

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة

قسم العلوم الإجتماعية

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

شعبة علم النفس

والعلوم الإسلامية

الموضوع:

مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى

المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إشراف :

إعداد الطالب :

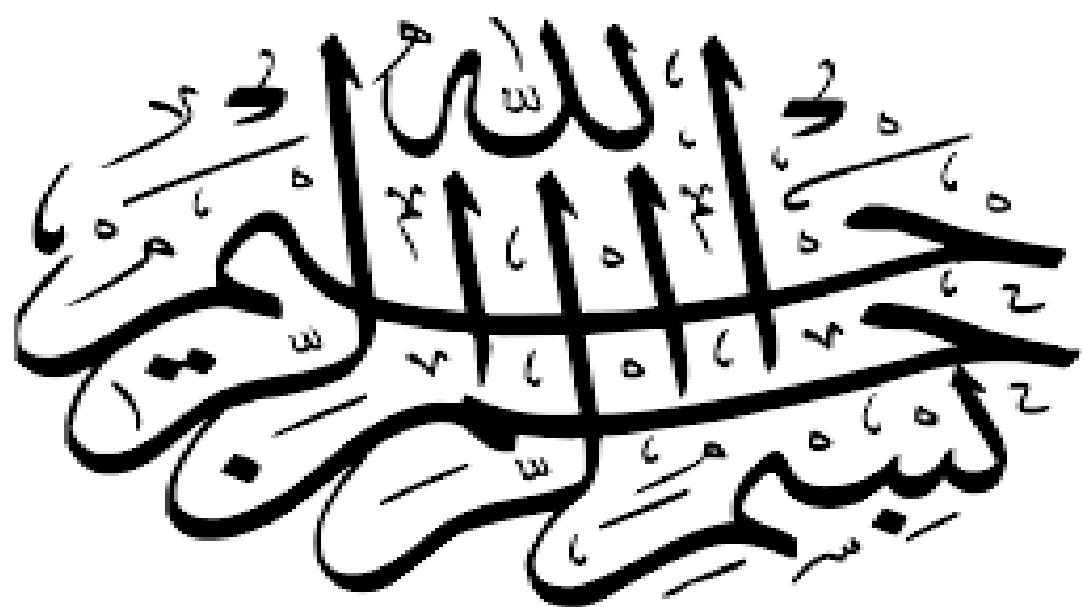
ا. د. جبالي نورالدين

قارة سعيد

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	أستاذ التعليم العالي جامعة باتنة	محمد الهادي رحال غربي
مقررا	أستاذ التعليم العالي جامعة باتنة	نورالدين جبالي
عضوا	أستاذ التعليم العالي جامعة المسيلة	رابح قدوري
عضوا	أستاذ التعليم العالي جامعة المسيلة	زين الدين ضياف
عضوا	أستاذ محاضر "أ" جامعة باتنة	يوسف عدوان
عضوا	أستاذ محاضر "أ" جامعة الأغواط	أحمد بن سعد

السنة الجامعية 2014 - 2015



شكر وتقدير

" ربّ أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ و على والديّ و أن أعمل صالحًا

ترضاه و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين "

صدق الله العظيم (النمل - 19).

الحمد لله أولاً و آخرًا على جزيل نعمه وتوفيقه لإنجاز هذا العمل.

حين يحيط بنا الكثير من المساندين تكثر عبارات الشكر حاملة أسمى معاني

الإمتنان و التقدير, حينها أتقدم بجزيل الشكر إلى :

- الأستاذ المشرف " جبالي نورالدين " على ما قدّمه لي من نصائح و توجيهات

ومواد علمية و معلومات أثرت الموضوع.

- السلك الطبي وعلى رأسهم أخصائي الأمراض الداخلية الدكتور " صايشي "

على ما قدّمه لي من مجالات علمية.

- السلك شبه الطبي وعلى رأسهم الممرض يحيى الزبير.

- إلى البروفيسور " برينو بالدارو " و الدكتورة "لاورا سيرى" من جامعة

بولونيا بإيطاليا على حسن استقبالهما لي وعلى مساعدتهما المقدمة لي في إطار

إجراء دراستي.

- إلى البروفيسور " سفارتسر " من جامعة برلين بألمانيا على المجالات العلمية

التي قدمها لي.

إلى كل من ساعدني بفكرة أضاعت لي درب العمل, بمعلومة أخذت حيّزها في

العمل, بكلمة طيبة وابتسامة صادقة جدت بداخلي طاقة العمل, بدعوة خالصة

لجميع خالص الشكر و التقدير .

سعيد قارة

اهداء

- إلى روح أختي الطاهرة "كريمة" رحمها الله.
 - إلى والديّ العزيزين أطال الله عمريهما و مدّهما بالصحة و العافية.
 - إلى أفراد أسرتي و عائلتي و جميع الأهل و الأقارب كلّ فرد باسمه.
 - إلى كوكبة الأصدقاء و الأحباء.
 - إلى زملاء الدراسة و زملاء العمل من عشنا سوياً ساعات الجدّ و العمل و أكسبناها طابع الأخوة.
 - إلى كل من حمل مشعل العلم و أنار به للمجتمع.
 - إلى كل من عرف سعيد قارة من قريب أو بعيد.
 - إلى كل من أضاء زوايا معتمةً في دربي .
- من قلبي أهدي للجميع هذا العمل آملاً من الله العليّ القدير أن يعم بنفعه على الجميع .

