعية المرضية.

وفي المقابل يظهر الأشخاص الذين لديهم مستوى منخفض في الكفاءة الذاتية، شعورا بالعجز وفقدان الثقة بالنفس، وعدم القدرة على التعامل مع أغلب المواقف في حياتهم، كما يفتقدون لإستراتيجيات مواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في يومياتهم، فهم لا يسعون لبذل أي مجهود من شأنه التأثير بشكل إيجابي في مسار حياتهم، وهذا الأمر يشمل الجوانب الصحية لهؤلاء الأشخاص، فهم يظهرون أقل تحكما في حالتهم الصحية في حالة الإصابة بالمرض، و سيما إن كان المرض مزمنا فالمعاناة تأخذ شكلا أكثر حدة، ويمكن أن تتأزم الوضعية المرضية بصورة درامية، حيث تشير رحاحلية (2010) إلى أن غياب التحكم السلوكي المدرك على الضغوط المحيطة – ومنها المتعلقة بالوضعية المرضية المزمنة – يفاقم هشاشة الجسم ويُسرّع تطور الأمراض، كما أن ضعف الإعتقاد في الكفاءة الذاتية يساهم في تراجع نشاط الأفراد ويجعلهم أقل مقاومة للأمراض (رحاحلية، 2010، ص 56).

وفي هذا الصدد يرى باندورا(Bandura, 2004,) "أن تأثير المرض يختلف بين الحدة و الإزمان، وتعد الإدارة الذاتية للمرض المزمن أفضل مثال لاستخدام نموذج التحكم الذاتي و الكفاءة الذاتية، و ذلك كون النماذج البيوطبية (biomedical approaches) مُعدة و ملائمة بالأخص للتكفل بالأمراض الحادة" (Bandura, 2004, p 159).

كما يضيف يخلف "أن تحقيق تعديلات في العادات الصحية ليس بالأمر السهل، وهكذا جاء دور الكفاءة الذاتية في المساهمة في إدارة المرض، كما أن تحقيق جملة من التغييرات يعتمد إلى حد كبير على معتقدات الكفاءة الذاتية (يخلف، 2011، ص ص 114-115).

وفي ذات السياق تشير شويخ (2012) بخصوص التحكم الذاتي في السلوك إلى أن" هذه الخاصية تهدف إلى تقييم درجة إعتقاد الفرد بقدرته على القيام بسلوك ما على وجه الإتقان، وذلك بالاعتماد على ما تشكّل لديه من خبرات سابقة حول ذات السلوك، ومدركاته حول إمكانية تنفيذه من جديد" (شويخ، 2012، ص 66)

وعطفا على ما تم ذكره آنفا فيمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية في كون أفراد عينة الدراسة الحالية يمثلون فئة الراشدين، وعلى إعتبار أن الشعور بالكفاءة الذاتية عملية تتطور مع نمو الفرد وتقدمه في السن، من خلال معايشة الخبرات والمواقف المختلفة، وتحت تأثيرات أساليب التنشئة الإجتماعية والبيئة المحيطة، فخاصية النضج الانفعالي كأحد مميزات شخصية الراشد، والمستوى التعليمي المرتفع نسبيا لأغلب أفراد العينة، علاوة على إمكانية وجود نوع من المساندة والدعم الإجتماعي الذي قد يتلقاه الفرد (المريض) من قبل محيطه العائلي والعلائقي عموما، في بيئة محلية (جزائرية)- قد تكشف عن أشكال من التعاطف والتآزر الاجتماعي، سيما في حالة الإصابة بالمرض- كلها عوامل يمكن أن يكون لها دور في تسجيل درجة متوسطة في متغير الكفاءة الذاتية لدى أكثرية أفراد العينة المدروسة، بدلا من الدرجة المنخفضة التي توقعها الباحث في بداية الدراسة الحالية.

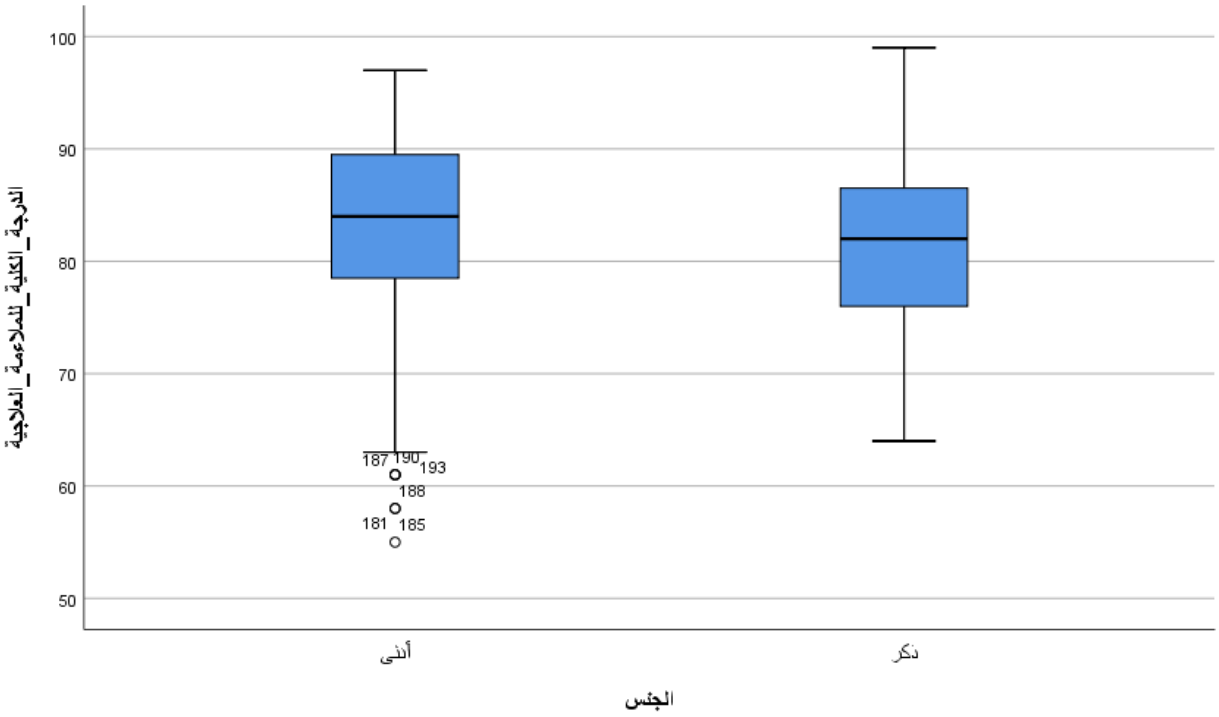
4-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

4-1- عرض نتائج الفرضية الرابعة: تنص هذه الفرضية على ما يلي :

" لا توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير الجنس."

لإختبار صحة هذه الفرضة سنستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين وذلك بعد التحقق من أهم افتراضاته.

4-1-1 التحقق من عدم وجود قيم متطرفة في درجات الالتزام الصحي: سنتحقق من ذلك في درجات المجموعتين إناث وذكور، بواسطة مخطط الصندوق الذي يستخدم الربيعات. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (15): مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة

نلاحظ من الشكل رقم (15) بأنه لا توجد قيم خارج المدى في درجات مجموعة الذكور، ولكن توجد في درجات الإناث، وبالتالي نستنتج بأنه توجد قيم متطرفة ولم يتوفر هذا الافتراض الأول.

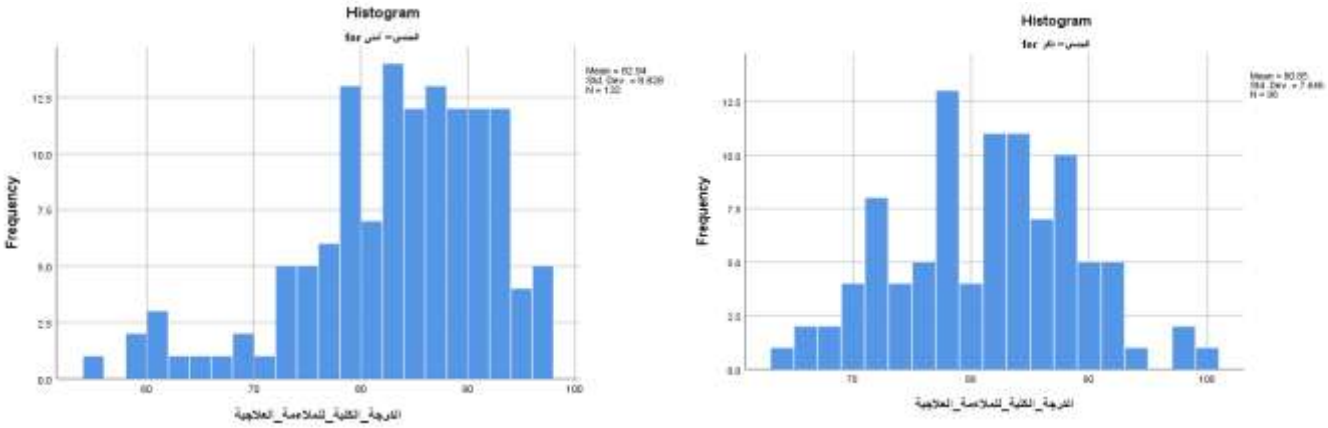
4-1-2- التحقق من توزيع الدرجات: يتم التحقق من التوزيع الطبيعي لدرجات الالتزام الصحي باستخدام اختبار شابيرو–ويلك من أجل التحقق من مدى اقتراب الدرجات من التوزيع الطبيعي للمجموعتين، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (25): نتائج اختبار شابيرو– ويلك.

المجموعة	قيمة إختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
إناث	0.940	479	0.001>
ذكور	0.986	648	0.412

نلاحظ من الجدول رقم (25) بأن قيم اختبار شابيرو–ويلكلمجموعة الذكور غير دالة إحصائيا، لكنها دالة إحصائيا لدى الإناث وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المجموعة لا يختلف عن التوزيع الطبيعي اختلافا دالا إحصائيا وهذا ما يبين عدم توفر افتراض التوزيع الطبيعي لدرجات الإناث في الالتزام الصحي.

وبعد عدم تحقق الافتراضين الأوّلين لاختبار ت لعينتين مستقلتين والمتمثلة في عدم وجود قيم متطرفة وكذلك التوزيع الطبيعي لدرجات المجموعتين، تم استخدام الاختبار اللا برمتري البديل لاختبار ت لعينتين مستقلتين وهو اختبار مان وتني (Mann-Whitney U). لكن يجب التحقق من أهم افتراض لهذا الاختبار وهو وجود نفس الشكل لتوزيع درجات المجموعتين. وهذا ما يبينه الشكل التالي:



شكل رقم (16):شكل توزيع درجات المجموعتين.

نلاحظ من الشكل (16) بأن شكل التوزيعين متشابه من حيث الالتواء، لذلك تم تحقق هذا الافتراض وسنستخدم اختبار مان وتني لمقارنة متوسطي الرتب للمجموعتين الظاهرين في الجدول التالي:

جدول رقم (26): متوسطا رتب المجموعتين.

المجموعة	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
أنثى	132	123.93	16358.50
ذكر	96	101.54	9747.50

كما يُظهر الجدول التالي نتائج اختبار مان وتني لمقارنة متوسطي رتب المجموعتين:

جدول رقم (27): نتائج اختبار مان وتني.

قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية
5091.500	0.011

نلاحظ من الجدول رقم (27) أن قيمة اختبار مان وتني دالة احصائيا (5091.500، القيمة الاحتمالية 0.011) ومنه فإن الفرق الملاحظ بين متوسط رتب المجموعتين في الالتزام الصحيهو فرق حقيقي ولا يرجع إلى الصدفة، وبالتالي نستنتج بأن الفرضية الرابعة التي تنص على أنه " لا توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تُعزى لمتغير الجنس." لم تتحقق، وذلك بعد الكشف عن وجود فروق في مستوى الالتزام الصحي لصالح الإناث مقارنة بالذكور.

4-2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

كشفت نتيجة دراستنا هذه على وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين بإختلاف الجنس وذلك لصالح الإناث، على النقيض مما توقعه الباحث بعدم وجود الفروق بين الجنسين، إنطلاقا مما توصلت إليه معظم الدراسات السابقة، وما تضمنه الجانب النظري بهذا الخصوص، حيث تعذّر إيجاد علاقة مباشرة بين نوعية الإلتزام بالعلاج وجنس المريض.

ومع ذلك فقد جاءت هذه النتيجة موافقة لنتائج عدد من الدراسات السابقة، وفي الوقت ذاته مختلفة عما توصلت إليه دراسات أخرى.

وبالنسبة للدراسات التي توافقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية بخصوص وجود فروق تعزى لمتغير الجنس، هناك دراسة داهان (Dahan et al, 1985) التي قام فيها بمراجعة عدد من الأدبيات البحثية وأشار إلى وجود إرتباط بين جودة الإلتزام الصحي وجنس المريض، حيث أظهر المرضى من جنس الإناث إلتزاما أقل مقارنة بالذكور (Matthieu, 2001, p51).

كما توصل غرانر وآخرون (Granger et al, 2009) في دراستهم بهدف معرفة مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى القصور القلبي إلى وجود فروق في درجات الإلتزام بالعلاجبين الجنسين(Granger et al, 2009, p1093).

وفي دراسة عبد الصمد (2020) التي هدفت إلى محاولة معرفة العلاقة بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى (126)شخصا راشدا مصابا بأنماط مختلفة من أمراض الغدد اللاقنوية، تم الكشف عن وجود فروق بين الجنسين في مستوى الإلتزام الصحي، ولذلك لصالح فئة الإناث مقارنة بفئة الذكور (عبد الصمد، 2020، ص170).

أما بخصوص الدراسات التي إختلفت نتائجها مع نتيجة الدراسة الحالية،فقد كشفت دراسة لكحل (2011) – حول تأثير التربية الصحية على الإلتزام الصحي لدى (120) من مرضى إرتفاع ضغط الدم الراشدين– عدم وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي بين الجنسين.

كما أظهرت دراسة عدودة (2015) بهدف فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من الإلتزام العلاجي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى (129) من مرضى قصور الشريان التاجي، عدم وجود فروق في مستوى الإلتزام العلاجي تبعا لمتغير الجنس (عدودة، 2015، ص 231).

وذات النتائج كشفت عنها دراسات كل من عليوة (2015)، أيت حمودة (2018)، بخوش وأحمان (2020)، سرار (2020) وغيرهم من الباحثين الذين لم يتوصلوا إلى إيجاد فروق في درجة الإلتزام الصحي بين الجنسين في إطار الأمراض المزمنة بصفة عامة.

وفي هذا السياق تشير شويخ (2012) إلى أن الإختلافات البيولوجية الموجودة بين الذكور والإناث، وتباين البيئات الإجتماعية والثقافية المحيطة بهم، عوامل يمكن ان تؤثر على أسلوب ممارستهم للسلوكات الصحية.

كما تضيف شويخ (2012) أنفورشاو(Forshaw, 2002) قد لاحظ أن عوامل مثل طبيعة الهرمونات في الجسم، أسلوب التنشئة الإجتماعية، والتفرقة في طريقة التعامل بين الذكور والإناث

في المجتمعات، يمكن أن توحي لنا بفكرة أن المشكلات الحياتية بما فيها الصحية تتسم بنوع من الخصوصية لدى الجنسين كلا على حدى (شويخ، 2012،ص 38).

وبالعودة إلى نتيجة الدراسة الحالية نجد أن الفروق في مستوى الإلتزام الصحي كانت لصالح الإناث على حساب الذكور، أي أن فئة الإناث من مرضى الربو الراشدين أظهرن ميلا أكثر لإتباع سلوك الإلتزام بالعلاج مقارنة فئة الذكور.

ويتفق هذا مع ما أشارت إليه تايلور(2008) من أن النساء يظهرن درجات عالية من الإلتزام باتباع العلاج(تايلور، 2008، ص 556)

كما ذكر فرج (2000) أن الإناث يتطلعن لطلب الخدمات الصحية بصفة أكثر من الذكور، وكتوصيف لدور عامل الجنس، فقد يبدو الذكور أكثر مقاومة للأعراض المرضية وأقل سعيا للحصول على العلاج(فرج،2000، ص 556).

وفي ذات الصدد أوضح كورتيس (Curtis,2002) (نقلا عن شويخ، 2012) أن الإناث في العادة أكثر ميلا لزيارة الطبيب العام بمرتين مقارنة بالذكور، ويضيف كل من بينباكيروسكلتو(Pennebaker& Skelton, 1978) أن الإناث يذكرن أعراضا جسمية أكثر للطبيب المعالج مقارنة بالذكور(شويخ، 2012، ص 39).

وعلى ضوء هذه المعطيات يمكن تفسير نتيجة الدراسة الحالية إنطلاقا من بعض الخصائص المحيطة بالفرد (المريض)، والدور الذي قد تحدده المنظومة الإجتماعية في البيئة المحلية لفئة الذكور، أين يُفترض على الذكر تأدية وظائف تنطوي على تحمل جزء مهم من المسؤولية تجاه أسرته بالخصوص، لعل من أهمها العمل على حماية أفراد العائلة ورعايتهم والإنفاق عليهم، ومن ثمّ فوجوده في مثل هذه الوضعية قد يحتّم عليه تحديد الأولويات والإحتياجات في حياته، وكإستجابة

للضغوط البيئية المستمرة فيمكنه توجيه إهتماماته نحو أنساق أخرى أسرية وإجتماعية على حساب متطلباته وحاجاته الخاصة، فتنخفض لديه درجة العناية بشؤونه الشخصية وضمنها ما يتعلق بحالته الصحية، ولعل من أهم العلامات التي يمكن من خلالها التدليل على نقص العناية بالوضعية المرضية بالنسبة لفئة الذكور من مرضى الربو الراشدين في الدراسة الحالية، هو إنخفاض مستوى الإلتزام الصحي لديهم مقارنة بفئة الإناث، على الرغم من أن المستوى العام المسجل لدى أفراد العينة (من الجنسين) هو المستوى المتوسط.(كما كشفت عنه نتيجة الفرضية الثالثة)

5-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

5-1- عرض نتائج الفرضية الخامسة :تنص هذه الفرضية على ما يلي:

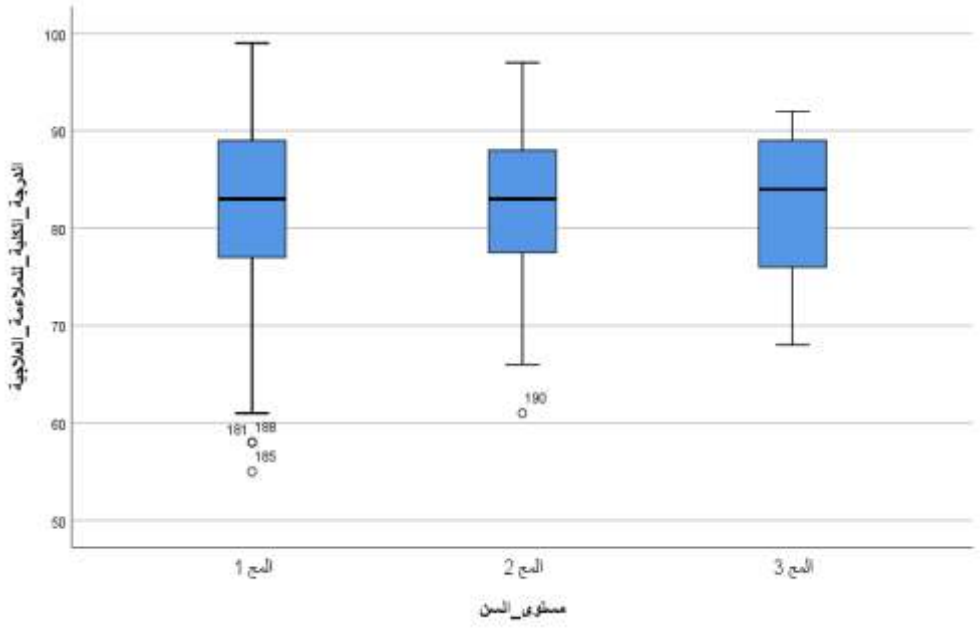
" توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير السن"

وقد تم تقسيم الأفراد إلى ثلاث مجموعات حسب السن وهي:

- المجموعة الأولى من (18 إلى 39) سنة.
- المجموعة الثانية من(40 إلى 59) سنة،
- المجموعة الثالثة (60) سنة فما فوق.

ولإختبار صحة هذه الفرضية فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي وذلك بعد التحقق من أهم الافتراضات.

5-1-1- التحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات: سنتحقق من ذلك في درجات المجموعات الثلاث، بواسطة مخطط الصندوق الذي يستخدم الربيعات. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (17): مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة.

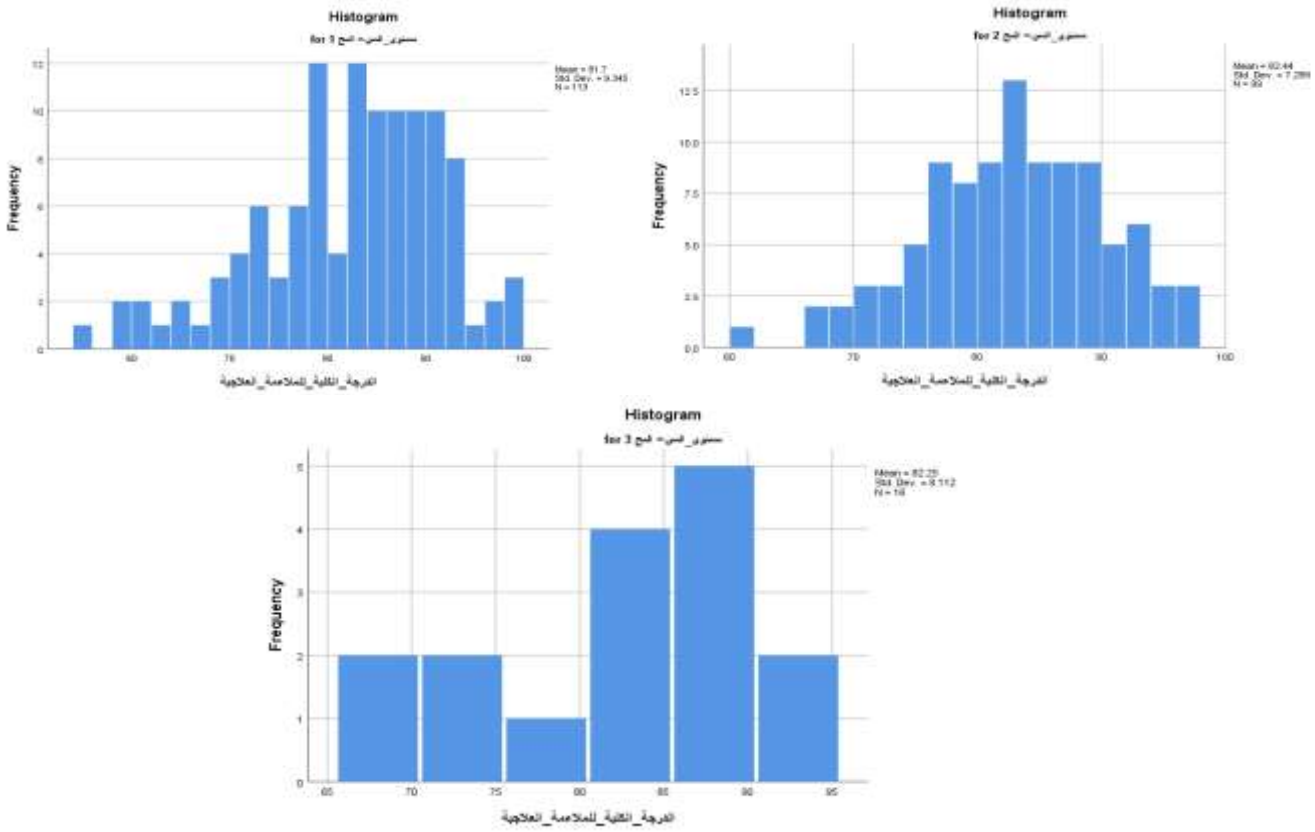
نلاحظ من الشكل رقم (17) بأنه توجد قيم خارج المدى في درجات المجموعتين الأولى والثانية، وبالتالي نستنتج أنه توجد قيم متطرفة في درجات الالتزام الصحي في المجموعتين، وعدم توفر هذا الافتراض.