سعيد قارة

2014

فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
فهرس المحتويات	أ
فهرس الجداول	خ
فهرس الأشكال	ذ
مقدمة	1

- الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

1- الإشكالية	5
2- الفرضيات	9
3- دوافع إختيار الموضوع	10
4- أهمية الدراسة	10
5- هدف الدراسة	10
6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة	11
6-1- مصدر الضبط الصحي	11
6-2- فعالية الذات	12
6-3- تقبل العلاج	12
6-4- إرتفاع ضغط الدم الأساسي	13

الفصل الثاني: مصدر الضبط الصحي.

1- نظرية التعلم الإجتماعي	15
2- المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الإجتماعي	15
3- مصدر الضبط	18
3-1- تعريف مصدر الضبط	18
4- مصدر الضبط الداخلي/مصدر الضبط الخارجي	19

- 20 1-4- مصدر الضبط الداخلي
- 20 2-4- مصدر الضبط الخارجي
- 20 5- الصفات و السمات المميزة لأفراد مصدر الضبط الداخلي و الخارجي.
- 24 6- المكونات الفرعية لمصدر الضبط
- 25 7- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط
- 27 8- أبعاد مصدر الضبط
- 29 9- مصدر الضبط الصحي
- 29 1-9- تعريف مصدر الضبط الصحي
- 30 10- مقياس مصدر الضبط الصحي
- 31 11- أنماط مصدر الضبط الصحي
- 32 12- مصدر الضبط الصحي و السلوكات الصحية
- 34 - خلاصة الفصل

الفصل الثالث: فعالية الذات.

- 36 1- النظرية الاجتماعية المعرفية
- 38 2- فعالية الذات
- 38 1-2- تعريف فعالية الذات
- 39 3- فعالية الذات و بعض المفاهيم ذات الصلة
- 39 1-3- الذات
- 40 2-3- تقدير الذات, مصدر الضبط, نتائج التوقعات
- 40 4- التوقعات
- 40 1-4- توقعات الفعالية
- 40 2-4- توقعات النتائج
- 42 5- فعالية الذات المدركة
- 43 6- فعالية الذات العامة
- 44 7- أبعاد فعالية الذاتية

- 8- مصادر فعالية الذات 45
- 9- تأثير فعالية الذات في السلوك الإنساني 46
- 10- المميزات والخصائص العامة لذوي فعالية الذات المرتفعة والمنخفضة 49
- 11- قياس فعالية الذات 50
- خلاصة الفصل 51

الفصل الرابع: تقبل العلاج.

- تمهيد 54
- 1- تعريف تقبل العلاج 56
- 1-1- التعريف اللغوي 56
- 2-1- التعاريف الإصطلاحية 56
- 2- تعريف عدم تقبل العلاج 58
- 3- النظريات المفسرة لتقبل العلاج 59
- 3-1- النوع الأول: نظرية (Anderson 1993) 59
- 3-2- النوع الثاني: المعتقدات الصحية 60
- 4- عوامل تقبل العلاج 64
- 4-1- عوامل تقبل العلاج حسب الباحثة Schneider 64
- 4-2- عوامل تقبل العلاج حسب المنظمة العالمية للصحة OMS 67
- 5- مراحل تقبل العلاج 72
- 6- تقبل العلاج ومرض ارتفاع ضغط الدم HTA 74
- 7- الوقاية (La prévention) 74
- 8- تقييم مستوى تقبل العلاج 75
- 9- تقرير (OMS 2003) حول تقبل العلاج (Adherence) 76
- خلاصة الفصل 77

الفصل الخامس: مرض إرتفاع ضغط الدم.

- 79 1- الجهاز القلبي الوعائي
- 79 1-1- القلب
- 81 2-1- الأوعية الدموية
- 82 3-1- الدم Le sang
- 82 2- الدورة الدموية
- 83 3- الضغط الدموي أو الضغط الشرياني
- 84 4- إرتفاع ضغط الدم
- 84 4-1- أرقام قياسات ضغط الدم
- 85 5- قياس ضغط الدم
- 85 5-1- تقنيات و وسائل القياس في العيادة
- 85 5-2- القياس الذاتي
- 86 6- أنواع مرض ضغط الدم
- 86 6-1- إرتفاع ضغط الدم الأساسي
- 86 6-2- إرتفاع ضغط الدم الثانوي
- 88 7- أعراض مرض إرتفاع ضغط الدم
- 88 8- العوامل المساعدة على الإصابة بمرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي ...
- 89 9- مضاعفات مرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي
- 90 10- علاج مرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي
- 90 10-1- إتباع السلوكات الصحية
- 90 10-2- العلاج الدوائي
- 94 - خلاصة الفصل

الفصل السادس: علاقة مصدر الضبط الصحي بفعالية الذات وتقبل العلاج.

- 1- العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و فعالية الذات.....96
* استنتاج وتعليق.....99
- 2- العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج99
* استنتاج وتعليق.....105
- 3- العلاقة بين فعالية الذات وتقبل العلاج105
* استنتاج وتعليق.....106
- خلاصة الفصل107

- الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل السابع: منهج وإجراءات الدراسة.

- 1- منهج الدراسة.....110
- 2- أدوات الدراسة111
- 1-2- إستبيان مصدر الضبط الصحي111
- 2-2- إستبيان فعالية الذات112
- 3-2- إستبيان تقبل العلاج.....112
- 3- الخصائص السيكومترية للإستبيانات113
- 4- العينة.....120
- 1-4- خصائص العينة121
- 5- حدود الدراسة124
- 6- الأساليب الإحصائية.....124

- الفصل الثامن: عرض ومناقشة النتائج.

- أولاً: عرض النتائج.....126
- 1- الفرضية الأولى.....126
- 2- الفرضية الثانية.....127
- 3- الفرضية الثالثة.....128

129	4- الفرضية الرابعة.....
129	5- الفرضية الخامسة.....
130	6- الفرضية السادسة.....
131	7- الفرضية السابعة.....
131	8- الفرضية الثامنة.....
133	ثانياً: مناقشة النتائج
133	1- مناقشة الفرضية الأولى.....
133	2- مناقشة الفرضية الثانية.....
134	3- مناقشة الفرضية الثالثة.....
134	4- مناقشة الفرضية الرابعة.....
135	5- مناقشة الفرضية الخامسة.....
136	6- مناقشة الفرضية السادسة والسابعة.....
136	7- مناقشة الفرضية الثامنة.....
139	خاتمة.....
142	الإقتراحات.....
144	ملخص الدراسة بالعربية.....
146	ملخص الدراسة بالإنجليزية Abstract.....
	المراجع
149	المراجع بالعربية.....
151	المراجع بالأجنبية.....
	الملاحق

فهرس الجدول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
22	الفروق بين أفراد مصدر الضبط الداخلي/الخارجي.	1
65	العوامل السيكولوجية -المعرفية - الإنفعالية الوجدانية.	2
66	عوامل المحيط (العوامل البيئية).	3
66	العوامل المرتبطة بالدواء وبالمرض.	4
68	دراسة حول العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المتقبلي العلاج.	5
68	دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج.	6
84	أرقام قياسات ضغط الدم.	7
92	الفصيلة الدوائية والدواء المنتمي إليها.	8
113	معاملات الارتباط بين بنود البعد الداخلي والدرجة الكلية للبعد.	9
114	معاملات الارتباط بين بنود بعد ذوي النفوذ والدرجة الكلية للبعد	10
115	معاملات الارتباط بين بنود بعد الحظ والدرجة الكلية للبعد.	11
116	معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي.	12
117	معاملات الارتباط لأبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي المحسوبة عن طريق التجزئة النصفية.	13
117	معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية لاستبيان فعالية الذات.	14
121	الخصائص العامة للعينة.	15

121	توزيع العينة حسب الجنس.	
122	توزيع العينة حسب الفئات العمرية.	17
122	توزيع العينة حسب مدة المرض.	18
123	توزيع العينة حسب الحالة العائلية.	19
123	توزيع العينة حسب المستوى التعليمي.	20
126	نتائج الفرضية الأولى.	21
127	العدد والنسب المئوية للمرضى من مختلف الأبعاد.	22
128	نتائج الفرضية الثانية.	23
128	نتائج الفرضية الثالثة.	24
129	نتائج الفرضية الرابعة.	25
130	نتائج الفرضية الخامسة.	26
130	نتائج الفرضية السادسة.	27
131	نتائج الفرضية السابعة.	28
132	نتائج الفرضية الثامنة.	29

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
29	مخطط توضيحي للأبعاد الثلاثة لـ (1973) Levenson .	1
37	مبدأ الحتمية المتبادلة.	2
42	الفرق بين توقعات الفعالية وتوقعات النتائج.	3
44	النموذج النظري للقيمة- التوقع.	4
64	المفاهيم والمتغيرات الرئيسية الحديثة لنموذج المعتقدات الصحية HBM.	5
69	مخطط بياني يبين العلاقة بين مدة العلاج ونسبة تقبل العلاج.	6
73	نموذج Prochaska et Diclemente لمراحل تقبل العلاج.	7
80	مقطع طولي للقلب.	8
83	الدورة الدموية الكبرى والصغرى.	9

مقدمة

مقدمة:

تعتبر الصحة كمفهوم و موضوع مركز الإهتمام الأساسي لدى الإنسان, وبخاصة الإنسان المريض الذي يزيد استبصاره لها مقارنة بالإنسان المعافى, وهي أيضا من الإهتمامات الكبرى للعلماء والباحثين في مجالات الصحة المختلفة.

ولقد تطور البحث في الصحة وفي العوامل المسببة لها, وذلك من خلال تجاوز العلماء والباحثين للنظرة الكلاسيكية للصحة والمرض, حيث أصبح ينظر للصحة والمرض على أساس كل متكامل من العوامل البيوبسيكوسوسيولوجية التي تسهم فيهما (الصحة والمرض) واحتوت هذه المفاهيم في تخصص جديد هو علم النفس الصحة, الذي يعنى بدراسة السلوك الإنساني في إطار الصحة والمرض.