5-1-2-التحقق من توزيع الدرجات: يتم التحقق من التوزيع الطبيعي لدرجات الالتزام الصحي باستخدام اختبار شابيرو– ويلكمن أجل التحقق من مدى اقتراب الدرجات من التوزيع الطبيعي للمجموعات الثلاث.

جدول رقم (28): نتائج اختبار شابيرو ويلك.

المجموعة	قيمة إختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
المجموعة الأولى	0.966	113	0.006
المجموعة الثانية	0.990	99	0.676
المجموعة الثالثة	0.896	16	0.070

نلاحظ من الجدول رقم (28) بأن قيمة اختبار شابيرو–ويلكللمجموعة الأولىدالة إحصائيا وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المجموعة لا يختلف عن التوزيع الطبيعي اختلافا دالا إحصائيا وهذا ما يبين عدم توفر افتراض التوزيع الطبيعي في درجات الالتزام الصحي لهذه المجموعة. وبالتالي سنقوم باستخدام الاختبار اللابرمتري كروسكال واليس (Kruskal Wallis H test)، وذلك بعد التحقق من افتراض وجود شكل توزيع الدرجات متساو للمجموعات الثلاث وهذا ما يبينه الشكل التالي



شكل رقم (18) شكل توزيع درجات المجموعات الثلاث.

وفيما يلي تم حساب مقارنة متوسطات الرتب للمجموعات من اجل ، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (29): متوسطات الرتب الخاصة بالمجموعات الثلاث.

	العدد	متوسط الرتب
المجموعة الأولى	113	113.88
المجموعة الثانية	99	114.66
المجموعة الثالثة	16	117.84

نلاحظ من الجدول رقم (29) بأن المجموعة الثالثة لديهم أكبر متوسط رتب في الالتزام الصحي مقارنة بالمجموعتين الأولى والثانية، لكن يظهر أن الفروق ليست كبيرة جدا.

وفيما يلي سيتم عرض نتائج اختبار كروسكال وأليس (Kruskal Wallis H test) موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (30): نتائج اختبار كروسكال واليس.

قيمة الاختبار	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
0.052	2	0.975

نلاحظ من الجدول رقم (30) أن قيمة اختبار كروسكال واليس غير دالة إحصائيا (0.052=2، القيمة الاحتمالية 0.975) مما يعني أن الفروق الملاحظة غير حقيقية وترجع إلى الصدفة وبالتالي فإن الفرضية الخامسة التي تنص على أنه "توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير السن لم تتحقق.

2-5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة :

كشفت الدراسة الحالية عن إنعدام الفروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن بخلاف ما توقعه الباحث حول وجود هذه الفروق.

وهي نتيجة موافقة لأغلب الدراسات السابقة، كدراسة مزياني (2018) حول" علاقة فعالية الذات والإتصال طبيب–مريض بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا"، على عينة قوامها(62) فردا، وكشفت عن عدم وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير السن(مزياني، 2018، ص 153).

ونفس النتيجة توصلت إليها دراسات كل من عليوة(2015)، عدودة (2015)، أيت حمودة ديهية(2018)، بخوش وأحمان (2020)،عبد الصمد(2020)، سرار (2020) وغيرهم.

وبخصوص متغير السن فقد ورد في التراث النظري إمكانية تأثير سن المريض على إلتزامه بمتابعة العلاج، فلدى الأطفال والمراهقين مثلا ترتبط قلة إلتزامهم الصحي بإعتمادهم على ذويهم من الراشدين في عملية العلاج – إبتداءا من مرافقتهم للقيام بالفحوصات الطبية، إلى العناية والحرص على تناول أدويتهم حسب الجرعات الموصوفة، وكذا العمل على توفير نمط حياة مناسب لوضعيتهم المرضية–، وأي تقصير محتمل (بصفة متعمدة أو غير متعمدة) من طرف أولياء الطفل أو المراهق المريض ينعكس بصورة سلبية على الإلتزام الصحي لدى هذا الأخير.

ويمكن لذات الفكرة أن تنسحب على المرضى المسنين، فمع أنه قد يبدو للوهلة الأولى أن المرضى من كبار السن هم أكثر إلتزاما بالعلاج مقارنة بالفئات العمرية الأخرى لتعدد شكاويهم المرضية وإعلانهم عن حاجتهم لزيارة الطبيب في كل مرة، وهذا ما ذهبت إليه تايلور(2008) بأن المرضى المسنين يظهرون درجة عالية في الإلتزام بالعلاج (تايلور، 2008، ص 460).

فإننا نجد بالمقابل رأيا مخالفا لهذا الطرح بخصوص تقدم السن، بإعتباره عاملا مساهما في إنخفاض مستوى الإلتزام الصحي لدى المرضى، نظرا للصعوبات العديدة التي يواجهها المريض المسن، إنطلاقا من الضعف العام الذي قد يصيب أجهزة الجسم المختلفة (كالجهاز العصبي، الجهاز الدوري الوعائي، الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي وغيرها) بفعل عامل السن في حد ذاته، الأمر الذي قد يؤثر على عملية الإلتزام بالعلاج من خلال علامات متعددة، مثل نسيان تناول الجرعة الدوائية بسبب وجود إضطرابات في الذاكرة، أو صعوبات متعلقة بعملية إمتصاص الأدوية والتخلص منها على مستوى الكبد والكلى، إضافة إلى عامل آخر وهو كثرة الأدوية الموصوفة للمريض المسن، سواء لنفس المرض المزمن أو لأمراض أخرى مصاحبة، وحسب بروكلارست (Brocklehurst,1988) (نقلا عن Petermans, 2010) فإنه في حالة تجاوز عدد الأدوية لدى المريض المسن الخمسة أدوية، فذلك يؤدي على الأرجح إلى ضعف إلتزامه الصحي (Petermans, et al, 2010, p 5) .

وفي ذات السياق أظهرت دراسة أديانكا وآخرين (Adeyinka et al, 2019) حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإلتزام الصحي لدى(302) من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية(AIDS) في نيجيريا، وكان ضمن أهم نتائجها أن مستوى الإلتزام الصحي كان أعلى لدى فئة المرضى الأقل سنا مقارنة بفئة المسنين (Adeyinka et al, 2019, p32).

وعلى النقيض من الدراسة السابقة فقد توصل بيزي وآخرون (Bezie et al, 2006) إلى ارتباط تدني التزام المرضى بمتابعة علاجهم بصغر السن، بحيث إعتمد على عينة من مرضى السكري قوامها (94) فردا من المقيمين في المستشفى، أعمارهم بين (45 و 81) سنة، وتبين وجود إنخفاض في مستوى الإلتزام الصحي لدى (33) منهم، وقد لاحظ أن هؤلاء (غير الملتزمين بالعلاج) أقل سنا مقارنة ببقية أفراد العينة (Bezie et al, 2006, p 611).

وإنطلاقا مما سبق يمكن القول أن نتيجة الدراسة الحالية بخصوص غياب الفروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى عينة الدراسة حسب متغير السن، تتوضح أكثر في ضوء خاصية العينة المتمثلة في الفئة العمرية العامة التي تم الإعتماد عليها وهي فئة الراشدين (من الجنسين)،

وتجدر الإشارة هنا إلى أن مقاربة مسألة الإلتزام الصحي إستنادا إلى عامل السن، لطالما كان يتم طرحها بالأساس لدى فئة الصغار والمراهقين من جهة، ولدى المرضى المسنين من جهة أخرى، ولأنه قد تم إستبعاد فئتي الأطفال والمراهقين في الدراسة الحالية، وكذا تواجد فئة المرضى المسنين بنسبة قليلة فقط (7%) من العدد الكلي للعينة، في حين يتموضع أكثر أفرادها بين (18 و59 سنة) بنسبة (93%)، وهي فئة كما ذكرنا سابقا قد تتسم بنوع من الإتزان والنضج الإنفعالي- مع ما قد يؤخذ على فئة الشباب عامة من عدم إكتمال النضج الإنفعالي لديهم والذي يمكن أن تستمر عملية صقله وتعزيزه بفعل تراكم التجارب الحياتية كلما تقدم عمر الشخص-فإن هذا الأمر يمكن أن يفسر لنا غياب الفروق بين مرضى الربو الراشدين في مستوى الإلتزام بالعلاج على إختلاف أعمارهم، أي أن عامل السن هنا لم يكن له دور أو تأثير في سلوك الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة المدرسة.

6-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

6-1-عرض نتائج الفرضية السادسة: تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي تعزى لمتغير مدة المرض لدى مرضى الربو الراشدين".

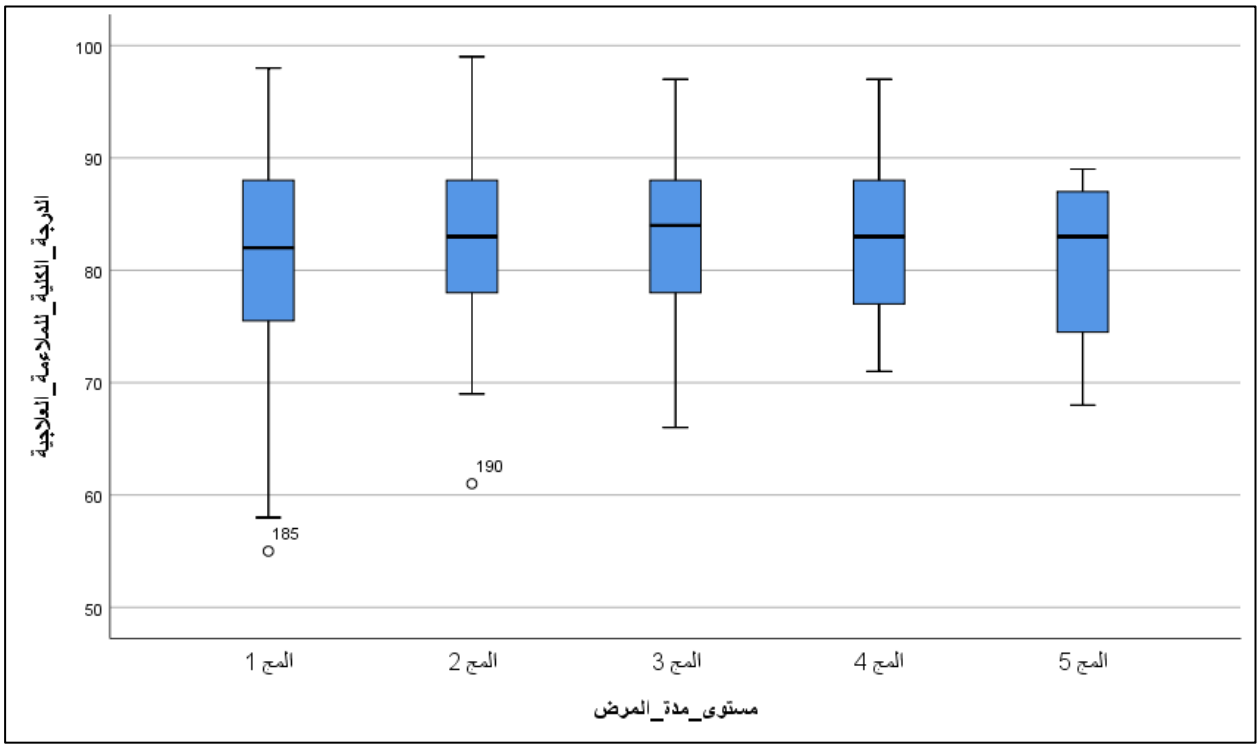
وقد تم تقسيم الأفراد حسب مدة المرض إلى خمس مجموعات (موضحة في الجدول الخاص بخصائص العينة) وهي:

- المجموعة الأولى (1 إلى 10 سنوات).
- المجموعة الثانية (11 إلى 20 سنة).

- المجموعة الثالثة (21 إلى 30 سنة).
- المجموعة الرابعة (31 إلى 40 سنة).
- المجموعة الخامسة(41) سنة فما فوق.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي وذلك بعد التحقق من أهم الافتراضات.

6-1-1-التحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات: سنتحقق من ذلك في درجات المجموعات الخمس، بواسطة مخطط الصندوق الذي يستخدم الربيعات. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (19): مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة.

نلاحظ من الشكل رقم (19) بأنه يوجد قيمتين خارج المدى في درجات المجموعتين الأولى والثانية، وهذا لا يؤثر كثيرا، وبالتالي يمكننا القول بتوفر هذا الافتراض.

6-1-2-التحقق من توزيع الدرجات:

يتم التحقق من التوزيع الطبيعي لدرجات الالتزام الصحي باستخدام اختبار شابيرو–ويلكمن أجل التحقق من مدى اقتراب الدرجات من التوزيع الطبيعي للمجموعات الخمس، كما في الجدول التالي:

جدول رقم (31) نتائج اختبار شابيرو ويلك.

المجموعة	قيمة إختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
المجموعة الأولى	0.956	83	0.007
المجموعة الثانية	0.988	67	0.792
المجموعة الثالثة	0.982	45	0.721
المجموعة الرابعة	0.973	25	0.724
المجموعة الخامسة	0.827	8	0.055

نلاحظ من الجدول رقم (31) بأن قيمة اختبار شابيرو–ويلكللمجموعة الأولى فقط هي دالة إحصائيا في حين ان المجموعات الأربع الأخرى غير دالة إحصائيا، ومنه يمكننا القول بأن افتراض التوزيع الطبيعي قد توفر.

وقبل القيام بالتحليل نقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجموعة، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (32): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات الخمسة.

	العدد	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري للمتوسط	الانحراف المعياري
المجموعة الأولى	83	80.81	1.078	9.820
المجموعة الثانية	67	82.72	0.902	7.381
المجموعة الثالثة	45	83.22	1.133	7.598
المجموعة الرابعة	25	82.80	1.428	7.141
المجموعة الخامسة	8	80.75	2.963	8.379
المجموع	228	82.06	0.556	8.397

نلاحظ من الجدول رقم (32) بأن المتوسطات الحسابية للمجموعات الخمسة متقاربة نسبيا.

وفيما يلي يتم عرض نتائج تحليل التباين الأحادي كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (33): نتائج تحليل التباين الأحادي.

مصدر التباين	مجموع الدرجات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
بين المجموعات	247.335	4	61.834	0.875	0.480
داخل المجموعات	15757.805	223	70.663		
المجمـوع	16005.140	227			

نلاحظ من الجدول رقم (33) أن قيمة (F) غير دالة إحصائيا (4. 223)= 0.875، القيمة الاحتمالية 0.480) مما يعني أن الفروق الملاحظة بين المتوسطات غير حقيقية وترجع إلى الصدفة وبالتالي الفرضية السادسة التي تنص على انه "توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تُعزى لمتغير مدة المرض" لم تتحقق.

2-6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

إنتهت الدراسة الحالية بخصوص هذه الفرضية إلى الكشف عن غياب الفروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى العينة المدروسة تبعا لمتغير مدة المرض(الإزمان)، على النقيض مما توقعه وأفترضه الباحث.

وهي نتيجة موافقة لجل الدراسات السابقة، مثل دراسات كل من عدودة (2015) ، عليوة (2015)، أيت حمودة ديهية(2018) وعبد الصمد(2020)،

وحسب تايلور(2008) فإن درجة الإلتزام الصحي تنخفض عندما يستغرق العلاج زمنا طويلا، سيما إن كان يتطلب إجراءات كثيرة و معقدة، ويعيق أسلوب الحياة الذي إعتاد عليه المريض، ويستوجب عليه تغيير عاداته الشخصية (مثل التوقف عن التدخين، أو تغيير نظامه الغذائي وغير ذلك)(تايلور، 2008، ص554).

ويمكننا القول أن إعتبار الإزمان -ولو نظريا – عاملا مؤثرا بصورة سلبية في عملية الإلتزام بالعلاج، له ما يبرره، وذلك بالنظر إلى المحاذير و القيود المختلفة التي تُفرض على المريض بشكل يومي، كأخذ الجرعات الدوائية، إتباع حمية غذائية مناسبة، الحد من ممارسة الأنشطة التي قد تستثير الأعراض المرضية أو تفاقمها، علاوة على الإنهاك الجسدي المتواصل وإمكانية ظهور بعض الآثار الجانبية للعلاج، وهذه الوضعية من شأنها أن تؤدي ببعض المرضى إلى الشعور بالقلق والإحباط، وأحيانا قد يكون البعض الآخر عرضة للإصابة بحالة إكتئابية، فتقل لديهم الدافعية للإلتزام بالعلاج الموصوف له.

ورغم ذلك فمن الصعوبة بمكان تعميم هذه الوضعية على جميع المصابين بأمراض مزمنة، بل قد تتحدد وفق بعض الخصائص الشخصية والبيئية لكل مريض من جهة، ومن جهة أخرى بخصوصية المرض المزمن في حد ذاته من حيث طبيعته وشدة أعراضه.

وفي هذا الصدد أشارت عدودة(2015)إلى أن القدرة على اتخاذ القرار لإنخراط المريض في الخطة العلاجية لا تتعلق بالضرورة بمدة المرض، إذ أن مدى خطورة المرض، وإحتمالات تطوره، إضافة إلى إمكانية الشعور بالخوف من فقدان الحياة، سيكون هو العامل الأكثر تأثيرا في سلوك الإلتزام بالعلاج (عدودة، 2015، ص 232).

ولعل طبيعة الإزمان بالنسبة للربو – وعلى غرار الأمراض المزمنة الأخرى– حقيقة قد يتباين المرضى في إستيعابها وإدراكها، فمنهم من قد يُبدي مرونة في تقبل المرض المزمن منذ بداية الإعلان عنه ويتعايش مع الوضعية المرضية المستجدة كأمر واقع، ومنهم من قد يجد صعوبة في تقبل الأمر أو حتى يذهب بعيدا في مقاومة الحقيقة إلى حد إنكار المرض ورفض أخذ العلاج الموصوف له من الأساس.

وبالعودة إلى خصائص العينة فنجد أن الأغلبية منهم قد تحصلوا على مستوى تعليمي ثانوي وجامعي وبصفة أقل المستوى المتوسط ويليه المستوى الإبتدائي في الأخير، وكما ذكرنا سابقا بخصوص مناقشة الفرضية الأولى أن المستوى التعليمي العام لأفراد العينة يعتبر مقبولا، إلى المدى الذي يتيح إمكانية تعزيز مستوى إدراكاتهم المتعلقة بصحتهم من خلال القدرة على تحديد الفوائد المتأتية من إتباع السلوكات الصحية و حصر المساوئ أو الأضرار الصحية التي يمكن أن تنجم عن سوء الإلتزام الصحي، وهذا التصور أو الإعتقاد قد يبدو عاما ومشتركا لدى أغلب أفراد العينة، بغض النظر عن التباين في مدة المرض لدى كل واحد منهم.

كما تجدر الإشارة إلى أن مدة المرض ترتبط بمتغير السن، أي أنها تزداد كلما تقدم المريض في السن،ولأننا سجلنا غياب الفروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن– كما بينته نتيجة الفرضية السابقة–، فيمكن لهذه الجزئية أيضا أن تفسر لنا عدم التوصل إلى وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي يمكن إعزاؤها لمتغير مدة المرض لدى أفراد عينة الدراسة الحالية.

7-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:

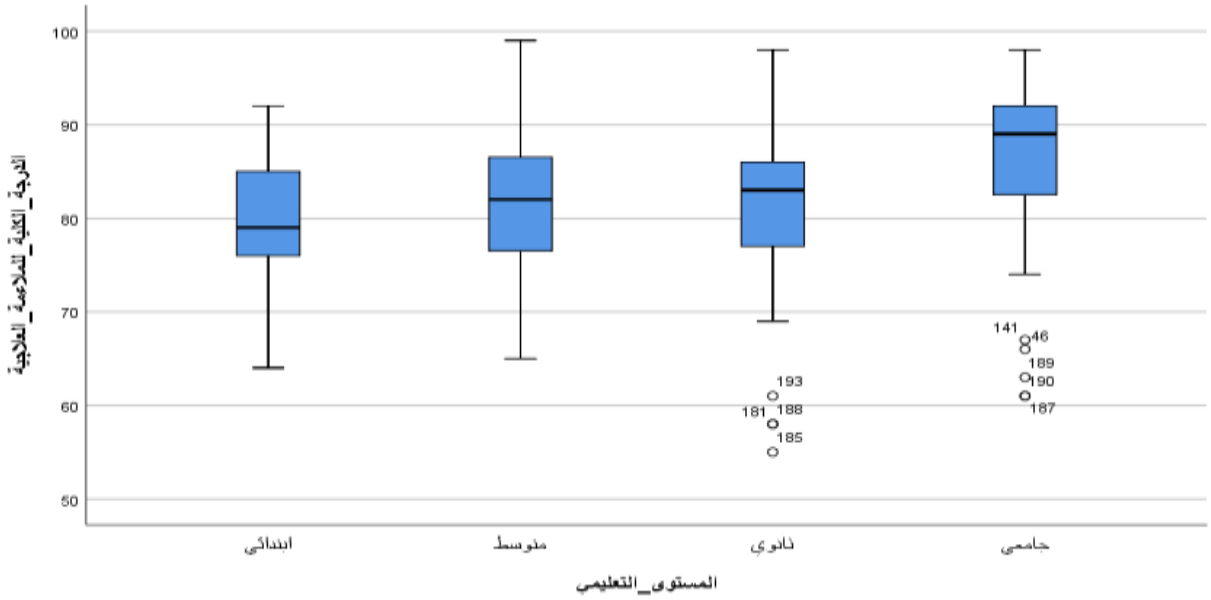
7-1- عرض نتائج الفرضية السابعة: تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجدفروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير المستوى التعليمي."

تم تحديد أربع مجموعات حسب المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي وذلك بعد التحقق من أهم الافتراضات.

7-1-1-التحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات: سنتحقق من ذلك في درجات المجموعات الأربع، بواسطة مخطط الصندوق الذي يستخدم الربيعات. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (20): مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة

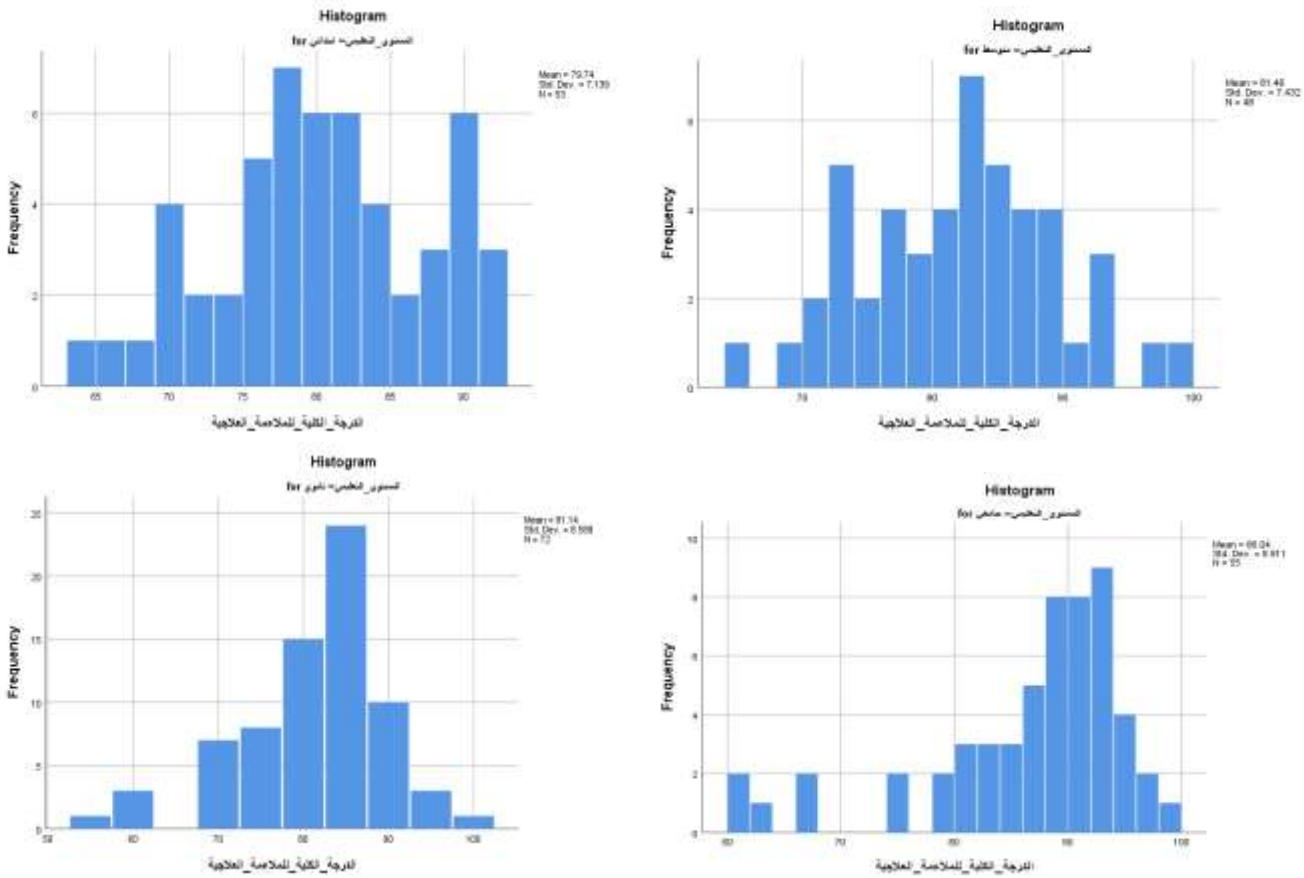
نلاحظ من الشكل رقم (20) بأنه يوجد قيم خارج المدى في درجات المجموعتين الثالثة والرابعة، وبالتالي يمكننا القول إنه لم يتوفر هذا الافتراض.

7-1-2-التحقق من توزيع الدرجات: يتم التحقق من التوزيع الطبيعي لدرجات الالتزام الصحي باستخدام اختبار شابيرو–ويلكمن أجل التحقق من مدى اقتراب الدرجات من التوزيع الطبيعي للمجموعات الثلاث، كما في الجدول التالي:

جدول رقم (34): نتائج اختبار شابيرو ويلك.

المستوى التعليمي	قيمة إختبارشابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
ابتدائي	0.974	53	0.298
متوسط	0.989	48	0.936
ثانوي	0.942	72	0.002
جامعي	0.848	55	0.000

نلاحظ من الجدول رقم (34) بأن قيم اختبار شابيرو–ويلك للمجموعتين الثالثة و الرابعة دالة إحصائيا وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المجموعات لا يختلف عن التوزيع الطبيعي اختلافا دالا احصائيا وهذا ما يبين عدم توفر افتراض التوزيع الطبيعي. وبالتالي تم استخدام الاختبار اللابرمتري كروسكال واليس (Kruskal Wallis H test)، وذلك بعد التحقق من افتراض وجود شكل توزيع الدرجات متساو للمجموعات الأربع وهذا ما يبينه الشكل التالي:



شكل رقم (21) شكل توزيع درجات المجموعات الأربع.

وفيما يلي تم حساب مقارنة متوسطات الرتب للمجموعات، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (35): متوسطات الرتب الخاصة بالمجموعات الأربع.

المستوى التعليمي	العدد	متوسط الرتب
ابتدائي	53	92.55
متوسط	48	105.41
ثانوي	72	107.59
جامعي	55	152.64

نلاحظ من الجدول (35) بأن الأفراد الذين لديهم مستوى جامعي لديهم مستوى مرتفع من الالتزام الصحي مقارنة بالذين لديهم مستوى ابتدائي أو متوسط أو ثانوي. وفيما يلي يتم عرض نتائج اختبار كروسكال واليس (Kruskal Wallis H test) كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (36): نتائج اختبار كروسكال واليس.

قيمة الاختبار	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
25.999	3	0.001>

نلاحظ من الجدول رقم (36) أن قيمة اختبار كروسكال واليس دالة إحصائيا

(3) = 25.999، القيمة الاحتمالية <0.001) مما يعني أن الفروق الملاحظة حقيقية ولا ترجع إلى الصدفة وبالتالي الفرضية السابعة تحققت بأنه توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى الربو الراشدين. ولمعرفة الفروق لصالح أي مجموعة(من بين كل مجموعتين) ، فقد تم استخدام المقارنات البعدية لكل مجموعتين من المجموعات الأربع وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (37): المقارنات البعدية.

المجموعتين	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية
ابتدائي * متوسط	-12.859	0.327
ابتدائي * ثانوي	-15.043	0.207
ابتدائي * جامعي	**-60.089**	**0.001>**

متوسط * ثانوي	−2.184	0.859
متوسط * جامعي	**−47.230**	**0.001>**
ثانوي * جامعي	**−45.046**	**0.001>**

نلاحظ من الجدول (37) بأن الفرق دال إحصائيا بين المجموعتين (ابتدائي * جامعي)،المجموعتين (متوسط * جامعي) والمجموعتين (ثانوي * جامعي).

وهذا يعني أن الأفراد الذين لديهم مستوى جامعي يتميزون بمستوى مرتفع من الالتزام الصحي مقارنة بالذين لديهم مستوى ابتدائي أو متوسط أو ثانوي، غير أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين المجموعات الأخرى. وبالتالي فهذه الفرضية التي تنص على أنه " توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير المستوى التعليمي." قد تحققت. وذلك بوجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة لصالح الجامعيين.

7-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة :

أظهرت الدراسة الحالية وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة من مرضى الربو الراشدين، وذلك بإختلاف مستوياتهم التعليمية، وتبين أنها لصالح الأفراد الذين تحصلوا على مستوى تعليمي جامعي، أي أن هؤلاء الأفراد (الجامعيين) يتميزون بمستوى مرتفع في الإلتزام الصحي مقارنة بالأفراد من ذوي المستويات التعليمية الأخرى (الإبتدائي، المتوسط والثانوي).

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة والتراث النظري، فقد تباينت النتائج بهذا الخصوص، وقد عكس هذا التباين بدوره إختلافا في أراء الباحثين حول الدور المحتمل الذي يمكن أن يؤثر من خلاله مستوى التحصيل العلمي والمكتسبات المعرفية في الإتجاه نحو تبني سلوك الإلتزام الصحي.

ففي دراسة حديثة شملت (150) مريضًا ، توصل سيغالا (Cegala et al, 2000) إلى وجود علاقة طردية بين درجة الالتزام بالعلاج ومستوى التحصيل العلمي لدى المرضى.

وحسب بيكر وكيرك (Becker &kirk, 1982) فقد أشار كل من ديو وإينوي (Deyo & Inui,1980) من خلال مراجعة تحليلية لعدد من الدراسات التي أجريت بهذا الخصوص إلى الدور المهم لعامل المستوى التعليمي في التّأثير على ميولات الأفراد في الإلتزام بإتباع العلاج المقدم لهم سيما في الأمراض المزمنة (Becker & kirk, 1982, pp 1673-1676).

وفي تحليل بعدي لدراسات أخرى- تم إجراؤها في ذات السياق- من طرف نفس الباحثين(Becker & kirk,1982) تم الكشف عن إرتباط ضعف الإلتزام الصحي لدى المرضى بإنخفاض مستواهم الدراسي (Becker & kirk, 1982, pp 1673-1676).

وقد أظهرت دراسة ذكرتها أيت حمودة ديهية (2018) لأبتر وآخرين (Apter et al, 2003) – حول قياس مستوى الإلتزام الصحي لدى (85) مصابا بالربو في الولايات المتحدة ، بالإعتماد على وسائل إلكترونية- أن ضعف الإلتزام بالعلاج لدى أفراد العينة المدروسة كان مرتبطا بتدني مستواهم التعليمي (أيت حمودة ديهية، 2018، ص 275).

وفي ذات السياق توصل وليد وزملاؤه (waleed et al, 2005) في دراستهم حول سلوك الإلتزام الصحي لدى (321) مصابا بأمراض مزمنة مختلفة (شمال فلسطين)، إلى أن ضعف الإلتزام الصحي كان مرتبطا أساسا بإنخفاض المستوى التعليمي لدى المرضى، حيث لم يتلق العديد منهم أي تحصيل دراسي يُذكر (Waleed et al, 2005, p 86).

من جهته توصل حويشات وزملاؤه (Haouichatet al, 2020) في دراسته-على (984) مريضا بالربو من فئة الراشدين – إلى إرتباط تدني مستوى التحصيل الدراسي بقلة الإلتزام الصحي لدى العينة المدروسة (Haouichat et al, 2020, p 15).

وضمن الدراسات السابقة المشابهة التي توافقت نتائجها مع نتيجة الدراسة الحالية، دراسة عليوة(2015) التي كشفت عن وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين ممارسة السلوك الصحي والمستوى التعليمي (عليوة، 2015، ص 219) .

كما أظهرت دراسة مزياني(2018) وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي تعزى لدرجة التحصيل العلمي لدى (62) مصابا بمرض الهيموفيليا (مزياني، 2018، ص 156).

غير أن هناك دراسات أخرى أُجريت في البيئة الجزائرية، وكانت نتائجها مخالفة لنتيجة الدراسة الحالية مثل دراسات كل من عدودة (2015)،أيت حمودة (2018)، بخوش وأحمان (2020) التي لم تتوصل إلى وجود فروق في الإلتزام الصحي وفقا للمستوى التعليمي لدى أفراد العينات المدروسة في تلك الدراسات.

وإجمالا يشير ماثيو (Matthieu B, 2001) إلى أنه من الصعب إحصائيًا عزل متغير مستوى التعليم عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى مثل البيئة المحيطة، الظروف المعيشية، وجود إختلافات عرقية أو لغوية أوحتى الفروق الفردية في االمستويات الفكرية والثقافية للأفراد في مسألة الإلتزام بالعلاج، كما يضيف أنه إذا تم أخذ مستوى التعليم بعين الاعتبار في الالتزامالصحي، بحيث يمكن أن يتسبب المستوى التعليمي المنخفض للمرضى في صعوبة فهم مرضهم أو كيفية تناول العلاج وإتباع توصيات الطبيب المعالج، فلا ينبغي أخذه بشكل مستقل

عن العوامل الأخرى، أو إعتباره عاملا مؤثرا بشكل مباشر على جودة الإلتزام الصحي لدى المرضى بشكل عام(Matthieu B, 2001, p51).

وفي تقدير الباحث فإن الكشف عن وجود فروق بين مرضى الربو الراشدين في مستوى الإلتزام الصحي لصالح فئة الجامعيين، يبدو نتيجة منطقية على أساس أن المستوى التعليمي تم إعتباره كأحد العوامل المؤثرة في سلوك الإلتزام بالعلاج – كما تمت الإشارة إليه ضمن عنصر محددات الإلتزام الصحي في الفصل الأول– وكلما كان مستوى التحصيل العلمي لدى المريض مرتفعا كلما زادت معرفته بمرضه، وكانت لديه القدرة أكثر على التواصل الجيد مع الطبيب المعالج وفهم توصياته وتوجيهاته وكذا طبيعة و مسار العلاج المقدم له.

فالتحصيل العلمي الجيد يتيح أيضا إمكانية الإطلاع على كل ما من شأنه تحسين إدارة المرض، من خلال معرفة جملة التأثيرات الإيجابية التي يمكن ان تساهم في إستقرار الحالة الصحية وضمنها سلوكات الوقاية المتعلقة بالصحة، بالإضافة إلى تقدير التأثيرات السلبية التي يمكن أن تفاقم الوضعية المرضية كسلوكات الخطر، أي معرفة الفوائد المترتبة عن إتباع السلوك الصحي والإلتزام بالعلاج من جهة، ومن جهة أخرى الإطلاع على المساوىء أو الأضرار التي يمكن أن تنجم عن قلة الإلتزام بالعلاج، فإدراك الوضعية المرضية من طرف المريض يتعزز أكثر كلما زادت مكتسباته المعرفية.

وفي هذا الصدد تشير غوشي (Gauchet A, 2005)إلى أنه في إطار نموذج الالتزام الصحي (HCM) فإن مسألة تنفيذ السلوكات الصحية تتعلق بمدى إدراك الفرد لمجموعة المنافع المرجوة أو المتوقعة، وكذا المساوىء المحتملة قبل تنفيذ السلوك، إذ تتحدد درجة الإلتزام بالعلاج بمدى وجود ومستوى هذه المدركات (Gauchet, 2005, p 66).

8-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:

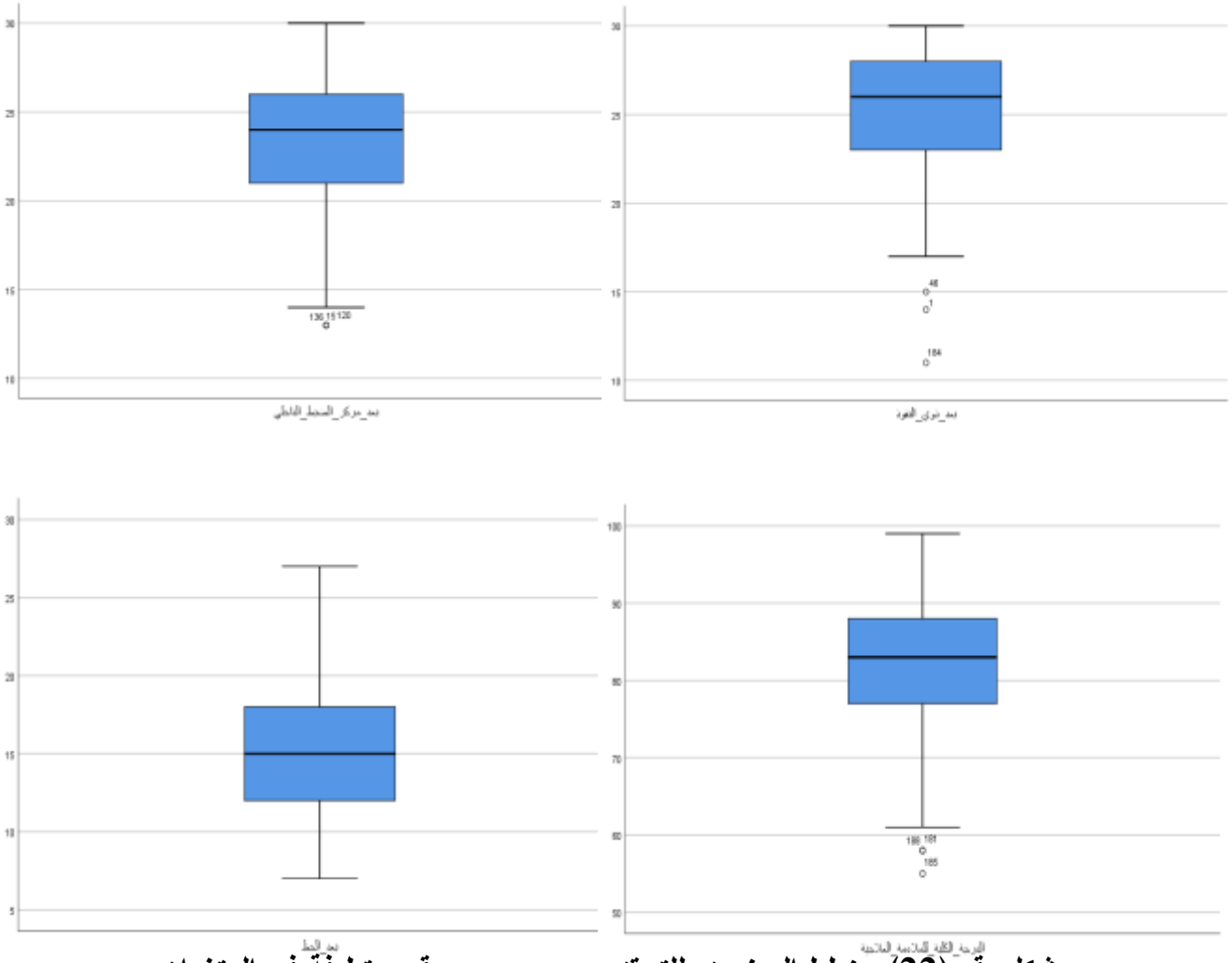
8-1- عرض نتائج الفرضية الثامنة: تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين."

لاختبار صحة هذه الفرضية نستخدم معامل الارتباط بيرسون، وذلك بعد التحقق من أهم افتراضاته:

8-1- 1-عدم وجود قيم متطرفة: تم التحقق من ذلك بواسطة مخطط الصندوق الذي يستخدم الربيعات.

كما هو مبين في الشكل التالي:



شكل رقم (22):مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة في المتغيرات.

نلاحظ من الشكل رقم (22) بأنه توجد قيم خارج المدى في ثلاث متغيرات والتي تعتبر قيم متطرفة، وبالتالي لم يتحقق الافتراض الأول.

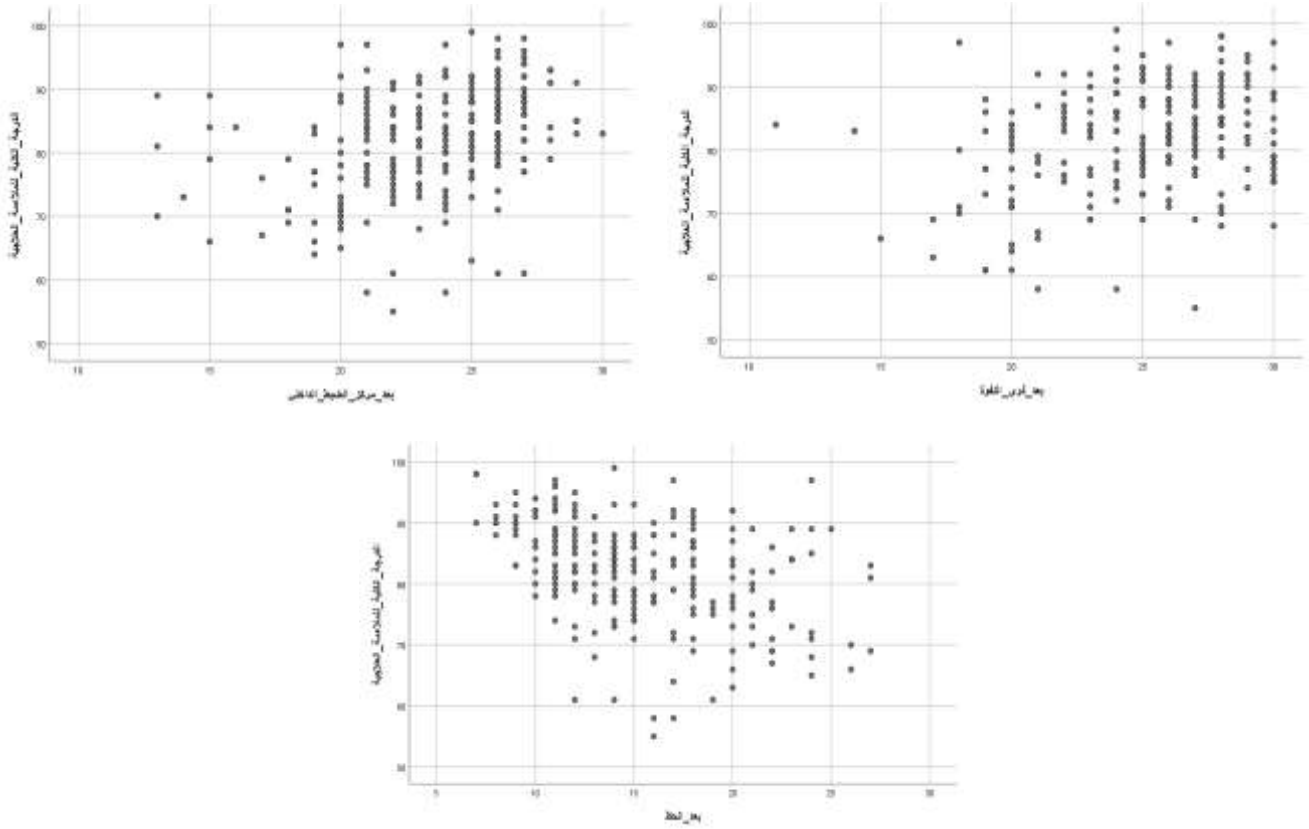
8-1- 2-التحقق من توزيع الدرجات: يتم التحقق من التوزيع الطبيعي لدرجات المتغيرين بواسطة اختبار شابيرو–ويلك(Shapiro-Wilk's Test)، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (38):نتائج اختبار شابيرو–ويلك لدرجات المتغيرات.

	قيمة إختبار شابيرو ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
البعد الداخلي	0.946	228	0.001>
بعد ذوي النفوذ	0.944	228	0.001>
بعد الحظ	0.968	228	0.001>
مستوى الالتزام الصحي	0.976	228	0.001

نلاحظ من الجدول رقم (38) بأن قيم اختبار شابيرو ويلك كلها دالة إحصائيا وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المتغيرات لا تختلف عن التوزيع الطبيعي، وبالتالي لم يتحقق الافتراض الثاني ومنه لا يمكننا استخدام معامل الارتباط بيرسون لعدم توفر افتراضاته ونستخدم معامل الارتباط سبيرمان للرتب.

8-1- 3- التحقق من وجود علاقة خطية: فيما يلي نقوم بالتحقق من وجود علاقة خطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الالتزام الصحي بواسطة رسم لوحة الانتشار كافتراض مهم لاستخدام معامل الارتباط سبيرمان للرتب وهذا ما يبينه الشكل التالي:



شكل رقم (23): لوحة الانتشار لدرجات المتغيرات.

نلاحظ من الشكل رقم (23) بأنه توجد علاقة خطية بين كل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي (البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) ومستوى الالتزام الصحي. وفيما يلي سيتم عرض قيم معاملات الارتباط بين المتغيرات في الجدول التالي:

الجدول رقم (39) معاملات الارتباط.

العلاقة الارتباطية	قيمة الارتباط	القيمة الاحتمالية
بين البعد الداخلي ومستوى الالتزام الصحي	0.372	0.001>
بين بعد ذوي النفوذ ومستوى الالتزام الصحي	0.236	0.001>
بين بعد الحظ ومستوى الالتزام الصحي	−0.422	0.001>

نلاحظ من الجدول رقم (39) بأن هناك علاقة ارتباطية موجبة متوسطة دالة إحصائيا (معامل الارتباط سبيرمان= 0.372، القيمة الاحتمالية<0.001) بين البعد الداخلي ومستوى الالتزام الصحي. وهذا يشير إلى أنه كلما زادت درجات البعد الداخلي رافقه زيادة في درجات الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين. وهناك علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة دالة إحصائيا(معامل الارتباط سبيرمان= 0.236، القيمة الاحتمالية<0.001) بين بعد ذوي النفوذ ومستوى الالتزام الصحي. وهذا يشير إلى أنه كلما زادت درجات بعد ذوي النفوذ رافقه زيادة في درجات الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين. وكذلك هناك علاقة ارتباطية سالبة متوسطة دالة إحصائيا (معامل الارتباط سبيرمان= 0.422-، القيمة الاحتمالية<0.001) بين بعد الحظ ومستوى الالتزام الصحي. وهذا يشير إلى أنه كلما زادت درجات بعد الحظ رافقه انخفاض في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين. ومنه نستنتج بأن الفرضية الثامنة التي تنص على أنه " توجد علاقة إرتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو" قد تحققت.

8-2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:

توصلت الدراسة الحالية إلى وجود علاقة إرتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين، أي أن إتجاه الأفراد (المرضى) لتبني سلوك الإلتزام الصحي يرتبط بنوع مصدر الضبط الصحي الذي يعتقدون أنه متحكم في وضعيتهم الصحية.

وفي هذا الإطار تشير شيرينا ورهادي (Chairina&Rahadi, 2017) إلى أن مصدر الضبط الصحي يلعب دورًا في تحديد السلوك المتعلق بالصحة للأفراد، بما في ذلك سلوك الالتزام بالنظم الطبية (Chairina & Rahadi 2017, p 12).