وكثيرة هي المواضيع المتناولة بالدراسة في علم النفس الصحة كالسلوكات الصحية, سلوكات الخطر, المساندة الإجتماعية, المناعة النفسية العصبية, تقبل العلاج,....إلخ.

ومن بين مواضيع علم النفس الصحة التي أثارت الفضول العلمي للباحث, موضوع: "مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي", وهو موضوع يتناول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده و فعالية الذات, والعلاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده وتقبل العلاج, والعلاقة بين فعالية الذات وتقبل العلاج, وهي كلها متغيرات ذات أبعاد نفسية إجتماعية لها تأثيرها على السلوك الصحي من خلال المعالجة المعرفية للمريض, فمصدر الضبط الصحي الذي يشير إلى إعتقاد المريض في العوامل الداخلية أو الخارجية المحددة لصحته, له انعكاساته على السلوك الصحي للمريض مثل سلوك تقبل العلاج- الذي يشير إلى انتظام المريض في اتباعه للدواء وللنصائح والإرشادات الطبية, والقيام بالسلوكات الصحية- وذلك من خلال معالجته المعرفية المستمدة من تبني بعد معين من أبعاد مصدر الضبط الصحي, كما أن فعالية الذات التي تعني ثقة الفرد في قدراته وكفاءاته على إنجاز المهمات الصعبة, لها تأثيرها أيضا على صحة المريض وعلى السلوك الصحي من خلال

ميكانيزم المعالجة المعرفية, ومن هنا يظهر دور هذه المتغيرات المتناولة بالدراسة على صحة المرضى, لا سيما المرضى المزمنين.

وقد حاول الباحث في هذه الدراسة الإحاطة بمتغيرات الموضوع, وعلية فقد وقعت الدراسة في جانبين:

- الجانب النظري الذي احتوى ست فصول هي على التوالي: التعريف بإشكالية وموضوع الدراسة, مصدر الضبط الصحي, فعالية الذات, تقبل العلاج, مرض إرتفاع ضغط الدم, علاقة مصدر الضبط الصحي بفعالية الذات وتقبل العلاج.

- الجانب التطبيقي الذي احتوى الفصل السابع و الفصل الثامن اللذين هما على التوالي: منهج وإجراءات الدراسة, عرض ومناقشة النتائج.

واختتم الباحث الدراسة بخاتمة تلتها مجموعة من الإقتراحات, ثم قائمة المراجع.

كما وضع بين أيدي الطلبة والباحثين في الملاحق, إستبيان تقبل العلاج المصمم من طرفه, والذي تم ترجمته للغتين الإنجليزية والإيطالية, وذلك بغية الإستفادة منه في الدراسات اللاحقة.

و يبقى هذا العمل المتواضع جهدا بشريا يحتمل السهو, النقص, على الرغم من بذل الجهد الكبير على أن يكون عملا كاملا.

وفي الأخير نسأل الله التوفيق.

الجانب النظري

الفصل الأول:
التعريف بإشكالية وموضوع
الدراسة

1- الإشكالية:

تعد الأمراض المزمنة من الأمراض التي ترافق المريض طوال حياته والتي تحتّم عليه مسايرتها و مراقبتها يوميا لسنوات طويلة, الأمر الذي يستوجب تحكما ذاتيا من طرف المريض للقدرة على ممارسة الوقاية من الدرجة الثانية لتفادي التعقيدات المرضية. و يعرف (Rodin 1986) الإحساس بالتحكم الذاتي على أنه: "الإعتقاد بامتلاك القدرة الكافية لتحقيق الأهداف و الرغبات وتجنب المواقف غير المناسبة", و هو يلعب دورا وقائيا في تخفيف ضغوط الحياة و يسهل تبني أنماط حياة صحية, وفي المقابل فإن العجز المدرك في التحكم الذاتي يكون مصحوبا بضغط متزايد و شعور أقل بالتمتع بالصحة الجسدية. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 229)

و ترى (Bruchon-Schweitzer, p.230) أن مفهوم التحكم الذاتي في علم النفس الصحة, علم النفس الإجتماعي, علم النفس التنظيمي, هو مفهوم واسع يشير إلى مفاهيم أخرى من بينها مصدر الضبط وفعالية الذات.

و التكلم عن مصدر الضبط في سياق الأمراض المزمنة يقودنا للتكلم عن مصدر الضبط الصحي, الذي يعد من التصورات النظرية التي انبثقت عن مصدر الضبط لجوليان روتر(1966) ضمن نظريته التعلم الإجتماعي, و الذي يعرف على أنه: "اعتقادات الأفراد حول من, أو ما هو العامل المحدد لحالتهم الصحية". (Wallston, 1982, p. 56).

ويختلف الأفراد في اعتقاداتهم فمنهم من يملك إعتقاد داخلي و منهم من يملك اعتقاد خارجي, كما يختلفون أيضا في الخصائص المميزة لهم, حيث أظهرت الدراسات أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي يتميزون بصحة جيدة (جسمية و نفسية) و أيضا بفعالية أكثر في القيام بالسلوكات الصحية, في حين أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي يتميزون بتدهور خفيف في الصحة الجسمية مقارنة بالأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي, و بفعالية منخفضة في القيام بالسلوكات الصحية.