ويمكننا التفصيل في بيان العلاقة بين كل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين على حدى على النحو التالي:

- ✓ **بالنسبة لعلاقة البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي بمستوى الإلتزام الصحي:**

بخصوص هذه الجزئية فقد أظهرت الدراسة الحالية وجود علاقة إرتباطية موجبة و دالة إحصائيا بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي ومستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة، أي أنه كلما زادت درجة مصدر الضبط الصحي الداخلي، زاد مستوى الالتزام الصحي.

وهذه النتيجة جاءت متوافقة مع ما توصلت إليه دراسة كل من شريتمليروليوربروكس (Schreitmuller & Loerbroks, 2019)، حول مدى تأثير كل من الكفاءة الذاتية ومصدر الضبطفي التحكم والسيطرة على مرض الربو، على عينة قوامها (205) فردا، وكان من بين أهم نتائجها وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين البعد الداخلي للضبط الصحي ومستوى التحكم في الربو (Schreitmuller & Loerbroks, 2019, p 4).

ونظرا لندرة الدراسات التي بحثت في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي (سيما في بعده الداخلي) والإلتزام الصحي لدى المصابين بالربو، فيمكن الإستناد إلى بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية والتي أجريت في سياق الأمراض المزمنة.

وإذا كان لكل مرض مزمن خصوصية يتفرد بها من حيث الأسباب المحدثة له، أعراضه، سبل علاجه و المعاش النفسي للمريض، فهناك خصائص عامة ومشتركة يمكن ملاحظتها في جل الأمراض المزمنة على إختلافها، تبدو فيها الوضعيات المرضية للمصابين بها متشابهة إلى حد ما، ولعل ما يفرضه المرض المزمن من قيود وضوابط يتوجب على المريض الإلتزام بها (كتناول الأدوية

بشكل منتظم، إتباع الحمية الغذائية و الإلتزام بتوجيهات وتوصيات الطبيب المعالج)، هو ضمن ما تتميز به أغلب الأمراض المزمنة.

وبالنسبة للمرضى فقد تتشابه استجاباتهم أو ردود أفعالهم من حيث مدى تقبل المرض المزمن وكيفية إدارته، علاوة على إمكانية التوافق من حيث المدركات والمعتقدات الصحية سيما في بيئات متقاربة إجتماعيا وثقافيا، هذه المعتقدات قد تشمل العوامل التي يعزو إليها الفرد مصير حالته الصحية، سواء كانت ذاتية(ضبط داخلي)، أو خارجة عن نطاق سيطرته(ضبط خارجي)، ووفقا لتصوراته ومعتقداته تتحدد طبيعة سلوكاته بما فيها المتعلقة بالصحة، وضمنها سلوك الإلتزام الصحي، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن موضوع الإلتزام– أو عدم الإلتزام– الصحي لا يقتصر طرحه بالنسبة لمرض محدد دون غيره من الأمراض، بل يعتبر كأحد أهم مواضيع الصحة العامة حيث يمثل عدم الإلتزام الصحي مشكلة (ظاهرة) تعيق مسألة الحفاظ على الصحة وترقيتها بالنسبة للأفراد وبخاصة لدى المصابين بالأمراض المزمنة بشكل عام.

وضمن هذا السياق، توصل نافرادي وزملاؤه (Nafradi et al, 2017) في مراجعته لبعض الدراسات ذات الصلة (وعددها 154 دراسة) إلى وجود إرتباط واضح بين الإلتزام الصحي والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي(Nafradi et al, 2017, p1).

وذات النتيجة توصلت إليها دراسة فيرينجا(Wierenga,1980) التي كانت بهدف معرفة طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الإجتماعية والإلتزام الصحي والنتائج العلاجية، لدى (50) مريضا بالسكري، حيث كشفت عن وجود علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الداخلي والإلتزام الصحي (Schlenk & Hart, 1984, P 567)

كما وجد ماكدونالد وآخرون (Mc-Donald et al, 2000) (نقلا عن مفتاح عبد العزيز، 2010) – في دراستهم على عينة قوامها (90) فردا من المسنين، يعانون من أمراض مزمنة مختلفة– إرتباطا واضحا بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي و مستوى الإلتزام بقواعد السلامة الصحية (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص154).

وكشفت دراسة سيمون وسيمون (seeman & seeman,1993)، أن الأفراد الذين لديهم مصدر ضبط صحي داخلي هم أكثر ميلا للقيام بالسلوكات الصحية والعناية بأنفسهم بمعدل ثلاثة أضعاف مقارنة بذوي الضبط الخارجي(مفتاح عبد العزيز. 2010. ص153).

وفي دراسة نورمان وبينيت (Norman &Bennett)(نقلا عن بزاري، 2011) حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي، لدى (11632) فردا، أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطة إيجابية بين ممارسة السلوك الصحي والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي(بزاري، 2011، ص101).

كما توصلت عليوة(2015) في دراستها إلى وجود علاقة إرتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى العينة المدروسة.

ويمكننا القول أن نتيجة دراستنا هذه بخصوص الإرتباط الإيجابي بين مستوى الإلتزام الصحي ومصدر الضبط الصحي الداخلي، تبدو منطقية، نظرا لما يتميز به الأفراد الذين لديهم ضبط صحي داخلي من ميل نحو ممارسة السلوكات الصحية، لإعتقادهم بمدى مسؤوليتهم الشخصية على حالتهم الصحية، وأن أفعالهم وسلوكاتهم الذاتية قد تؤثر بصورة واضحة على إستقرار وضعيتهم المرضية (بالنسبة للمرضى) أو قد تتسبب في تفاقمها وتعقيدها.

✓ **بالنسبة لعلاقة البعد الخارجي (لذوي النفوذ) بمستوى الإلتزام الصحي:**

كشفت الدراسة الحالية عن وجود علاقة إرتباطية موجبة و دالة إحصائيا بين البعد الخارجي لذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة ، أي أن زيادة الإعتقاد في مصدر الضبط الصحي الخارجي في بعده لذوي النفوذ لدى مرضى الربو الراشدين، يقابلها إرتفاع في مستوى إلتزامهم بالعلاج.

وإذا كانت هذه النتيجة متسقة مع نتيجة الفرضية الثانية بخصوص مصدر الضبط الصحي السائد لدى عينة الدراسة المتمثل في البعد الخارجي لذوي النفوذ – كما توقعه الباحث– فإنها لا تبدو متناسبة– ولو نظريا– مع النتيجة السابقة حول العلاقة الإرتباطية الموجبة بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي، حيث أن الأفراد الذين يتميزون بالضبط الداخلي يبادرون إلى تبني السلوكات الصحية، على عكس الأفراد الذين لديهم مصدر ضبط خارجي فإنهم يعتقدون أن حالتهم الصحية تتحكم فيها عوامل خارجية (مثل الأشخاص ذوي النفوذ من مقدمي الرعاية الصحية و أفراد العائلة وغيرهم، أو عامل الحظ والصدفة)، وبالتالي تتميز إستجاباتهم تجاه وضعياتهم الصحية بالسلبية واللامبالاة ويُظهر المرضى منهم في هذه الحالة إلتزاما اقل بإتباع التوصيات الطبية والعلاجات الموصوفة لهم.

وبالنسبة للدراسات السابقة التي توافقت نتائجها مع نتيجة الدراسة الحالية، فهناك دراسة شيلانك وهارت(Schlenk & Hart, 1984) حول علاقة كل من مصدر الضبط الصحي، القيمة الصحية، المساندة الإجتماعية والإلتزام الصحي لدى عينة من مرضى السكري، ومما كشفت عنه النتائج وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي الخارجي

(لذوي النفوذ) ومستوى الإلتزام الصحي (Schlenk E & Hart L, 1984,p 566).

ودراسة نافرادي وآخرون(Nafradi et al, 2017) التي بينت وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين مستوى الإلتزام الصحي (في بعد الإلتزام بتناول الأدوية) والبعد الخارجي لذوي النفوذ (في شقه المتعلق بمقدمي الرعاية الصحية وسيما الأطباء) (Nafradi L et al, 2017,p 1).

كما توصلت فيرينجا(Wierenga,1980)(نقلا شيلانك وهارت، 1984) في دراستها إلى وجود إرتباط موجب بين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي (لذوي النفوذ) و مستوى الإلتزام الصحي(Schlenk& Hart,1984, p 567).

غير أن بزاري (2011) ذكرت أن نورمان و بينيت(Norman & Bennett) توصلا في دراستهما إلى وجود إرتباطسلبي بين السلوك الصحي والبعد الخارجي لذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي(بزاري، 2011، ص 101).

ويمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية بخصوص وجود علاقة إرتباطية موجبة بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة من مرضى الربو الراشدين إنطلاقا من النتيجة التي توصلنا إليها في الفرضية الثانية حيث تبين أن مصدر الضبط الصحي السائد لدى أفراد العينة هو البعد الخارجي لذوي النفوذ، أي أن أغلبية المرضى في العينة المدروسة لديهم إعتقاد في مدى تحكم وسيطرة الآخرين الأقوياء على حالتهم الصحية،

وإذا كانت بنود مقياس مصدر الضبط الصحي – المستخدم في الدراسة الحالية– الدالة على بعد ذوي النفوذ، تشير إلى مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء) من جهة وإلى المحيط العائلي من جهة أخرى، فكما ذكرنا سابقا في محاولة تفسير الفرضية الثانية، أن اتجاه الأفراد (مرضى الربو الراشدين) إلى تبني سلوك الإلتزام الصحي قد يرتبط بمدى اعتقادهم وثقتهم في قدرة القائمين على الرعاية الصحية على توفير سبل التكفل الأمثل لوضعيتهم المرضية، فكلما كانت جودة الخدمة الصحية

المقدمة للمريض أفضل كلما تعززت لديه إمكانية تنفيذ سلوك الالتزام الصحي، وبالنسبة للمحيط العائلي والاجتماعي فإن للاهتمام والعناية بالمريض وتقديم الدعم والمساندة الاجتماعية له، دور مهم في استثارة دافعتيه للقيام بالسلوك الصحي والالتزام بالعلاج.

✓ **بالنسبة لعلاقة البعد الخارجي (للحظ) بمستوى الإلتزام الصحي:**

أظهرت الدراسة الحالية وجود علاقة إرتباطية ذات اتجاه سالب بين البعد الخارجي للحظ لمصدر الضبط الصحي ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين، أي أن زيادة الاعتقاد في مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ لدى مرضى الربو الراشدين، يقابلها انخفاض مستوى التزامهم الصحي، وهذه النتيجة تبدو بدورها منطقية استنادا إلى النتيجة المتعلقة بالبعدين السابقين لمصدر الضبط الصحي (البعد الداخلي والبعد الخارجي لذوي النفوذ) التي كشفت عن وجود علاقة إرتباطية موجبة بين هذين الأخيرين ومستوى الالتزام الصحي لدى العينة المدروسة.

وبالعودة إلى الدراسات السابقة التي بحثت في العلاقة بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي ومستوى الالتزام الصحي، فإنها نادرة، أو كان يتم فيها الجمع عادةً بين بعدي المصدر الخارجي للضبط الصحي (بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ).

ففي دراسة إيرانية لحيدري وآخرين (Heydari et al, 2014) بهدف معرفة مدى القدرة على التنبؤ بالسيطرة على الربو، من خلال الاعتماد على بعض المتغيرات الوسيطة من بينها مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى (100) من مرضى الربو الراشدين، تم التوصل إلى وجود علاقة إرتباطية ذات إتجاه سالب بين مصدر الضبط الصحي (بعد الحظ) و مستوى التحكم في الربو لدى افراد العينة المدروسة (Heydari et al, 2014, p 137).

كما توصلت دراسة نورمان و بينيت (Norman & Bennett)(نقلا عن بزاري، 2011)إلى وجود إرتباط سلبي بين السلوك الصحي والبعد الخارجي (للحظ أو الصدفة) لمصدر الضبط الصحي(بزاري، 2011، ص 101).

غير أن (قارة، 2015) كشف في دراسته عن عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين تقبل العلاج وبعد الحظ لمصدر الضبط الصحي(قارة، 2015، ص 144).

كما أظهرت دراسة (عليوة، 2015) عدم وجود علاقة إرتباطية بين بعد الحظ والسلوك الصحي لدى العينة المدروسة.

وفي ذات السياق لم تتوصل أيت حمودة ديهية (2018) في دراستها، إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين سلوك الملاءمة العلاجية والمصدر الخارجي للضبط الصحي بما فيه بعد الحظ لدى العينة المدروسة من مرضى الربو(أيت حمودة ديهية، 2018، ص 298)

ويمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية ضمن نفس المساق الذي تم من خلاله تفسير بعض الفرضيات السابقة على ضوء خصائص العينة، وتحديدا فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، حيث أظهرت نتيجة الفرضية السابعة وجود فروق بين أفراد العينة في مستوى الإلتزام الصحي تُعزى لمتغير المستوى التعليمي وذلك لصالح فئة الجامعيين، أي أن سلوك الإلتزام بالعلاج يرتبط بالمستوى العلمي للفرد (المريض)، وكلما زادت درجة تحصيله العلمي، زاد ميله لتبني سلوك الإلتزام الصحي، هذا من جهة، ومن أخرى فقد تمت الإشارة سابقا– في مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى– إلى أن المستوى التعليمي العام لأفراد العينة يبدو مقبولا بما يتيح لهم إمكانية رفع مستوى الوعي الصحي لديهم وتعديل المعتقدات الصحية بخصوص العوامل المتحكمة في حالتهم الصحية، بحيث أمكن لهم استبعاد عامل الحظ والصدفة في إمكانية التأثير في وضعيتهم المرضية، ولذلك فكلما تم عزل دور الضبط الخارجي للحظ وتفعيل الضبط الداخلي أو دور ذوي النفوذ

(الأطباء والمحيط العائلي) كلما زاد مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة من مرضى الربو الراشدين.

9-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة:

9-1-عرض نتائج الفرضية التاسعة: تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين."

لاختبار صحة هذه الفرضية نستخدم معامل الارتباط بيرسون،وذلك بعد التحقق من أهم افتراضاته.

9-1-1- عدم وجود قيم متطرفة: تم التحقق من ذلك بواسطة مخطط الصندوق الذي يستخدم الربيعات، كما هو مبين في الشكل التالي:

شكل رقم (24):مخطط الصندوق للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة في المتغيرات.

نلاحظ من الشكل رقم (24) بأنه توجد قيم خارج المدى في المتغير الثاني والتي تعتبر قيما متطرفة، وبالتالي لم يتحقق الافتراض الأول.

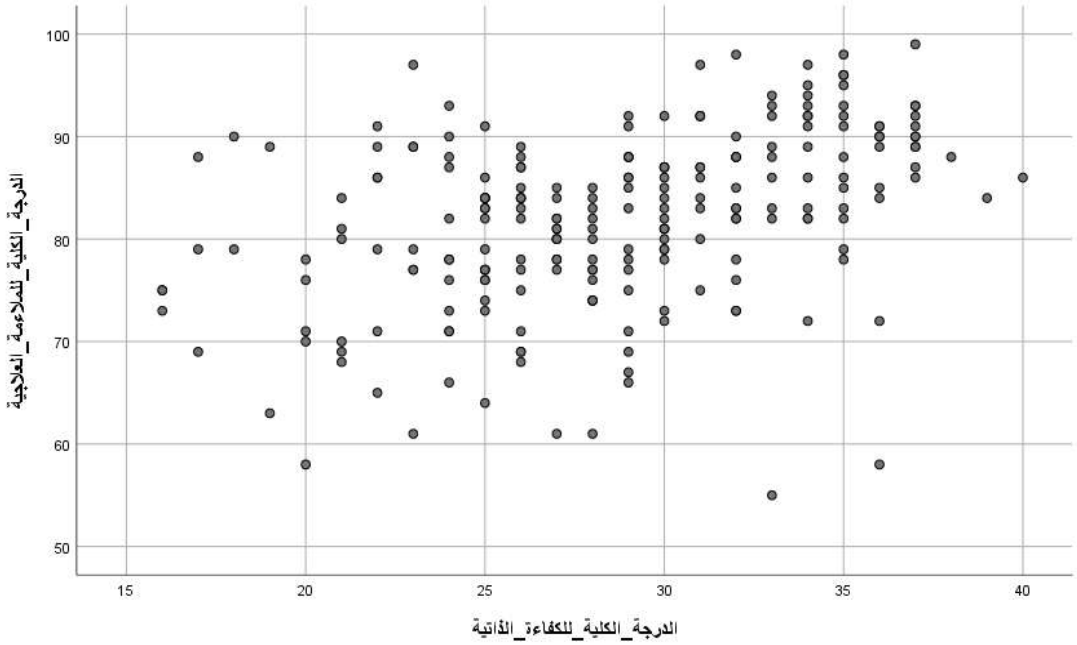
9-1- 2-التحقق من توزيع الدرجات: يتم التحقق من التوزيع الطبيعي لدرجات المتغيرين بواسطة اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk's Test)، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (40): نتائج اختبار شابيرو–ويلك لدرجات المتغيرين.

	قيمة إختبار شابيرو ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
الكفاءة الذاتية	0.982	228	0.006
مستوى الالتزام الصحي	0.976	228	0.001>

نلاحظ من الجدول رقم (40) بأن قيم اختبار شابيرو ويلك كلها دالة إحصائيا وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المتغيرين لا تختلف عن التوزيع الطبيعي، وبالتالي لم يتحقق الافتراض الثاني ومنه لا يمكننا استخدام معامل الارتباط بيرسون لعدم توفر افتراضاته ونستخدم معامل الارتباط سبيرمان للرتب.

9- 1-3- التحقق من وجود علاقة خطية: فيما يلي نقوم بالتحقق من وجود علاقة خطية بين الكفاءة الذاتية ومستوى الالتزام الصحي بواسطة رسم لوحة الانتشار كافتراض مهم لاستخدام معامل الارتباط سبيرمان للرتب وهذا ما يبينه الشكل التالي:



شكل رقم (25): لوحة الانتشار لدرجات المتغيرات.

نلاحظ من الشكل رقم (25) بأنه توجد علاقة خطية بين الكفاءة الذاتية ومستوى الالتزام الصحي.وقد أسفرت المعالجة الإحصائية على وجود علاقة ارتباطية موجبة متوسطة دالة إحصائيا (معامل الارتباط سبيرمان= 0.456، القيمة الاحتمالية<0.001) بين الكفاءة الذاتية ومستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين. وهذا يدل على أنه كلما زادت درجات الكفاءة الذاتية رافقه زيادة في درجات الالتزام الصحي. ومنه نستنتج بأن الفرضية التي تنص على أنه "توجد علاقة إرتباطية بين الكفاءة الذاتية ومستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين." قد تحققت.

9-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة:

توصلت الدراسة الحالية إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية ومستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة، وذلك بشكل طردي، فالزيادة في درجات الكفاءة الذاتية لمرضى الربو الراشدين، يقابلها إرتفاع مستوى إلتزامهم الصحي، وهذه النتيجة موافقة لما توقعه الباحث ومع جل الدراسات السابقة، إضافة إلى أنها منسجمة مع ما تضمنه التراث النظري.

ففي دراسة شيرر و زملائها(Scherer et al, 2001) بهدف معرفة نوع العلاقة بين متغيرات المعرفة، المواقف، الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي، لدى(29) من مرضى الربو الراشدين، كشفت النتائج وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي، إضافة إلى وجود علاقة سلبية بين درجة الكفاءة الذاتية وعدد حالات الدخول إلى المستشفى (Scherer et al, 2001, p 205).

كما توصل لافوا و زملاؤه (Lavoie et al, 2008) في دراسته حول تقييم مدى الارتباط بين مستويات الكفاءة الذاتية، التحكم الذاتي، و جودة الحياة لدى مرضى الربو، على عينة قوامها (557) من مرضى الربو الراشدين، إلى وجود علاقة طردية بين درجة الكفاءة الذاتية ومستوى التحكم في الربو(Lavoie et al, 2008, p 100).

وفي السياق نفسه أظهرت دراسة شاريفي وآخرين(Sharifiet al, 2011) –التي هدفت إلى البحث في العلاقة بين المعرفة وكل من المواقف والكفاءة الذاتية في إطار بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية لدى (120) من مرضى الربو– أن أغلبية المرضى، أي ما نسبته (85.3%)كانت لديهم كفاءة ذاتية متوسطة، كما تبين وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية والموقف تُجاه الربو (Sharifiet al, 2011, p 315).

كما توصلت شريتميلر وليوربروكس(Schreitmuller&Loerbroks A, 2019)،

في دراستهما على(205) مريضا بالربو، إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين درجة الكفاءة الذاتية ومستوى التحكم في الربو(Schreitmuller&Loerbroks, 2019, p 4).

ومن جهته أشار كيانكيان وزملاؤه (Qianqian et al, 2021)في دراسته حول دور المتغير الوسيط المتمثل في الثقة في الطبيب والكفاءة الذاتية في إدراك مفهوم الإلتزام بالأدوية لدى (117) من المصابين بالربو الحاد، إلى وجود علاقة طردية بين درجة الكفاءة الذاتية ومستوى الإلتزام بتناول الأدوية(Qianqian et al, 2021, p 1066).

كما أن هناك العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في سياق الأمراض المزمنة عموما وتوصلت إلى نتائج تتوافق مع نتيجة دراستنا الحالية حول علاقة الإلتزام الصحي بالكفاءة الذاتية.

حيث أشارت دراسة ميلاند وآخرون(Meland et al, 1999)– حول دور الكفاءة الذاتية في تغيير السلوكات المضرة بالصحة (مثل التدخين، والتغذية غير الصحية، وغيرها)، على (110) مريضا بالقلب–إلى أن مستوى الكفاءة الذاتية المرتفعة كان له دور أساسي في الإقلاع عن عادة التدخين(يخلف، 2000، ص 114).

كما أظهرت دراسة شفارتزر ورينر (Schwarzer & Renner, 2000)(نقلا عن عدودة) مدى أهمية كفاءة التحكم المعرفي في تبني السلوكات الصحية، وتأثير عامل الكفاءة الذاتية في الإنقاص من الوزن والإلتزام بنظام غذائي صحي(عدودة، 2015، ص 219).

من جهته توصل سامعي(2015) في دراسته إلى وجود علاقة إرتباطية بين درجة الكفاءة الذاتية و أبعاد الإلتزام الصحي (بعد الإلتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز وبعد الإلتزام بإتباع الحمية الغذائية) (سامعي، 2015، ص ص 224-225)

كما توصلت عليوة (2015) في دراستها إلى وجود علاقة إرتباطية بين الكفاءة الذاتية وممارسة السلوك الصحي لدى أفراد العينة(عليوة، 2015، ص 182)

وفي ذات السياق كشفت دراسة (مزياني، 2018) حول علاقة كفاءة الذات والإتصال طبيب-مريض بالملاءمة العلاجية لدى (62) من مرضى الهيموفيليا، عن وجود علاقة إرتباطية بين الكفاءة الذاتية والملاءمة العلاجية لدى العينة المدروسة(مزياني، 2018، ص 141).

وفي دراسة رزقي و أمزيان (2018)التي كانت بهدف معرفة طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإنضباط الصحي لدى (114) مصابا بالقصور الكلوي المزمن، تم التوصل إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين متغير الكفاءة الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى أفراد العينة المدروسة(رزقي وأمزيان، 2018، ص ص 240-242)

ورغم أن نتائج جل الدراسات السابقة- تقريبا- أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية ذات إتجاه موجب بين مستوى الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية لدى العينات المدروسة، إلا أن هناك دراسة سابقة واحدة لعدودة (2015) توصلت إلى نتيجة منافية لنتيجة الدراسة الحالية، حيث أشارت إلى عدم وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية والإلتزام بالعلاج لدى عينة قوامها (129) من مرضى قصور الشريان التاجي (عدودة، 2015، ص 215).

ويمكننا القول أن نتيجة الدراسة الحالية بخصوص وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة المدروسة من مرضى الربو الراشدين، تبدو بدورها نتيجة منطقية إستنادا إلى ما توصلت إليه جل الدراسات السابقة وما ورد أيضا في التراث النظري حول متغير الكفاءة الذاتية الذي يشير إلى مدى إعتقاد وثقة الفرد في نفسه حول أداء سلوك معين بإختلاف المواقف والوضعيات، وعلى إعتبار أن الإلتزام الصحي يمثل الجانب السلوكي للفرد، فيمكن فهم مدى تأثير الكفاءة الذاتية كعنصر معرفي في الإلتزام الصحي كظاهرة سلوكية.

كما أن نتيجة هذه الفرضية تتوضح أكثر على ضوء نتائج الفرضيات الأولى، الثالثة والثامنة للدراسة الحالية، حيث تم التوصل بخصوص الفرضيتين الأولى والثالثة إلى أن المستوى السائد لدى أفراد العينة في كل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية هو المستوى المتوسط، الأمر الذي يشير إلى مدى التناسب بين مستويات المتغيرين، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فقد أسفرت نتيجة الفرضية السابقة (الثامنة) إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الإلتزام الصحي والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، حيث أن الأدبيات تعتبر كلا من مصدر الضبط الداخلي والكفاءة الذاتية ضمن العناصر المعرفية للتحكم الذاتي المتقاربة إلى حد كبير من حيث المفهوم، إذ أشار كل من غازي ومطر(2010) إلى إرتباط مفهوم الكفاءة الذاتية بالاعتقادات التفاؤلية لدى الفرد، بكونه قادرا على التعامل مع أشكال مختلفة من الضغوط النفسية، فالشخص الذي يؤمن بقدرته على التسبب بحدث معين، يكون قادرا على إدارة مسار حياته بصورة ذاتية وبسلطة أكبر و ذلك يؤدي به إلى الشعور بالسيطرة على البيئة التي تشكل تحديا له – في إشارة واضحة إلى مفهوم الضبط الداخلي– فالكفاءة الذاتية تعكس قوة إيمان الفرد أن باستطاعته تنفيذ سلوكه بنجاح، كما أن الشعور القوي بالكفاءة الذاتية يعزز قوة شخصية الفرد ومستوى صحته (غازي ومطر،2010، ص165).

10- إستنتاج عام :

لقد سعت الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن إمكانية وجود علاقة بين الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين، في ظل بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية المتمثلة في الجنس، السن، مدة المرض(الإزمان) والمستوى التعليمي، إنطلاقا من التساؤل الأساسي الذي إنتهى إليه الباحث في طرحه لإشكالية الدراسة و بعض التساؤلات الفرعية المنبثقة عنه.

وكمحاولة لإقتراح إجابات أولية لهذه التساؤلات فقد تم بناء عدد من التوقعات أو الفرضيات بالإستناد إلى نتائج الدراسات السابقة وما توفّر من رصيد نظري ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وقد تم الإعتماد على الفرضيات الموضوعة في معالجة البيانات المتحصل عليها من خلال الإجراءات الميدانية وتطبيق مقاييس متغيرات الدراسة (الإلتزام الصحي، مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية) على عينة قوامها (228) من مرضى الربو الراشدين (من الجنسين).

وتمت الإجابة على أسئلة الدراسة من خلال النتائج المتوصل إليها، بحيث تم التَحقّق من عدد من الفرضيات المتوقعة وتم قبولها، في حين تم رفض فرضيات أخرى لأنها لم تتحقق، ويمكننا عرض هذه النتائج على النحو التالي:

- بالنسبة للفرضية الأولى التي نصت على أن " المستوى السائد لدى مرضى الربو الراشدين في الإلتزام الصحي هو المستوى المنخفض" فإنها لم تتحقق، حيث تم التوصل إلى أن المستوى السائد للالتزام الصحي عند مرضى الربو الراشدين هو المستوى المتوسط، كما بينته النتائج الموضحة في الجدول رقم (19).

– وبالنسبة للفرضية الثانية التي نصت على أن " مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين هو المصدر الخارجي (ذوي النفوذ)". فقد تحققت وتم قبولها، كما بينته النتائج الواردة في الجدول رقم (21).

– أما الفرضية الثالثة التي نصت على ما يلي " يتميز مرضى الربو الراشدين بمستوى منخفض من الكفاءة الذاتية." لم تتحقق، حيث كشفت نتيجة الدراسة الحالية بهذا الخصوص على أن مرضى الربو الراشدين يتميزون بمستوى متوسط في الكفاءة الذاتية، حسب ما هو موضح في الجدول رقم(23).

– في حين ان الفرضية الرابعة التي نصت على أنه " لا توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى الربو الراشدين."فلم تتحقق، وذلك بعد الكشف عن وجود فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين، تعزى لمتغير الجنس، لصالح الإناث مقارنة بالذكور، كما هو مبين في الجدول رقم (27).

– وبالنسبة للفرضية الخامسة التي نصت على أنه " توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير السن" فإنها لم تتحقق، حيث لم تتوصل الدراسة الحالية إلى وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن، كما هو موضح في الجدول رقم (30).

– وبخصوص الفرضية السادسة التي نصت على أنه" توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير مدة المرض " فبدورها لم تتحقق، حيث كشفت نتيجة الدراسة الحالية عدم وجود فروق في مستوى الإلتزام الصحي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير مدة المرض، كما هو مبين في الجدول رقم (33).

– أما الفرضية السابعة التي نصت على أنه" توجد فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين تعزى لمتغير المستوى التعليمي" فقد تحققت، حيث تم التوصل إلى وجود فروق في مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة بإختلاف مستوياتهم العلمية، لصالح الجامعيين. وهذه النتيجة موضحة في الجدول رقم (37).

– والنسبة للفرضية الثامنة التي نصت على أنه" توجد علاقة إرتباطية بين أبعاد مصدر الضبط ومستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو الراشدين " فقد تحققت، بعدما تم الكشف عن وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإلتزام الصحي وأبعاد مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة المدروسة، حيث كانت ذات إتجاه موجب بالنسبة لعلاقة مستوى الإلتزام الصحي بكل من البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والبعد الخارجي لذوي النفوذ، وذات إتجاه سالب بالنسبة لعلاقة مستوى الإلتزام الصحي بالبعد الخارجي للحظ. وهذه النتيجة موضحة من خلال الجدول رقم (39).

– كذلك فإن الفرضية التاسعة التي نصت على أنه " توجد علاقة إرتباطية بين مستوى الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين " قد تحققت، من خلال الكشف عن وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين مستوى الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة، كما هو مبين في الشكل رقم (25).

خاتمة

واقتراحات

خاتمة:

تم إجراء هذه الدراسة في إطار علم النفس الصحي، هذا التخصص الحديث –.ضمن تخصصات أو فروع علم النفس العام ـ الذي يتصدى بالبحث والدراسة حول تأثيرات العوامل النفسية والسلوكية في تشكيل حالتي الصحة والمرض، من خلال مقاربة متعددة الأبعاد، حيوية، نفسية وإجتماعية (Biopsychosocial Approach)، وقد تم التعرض لموضوع الالتزام الصحي كمتغير سلوكي، من خلال محاولة الكشف عن إمكانية وجود علاقة بينه وبين متغيرين آخرين يتموضعان ضمن أهم العناصر المعرفية لشخصية الفرد وهما مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، لدى عينة قوامها (232) من مرضى الراشدين (من الجنسين).

وبعد إستعراض الجوانب النظرية لموضوع الدراسة إنطلاقا من طرح الإشكالية و تحديد الأهداف وضبط المفاهيم إجرائيا مع إدراج الدراسات السابقة، ثم بيان الأسس النظرية لمتغيرات الدراسة (الإلتزام الصحي، مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية والربو)، تم القيام بالدراسة الميدانية الأساسية بعد التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة عن طريق تطبيقها في الدراسة الإستطلاعية على عينة أولية قوامها (62) فردا من مرضى الربو الراشدين.

وقد توصلت الدراسة الحالية . بناءا على النتائج المتحصل عليها– إلى تحقيق هدفها العام من خلال الإجابة على التساؤل الأساسي وذلك بالكشف عن وجود علاقة ارتباطية بين الإلتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين.

على أنّ الأهداف الفرعية أو الجزئية لهذه الدراسة تباينت من حيث النتائج المتوصل إليها، حيث تم تأكيد عدد من الفرضيات الموضوعة من طرف الباحث، في حين تم نفي البعض الآخر. فقد تم التوصل إلى أن أغلبية أفراد العينة يتميزون بمستوى متوسط في كل من الإلتزام الصحي والكفاءة

الذاتية، كما أن أغلبهم يعتقدون أن حالتهم الصحية مرتبطة بعوامل خارجية ويتحكم فيها الآخرون الأقوياء أو ذوو النفوذ (كالأطباء، أفراد العائلة وغيرهم)، الأمر الذي قد يحيلنا إلى بيان الدور الأساسي الذي قد يقوم به مقدمو الرعاية الصحية إضافة إلى دور المساندة الإجتماعية (وخاصة العائلية) في تعزيز سلوك الإلتزام الصحي لدى المرضى، ونتيجة هذه الجزئية يمكن إعتبارها موضوعا مفتوحا لمساهمات الباحثين لدراستها وإثراءها أكثر.

كما تم الكشف عن وجود تباين في مستوى الإلتزام الصحي بين الجنسين، حيث تبين أن فئة الإناث أكثر ميلا لتبني سلوك الالتزام الصحي مقارنة بفئة الذكور، وهنا يمكن التساؤل حول مدى تأثير عامل الجنس في تبني سلوك الالتزام الصحي والسعي لإجراء المزيد من الأبحاث بهذا الخصوص.

وقد جاءت الفروق دالةً إحصائيا أيضا في درجة الالتزام الصحي لدى أفراد العينة باختلاف مستوياتهم التعليمية وذلك لصالح فئة الجامعيين، مما يدل على أهمية التحصيل العلمي ودور المدركات المعرفية في تعزيز الإتجاه نحو إتباع سلوك الإلتزام بالعلاج.

غير أنه لم يتم الكشف عن وجود فروق بين أفراد العينة في مستويات الإلتزام الصحي يمكن إعزاؤها لمتغيري السن ومدة المرض، و يمكن لهذه النتيجة أيضا أن تكون مجالا لمزيد من الدراسات والأبحاث، على إعتبار أن عاملي السن ومدة المرض(الإزمان) يتواجدان ضمن أهم المحددات المؤثرة في الإلتزام الصحي – كما جاء في التراث النظري في الفصل الخاص بالإلتزام الصحي–.

وبالنسبة لعلاقة الإلتزام الصحي بمصدر الضبط الصحي لدى أفراد عينة الدراسة، فقد تم تأكيد هذه العلاقة من خلال الكشف عن وجود علاقة موجبة بين مستوى الإلتزام الصحي وكل من البعد الداخلي وبعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي من جهة، ومن جهة أخرى وجود علاقة سالبة

بين مستوى الإلتزام الصحي وبعد الحظ لمصدر الضبط الصحي، حيث كانت هذه النتيجة منسجمة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة، و إلى حد ما مع نتيجة الفرضية الأولى

التي تم التوصل فيها إلى أن مستوى الإلتزام الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين هو المستوى المتوسط ، وكذا مع نتيجة الفرضية الثانية التي أشارت إلى أن مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى الربو الراشدين هو المصدر الخارجي لذوي النفوذ، بحيث أن الاعتقاد بالقدرة على التحكم الذاتي من خلال تبني مصدر ضبط صحي داخلي، علاوة على الاعتقاد في مدى تأثير ذوي النفوذ (الأطباء خاصةً) في الوضعية المرضية – من خلال تقديم العلاجات والتوصيات التي يتوجب على المرضى إتباعها – من شأنه زيادة مستوى الالتزام بالعلاج لدى المرضى، كما أن الزيادة في مستوى الالتزام الصحي يقابلها انخفاض في الاعتقاد في عامل الحظ والصدفة بالنسبة للمرضى من أفراد العينة.

كما توصلت الدراسة الحالية إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة، وهذه النتيجة كانت ضمن توقعات الباحث، حيث أن الشعور القوي بالكفاءة الذاتية – كعامل معرفي– يبدو تأثيره من خلال تنفيذ السلوكات والمهام في المواقف والوضعيات المختلفة، ولعل الإصابة بمرض مزمن كالربو تجعل المريض في وضعية بالغة الخصوصية، وتتطلب منه تبني سلوكات صحية مناسبة لإدارة المرض أهمها سلوك الالتزام الصحي، وهذا الأخير بدوره يتحدد بمدى اعتقاد الفرد (المريض) حول قدرته وكفاءته الذاتية في إتباع العلاجات والتوصيات الطبية المقدمة له.

وإجمالا فيمكن القول من خلال ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج أن سلوك الإلتزام الصحي يتأثر بمدى ما يتبناه الفرد – المريض– من معتقدات حول العوامل المتحكمة في حالته الصحية، إذ

يلعب كل من الشعور بالمسؤولية الشخصية على الحالة المرضية والاعتقاد في قدرة الأطباء و السند العائلي والاجتماعي دورا بالغ الأهمية في مسألة الالتزام بالعلاج.

ويمكن لعامل الثقة بالنفس والإحساس بالكفاءة الذاتية المرتفعة ان يعزز ويرفع من مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بالأمراض المزمنة على غرار مرضى الربو الراشدين الذين شملتهم الدراسة الحالية.

و تجدر الإشارة إلى أن نتائج الدراسة الحالية وإن جاءت متفقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة ومختلفة عن نتائج البعض الآخر منها فإنها تبقى مرتبطة بالعينة المدروسة وبالسياق الزمني والمكاني الذي أجريت فيه هذه الدراسة التي يمكن اعتبارها منطلقا للقيام بدراسات أخرى على ضوء ما كشفت عنه من نتائج وما تحقق فيها من أهداف.

إقتراحات:

من خلال ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج بخصوص بيان طبيعة العلاقة بين الالتزام الصحي وكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين، يمكن تقديم بعض الاقتراحات تخص المهتمين(من باحثين وأكاديميين) والمعنيين (مرضى الربو وذويهم) وكذا الفاعلين الآخرين المفترضين (من مقدمي الرعاية الصحية والمحيط الاجتماعي للمرضى) فيما يلي:

✓ **فيما يخص الباحثين والأكاديميين :**

- القيام بمزيد من الدراسات والأبحاث بغرض الكشف عن مدى تأثير مختلف العواملالشخصية (المعرفية خاصة)، الإجتماعية، الثقافية وغيرها على سلوك الإلتزام الصحي.
- تنظيم فعاليات علمية (مؤتمرات، ملتقيات، أيام دراسية، ندوات وغيرها) يكون محورها الأساسي موضوع الإلتزام الصحي سيما لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

- المشاركة في الحملات التحسيسية التي يتم تنظيمها من طرف مختلف الهيئات والمؤسسات(صحية وغيرها) حول سلوك الإلتزام الصحي.
- السعي لإقتراح برامج تربية علاجية وتثقيف صحي للمصابين بالربو من أجل تعزيزسلوك الإلتزام الصحي لديهم.
- السعي لإعداد دليل عملي(تطبيقي) من أجل إلتزام صحي أفضل لدى مرضى الربو.

✓ **بالنسبة لمرضى الربو وذويهم :**

- السعي للتعرف على كل ما يتعلق بمرض الربو.(من حيث الأعراض،العوامل المسببة للنوبات وغير ذلك).
- إتباع توجيهات وتوصيات الطبيب المعالج قدر الإمكان.
- حضور الأيام والحملات التحسيسية ذات الصلة بالوضعية المرضية.
- المشاركة والإنخراط في برامج التثقيف الصحي والتربية العلاجية.
- المرافقة وتقديم السند الإجتماعي (من طرف المحيط العائلي)

✓ **بالنسبة للقائمين بالرعاية الصحية:**

- العمل على تحسين العلاقة العلاجية (العلاقة طبيب-مريض)، من خلال الإصغاء الجيدلشكوى المريض وإتاحة الفرصة له للتعبير عن هواجسه حول وضعيته الصحية وعنرأيه بخصوص العلاج المقدم له.
- الأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والإجتماعية، وعدم الإكتفاء بالجانب العضوي(الحيوي) في العملية العلاجية.

- التركيز على أهمية الإلتزام بالعلاج وتوضيح فوائده وكذا بيان المساوئ والأضرار الصحية المترتبة عن سوء الإلتزام الصحي خلال الفحوصات الدورية.
- العمل على تجسيد وتفعيل خطط وبروتوكولات التثقيف الصحي المعدة لمرضى الربو.
- السعي لتجديد المعارف والإطلاع على أحدث العلاجات الخاصة بمرض الربو، وذلك من أجل تقديم خدمة صحية أفضل للمرضى.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

1- إبراهيم لطفي عبد الباسط (1996): **مكونات التعليم المنظم ذاتيا في علاقتها بتقدير الذات والتحصيل وتحمل الفشل الأكاديمي**، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد 10، صص199-238.

2- أبو غالي عطاف محمود (2012): **فاعلية الذات و علاقتها بضغوط الحياة لدى الطالبات المتزوجات بجامعة الأقصى**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية، المجلد20،العدد01، صص619-354.

3- أبو غزال معاوية محمود، علاونة شفيق فلاح (2010): **العدالة المدرسية و علاقتها بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من تلاميذ المدارس الأساسية في محافظة إربد، دراسة تطورية**، مجلة جامعة دمشق، المجلد26، العدد04، ص ص285 -317.

4- أحمان لبنى (2012): **العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و المعتقدات اللاعقلانية لدى عينة من الطلبة الجامعيين**، مجلة الواحات للبحوث و الدراسات، العدد 16، صص202-221.

5- أحمان لبنى(2012): **دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي**، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة.

6- البادي عائشة بنت سعيد بن سالم (2014): **بعض سمات الشخصية و علاقتها بفاعلية الذات لدى الأخصائيين الاجتماعيين في مدارس سلطنة عمان**، رسالة ماجستير، جامعة نزوى، سلطنة عمان.

7- الجاسر، البدري عبد الرحمان محمد (2006): **الذكاء الإنفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول – الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى**، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

8- الجيزاني محمد كاظم جاسم (2012): **مفهوم الذات و النضج الاجتماعي بين الواقع والمثالية**، ط01، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمّان، المملكة الهاشمية الأردنية.

9- الخفاف إيمان عباس (2013): **الذكاء الإنفعالي : تعلم كيف تفكر إنفعاليا**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

10-الزروق فاطمة الزهراء (2015): **علم النفس الصحي، مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

11- الزيات فتحي محمد(2001): **علم النفس المعرفي**، دار النشر للجامعات ، مصر.

12- الزيدان خالد بن زيدان بن سليمان (2014): **الرضا الوظيفي و علاقته بفاعلية الذات لدى عينة من معلمي التربية الخاصة بمراحل التعليم بمنطقة حائل**، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

13- الشجيري رشيد، خلف عمر (2019): **الذكاء الروحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى طلبة الجامعة**، مركز البحوث النفسية، المجلد 30، العدد 04، ص ص 619-652.

14- العاسمي رياض نايل (2016): **علم نفس الصحة الإكلينيكي، ج1**، دار الإعصار العلمي للنشر والوزيع، عمان، الأردن.

15 – العتيبي بندر بن محمد حسن الزيادي (2008): **اتخاذ القرار و علاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف**، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

16– العجمي راشد مانع، العتيبي عبد الله حازم(2021): **الإلتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا وعلاقته بالمرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد5، العدد13، ص ص: 84–111.

17– العفاري ابتسام بنت هادي بن أحمد (2011):**العلاقة بين وجهة الضبط والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة ام القرى بمكة المكرمة**، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

18– القحطاني محمد بن مترك آل شري(2014):**وجهة الضبط (الداخلي– الخارجي) وعلاقتها بمستوى الطموح في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية لدى طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية**، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 42، ص ص: 219–276.

19_المصري نيفين عبد الرحمان (2011): **قلق المستقبل و علاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة**، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

20– أيت حمودة ديهية (2018): **علاقة المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي، نمط الشخصية "د" بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية**، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر2.

21- بخوش سارة، أحمان لبنى (2020): **الإلتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى مرضى القصور الكلوي**، مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية، المجلد 21، العدد 02، ص ص239-260.

22-بخوش سارة، أحمان لبنى(2022): **التفاؤلية والإلتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السرطان**، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد07، العدد01، ص ص 635-652.

23- بدح أحمد محمد، أيمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران(2005): **الثقافة الصحية**، ط1، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.

24- براجل إحسان(2018): **مصدر الضبط (الداخلي والخارجي) بين النظرية والمفهوم، مجلة العلوم النفسية والتربوية**، العدد 06، المجلد 02، ص ص305-324.

25- برافين لورانس (2010): **علم الشخصية**، ترجمة أيمن محمد عامر وآخرون، المركز القومي للترجمة، القاهرة، مصر.

26- بزاري جازية (2011): **إستراتيجيات مواجهة الضغط الدينية ومركز التحكم الصحي المدرك وعلاقتهما بالإمتثال العلاجي للمصابين الراشدين بداء السكري**، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر2.

27- بقيعي نافز أحمد، هماش حنان اسماعيل (2015): **الفاعلية الذاتية وعلاقتها بما وراء الاستيعاب لدى عينة من طلبة اللغة الانجليزية في الجامعات الأردنية**، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد16،العدد03ص ص595-627.

28- بلحسيني وردة، حدان إبتسام(2017): **الكفاءة الذاتية، المفهوم والبناء النظري**، مجلة المداد، المجلد 05، العدد 02، ص ص 06-20.

29_ بلواضح الربيع (2021): **مصدر الضبط الصحي والمساندة الإجتماعية وعلاقتهما بتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية (AVC)**، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، الجزائر.

30- بن خالد محمد سليمان.(2009). **مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدىطلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت**، مجلة الجامعة الإسلامية، العدد 17، ص ص 491-512.

31- بن خليفة فاطيمة (2015): **أساليب التفكير وعلاقتها بمركز الضبط والذكاء الإنفعالي لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي**، أطرحة دكتوراه، جامعة الجزائر2.

32- بن زاهي منصور، بن الزين نبيلة(2012): **مصدر الضبط (الداخلي/الخارجي) في المجال الدراسي، المفهوم وطرق القياس**، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد7، ص ص23-34.

33- بوجرادة محمد (2020): **إقتراح أداة للتوجيه الدراسي لقياس إتجاهات تلاميذ السنة الرابعة متوسط نحو إختيار التخصص(علمي- أدبي) – الفعالية الذاتية كمؤشر**-، أطروحة دكتوراه، جامعة قسنطينة، الجزائر.

34- بورجي شاكر أمير الدين، حوى عمر(2021): **مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات كخصائص شخصية في تفاعل مع الحالة الصحية عند المصابين بأمراض القلب**، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، المجلد06، العدد 02، ص ص 50-59.

35- بوطبال سعد الدين(2015): **توقعات الكفاءة الذاتية لدى طلاب الجامعة -دراسة ميدانية**، مجلة الرواق، المجلد 01، العدد01، ص ص 43-62.

36- بوعافية نبيلة، سامعي صهيب(2016): **الإلتزام الصحي والأمراض المزمنة- مرضى السكري نموذجا-**، مجلة الآداب والعلوم الإجتماعية، المجلد 9، العدد 1، ص ص 43-57.

37-بوقصارة منصور، زياد رشيد(2015): **الخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية**، مجلة العلوم النفسية والتربوية، ص ص 24-52.

38- تايلور شيلي (2008): **علم النفس الصحي**، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود،دار الحامد، عمان، الأردن.

39- تعوليمت شراز، عليوة سمية (2022): **مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السرطان**، مجلة العلوم الإجتماعية، المجلد 16، العدد 01، ص ص 153-169.

40- جبالي نور الدين (2007): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، دارسة ميدانية**، أطروحة دكتواره، جامعة باتنة.

41_جون آيرس (2013): **الربو**، ترجمة هنادي مزبودي، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية.

42- حجات عبد الله ابراهيم (2010): **عادات العقل و الفاعلية الذاتية**، ط1، دار جليس الزمان للنشر و التوزيع، عمّان، المملكة الهاشمية الأردنية.

43_حدار عبد العزيز(2013): **إشكالية التسرب لدى الشخصية البينية وعوامله وإستراتيجيات الإمتثال العلاجي**، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد10، ص ص 143-162.