و بملاحظة خصائص كل من الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي والخارجي نجد أن من بين أهم الفروق هي فروق في الفعالية الذاتية في القيام بالسلوكات الصحية, وتشير الفعالية

الذاتية التي جاء بها باندورا (1977) ضمن نظريته النظرية المعرفية الإجتماعية إلى: " معتقدات الأفراد حول إمكانيتهم لإنتاج مستويات معينة من الأداء والتي تمارس تأثيرا في حياتهم" (Bandura, 1994, p. 2).

ولقد اهتم الباحثون بدراسة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات مثل دراسة (2007) ha-ju young و دراسة (Wu, Tang and Kwok) ودراسة (Waller et Battes, 1992), وغيرها من الدراسات التي أكدت نتائجها وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات.

و كما ربط الباحثون مصدر الضبط الصحي بفعالية الذات فإنهم ربطوه أيضا بتقبل العلاج وهو المفهوم الذي يعتبر المشكل الأساسي عند المرضى المزمنين، إذ تشير دراسات المنظمة العالمية للصحة (OMS) إلى أن قرابة 50% فقط من المرضى المزمنين في البلدان المتطورة، وأقل من هذه النسبة (أي أقل من 50%) من هؤلاء المرضى في البلدان النامية، يتقبلون علاجهم ويلتزمون به، في المقابل فإن نسب المرضى المزمنين غير متقبلي العلاج في البلدان المتطورة و النامية، تتراوح بين 50-55% (OMS, 2003, p. 7).

ومن بين الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارًا في العالم، نجد مرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي (l'hypertension artérielle essentielle) أو كاختصار (HTA)، والذي يشكل 90-95% من مرض إرتفاع ضغط الدم، ففي إحصائيات لـ (OMS, 2003) أشارت إلى وجود 600 مليون شخص في العالم مصابا بارتفاع ضغط الدم الأساسي، ويتوقع خبراء من المنظمة أن يصل عدد المرضى بـ (HTA) إلى 1.5 مليار بحلول سنة 2025، و24 مليون حالة وفاة بالأمراض القلبية الوعائية وبالجلطة الدماغية Accident vasculaire cérébral (AVC) لسنة 2030، كمضاعفات أساسية لمرض إرتفاع ضغط الدم (Kourta, 2004)

- في فرنسا يوجد 14.4 مليون شخصا أكبر من 35 سنة، مصابا بارتفاع ضغط الدم الأساسي، منهم 7.6 ملايين يعالجون و يتابعون علاجات محددة، و6.8 ملايين لا يعالجون ولا يتبعون أي علاج أو دواء

. (French league against hypertension survey/FLAHS/, 2006)

- وفي سويسرا أشارت الرابطة السويسرية لأمراض القلب، أن شخصا من بين 7 أشخاص راشدین مصابا بارتفاع ضغط الدم الأساسي (HTA) أي قرابة 500 ألف مريض بـ(HTA)، وأن 2/3 (ثلثي) هذا العدد من المرضى لا يتقبلون علاجهم .(Fondation suisse de cardiologie /FSC/)

- بينما في الجزائر فإن الإحصائيات التي أجرتها الجمعية الجزائرية لمرضى ارتفاع الضغط الدموي (SAHA) لسنة 2003، أشارت إلى أن 35% من الأشخاص البالغين 18 سنة فما فوق، مصابون بارتفاع ضغط الدم الأساسي (HTA)، أي أن 7 ملايين شخص مريض بـ(HTA) في الجزائر، ومريض من بين 5 مرضى لا يتقبل علاجه، وتحصي الجزائر سنويا حسب ما أشارت إليه (SAHA)، 16 ألف حالة وفاة بالجلطة الدماغية (AVC) كمضاعف رئيسي لـ (HTA) (Ait Hamlat, 2007) .

- وعن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج, فقد أجريت دراسات عديدة منها دراسة (Kurita et Mattos Pimenta, 2004). و دراسة (Carrijo et Dela Coleta, 2004) و دراسة (Omeje et Nebo) بعنوان: " تأثير مصدر الضبط على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم", والتي خلصت نتائجها أن المرضى ذوو مصدر الضبط الصحي الداخلي كانوا أكثر التزاما بالدواء من المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي.(Omeje et Nebo, 2011).

و كثيرة هي الدراسات حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج و التي لوحظ فيها اختلاف نتائجها, فمنها من أكدت وجود علاقة بين أحد أبعاد مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج و منها من نفت هذه العلاقة, و هذا بدوره يمكن أن يرجع إلى خصائص العينة أو إلى البيئة التي أجريت فيها الدراسة, أو إلى تداخل عوامل أخرى مثل عوامل فعالية الذات, فالإعتقاد بالفعالية الذاتية يعد من المحددات الضرورية لتقبل العلاج عند المرضى المزمنين, فتوقع السيطرة على الصحة المقترن بالمعرفة بالعلاج هما من بين العوامل التي يمكن أن تنبئ بالإلتزام (تقبل العلاج) عند مرضى الضغط الدموي, و مرضى

السكري, ومرضى الكلى على حد سواء. (شيلي تايلور, 2008, ص. 647), وهذا ما توصلت إليه دراسة رحاحية (2010) حول علاقة تقبل العلاج بالفعالية الذاتية على مرضى السرطان والتي أكدت وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات.