44- حدان ابتسام (2015): **فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن- دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى و غير المرضى بمدينة ورقلة**، رسالة ماجستير ، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

45- حرابي فاطمة الزهراء، سي بشير كريمة (2018): **الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، دراسة حسب نموذج علم النفس الصحة**، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، العدد15، ص ص، 80-91.

46- حسونة سامي عيسى (2009): **الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم لدى معلمي المرحلة الأساسية الدنيا قبل الخدمة**، مجلة جامعة الأقصى(سلسلة العلوم الإنسانية) المجلد 31، العدد02، صص122-149.

47- حمادنة برهان محمود، شرادقة ماهر تيسير (2014): **الفروق في مستوى فاعلية الذات لدى عينة أردنية من الطلبة المعوقين سمعيا في جامعة اليرموك**، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث التربوية و النفسية، المجلد02، العدد 34، ص ص367-398.

48-حمادي خولة، مزاور نسيمة(2021): **الكفاءة الذاتية و علاقتها بآليات التعامل لدى مرضى السكري**، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد 14، العدد 02، ص ص 1059-1078.

49_ختومليكة وسي بشير (2017): **تأثير المساندة الاجتماعية والفعالية الذاتية على سلوك لامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم (دراسة حالات)**،مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 05، العدد 02، صص44-57.

50- دروزة أفنان نظير (2007): **العلاقة بين مركز الضبط و متغيرات أخرى ذات علاقة لدى طلبة الدراسات العليا في كلية التربية في جامعة النجاح الوطنية**، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الانسانية) ، المجلد15،العدد01، ص ص443- 464.

51- دويدري رجاء وحيد(2000): **البحث العلمي- أساسياته النظرية وممارسته العملية-**، دار الفكر، دمشق، سوريا.

52- ذيب عايدة عبد الله محمد (2010): **الانتماء و تقدير الذات في مرحلة الطفولة**، ط1، دار الفكر ناشرون و موزعون، عمّان، المملكة الهاشمية الأردنية.

53- رحاحلية سمية (2010): **الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة.

54- رزقي رشيد(2011): **الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصورالكلوي المزمن**، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة.

55- رزقي رشيد، أمزيان وناس(2018): **الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن**،مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد38، ص ص 223- 248.

56- زناد دليلة(2008): **سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن و الخاضعين لتصفية الدم(الهيموديالیز)، دراسة ميدانية من خلال نموذج علم النفس الصحة**، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر.

57_ زناد دليلة(2013): **علم النفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه(الهيموديالیز نموذجا)**، دار الخلدونية، الجزائر.

58- زيطوط رمضان (2005): **علاقة الإتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والإجتماعية لدى المرضى المزمنين**، رسالة ماجستير، جامعة ورقلة.

59- ساعد شفيق (2017): **مصدر الضبط الصحي وعلاقته بأساليب مواجهة الضغوط لدى المصابين بالأمراض القلبية الوعائية- دراسة لعينة من المرضى بمستشفيات ولاية بسكرة-**،مجلة علوم الإنسان والمجتمع، المجلد 06، العدد01، ص ص 283-306.

60- ساعد شفيق(2019): **مصدر الضبط الصحي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية**، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، الجزائر.

61- سامر جميل رضوان (2010):**أثر الكفاءة الذاتية في خفض مستوى القلق** – دراسة ميدانية على طلاب كلية التربية التطبيقية بسلطنة عمان–، مجلة دراسات نفسية، المجلد 01،العدد 03، ص ص 09-33.

62- سامعي صهيب (2015): **الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإلتزام الصحي لدى مرضى السكري**، رسالة ماجستير، جامعة البليدة2.

63_ سرار عائشة (2020): الإنضباط الصحي وعلاقته بدرجة القلق لدى مرضى السكري، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد13. العدد3. ص ص 17-30.

64- سليمان صبحي (2021): **كن لطيفا..أساليب التعامل الناجحة**،ط 01، وكالة الصحافة العربية للنشر و التوزيع.

65- شهاب شهرزاد محمد (2010): **موقع الضبط و علاقته بمتغير الجنس و سنوات الخدمة لدى المرشدين التربويين في مركز محافظة نينوى**، مجلة دراسات تربوية، المجلد 03، العدد 10، ص ص 113-142.

66- شويخ هناء أحمد محمد(2012): **علم النفس الصحي**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.

67- صفوت فرج(1991): **مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتهما بالإنبساطية والعصابية**، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين، القاهرة، مصر.

68- عبد الصمد صورية(2020): **الإلتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد الصماء**، مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد2، العدد1، ص ص 204-256.

69- عبد الصمد صورية (2020): **الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية**، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة.

70- عبود سحر عبد الغاني (2017): **فاعلية برنامج إرشادي لتنمية وجهة الضبط الداخلي لدى عينة من المودعات بالمؤسسة الإيوائية**، مجلة الإرشاد النفسي، العدد51، الجزء 01،ص ص 69-121.

71- عبيد أسماء أحمد (2013): **الذكاء الوجداني و علاقته بفعالية الذات لدى الأيتام المقيمين في قرية SOS**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

72_ عدودة صليحة(2015): **الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإلتزام العلاجي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي**، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة، الجزائر.

73- علي عسكر، محمد الأنصاري (2004): **علم النفس البيئي**، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر.

74- عزوز اسمهان(2009): **مصدر الضبط الصحي و علاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة.

75_عليوة سمية (2015): **علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري - النوع الأول-**،أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة، الجزائر.

76- عليوة سمية (2018): **تأثير اعتقادات وادراكات الفرد على الكفاءة الذاتية وممارسة السلوكيات الصحية للفرد**، مجلة دراسات في سيكولوجية الإنحراف، المجلد 03، العدد 02، ص ص 71-87.

77- غازي صالح محمود، مطر شيماء (2011): **مفهوم الذات**، ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع، عمّان، المملكة الهاشمية الأردنية.

78-فالق باهية، عدوان يوسف (2021): **الفعالية الذاتية المدركة وإدارة الألم لدى مرضى السرطان**، مجلة الروائز، المجلد 5، العدد 1، ص ص47-63.

79- قارة سعيد (2015): **مصدر الضبط الصحي و علاقته بكل من فعالية الذات و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي**، رسالة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر باتنة.

80- قارة سعيد (2022): **مصدر الضبط الصحي السائد لدى ممارسي الرياضات الجماعية والفردية : دراسة مقارنة**، مجلة الإبداع الرياضي، المجلد13، العدد1، ص 422-438.

81- قريشي فيصل(2015): **التدين و علاقته بكل من التفكر و فاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية**، رسالة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر باتنة.

82- قسمية أمال وزوبية سارة (2019): **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمواظبة العلاجية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين عملية تصفية الدم**، مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، العدد 07، ص ص 133-150.

83_كلير ليويلين(2005): **الحقائق عن داء الربو**، ط1، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت، لبنان.

84- لشهب أسماء، بن عيشة حياة(2018):**المعتقدات الصحية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن (دراسة ميدانية على عينة من المرضى المترددين على مراكز غسيل الكلى بولاية الوادي)**، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، المجلد 03، العدد 02، ص ص 40-63.

85- لشهب أسماء، نيس حكيمة (2014): **مركز الضبط الداخلي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى الموظف الجزائري**،الملتقى الوطني "الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري"، جامعة الطارف، الجزائر.

86- لعلوان أحمد، المحاسنة رندة(**2011**): **الكفاءة الذاتية في القراءة وعلاقتها بإستخدام إستراتيجيات القراءة لدى عينة من طلبة الجامعة الهاشمية**، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد 07، العدد 04، ص ص 399-418.

87- لكحل رفيقة (2011): **تأثير التربية الصحية على الإلتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم**، رسالة ماجستير، جامعة باتنة.

88- لموفق ثلجة (2018): **الكفاءة الذاتية والإستجابة المناعية**، مجلة العلوم الإجتماعية، المجلد 07، العدد 82، ص ص 148-154.

89- لورسي صارة، الزروق فاطمة الزهراء،(2017): **قراءة في ضوء التناولات الحديثة والمعاصرة لتطور المفاهيم في علم النفس الصحة- الإلتزام العلاجي نموذجا-**، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، المجلد 04، العدد 06، صص257-266.

90- محمد صلاح الدين مصطفى، أحمد رجاء عبد الحميد(2010): **خطوات البحث العلمي ومناهجه**، المشروع العربي لصحة الأسرة، جامعة الدول العربية، القاهرة، مصر.

91-مزردي حنان(2017): **مؤشرات الجلد عند الراشدين المصابين بداء الربو**، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، الجزائر.

92- مزياني سهام (2018): **علاقة فعالية الذات والإتصال طبيب- مريض بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا**، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر2.

93- معمرية بشير(1995):**نظرية التعلّم الاجتماعي لروتر**، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 02،العدد 04، صص 185- 218.

94- معمرية بشير(2009): **مصدر الضبط والصحة النفسية**، المكتبة العصرية، مصر.

95_معمرية بشير (2011): **مصدر الضبط و الصحة النفسية وفق الاتجاه المعرفي السلوكي- دراسة ميدانية**، دار الخلدونية للنشر و التوزيع، الجزائر.

96_مفتاح محمد عبد العزيز(2010): **مقدمة في علم نفس الصحة، مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

97- مقدادي يوسف (2010): **علاقة الكفاءة الذاتية المدركة بالشخصانية والتكيف النفسي لدى طلبة الجامعة**، مجلة المنارة، المجلد 16، العدد 03، ص ص33-59.

98- مكي محمد، مسكين عبد الله (2014): **مصدر الضبط لروتر وعلاقته بالتوافق النفسي**، مجلة سلوك، المجلد 01، العدد01، ص 39-62.

99- موسى رشاد علي عبد العزيز(1991): **سيكولوجية الفروق**، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

100- موسى رشاد علي عبد العزيز(1998): **سيكولوجية الفروق بين الجنسين**. مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة ، مصر.

101- ميدون مباركة (2014): **الكفاءة الذاتية و علاقتها بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ مرحلة التعليم المتوسط، - دراسة ميدانية على عينة من التلاميذ بمدينة ورقلة**، رسالة ماجستير جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

102- هروال منير، عدوان يوسف (2021): **الفعالية الذاتية لدى مرضى إرتفاع ضغط الدم الأساسي**، مجلة آفاق علمية، المجلد 13، العدد 3، ص ص 301-320.

103- يخلف عثمان (2001): **علم النفس الصحة الأسس النفسية و السلوكية للصحة**، ط1، دار الثقافة للطباعة و النشر و التوزيع، الدوحة، قطر.

المراجع الأجنبية

104- Adeyinka A, Olayinka A, Esther O, Oladipupo F, Babatunde O (2019) : **Medicationbelief, locus of control, and adherenceamong patients on highly active anti retro viral therapy in Lagos, Nigeria**, Journal of AIDS and HIV Research, Volume 11, Issue 05, pp32-37.

105-Agathe T (2014) : **Importance de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques: Etude originale conduite dans la spondylarthrite ankylosante**, Thèse de doctorat en Médecine, Université de Droit et de la Santé, Lille 2, France.

106-Agence Nationale D'accréditions et d'évaluation en santé (ANAES) (2001) : **Education thérapeutique des patients asthmatiques adultes et adolescents**, service des recommandations et références professionnelles.

107-Agosti JM, Sheffer AL(2002) :**Biotherapeutic approches to asthma**, Marcel Dekker, INC, New York.

108-Aissani S, Barr F, Robai MC, Zitouni A (2022) : **Efficacité des anti-IgE dans l'asthme sévère non controlé**, Revue Algérienne d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, Volume 07, N° 01, p40-p44.

109-Al Dandachi G (2013) :**Faisabilité d'un protocole de suivi des patients asthmatiques sortant des urgences après une crise**, Thèse de doctorat d'état en Médecine, Université Paris Diderot.

110-Alan J, Christensen JS, Wiebe R, Eric G, Benotsch F, William J (1996): **Perceived Health Competence, Health Locus of Control, and Patient**

Adherence in Renal Dialysis, Cognitive Therapy and Research, Volume 20, N° 04, pp 411-421.

111- Alvin P (2000) : **L'adolescent et l'observance au traitement**, Journal de pédiatrie et de puériculture, Volume 13, N° 4, pp 225–229.

112-Anthoine D, Humbert JC(2007) : **Atlas de poche thoracique**, Springer-verla, Pari, France.

113-Aung HH, Sivakumar A, Gholami SK, Venkateswaran SP, GorainB, Shadab Md (2019) :**An overview of the anatomy and physiology of the lung, Nanotechnology-Based Targeted Drug Delivery Systems for Lung Cancer**, Academic Press, pp 01-20, Elsevier.

114-Aurélie L, Damien R (2012) : **Le médecin généraliste face à l'observance d'un traitement chronique, le model des antiagrégants plaquettaires**, Thèse de doctorat en médecine, Université de Joseph Fourier, Grenoble.

115-Axelsson M et al (2009): **Personality, adherence, asthma control and health-related quality of life in young adult asthmatic,** Journal of Respiratory Medicine,Volume 103, Issue 07, pp 1033-1040 .

116- Bandura A (1977) : Self Efficacy, Théory Of Behavoral Change, Psychological Review, Volume 84, N° 02, pp 191-215.

117-Bandura A (1994) :**Self-efficacy**, In V. S. Ramachaudran (Ed), Encyclopedia of human behavior , Volume 04, pp 71-81.

118-Bandura A (1997) :**self- efficacy**, the exercise of control, W H freeman, new York , P 85.

119-Barthelemy E (2019) : **Asthme, tabagisme et déficits émotionnels**, Thèse de Doctorat en psychologie, Université de Lyon.

120- Becker A, Anderson RJ, Kirk LM(1982**) : Methods ofimproving patient compliance in chronic disease states,** Archive of Internal Medicine, Volume 142, Issue 09, pp 1673-1675.

121-Benboudjema H (2018) : **Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent asthmatiques**, Thèse doctorat d'état en sciences médicales, Université d'Alger.

122- Belaiche S (2017) : **Adhésion thérapeutique et variation des taux sanguins des anti-calcineurines chez le patient grefférenal**, Thèse de doctorat en Médecine humaine et pathologie, université de Lille2, France.

123- Berger M (2009) :**Le sentiment de solitude, Le stress et Le lieu de contrôle chez les personnes âgés atteints de Cancer**, Thèse de doctorat, Université de Québec À Trois-Rivières.

124- Bezie Y, Molina M, Hernandez N, Batista R, Niang S, Huet D (2006) : **Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes**, Journal of Diabetes et Metabolism, Volume 32, Issue 06, pp 611–616.

125- Bisgaard CH (2020) **: Locus of Control in Dynamic Settings: a Semiotic Extension of an Old Theory**, Journal of Human Arenas, volume 04,Issue 04, pp 542-562.

126- Bizouard F, Jungers C(2014) : **Evaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale, Impact sur l'observance**, étude épidémiologique par recueil de questionnaires sur 200 patients, Thèse de doctorat en médecine générale, Faculté de médecine de Grenoble.

127- Bleeker ER, Al-Ahmad M, Bjermer L, Caminati M, and al(2022) : **Systemic corticosteroids in asthma: A call to action from World Allergy Organization and Respiratory Effectiveness Group**, World Allergy Organization Journal, volume 15, Issue 12, pp 01-16.

128-Boinet T, Leroy-David C (2020) :**L'asthme chez l'adulte**, Revue d'analyse de prescription en Pneumologie ,volume 60, N° 603, pp 13-17.

129- Bokov P, Delclaux C (2016) : **Interprétation et utilisation des explorations fonctionnelles respiratoires de routine de l'adulte : spirométrie, volumes non mobilisables, diffusion, hématose, test de provocation bronchique à la métacholine et test de marche**, Revue de Médecine Interne, Volume 37, N° 02, pp 100-110.

130- Bouchareb D (2010) : **Les Facteurs psycho-immunologiques de l'Asthme chez l'enfant 7-14 en Algérie, Revue de Prévention et d'Ergonomie**, Volume 04, N°01, pp 03-26.

131- Boulet Louis-Philippe , Vervloet Daniel, Mgar Victor Yves, Foster J M (2012) : **Adherence : the goal to control Asthma**, Journal of Clinics in Chest Medicine, Volume 33, N° 03, pp 405-417.

132- Brandstetter S , Finger TW, Brandl M , Böhmer M, Pfeifer M, Apfelbacher C (2017) : **Differences in medication adherence are associated with beliefs about medicines in asthma and COPD,** Journal of Clinical and Translational Allergy, Volume 07, pp 39-46.

133- Brinke AT, Ouwerkerk ME, Bel EH, Spinhoven P(2001) : **Similar psychological characteristics in mild and severe asthma**, Journal of Psychosomatic Research, volume 50,Issue 01, pp07-10.

134- Caldwell J et al (1970) **:The dropout problem in anti-hypertensive treatment: A pilot study of social and emotional factors influencing a patient's ability to follow antihypertensive treatment,** Journal of Chronic Disease, Volume 22, Issue 8-9, pp 579-592.

135- Castanier L (2013) : **Évaluation de l'observance médicamenteuse dans les maladies chroniques, de la théorie à la pratique : Application à l'asthme, l'hypertension artérielle et la greffe rénale,** Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Nantes.

136- Chairina A, Rahadi SA (2018) : **The mediating role of adherence on the relationship between health locus of control and quality of life in adults with asthma** , Global journal, Volume 5, Issue 4, pp 12-18.

137- Chanoine S, Bedouch P, Pison C, Pin I (2018) : **Traitement de l'asthme (à l'exception de la désensibilisation)**,Pharmacie clinique et thérapeutique, Elsevier Masson SAS.

138- Chappuy H et al (2009): **Posologie des médicaments et observance ,** Archives de Pédiatrie, Volume 16, Issue 06, pp 968–969.

139- Charles C, Ninot G, Sultan S (2011): **Patients illness perceptions and adherence to treatment with inhaled corticosteroids in asthma**, Revue des Maladies Respiratoires, Volume28, Issue 05, pp 626-635.

140- Chen E, Miller G (2007**): Stress and inflammation in exacerbation of asthma,** Journal of Brain behavior and immunity, volume21, issue 08, pp 993-999.

141- Cochrane GM, Horne R, Chanez P (1999)**: Compliance in asthma,** Journal of Respiratory medicine, volume 93, issue 11, pp 763-769.

142- Cockburn J et al (1987): **Determinants of non compiance with short term antibiotic regimens**, British Medical Journal, Volume 295, Issue 03, pp 814-818.

143- Cooper et al (1982): **Itentional prescription non adherence (non compliance) by the elderly,** Journal of the American Geriatrics Society, Volume 30, Issue 05, pp 329-333.

144- Dacko R (2009): **qualité de l'usage des médicaments contre l'asthme: quelle source d'information sur les médicaments est la plus fortement associée à la maitrise de la maladie ?**, Thèse de maitrise en sciences, université Laval, Québec, Canada.

145-De blic J (2007) : **Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique Recommandations pour la pratique clinique**, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 24, Issue 04, p 419-425.

146-Del Giacco SR, Cappai A, Gambula L, Cabras S, Perra S, Manconi PE, Carpiniello B, Pinna F(2016) : **The asthma-anxiety connection**, Journal of Respiratory Medicine, volume120, pp44-53, Elsevier.

147- Desbrus QA, Cathébras P (2012) : **Obéir ou adhérer ? l'observance thérapeutique en question,** Revue Médecine et longevité, Volume 04, N° 03-04, pp 111-122 .

148- Dijoux E (2022) :**Influence des voies de sensibilisation dans la physiopathologie de l'asthme allergique**, Thèse de Doctorat en Immunologie, Université de Nantes.

149- Dler HI, Chnar SQ (2015) : Factors Affecting Treatment Compliance of Hypertensive Patients in Erbil City, KUFA Journal for nursing sciences, Volume 05, N° 02, pp 01-08.

150- Doglioni DO (2021) :**Facteurs psychosociaux influençant l'observance thérapeutique des adultes atteints de drépanocytose,** Thèse de doctorat en psychologie, Université de Paris.

151-Drali O, ARAB M, GUECHI Z, BERRAH H(2021) : **Relation entre la vitamine D et l'asthme chez l'enfant**, Revue Algérienne d'allergologie et d'immunologie clinique, Volume 06, N° 01, pp 38-43.

152- Dupen F, Higginbotham N, Francis L ,Cruickshank D, Gibson P(1996) :**Validation of a new multidimensional health locus of control scale (form c) in asthma research**, Journal of Psychology and Health, volume 11, issue 04, pp 493-504.

153-Fabro D, Clio M(2021):**Caractéristiques et parcours de soins des patients admis au service d'accueil des urgences adultes du centre**

hospitalier universitaire de Strasbourg pour exacerbation d'asthme en 2018, Thèse doctorat en médecine, Université de Strasbourg.

154- Francois A (2016) **:Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale,**Thèse de doctorat en médecine, Université de Picardie jules verne, Amiens, France.

155- Gauchet A **(**2005) : **Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH: représentations et valeurs,** Thèse de Doctorat en Psychologie, Université Paul Verlaine – Metz.

156- Global Initiative For Asthma (2005): **Global Strategy for Asthma management and prevention**, the GINA Reports available on www.ginasthma.org.

157- Global Initiative For Asthma (2006): **Global Strategy for Asthma management and prevention**, the GINA Reports available on www.ginasthma.org.

158- Granger et al (2009)**: Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme,**European Journal of Heart Failure , Volume 11, N° 11, 1092–1098.

159- Guilleminault L, Didier A (2019) : **Severe asthma revisited by biologic therapies emergences**, Revue de La Pressse Médicale, volume 48, issue 03, pp 310-321.

160-Halimi L (2009) : **La depression et l'anxiétén dans l'asthme et la BPCO**, La lettre du pneumologue, volume 12,N° 4-5, France.

161- Halimi L, Gérard P, René P, Muriel V, Philippe G, Pascal C(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, Volume 02, N° 02, pp 117-144.

162-Haouichat H, Benali R, Benyounes A, Berrabahd Y, Douagui H, Guermaz M, Lellouf S, Moumeni A ,Skander F , Taleb A, Taright S, Zidouni N (2019) **: Contrôle de l'asthme chez l'adulte en Algérie. Comparaison avec les autres pays d'Afrique du Nord et du Moyen Orient**, revue des maladies respiratoires, volume 37, issue 01, pp 15-25.

163- Hedhli A, Naaroua A, Mjid M, Ezzaoui A, Ouahchi Y, Cheikhrouhou S, Toujani S, Dhahri B (2021) : **Evaluation de la masse grasse au cours de l'asthme : association avec le contrôle et la sévérité de la maladie.** Revue des Maladies Respiratoires Actualités,Volume 13, Issue 01, P 83.

164- Heslin P A and Klehe U C (2006) : **Self-efficacy**, Encyclopedia of Industrial/Organizational Psychology , Volume02, pp, 705-708.

165- Heydari H, Dolatshahi B , Mahdaviani A, Eslaminejad A(2014) : **Asthma Control on the Basis of Perceived Stress, Locus of Control, and Self-efficacy in Patients with Adult Asthma H**, Journal of practice in clinical psychology, Volume 3, N°2, pp 137-143.

166- Higgins ET, Davidson RJ, Busse WW, Klaus DR, Bednarek GT, Goldman RI , Sachs J, Rosenkranz MA (2022):**Clinically relevant effects of Mindfulness-Based Stress Reduction in individuals with asthma**, Journal of Brain, Behavior and Immunity – Health, Volume 25, 100509.

167-Hoffart A, Martinsen EW (1990) : **Agoraphobia, Depression, Mental Control, and Attributional Styles,** Cognitive Therapy and Research, Vol ume 14, N° 03, pp 343-351.

168- Hussein N, Mohd FM, Hairianie A, Ahmad ZM (2021) **: self efficacy, self esteem and intrinsic motivation to learn :aperspective of malaysian business students,** Advances in Business Research International Journal, Volume 07, N° 01,pp 87 - 93.

169-Jaakkola J, Knight TL(2008): **The role of exposure to phthalates from polyvinyl chloride products in the development of asthma and allergies**,

Journal of Environmental Health Perspectives, Volume 116, N° 07, pp 845-853.