و من كل هذه الدراسات التي قام بها الباحثون- كل على حدى- حول العلاقة بين الثنائيات التالية: (مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات), (مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج) و(فعالية الذات و تقبل العلاج), يجمع الباحث هذه الثنائيات في دراسات واحدة, محاولا معرفة العلاقة بينها من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هو البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي للحظ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي للحظ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين فعالية الذات و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

2- الفرضيات**2-1- الفرضية الأولى:**

- البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي هو البعد الخارجي لذوي النفوذ.

2-2- الفرضية الثانية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2-3- الفرضية الثالثة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي

النفوذ وفعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2-4- الفرضية الرابعة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي

للحظ وفعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2-5- الفرضية الخامسة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي

الداخلي و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2-6- الفرضية السادسة: - لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي

لذوي النفوذ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2-7- الفرضية السابعة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي

للحظ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2-8- الفرضية الثامنة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات و تقبل العلاج

لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

3- دوافع إختيار الموضوع:

كانت هناك جملة من الأسباب التي دفعت الباحث لاختيار هذا الموضوع منها:
 - إستكمال دراسة متغير تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي, وهو الموضوع الذي سبقت دراسته من طرف الباحث في مذكرة الماجستير, مع إدخال متغيرات أخرى (مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات) و دراسة العلاقة الارتباطية بين كل هذه المتغيرات.

- أهمية الموضوع و متغيراته.

- إلمام الباحث بمتغيرات الدراسة كل على حدا.

- فضول ورغبة كبيرين في التطرق للموضوع بالدراسة.

4- أهمية الدراسة: تكتسي الدراسة أهمية بالغة كونها تتناول بالدراسة متغيرات لها إنعكاسات على صحة المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي, إذ أن التحكم فيها بالضبط و التعديل يحدد السلوك الصحي للمريض, وهي مفاهيم تحاول الدراسة كغيرها من الدراسات المتناولة في علم النفس الصحة نشرها و إعطائها أهمية, سواء من طرف المريض أو أسرته أو الفريق الطبي أو الشبه الطبي,... إلخ, وذلك لما لها من تأثيرات على ظهور السلوك الصحي أو السلوك المرضي, في إطار شامل تفهم من خلاله الصحة و المرض على أنها نتاج مجموعة من العوامل البيولوجية والبيكولوجية والإجتماعية.

5- هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى العينة المتناولة بالدراسة, كما تهدف إلى دراسة العلاقات بين المتغيرات المتناولة بالدراسة, أي هل توجد علاقة أم لا توجد بين:

- مصدر الضبط الصحي الداخلي و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- مصدر الضبط الصحي للحظ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- مصدر الضبط الصحي الداخلي و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- مصدر الضبط الصحي للحظ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- فعالية الذات و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

يعرف قاموس الخدمة الإجتماعية و الخدمات الإجتماعية، التعريف الإجرائي على أنه: " وصف محدد للظاهرة وكيف تدرس في مفاهيم توضح كيف سيتم قياس هذه الظاهرة" (زررواتي، 2002، ص. 86).

إذا لا بد من أن نعرف المفاهيم والمصطلحات الواردة في عنوان الدراسة تعريفًا إجرائيًا، حتى يتضح مفهومها و تتضح كيفية دراستها وقياسها.

6-1- مصدر الضبط الصحي: Le lieu de contrôle de la santé

- Health locus of control

يعرف الباحث مصدر الضبط الصحي إجرائيًا على أنه:

- إعتقاد الفرد في العوامل المحددة لصحته, وهي تختلف باختلاف الأفراد فمنها العوامل الداخلية و العوامل الخارجية المرتبطة إما بنفوذ الآخرين أو بعوامل الحظ.

- الدرجات التي يحصل عليها الفرد في الأبعاد الثلاثة لمقياس الضبط الصحي المعد إلى العربية من طرف جبالي نور الدين.

-2-6- فعالية الذات: L'auto-efficacité

- Self-efficacy

يعرف الباحث فعالية الذات على أنها:

- قدرة الفرد وثقته المدركة بقدراته الشخصية على إنجاز المهمات الصعبة أو المهمات التي يريد إنجازها في المواقف المختلفة.

- الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس فعالية الذات لشفارتسر و المعد إلى العربية من طرف سامر جميل رضوان.

وبذلك فإن التعريف الإجرائي الذي يتبناه الباحث هو المقصود به فعالية الذات العامة لشفارتسر.

-3-6- تقبل العلاج: L'observance thérapeutique

- Adherence to treatment

يعرف الباحث تقبل العلاج إجرائيا على أنه:

إنتظام والتزام المريض فيما يخص إتباعه لتعليمات وإرشادات الطبيب أو المعالج المتمثلة في:

- أخذ الدواء بانتظام مع احترام الجرعات والأوقات.

- إحترام المواعيد الطبية.

- الإبتعاد عن سلوكات الخطر (التدخين، شرب الكحول).

- القيام بالسلوكات الصحية المتمثلة في:

* الإمتناع عن التدخين وشرب الكحول.

- * القيام بمراقبة الحالة الصحية للفرد بنفسه، وهنا في حالة دراستنا المتضمنة عينة من المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، تتضح المراقبة الصحية للأفراد لأنفسهم من خلال القياس المستمر والدوري لضغط دمهم وتسجيله في دفاترهم الصحية.
- * إتباع نمط حياة ملائم من خلال تخفيف الوزن و إتباع حمية غذائية مناسبة.
- * ممارسة الرياضة.
- * الإبتعاد عن الضغوط.

-4-6- ارتفاع ضغط الدم الأساسي: L'hypertension artérielle essentielle

- Essential high blood pressure

ليس هناك إختلاف في التعاريف الخاصة بمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي، وذلك راجع إلى تبني كثير من البحوث، التعريف الذي جاءت به المنظمة العالمية للصحة لمرض ارتفاع ضغط الدم بأنواعه و مستوياته، ومنه فإن التعريف الإجرائي الذي يضعه الباحث، لا يخرج عن الإطار العام لتعريف OMS لمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي وهو: الإرتفاع في أرقام قياسات أو درجات ضغط الدم المتدفق عبر الشرايين، وهو إرتفاع تُجهل أسبابه وعوامله.

وفي كل عملية لقياس ضغط الدم نحصل على قراءتان أو ضغطتان:

- **ضغط الدم الإنقباضي (Systolique):** وهو ضغط الدم الناتج عن كل ضخة قلب، وهو يمثل القراءة الكبرى، ويعتبر ضغط الدم الإنقباضي ضغطا عاليا إذا كانت القراءة تفوق 14 سم (140 ملليمتر زئبقي).

- **ضغط الدم الإنبساطي (Diastolique):** وهو ضغط الدم الناتج بين كل ضختين للقلب، ويمثل القراءة الصغرى، ويعتبر ضغط الدم الانبساطي ضغطا عاليا إذا كانت القراءة تفوق 9 سم (90 ملليمتر زئبقي).

وبالنسبة لدراستنا، فسوف يتم إعتبار مرض ضغط الدم الأساسي على أنه إرتفاع ضغط دم إنقباضي وإنبساطي، أي مستوى الضغط الدموي أكبر أو يساوي (140/90) ملليمتر زئبقي.

الفصل الثاني: مصدر الضبط الصحي

يعتبر مصدر الضبط لـ"جوليان روتر" (1966) Julian Rotter من التصورات النظرية الهامة المنبثقة عن نظرية التعلم الإجتماعي (1954, 1955).

و قبل التطرق إلى مصدر الضبط, يعرض الباحث لمحة عن نظرية التعلم الإجتماعي.

1- نظرية التعلم الإجتماعي.

تمثل نظرية التعلم الإجتماعي التي صاغها Julian M, Rotter لأول مرة في كتابه " التعلم الإجتماعي وعلم النفس الإكلينيكي" سنة 1954, نظرية تدمج في مفاهيمها نظريات المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية, ويقول روتر عنها بأنها: " نظرية تعلم إجتماعي لأنها تؤكد على الحقيقة القائلة بأن أشكال السلوك الأساسية أو الرئيسية يجري تعلمها في المواقف الإجتماعية, وهي تلتحم بصورة لا فكاك فيها مع الحاجات التي يتطلب إرضاؤها توسط أشخاص آخرين". (حجاج, 1986, ص. 189).

و تقوم نظرية التعلم الإجتماعي على عدة إقتراضات منها:

- إعتبار الشخصية وحدة متكاملة.
- الشخصية في تفاعل مع البيئة والمواقف التي يحدث فيها السلوك الإنساني الهادف.
- السلوك الإجتماعي سلوك متعلم و ليس وراثي. (محمد سليمان, 2009, ص. 494).

2- المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الإجتماعي: لنظرية التعلم الإجتماعي جملة من

المفاهيم المكونة لها و التي تميزها عن غيرها من النظريات وهي:

1-2- إمكانية السلوك Le comportement potentiel:

وهو مفهوم نسبي يستند إلى احتمال قيام الإنسان بالإستجابة بطريقة ما مقارنة بأنماط السلوك البديلة المتاحة, ويعرف Rotter إمكانية السلوك بأنه:

"القدرة الكامنة لأي سلوك يحدث في أي موقف من المواقف, أو في أكثر من موقف كما هو محسوب بالنسبة لأي شكل أو مجموعة أشكال من أشكال التعزيز (التدعيم)." (حجاج, ص. 191).

أي أن إمكانية السلوك تعني إمكانية استجابة الإنسان في المواقف المختلفة مقارنة بأنماط السلوك البديلة, استجابة بتعزيز أم بدون تعزيز.

2-2- التوقع L'expectation:

يعرف Rotter التوقع على أنه " الإحتمالية الموجودة لدى الفرد بأن تعزيرنا معينا سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في موقف أو مواقف معينة, و يكون التوقع مستقلا بشكل منتظم عن قيمة أو أهمية التعزيز". (عبد العزيز موسى, 1988, ص. 224).

ونقلا عن جبالي (2007), فإن التوقع في نظرية التعلم الإجتماعي هو احتمال ذاتي وله محددان:

أ- الإحتمالية القائمة على تاريخ الشخص المعني في مجال التعزيز بما في ذلك عوامل الحداثة والنمذجة, وإدراك ذلك الشخص بطبيعة صلة الوصل السببية بين السلوك والتعزيز.