170- Jacquin P et levine M (2008) :**Difficultés d'observance dans les maladies chroniquesà l'adolescence : comprendre pour agir**,Archives de pédiatrie, Volume 15, N° 01, pp 89-94.

171- Jackson DJ, Sykes A, Mallia P, Johnston SL (2011) : **Asthma exacerbations: Origin, effect, and prevention**, journal of Allergy clinique and immunology ,Volume 128,Issue 06, pp 1165-1174.

172- Jansson SA, Axelsson M, Hedman L, Leander M, Stridsman C, Romark E(2016) : **Subjects with well controlled asthma have similar health-related quality of life as subjects without asthma**, Journal Repiratory medicine,Volume120, pp 64-69.

173- Jeunang A (2016) :**Intérêts et bénéfice de la mise en place de l'éducation thérapeutique Dans le contrôle de l'asthme chez l'enfant Expérience du CH de Dreux**, Thèse de doctorat en Médecine, université François Rabelai, France.

174- Johnson RL , Hsia CW(2006) : **Anatomy and physiology of the human respiratory system**, Transactions on State of the Art in Science and Engineering, Volume 24,pp 01-29.

175- Kanagarajah J (2012) : **Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques,**Thèsede doctorat en médecine, Université de Versailles.

176- Khelafi R (2016) : **Asthme sévère**, Revue algérienne d'Allergologie, Volume 01, N° 01, pp 15-19.

177- Kline JN, Rose RM (2014) : **Central Nervous System Influences in Asthma, Heterogeneity in Asthma**, Advances in Experimental Medicine and Biology, Volume 795, pp 309-319,Springer.

178- Koichiro A (2019) : **Innate lymphoid cells and asthma, Advances in asthma,** Akhihito Yokoyama Editor, Spriger.

179- Klein M, Dijoux E, Dilasser F, Hassoun D, Moui A, Loirand G, Colas L, Magnan A, Sauzeau V, Bouchaud G (2019) : **Nouveaux acteurs dans la physiopathologie de l'asthme**, Revue de la Presse médicale, Volume 48, N° 03, pp 255-261.

180- Lajony W E (2009) **: anxiété et séverité de l'asthme chez l'enfant**, Doctorat en médecine, Nancy, France.

181- Lamouroux A et al (2005): **Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous?**Reue des Maladies Respiratoires, Volume 22, pp 31-34.

182- Lavoie KL, Bouchard A, Joseph M, Campbell TS, Favreau H, Bacon SL(2008) : **Association of Asthma Self-efficacy to Asthma Control and Quality of Life**, Annals of Behavioral medicine, V 36, pp100-106.

183- Lawani ME (2013) : **Facteurs associées à l'observance de l'asthme avec les corticoides inhalés seuls ou en combinaison**, Thèse maitrise en science, université de Québec, Canada.

184- Lehrer P ,Feldman J, Giardino N, Song HS, Schmaling K(2002) : **Psychological aspects of asthma,** journal of consulting and clinical psychology, Vol ume70, N° 03, pp691-711.

185- Lemanske RF, Busse W (2010): **Asthma : clinical expression and molecular mechanisms**, journal of allergy and immunology, Volume 125,Issue 02, pp 95-102.

186-Leynaert B, Sunyer J, Garcia-Esteban R et al (2012) : **Gender differences in prevalence, diagnosis and incidence of allergic and non-allergic asthma: a population-based cohort**, Journal of Thorax, volume 67, numéro 07, pp 625-631.

187- Lhote F, Cohn P, Guilpain Ph, Guillvin L (2008) **: Syndrome de Churg et Straus**, la revue du praticien , Volume 58, pp 1165-1174.

188-Liam G Heaney et Rob Horne (2012) **:Non-adherence in difficult asthma: time to take it seriously**, Thorax Journal, volume 67, pp 268-270.

189- Loignon C (2006): **Representation de la maladie, des traitements et conduites thérapeutiques : l'expérience de l'asthme,** université de Montréal, Canada.

190- Lucy N (2009) : **Health literacy**: **a barrier to pharmacist–patient communication and medication adherence,** Journal of the American Pharmacists Association, Volume 49, Issue 05, pp 132-149.

191- maddux J (2018**):Measurement of General Self-Efficacy,** George Mason University.

192- Maïlys R (2003) : **A Bandura, Auto-efficacité, Le sentiment d'efficacité personnelle**, revue de L'orientation scolaire et professionnelle, Volume 33, Issue 03, pp 475- 476.

193-Margaux S (2015) :**Evolution de l'asthme au long cours : aspects méthodologiques et lien avec la pollution athmosphérique,** Thèse doctorat en santé publique-épidémiologie, université Paris Sud.

194- Marr JD(2014) :**Understanding the Relationship Between Health Locus of Control and God Locus of Health Control and Health Behaviors in College Students Through Mediation Analysis**, dovtoral thesis, University of South Carolina - Columbia

195- Matsui DM (1997) : **Drug compliance in pediatrics : clinical and research issues**, Pediatric Clincs of North America Review, Volume 44, pp 01-14.

196- Matthieu B(2001) :**l'observance thérapeutique ses facteurs et ses enjeux**, Thèse de doctorat en Médecine, Université Henri Poincaré, Nancy1, France

197- McDonald V, Yorke J (2017) : **Adherence in severe asthma: time to get it right**, European Respiratory Journal, Volume 50, Issue 06, pp 01-06.

198- Melhorn J, Howell I, Pavord ID(2022) : **Should we apply a treatable traits approach to asthma care?**, American College of Allergy, Asthma and Immunology, Volume 128, Issue 04, pp 390-397.

199-Metahri M (2018):**Rôle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant scolarisé en région Oranaise**, Thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de Médecine Oran.

200- Meulemans H (2021) : **Le traitement de l'asthme et les nouvelles approches thérapeutiques de prise en charge**, Thèse doctorat d'état en pharmacie, Université de Bordeaux.

201- Michalova L **(2020): Psychological factors in asthma outcomes : A Research Portfolio,** Thèse de Doctorat, Universitéd'Edinburgh.

202- Millet P (2005): **Locus of control and its relation to working life: Studies from the fields of vocational rehabilitation and small firms in Sweden**, doctoral thesis, Lulea University of Technology, Sweden.

203- Morin Marie-Claude (1997) : **L'asthme chez l'enfant: stress parental et soutien émotionnel entre conjoints**, Thèse de Maitrise en Psychologie, Université du Québec à Trois Rivières.

204- Morosco G, Kiley J (2013): **Guidelines for the diagnosis and management of asthma**, National Heart Lung and Blood Institute, USA.

205- MorrisLS,SchultzRM (1992): **Patients compliance on overview**, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, Volume 17, Issue 05, pp283-295.

206- Nafradi L , Kent N, Peter J S (2017) : **Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship**

between self-efficacy, health locus of control and medication adherence ,Plos One Journal, Volume 12, Issue 10, pp 01-23

207- Nancy T, Janet C, Kaharu S, Michael C (2014) : **Patient reminder systems and asthma medication adherence: a systematic review**, Journal of Asthma **,**Volume 51,Issue 05, pp 536-543.

208- National Institute for Health and Care Excellence (2017) : **Chronic asthma management,** U K , in the website : guideline recommendations and the evidence review for the 2020 update.

209- Ober C, Hoffjan S (2006): **Asthma genetics 2006: the long and winding road to gene discovery**,Journal of Genes and Immunity, Chicago, USA, Volume 07, N° 02, pp 95–100.

210- Ozenkutanis R, Mesci M, Ovdur Z (2011)**: The Effects of Locus of Control on Learning Performance: A Case of an Academic Organization**, Journal of Economic and Social Studies, Volume 01, N° 02, pp 113-136.

211- Petermans J et al (2010) **: Observance thérapeutique en gériatrie,** RevueMedicale deLiège, Volume 65, pp 5-6.

212- Pham VL (2010) **: modulation de la réponse immunitaire par les agonistes de la voie de signalisation TLR/IL61R dans le modèle de l'asthme,** Doctorat en science, Université Paris Descartes, France.

213- Pigearias B (2014) : **L'asthme dans ses mots,…d'homère au GINA,** Revue des maladies respiratoires, Volume 31, N° 01, pp 08-12.

214- Puddu M, Bayingana K, Tafforeau J (2003) : **L'asthme et la pollution de l'air**, institut scientifique de la santé publique, France.

215- Qianqian F, Adriel S, Mariko SK, Kinjal D (2021) : **The mediating role of trust in physician and self-efficacy in understanding medication adherence in severe asthma**, Journal of Respiratory Medicine, Vol 190, pp 1066-73.

216- Quinot C (2018) : **Épidémiologie de l'asthme lié au travail : Évaluation des expositions professionnelles et leurs associations avec la maladie**, Thèse de doctorat en santé publique_épidémiologie, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, France.

217- Radenne F, Verkinder C, Tonnel AB (2003) : **L'asthme du sujet agé**, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 20, N° 01, pp 95-104.

218- Ramasamy A (2009) :**Patient Adherence to Chronic Disease Medications in a Medication Therapy Management**, Master of pharmaceutical sciences, The university of Toledo.

219-Raza A (2011) : **Epidemiology of Adolescent Asthma: Risk and Prognosis in a Birth Cohort over Adolescence** ,Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, University of Southampton.

220- Razafindralambo S (2012) **: perception et pratique des médecins face à l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique :enquête auprès de 66 médecins de la commune de nanterre**, Thèse doctorat en Médecine, Université Paris Diderot, France.

221- Reddel HK, Bacharier LB, Batemanet ED et al(2022) : **Global Initiative for Asthma Strategy 2021. Executive Summary and Rationale for Key Changes**, Revue Archivos deBronconeumología, N°58, p 35–p51.

222- Rob H (2005) : **Concordance, adherence and compliance in medicine taking**, Centre for health care research University of Brighton, Falmer, Brighton BN1 9PH .

223- Roche N, Nadif R, Fabry-Vendrand C, Pillot L, Thabut G, Teissier D, Bouee S, Goldberg R, Zins M (2022): **Asthma burden according to treatment steps in the French population-based cohort constances**, Journal of Respiratory Medicine,Volume 206 , 107057science direct

224- Roddenberry A, Renk K (2010) : **Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students**,Child Psychiatry Hum Dev,
Volume 41, pp 353–370.

225- Rolland-Debord C , Goriounov I , Pitron V(2021) : **Le fardeau psychologique de l'asthme**, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 38, N° 07, pp 721-732.

226- Rosenkranz M A, Esnault S , Christian BT , Crisafi G, Gresham LK , Higgins AT , Moore.MN ,. Moore SM , Wenga.HY , Salk.RH , Busse.WW , and Davidson RJ (2016) : **Mind-body interactions in the regulation of airway inflammation in asthma: A PET study of acute and chronic stress,** Brain Behaviour and immunity review, Volume 58, pp 18-30.

227- Rothe T, Medizin I, ZurcherHohenklinik D, Clavadel D(2010) :**psychisme et asthma: un theme vieux comme le monde**, Forum Medical Suisse, Volume 10, Issue16, pp 282-284.

228- Roux P (2010) : **Observance thérapeutique des patients multitraités : le cas de la toxicomanie,**Thèse de Doctorat en pathologie humaine,Université AIX-Marseille II Université de la Méditerranée.

229- Sabate E (2003) : **Adherence to long-term therapies. Evidence for action**, Genève: OrganisationMondiale dela Santé .

230- Sail HW (2015) **:De I'observance à l'adhérence thérapeutique des malades chroniques concepts et déterminants.** Studies in human and social sciences, Volume15, N° 03, pp 11-21.

231- Scheen AJ, Giet D (2010): **non-observance thérapeutique: causes ,consequences, solutions**, Revue MédicaleLiége,Volume 65, Issue 5-6, pp 239-245.

232- Scherer YK, Bruce S(2001) **:Knowledge, attitudes, and self-efficacy and compliance with medical regimen, number of emergency**

department visits, and hospitalizations in adults with asthma, Journal of Heart and Lung, volume 30, n°04, pp 250-257.

234 - Schlenk E, Hart L (1984) : **Relationship Between Health Locus of Control, Health Value, and Social Support and Compliance of Persons with Diabetes Mellitus,** Diabetes care journal, Volume 06, N° 06, pp 566-574.

235- Schreitmuller J, Loerbroks A (2019) : **The role of self-efficacy and locus of control in asthma-related needs and outcomes: a cross-sectional study**, Journal of Asthma, Volume 57, N° 02, pp 196-204.

236- Sharifi L , Zahra P, Hassan Heidar N, Saied B, Mostafa M (2011) : **Asthma knowledge, attitude, and self-efficacy in Iranian asthmatic patients,**Archive of Iranian Medicine, Volume 14, Issue 05, PP 315-320.

237- Sharrad KJ, kopsaftis ZA, Carson KV, Stallman HM(2021) **: The modifiable biosychosocial divers of psychological distress for adolescents with asthma : implications for clinical care**, Pediatric respiratory review, Volume 41, pp 68-72.

238-Silbernagl S, Despopoulos A (2001) : **Atlas de poche de physiologie** -3eme édition-, Medecine science Flammarion, Paris, France.

239- Skaistel I (2018) : **Making sens of older adult's with Asthma : Experiences from the point of asthma diagnosis to their current living**,Thèse de Doctoraten Philosophie,Universitéde Portsmouth , U K.

240- Smits Dins (2018): **treatment adherence of asthma patients in latvia and factors related to adherence,** Thèse de DoctoratenMédecine, Université de Rigas.

241- Smits D , Brigis G, Pavare J, Urtane I , Kovalovs S, Christopher B N (2020) : **Factors related to poor adherence in Latvian asthma patients,** Allergy Asthma Clin Immunol, Volume 16, pp 01-07.

242- Suvina A et al (2020) :**Understanding patient perspectives**

on medication adherence inasthma :A targeted review of qualitative studies, Patient Preference and Adherence Review,Volume 14, pp 541-551.

243- Tarquinio C, Tarquinio P (2007) : **L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques,** Journal de Pratiques Psychologiques,Volume 13, Issue 01, pp 01-19.

244- Temam Sofia(2017): **Déterminants sociaux et asthme : approche épidémiologique**, Thèse de doctorat en Médecine, Santé publique et épidémiologie, Université Paris-Saclay.

245- Thomas M, Bruton A, Moffat M, Cleland J (2011) : **Asthma and psychological dysfunction**, primary care respiratory journal, Volume 20, Issue 03, pp 250-256.

246- Ulrik CS, Vibeke B, Ulrik SP , Lange P, Harving H(2006) : **The Patient's Perspective : Adherence or Non-adherence to Asthma Controller Therapy ?,** Journal of Asthma , Volume 43, pp 701-704.

247 -Uzdavines A (2020): **Test 'EM all and LET GOD GET sorted out: re-validation, modifying, and integrating GOD healt locus of control scales,**Thèse de Doctorat en Phylosophie, Case Western reserve University.

248-Van L, Ryan J, MacQueen G (2008) : **Psychological Factors in Asthma, Reviw of Allergy**, Asthma and Clinical Immunology, Volume04, N°01, pp 12–28.

249-Viniaker H (1984) : **L'asthme et son environnement selon sir John Floyer(1964-1734),** société française d'histoire de la médecine, volume 454, pp 216-222 , France.

250-Von-Leupoldt A, Dahme B (2006) : **Psychological aspects in the perception of dyspnea in obstructive pulmonary diseases**, journal of respiratory medicine, volume 101, Issue 03, pp 411-422.

251- Waleed M, Sweileh SH, Suleiman AK, Samah W, Al-Jabi, AF, (2005) : **Rate of compliance amoung patients with diabetes mellitus hypertension**, An-najah university journal, Vol 19, pp55-97.

252- Wallston KA, Wallston BS and DeVellis R(1978) : **Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales**, Health Educ Behav, Volume 06, Issue 02, pp 160-170.

253-Walsh J, Moore Z, Mac Hale H , Greene G, Doyle F, Costello R,Murray B(2022) **: The Impact of Biofeedback on Self-Efficacy in Adults with Asthma: A Cross-Sectional Descriptive Surve**y, Journal of Patient Preference and Adherence, volume 16, pp 1469–1475.

254- Wikipedia: **Respiratory system complete,** https://ar.wikipedia.org/wik/Respiratory_system_complete_ ar.svg (date de consultation le 19/10/2022 à 21h30).

255- World Health Organization (2003): **Adherence to long-term therapies:Evidence for action**, WHO,https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682

256- Yawn BP (2007) : **Factors accounting for asthma variability: achieving optimal symptom control for individual patients**, Primary Care Respiratory Journal, Volume 17, Issue 03,pp 138-147.

257- Zhou C (2014) **: Environmental and psychological factors and childhood asthma**, Thèse de Doctorat en Epidémiologie, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI,

258- Zimmerman B J (1989): **A Social Cognitive View of Self-Regulated Academic Learning**, Journal of Educational Psychology, Volume81 Issue 03,pp 329-339.

الملاحق

ملاحق مقاييس الدراسة:

ملحق رقم (1) : مقياس الإلتزام الصحي.

التعليمة: أجب بصراحة على البنود التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

العبارات	لا أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	بإنتظام
1-أتناول الأدوية الوقائية التي وصفها لي 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- أناأعتني بلياقتي البدنية(ممارسة الرياضة).					
9- أحترم طرق أخذ الدواء (قبل ممارسة الرياضة).					
10- يخطر لي بأنه لدي الكثير من الأدوية لتناولها.					
11- يحدث أني نفذ 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 إستشارة طبية.					
15- أجري فحوص المراقبة(أشعة الصدر وإختبار 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 يُقدمه الي 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، والكلاب).					
25- أتجنب المواقف والوضعيات التي أعرف أنها تثير لدي نوبة ربوية(الجري.)					

ملحق رقم (2): مقياس مصدر الضبط الصحي

- الإسم (إختياري) :.....- السن :.....- الجنس :.....
- المستوى التعليمي :..... - مدة المرض :.....

التعليمات: فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض .
إقرأ كل عبارة على حدى جيدا، والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع إعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (×) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.
أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة دون إجابة،أجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن إجابتك عن العبارة السابقة.أجب بصراحة وصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، وتأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية.

العبـــــــارات	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
1- سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.					
2- إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه.					
3- المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض.					
4- أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة.					
5- عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيب مختص.					
6- أعتقد أنني متحكم في صحتي.					
7- لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما.					
8- لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض.					
9- يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض					
10- يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في الصحة					
11- حظي السعيد هو الذي يجعلني أتمتع بصحة جيدة.					
12- تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي.					
13- إذا إعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض.					
14- يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها(الأطباء،الأقارب الأصدقاء...)					
15- أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.					
16- القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة.					
17- يمكنني المحافظة على صحتي إذا إعتنيت بنفسي.					
18- إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي.					

CHLC البعد الحظ	PHLC بعد ذوي النفوذ	IHLC البعد الداخلي

ملحق رقم(3): مقياس الكفاءة الذاتية .

تعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، إقرأ كل عبارة، وحدد مدى إنطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع إشارة(×) أمام كلمة واحدة مما يلي كل عبارة منها وهي: لا، نادرا، غالبا، دائما.

ليس هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة. أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا بالمعنى الدقيق لكل عبارة، ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

	العبـــارات	لا	نـادرا	غالبا	دائـما
1	عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه، فإني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.				
2	إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإني سأنجح في حل المشكلات الصعبة				
3	من السهل علي تحيق أهدافي ونواياي.				
4	أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة.				
5	أعتقد بأني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي.				
6	أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأني أستطيع دائما الإعتماد على قدراتي الذاتية.				
7	مهما حدث فإني أستطيع التعامل مع ذلك.				
8	أجد حلا لكل مشكلة تواجهني.				
9	إذا ما واجهني أمر جديد فإني أعرف كيفية التعامل معه.				
10	أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.				

ملاحق الدراسة الإستطلاعية:

ملحق رقم(4): معامل صدق الاتساق الداخلي لمقياس الإلتزام الصحي :

Corrélations

		الص_الكلية_الدرجة الإلتزام_حي	النصائح_بعد_مج الطبية_	أخذ_مقاومة_بعد_مج العلاج_	ا_تناول_بعد_مج لادوية	المح_بعد_مج يط
الصحي_الإلتزام_الكلية_الدرجة	Corrélation de Pearson	1	,718**	,133	,822**	,452**
	Sig. (bilatérale)		,000	,302	,000	,000
	N	62	62	62	62	62
الطبية_النصائح_بعد_مج	Corrélation de Pearson	,718**	1	-,307*	,499**	,160
	Sig. (bilatérale)	,000		,015	,000	,213
	N	62	62	62	62	62
العلاج_أخذ_مقاومة_بعد_مج	Corrélation de Pearson	,133	-,307*	1	-,148	-,162
	Sig. (bilatérale)	,302	,015		,249	,207
	N	62	62	62	62	62
الادوية_تناول_بعد_مج	Corrélation de Pearson	,822**	,499**	-,148	1	,317*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,249		,012
	N	62	62	62	62	62
المحيط_بعد_مج	Corrélation de Pearson	,452**	,160	-,162	,317*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,213	,207	,012	
	N	62	62	62	62	62

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ملحق رقم(5): معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الإلتزام الصحي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,674	25

الملحق رقم (6): معامل الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس الإلتزام الصحي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,301
		Nombre d'éléments	12[a]
	Partie 2	Valeur	,643
		Nombre d'éléments	12[b]
	Nombre total d'éléments		24
Corrélation entre les sous-échelles			,389
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,560
	Longueur inégale		,560
Coefficient de Guttman			,537

a. Les éléments sont : الإلتزام_ع ,02_الإلتزام_ع ,03_الإلتزام_ع ,04_الإلتزام_ع ,05_الإلتزام_ع ,06_الإلتزام_ ع ,07_الإلتزام_ ع ,08_الإلتزام_ ع ,09_الإلتزام_ ع ,10_الإلتزام_ ع ,11_الإلتزام_ ع ,12_الإلتزام_ ع.13_

b. Les éلتزام_ ع ,14_الإلتزام_ ع ,15_الإلتزام_ ع ,16_الإلتزام_ ع ,17_الإلتزام_ ع ,18_الإلتزام_ ع ,19_الإلتزام_ ع ,20_الإلتزام_ ع ,21_الإلتزام_ ع ,22_الإلتزام_ ع ,23_الإلتزام_ ع ,24_الإلتزام_ ع.25_

ملحق (7): معاملات صدق الاتساق الداخلي للبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي:

Corrélations

		ص_ض_م_01	ص_ض_م_06	ص_ض_م_08	ص_ض_م_12	ص_ض_م_13	ص_ض_م_17	الداخل_البعد_مج ض_م_ي
ص_ض_م_01	Corrélation de Pearson	1	,013	,079	,261*	,132	,407**	,559**
	Sig. (bilatérale)		,917	,543	,041	,308	,001	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
ص_ض_م_06	Corrélation de Pearson	,013	1	-,042	,024	-,129	-,086	,291*
	Sig. (bilatérale)	,917		,747	,855	,318	,504	,022
	N	62	62	62	62	62	62	62
ص_ض_م_08	Corrélation de Pearson	,079	-,042	1	,397**	,191	,014	,586**
	Sig. (bilatérale)	,543	,747		,001	,136	,913	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
ص_ض_م_12	Corrélation de Pearson	,261*	,024	,397**	1	,273*	,174	,726**
	Sig. (bilatérale)	,041	,855	,001		,032	,175	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
ص_ض_م_13	Corrélation de Pearson	,132	-,129	,191	,273*	1	,272*	,455**
	Sig. (bilatérale)	,308	,318	,136	,032		,033	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
ص_ض_م_17	Corrélation de Pearson	,407**	-,086	,014	,174	,272*	1	,503**
	Sig. (bilatérale)	,001	,504	,913	,175	,033		,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
الدا_البعد_مج ض_م_خلي	Corrélation de Pearson	,559**	,291*	,586**	,726**	,455**	,503**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,022	,000	,000	,000	,000	
	N	62	62	62	62	62	62	62

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق (8): معاملات صدق الاتساق الداخلي لبعد ذوي النفوذ:

Corrélations

		ا_ذوي_يعد_مج ض_م_لنفوذ	_ص_ض_م 03	_ص_ض_م 05	_ص_ض_م 07	_ص_ض_م 10	ص_ض_م _14	_ص_ض_م 18
_م_النفوذ_ذوي_يعد_مج ض	Corrélation de Pearson	1	,484**	,691**	,468**	,711**	,477**	,735**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
03_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,484**	1	,202	-,063	,366**	-,101	,272*
	Sig. (bilatérale)	,000		,115	,626	,003	,436	,032
	N	62	62	62	62	62	62	62
05_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,691**	,202	1	,138	,493**	,229	,369**
	Sig. (bilatérale)	,000	,115		,284	,000	,073	,003
	N	62	62	62	62	62	62	62
07_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,468**	-,063	,138	1	,141	,142	,310*
	Sig. (bilatérale)	,000	,626	,284		,274	,271	,014
	N	62	62	62	62	62	62	62
10_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,711**	,366**	,493**	,141	1	,180	,317*
	Sig. (bilatérale)	,000	,003	,000	,274		,162	,012
	N	62	62	62	62	62	62	62
14_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,477**	-,101	,229	,142	,180	1	,370**
	Sig. (bilatérale)	,000	,436	,073	,271	,162		,003
	N	62	62	62	62	62	62	62
18_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,735**	,272*	,369**	,310*	,317*	,370**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,032	,003	,014	,012	,003	
	N	62	62	62	62	62	62	62

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ملحق رقم(9): معاملات صدق الاتساق الداخلي لبعد الحظ:

Corrélations

		02_ص_ض_م	04_ص_ض_م	09_ص_ض_م	11_ص_ض_م	15_ص_ض_م	16_ص_ض_م	م_الحظ_يعد_مج ض
02_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	1	,199	,032	-,070	,402**	,093	,504**
	Sig. (bilatérale)		,121	,807	,586	,001	,471	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
04_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,199	1	,389**	,054	,206	,233	,622**
	Sig. (bilatérale)	,121		,002	,676	,108	,068	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
09_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,032	,389**	1	,445**	,175	,299*	,687**
	Sig. (bilatérale)	,807	,002		,000	,175	,018	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
11_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	-,070	,054	,445**	1	-,068	,178	,455**
	Sig. (bilatérale)	,586	,676	,000		,599	,166	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
15_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,402**	,206	,175	-,068	1	,235	,527**
	Sig. (bilatérale)	,001	,108	,175	,599		,066	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
16_ص_ض_م	Corrélation de Pearson	,093	,233	,299*	,178	,235	1	,605**
	Sig. (bilatérale)	,471	,068	,018	,166	,066		,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
م_الحظ_يعد_مج ض	Corrélation de Pearson	,504**	,622**	,687**	,455**	,527**	,605**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	62	62	62	62	62	62	62

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ملحق رقم(10): معامل الثبات الفا كرونباخ للبعد الداخلي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,458	6

ملحق رقم(11): معامل الثبات ألفا كرونباخ لبعد ذوي النفوذ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,638	6

ملحق رقم(12) : معامل الثبات ألفا كرونباخ لبعد الحظ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,571	6

ملحق رقم (13): معامل ثبات التجزئة النصفية لأبعاد مقياس مركز الضبط الصحي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,429
		Nombre d'éléments	3[a]
	Partie 2	Valeur	,292
		Nombre d'éléments	3[b]
	Nombre total d'éléments		6
Corrélation entre les sous-échelles			,441
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,612
	Longueur inégale		,612
Coefficient de Guttman			,606

a. Les éléments sont : م_ض_ص_02, م_ض_ص_04, م_ض_ص_09.

b. Les éléments sont : م_ض_ص_11, م_ض_ص_16, م_ض_ص_15.