ب- تعميم التوقعات من سلاسل السلوك والتعزيزات الأخرى ذات العلاقة المعممة (ص. 39-40).

2-3- قيمة التعزيز (التدعيم) La valeur du renforcement: يعرف Rotter قيمة

التعزيز على أنها : "درجة تفضيل المرء ورغبته في حصول تعزيز (تدعيم) ما, إذا كانت فرص حصول أشكال التعزيز الأخرى البديلة متساوية". (حجاج, ص. 192).

أي أن قيمة التعزيز لها أثر كبير لكن تأثيرها يظهر أكثر أمام البدائل المتساوية.

4-2- المحددات الأساسية للسلوك Les déterminants basiques du comportement : comportement

إحتمال حدوث السلوك يتحدد أساسا بفعل متغيرين هما: التوقع, وقيمة التعزيز (التدعيم). (حجاج, ص. 192).

أي أن محددات السلوك هي التوقع وقيمة التعزيز.

5-2- الموقف السيكولوجي La situation psychologique :

إن السلوك عبارة عن محصلة من التفاعل مع البيئة الداخلية و الخارجية للإنسان والذي يبني من التجارب السابقة له, فالتجارب السابقة للإنسان يتم استعمالها في المواقف المختلفة بما فيها الموقف السيكولوجي الذي يثير الفرد للتعلم بناء على تجاربه السابقة.

ويرى الباحث أن مفهوم الموقف السيكولوجي في نظرية التعلم الإجتماعي, شبيه بمفهومي الإستيعاب و المواءمة ضمن قوانين الإدراك في نظرية النمو المعرفي لـ "جان بياجيه" Jean Piaget .

6-2- الحاجة Le besoin: تنقسم الحاجة إلى حاجات بيولوجية و حاجات سيكولوجية

و يعتقد روتر أن الحاجات السيكولوجية تنشأ من إشباع الحاجات البيولوجية.

وهو يقسم الحاجات إلى 6 فئات:

1- الحاجة إلى الإعراف و المكانة.

2- الحاجة إلى السيطرة.

3- الحاجة إلى الإستقلال.

4- الحاجة إلى الإعتماد على الآخرين.

5- الحاجة إلى الحب و العطف.

6- الحاجة إلى الراحة الجسمية. (عبد العزيز موسى, 1988, ص ص. 327-328).

ويظهر جليا أن هذه الفئات الستة تمثل الحاجات السيكولوجية.

3- مصدر الضبط. Le lieu de contrôle.

يعتبر مصدر الضبط أحد المفاهيم التي احتلت مكانة هامة في دراسات الشخصية, إذ ينظر علماء النفس المهتمون بنظرية التعلم الاجتماعي إلى مركز الضبط بوصفه متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية.(الأحمد, 2001, ص. 209).

3-1- تعريف مصدر الضبط:

يعرف (Rotter 1966) مصدر الضبط في نظريته التعلم الاجتماعي على أنه:
- " التعزيزات التي تمثل العلامات الأساسية لمواقف الفرد على المدى الطويل".

(Ozen Kutanis, Mesci, et Ovdur, 2011, p. 114)

- وحسب (Erdogan 2003) فإن هذا المفهوم يشمل فكرة بأن الأفراد خلال حياتهم يحللون الأحداث و المواقف, ويعتقدون أنها ناتجة عن سلوكياتهم, أو عن الحظ والقدر, أو عن قوى خارجية. (Ozen, et al, p. 114).

كما يعرفه روتر أيضا على أنه:

- " الدرجة التي من خلالها يدرك الفرد أن المكافأة أو التدعيم مضبوطة أو متحكم فيها إما بأفعاله (سلوكاته) وخصائصه الشخصية أو بقوى خارجية, أو قد تكون مستقلة عن سلوكه, بعبارة أخرى فإن مصدر الضبط هو مدى إدراك الفرد للعلاقة السببية بين سلوكه وبين ما يتبع هذا السلوك من مكافأة وتدعيم" (Rotter, 1966, p.2).

- " درجة توقع الأشخاص إما بأن التعزيز أو السلوك هو نتاج أفعالهم وتصرفاتهم أو خصائصهم الشخصية, أو هو توقع بأنه ناتج عن الحظ, أو القدر والمصير, أو تحت تأثير أشخاص آخرين ذوي النفوذ, أو غير متنبأ به". (Rotter, 1990, p. 489).

- و حسب (Strauser 2002) فإن مصدر الضبط يشير إلى معتقدات الأفراد في قدراتهم على ضبط أو مراقبة أحداث الحياة. (Ozen, et al, p. 115).

ويشير مصدر الضبط أيضا إلى:

- " تعميمات توقعات الفرد حول ما يحدث أو حول الأحداث اللاحقة, أي من هو المسؤول عما يحدث". (Acharya, 2008, p. 111).
- " المفهوم الذي يصف الأسلوب الذي من خلاله يدرك الفرد العلاقة بين أفعاله (سلوكاته) و نتائج أفعاله (سلوكاته)". (Jafari et Shahidi, 2009, p. 46)
- " درجة اقتناع الفرد بأنه يستطيع تحديد مصيره (ما يحدث له), أو أنه يمارس تأثيرا أو ضبطا على