ملحق (14): معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس الكفاءة الذاتية:

Corrélations

		01_ذ_الكفاءة	02_ذ_الكفاءة	03_ذ_الكفاءة	04_ذ_الكفاءة	05_ذ_الكفاءة	06_ذ_الكفاءة	07_ذ_الكفاءة	08_ذ_الكفاءة	09_ذ_الكفاءة	10_ذ_الكفاءة	ال_الدرجة_مج ذ_الكفاءة_كلية
01_ذ_الكفاءة	Corrélation de Pearson	1	,383**	,253*	-,023	,131	,151	,272*	,073	,246	,373**	,526**
	Sig. (bilatérale)		,002	,048	,861	,309	,241	,032	,570	,054	,003	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
02_ذ_الكفاءة	Corrélation de Pearson	,383**	1	,185	,066	-,034	,335**	,370**	,399**	,272*	,333**	,600**
	Sig. (bilatérale)	,002		,150	,608	,794	,008	,003	,001	,033	,008	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
03_ذ_الكفاءة	Corrélation de Pearson	,253*	,185	1	,194	,198	,079	-,033	,174	,182	,154	,421**
	Sig. (bilatérale)	,048	,150		,131	,123	,541	,796	,176	,156	,233	,001
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
04_ذ_الكفاءة	Corrélation de Pearson	-,023	,066	,194	1	,422**	,343**	,129	,169	,285*	,225	,510**
	Sig. (bilatérale)	,861	,608	,131		,001	,006	,318	,188	,025	,078	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
05_ذ_الكفاءة	Corrélation de Pearson	,131	-,034	,198	,422**	1	,179	,285*	,150	,282*	,130	,500**
	Sig. (bilatérale)	,309	,794	,123	,001		,165	,025	,245	,026	,314	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62

ذ_الكفاءة_06	Corrélation de Pearson	,151	,335**	,079	,343**	,179	1	,327**	,404**	,118	,034	,565**
	Sig. (bilatérale)	,241	,008	,541	,006	,165		,009	,001	,361	,795	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ذ_الكفاءة_07	Corrélation de Pearson	,272*	,370**	-,033	,129	,285*	,327**	1	,293*	,291*	,187	,596**
	Sig. (bilatérale)	,032	,003	,796	,318	,025	,009		,021	,022	,145	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ذ_الكفاءة_08	Corrélation de Pearson	,073	,399**	,174	,169	,150	,404**	,293*	1	,296*	,189	,582**
	Sig. (bilatérale)	,570	,001	,176	,188	,245	,001	,021		,019	,141	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ذ_الكفاءة_09	Corrélation de Pearson	,246	,272*	,182	,285*	,282*	,118	,291*	,296*	1	,322*	,593**
	Sig. (bilatérale)	,054	,033	,156	,025	,026	,361	,022	,019		,011	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ذ_الكفاءة_10	Corrélation de Pearson	,373**	,333**	,154	,225	,130	,034	,187	,189	,322*	1	,542**
	Sig. (bilatérale)	,003	,008	,233	,078	,314	,795	,145	,141	,011		,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
الكلية_الدرجة_مج ذ_لكفاءة	Corrélation de Pearson	,526**	,600**	,421**	,510**	,500**	,565**	,596**	,582**	,593**	,542**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ملحق رقم(15):معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الكفاءة الذاتية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,733	10

ملحق رقم (16): معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة الذاتية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,520
		Nombre d'éléments	5[a]
	Partie 2	Valeur	,616
		Nombre d'éléments	5[b]
		Nombre total d'éléments	10
		Corrélation entre les sous-échelles	,594
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,745
		Longueur inégale	,745
		Coefficient de Guttman	,737

a. Les éléments sont : الكفاءة_ذ ,01_الكفاءة_ذ ,02_الكفاءة_ذ ,03_الكفاءة_ذ ,04_الكفاءة_ذ.05_

b. Les éléments sont : الكفاءة_ذ ,06_الكفاءة_ذ ,07_الكفاءة_ذ ,08_الكفاءة_ذ ,09_الكفاءة_ذ.10_

ملاحق نتائج الدراسة الأساسية:

ملحق رقم (17) : نتائج الفرضية الأولى:

المجموعة

	Observed N	Expected N	Residual
1	3	76.0	-73.0
2	207	76.0	131.0
3	18	76.0	-58.0
Total	228		

Test Statistics

	المجموعة
Chi-Square	340.184[a]
df	2
Asymp. Sig.	.000

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 76.0.

ملحق رقم (18): نتائج الفرضية الثانية:

المجموعة

	Observed N	Expected N	Residual
1	63	57.0	6.0
2	130	57.0	73.0
3	12	57.0	-45.0
4	23	57.0	-34.0
Total	228		

Test Statistics

	المجموعة
Chi-Square	149.930[a]
df	3
Asymp. Sig.	.000

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 57.0.

ملحق رقم(19): نتائج الفرضية الثالثة:

المجموعة

	Observed N	Expected N	Residual
1	15	76.0	-61.0
2	140	76.0	64.0
3	73	76.0	-3.0
Total	228		

Test Statistics

	المجموعة
Chi-Square	102.974[a]
df	2
Asymp. Sig.	.000

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 76.0.

ملحق رقم(20): نتائج الفرضية الرابعة:

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	الجنس	N	Percent	N	Percent	N	Percent
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	أنثى	132	100.0%	0	0.0%	132	100.0%
	ذكر	96	100.0%	0	0.0%	96	100.0%

Descriptives

	الجنس			Statistic	Std. Error
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	أنثى	Mean		82.94	.768
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	81.42	
			Upper Bound	84.46	
		5% Trimmed Mean		83.51	
		Median		84.00	
		Variance		77.935	
		Std. Deviation		8.828	
		Minimum		55	
		Maximum		97	

		Range	42	
		Interquartile Range	12	
		Skewness	-.942	.211
		Kurtosis	.880	.419
	ذكر	Mean	80.85	.780
		95% Confidence Interval for Mean — Lower Bound	79.30	
		95% Confidence Interval for Mean — Upper Bound	82.40	
		5% Trimmed Mean	80.81	
		Median	82.00	
		Variance	58.463	
		Std. Deviation	7.646	
		Minimum	64	
		Maximum	99	
		Range	35	
		Interquartile Range	11	
		Skewness	-.018	.246
		Kurtosis	-.428	.488

Tests of Normality

	الجنس	Kolmogorov-Smirnov[a] Statistic	df	Sig.	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	أنثى	.094	132	.006	.940	132	.000
	ذكر	.070	96	.200*	.986	96	.412

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	أنثى	132	123.93	16358.50
	ذكر	96	101.54	9747.50
	Total	228		

Test Statistics[a]

	الدرجة_الكلية_للملاءمة_العلاجية
Mann-Whitney U	5091.500
Wilcoxon W	9747.500
Z	-2.533
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

a. Grouping Variable: الجنس

ملحق رقم(21): نتائج الفرضية الخامسة:

Case Processing Summary

	مستوى_السن	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	المج 1	113	100.0%	0	0.0%	113	100.0%
	المج 2	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%
	المج 3	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%

Descriptives

	مستوى_السن			Statistic	Std. Error
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	المج 1	Mean		81.70	.879
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	79.96	
			Upper Bound	83.44	
		5% Trimmed Mean		82.09	
		Median		83.00	
		Variance		87.337	
		Std. Deviation		9.345	
		Minimum		55	
		Maximum		99	
		Range		44	
		Interquartile Range		13	
		Skewness		-.648	.227
		Kurtosis		.155	.451
	المج 2	Mean		82.44	.733
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.99	
			Upper Bound	83.90	
		5% Trimmed Mean		82.59	
		Median		83.00	
		Variance		53.127	
		Std. Deviation		7.289	
		Minimum		61	
		Maximum		97	
		Range		36	
		Interquartile Range		11	
		Skewness		-.285	.243
		Kurtosis		-.032	.481
	المج 3	Mean		82.25	2.028
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	77.93	
			Upper Bound	86.57	

	5% Trimmed Mean	82.50	
	Median	84.00	
	Variance	65.800	
	Std. Deviation	8.112	
	Minimum	68	
	Maximum	92	
	Range	24	
	Interquartile Range	14	
	Skewness	-.683	.564
	Kurtosis	-.785	1.091

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	مستوى_السن	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	المج 1	.097	113	.011	.966	113	.006
	المج 2	.051	99	.200*	.990	99	.676
	المج 3	.210	16	.057	.896	16	.070

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	مستوى_السن	N	Mean Rank
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	المج 1	113	113.88
	المج 2	99	114.66
	المج 3	16	117.84
	Total	228	

Test Statistics[a,b]

	الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي
Kruskal-Wallis H	.052
df	2
Asymp. Sig.	.975

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مستوى_السن

ملحق رقم(22) نتائج الفرضية السادسة:

Case Processing Summary

	مستوى_مدة_المرض	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	المج 1	83	100.0%	0	0.0%	83	100.0%
	المج 2	67	100.0%	0	0.0%	67	100.0%
	المج 3	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%
	المج 4	25	100.0%	0	0.0%	25	100.0%
	المج 5	8	100.0%	0	0.0%	8	100.0%

Descriptives

	مستوى_مدة_المرض			Statistic	Std. Error
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	المج 1	Mean		80.81	1.078
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	78.66	
			Upper Bound	82.95	
		5% Trimmed Mean		81.24	
		Median		82.00	
		Variance		96.426	
		Std. Deviation		9.820	
		Minimum		55	
		Maximum		98	
		Range		43	
		Interquartile Range		13	
		Skewness		-.661	.264
		Kurtosis		-.116	.523
	المج 2	Mean		82.72	.902
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.92	
			Upper Bound	84.52	
		5% Trimmed Mean		82.80	
		Median		83.00	
		Variance		54.479	
		Std. Deviation		7.381	
		Minimum		61	
		Maximum		99	
		Range		38	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		-.302	.293
		Kurtosis		.302	.578
	المج 3	Mean		83.22	1.133
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.94	
			Upper Bound	85.50	

	5% Trimmed Mean		83.35	
	Median		84.00	
	Variance		57.722	
	Std. Deviation		7.598	
	Minimum		66	
	Maximum		97	
	Range		31	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		-.230	.354
	Kurtosis		-.480	.695
المج 4	Mean		82.80	1.428
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	79.85	
		Upper Bound	85.75	
	5% Trimmed Mean		82.71	
	Median		83.00	
	Variance		51.000	
	Std. Deviation		7.141	
	Minimum		71	
	Maximum		97	
	Range		26	
	Interquartile Range		12	
	Skewness		.070	.464
	Kurtosis		-.779	.902
المج 5	Mean		80.75	2.963
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	73.74	
		Upper Bound	87.76	
	5% Trimmed Mean		81.00	
	Median		83.00	
	Variance		70.214	
	Std. Deviation		8.379	
	Minimum		68	
	Maximum		89	
	Range		21	
	Interquartile Range		17	
	Skewness		-.942	.752
	Kurtosis		-.549	1.481

Tests of Normality

	مستوى_مدة_المرض	Kolmogorov-Smirnov[a] Statistic	df	Sig.	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	المج 1	.103	83	.031	.956	83	.007
	المج 2	.068	67	.200*	.988	67	.792
	المج 3	.074	45	.200*	.982	45	.721
	المج 4	.103	25	.200*	.973	25	.724
	المج 5	.262	8	.113	.827	8	.055

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
المج 1	83	80.81	9.820	1.078	78.66	82.95	55	98
المج 2	67	82.72	7.381	.902	80.92	84.52	61	99
المج 3	45	83.22	7.598	1.133	80.94	85.50	66	97
المج 4	25	82.80	7.141	1.428	79.85	85.75	71	97
المج 5	8	80.75	8.379	2.963	73.74	87.76	68	89
Total	228	82.06	8.397	.556	80.97	83.16	55	99

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	Based on Mean	2.215	4	223	.068
	Based on Median	1.868	4	223	.117
	Based on Median and with adjusted df	1.868	4	203.746	.117
	Based on trimmed mean	2.081	4	223	.084

ANOVA

الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	247.335	4	61.834	.875	.480
Within Groups	15757.805	223	70.663		
Total	16005.140	227			

ملحق رقم(23): نتائج الفرضية السابعة:

Case Processing Summary

	المستوى_التعليمي	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	ابتدائي	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%
	متوسط	48	100.0%	0	0.0%	48	100.0%
	ثانوي	72	100.0%	0	0.0%	72	100.0%
	جامعي	55	100.0%	0	0.0%	55	100.0%

Descriptives

	المستوى_التعليمي			Statistic	Std. Error
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	ابتدائي	Mean		79.74	.981
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	77.77	
			Upper Bound	81.70	
		5% Trimmed Mean		79.85	
		Median		79.00	
		Variance		50.967	
		Std. Deviation		7.139	
		Minimum		64	
		Maximum		92	
		Range		28	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		-.165	.327
		Kurtosis		-.668	.644
	متوسط	Mean		81.46	1.073
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	79.30	
			Upper Bound	83.62	
		5% Trimmed Mean		81.38	
		Median		82.00	
		Variance		55.232	
		Std. Deviation		7.432	
		Minimum		65	
		Maximum		99	
		Range		34	
		Interquartile Range		11	
		Skewness		.087	.343
		Kurtosis		-.201	.674
	ثانوي	Mean		81.14	1.012
			Lower Bound	79.12	

		95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	83.16	
		5% Trimmed Mean		81.58	
		Median		83.00	
		Variance		73.755	
		Std. Deviation		8.588	
		Minimum		55	
		Maximum		98	
		Range		43	
		Interquartile Range		9	
		Skewness		-.886	.283
		Kurtosis		1.378	.559
	جامعي	Mean		86.04	1.202
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	83.63	
			Upper Bound	88.45	
		5% Trimmed Mean		86.80	
		Median		89.00	
		Variance		79.406	
		Std. Deviation		8.911	
		Minimum		61	
		Maximum		98	
		Range		37	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		-1.458	.322
		Kurtosis		1.705	.634

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	المستوى_التعليمي	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	ابتدائي	.073	53	.200*	.974	53	.298
	متوسط	.071	48	.200*	.989	48	.936
	ثانوي	.123	72	.009	.942	72	.002
	جامعي	.171	55	.000	.848	55	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

المستوى_التعليمي	N	Mean Rank
ابتدائي	53	92.55
متوسط	48	105.41
ثانوي	72	107.59
جامعي	55	152.64
Total	228	

Test Statistics[a,b]

	الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي
Kruskal-Wallis H	25.999
df	3
Asymp. Sig.	.000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المستوى_التعليمي

Pairwise Comparisons of المستوى_التعليمي

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.[a]
ابتدائي-متوسط	-12.859	13.132	-.979	.327	1.000
ابتدائي-ثانوي	-15.043	11.929	-1.261	.207	1.000
ابتدائي-جامعي	-60.089	12.686	-4.737	.000	.000
متوسط-ثانوي	-2.184	12.281	-.178	.859	1.000
متوسط-جامعي	-47.230	13.019	-3.628	.000	.002
ثانوي-جامعي	-45.046	11.803	-3.816	.000	.001

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

ملحق(24): نتائج الفرضية الثامنة :

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
بعد_مصدر_الضبط_الداخلي	228	100.0%	0	0.0%	228	100.0%
بعد_ذوي_النفوذ	228	100.0%	0	0.0%	228	100.0%
بعد_الحظ	228	100.0%	0	0.0%	228	100.0%
الدرجة_الكلية_للإلتزام_الصحي	228	100.0%	0	0.0%	228	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
بعد_مصدر_الضبط_الداخلي	Mean		23.40	.215
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.98	
		Upper Bound	23.82	
	5% Trimmed Mean		23.59	
	Median		24.00	
	Variance		10.505	

	Std. Deviation		3.241	
	Minimum		13	
	Maximum		30	
	Range		17	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		-.826	.161
	Kurtosis		.766	.321
بعد_ذوي_النفوذ	Mean		25.02	.231
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24.56	
		Upper Bound	25.47	
	5% Trimmed Mean		25.20	
	Median		26.00	
	Variance		12.211	
	Std. Deviation		3.494	
	Minimum		11	
	Maximum		30	
	Range		19	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		-.804	.161
	Kurtosis		.656	.321
بعد_الحظ	Mean		15.43	.302
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.84	
		Upper Bound	16.02	
	5% Trimmed Mean		15.30	
	Median		15.00	
	Variance		20.775	
	Std. Deviation		4.558	
	Minimum		7	
	Maximum		27	
	Range		20	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		.454	.161
	Kurtosis		-.484	.321
الدرجة_الكلية_لإلتزام _الصحي	Mean		82.06	.556
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.97	
		Upper Bound	83.16	
	5% Trimmed Mean		82.39	
	Median		83.00	
	Variance		70.507	
	Std. Deviation		8.397	
	Minimum		55	

	Maximum	99	
	Range	44	
	Interquartile Range	11	
	Skewness	-.583	.161
	Kurtosis	.256	.321

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
بعد_مصدر_الضبط_الداخلي	.119	228	.000	.946	228	.000
بعد_ذوي_النفوذ	.115	228	.000	.944	228	.000
بعد_الحظ	.106	228	.000	.968	228	.000
الدرجة_الكلية_للإلتزام_الصحي	.080	228	.001	.976	228	.001

a. Lilliefors Significance Correction

Correlations

			بعد_مصدر_الضبط_الداخلي	بعد_ذوي_النفوذ	بعد_الحظ	الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي
Spearman's rho	بعد_مركز_الضبط_الداخلي	Correlation Coefficient	1.000	.131*	-.575**	.372**
		Sig. (2-tailed)	.	.048	.000	.000
		N	228	228	228	228
	بعد_ذوي_النفوذ	Correlation Coefficient	.131*	1.000	-.047	.236**
		Sig. (2-tailed)	.048	.	.482	.000
		N	228	228	228	228
	بعد_الحظ	Correlation Coefficient	-.575**	-.047	1.000	-.422**
		Sig. (2-tailed)	.000	.482	.	.000
		N	228	228	228	228
	الدرجة_الكلية_للإلتزام_الصحي	Correlation Coefficient	.372**	.236**	-.422**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.
		N	228	228	228	228

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

ملحق(25): نتائج الفرضية التاسعة:

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
الدرجة_الكلية_للإلتزام_الصحي	228	100.0%	0	0.0%	228	100.0%
الدرجة_الكلية_للكفاءة_الذاتية	228	100.0%	0	0.0%	228	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
الدرجة_الكلية_للإلتزام_الصحي	Mean		82.06	.556
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.97	
		Upper Bound	83.16	
	5% Trimmed Mean		82.39	
	Median		83.00	
	Variance		70.507	
	Std. Deviation		8.397	
	Minimum		55	
	Maximum		99	
	Range		44	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		-.583	.161
	Kurtosis		.256	.321
الدرجة_الكلية_للكفاءة_الذاتية	Mean		28.67	.345
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27.99	
		Upper Bound	29.35	
	5% Trimmed Mean		28.79	
	Median		29.00	
	Variance		27.113	
	Std. Deviation		5.207	
	Minimum		16	
	Maximum		40	
	Range		24	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		-.209	.161
	Kurtosis		-.524	.321

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
الدرجة_الكلية_للإلتزام_الصحي	.080	228	.001	.976	228	.001
الدرجة_الكلية_للكفاءة_الذاتية	.066	228	.016	.982	228	.006

a. Lilliefors Significance Correction

Correlations

			الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	الدرجة_الكلية_للكفاءة_الذاتية
Spearman's rho	الدرجة_الكلية_للإلتزام الصحي	Correlation Coefficient	1.000	.456**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	228	228
	الدرجة_الكلية_للكفاءة_الذاتية	Correlation Coefficient	.456**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	228	228

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

ملحق(26): ترخيص بإجراء بحث ميداني:

الجمهورية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
جامعة البليدة2
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: رئيس جمعية النفس الطويل لمرضى الربو - خنشلة.

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: زريبك الاسم: أحمد

تاريخ و مكان الميلاد: 09/09/1978 خنشلة

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الصحي تاريخ أول تسجيل: 2016

يعد بحث تحت عنوان:
علاقة الالتزام الصحي بكل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين.
- دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية -

بجامعة البليدة2 و علية يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في: 2022/02/27

رئيس القسم:

قسم العلوم الاجتماعية -3-

رئيس الجمعية
أوصيف عمار

الجمهورية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
جامعة البليدة2
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: رئيس جمعية الأمراض المزمنة قايس، خنشلة.

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: [illegible] الاسم: [illegible]

تاريخ و مكان الميلاد: 1978/09/09 خنشلة.

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الصحي تاريخ أول تسجيل: 2016

يعد بحث تحت عنوان:

علاقة الالتزام الصحي كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى الربو الراشدين - دراسة ميدانية على بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية -

بجامعة البليدة2 و علية يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في: [illegible]

رئيس القسم: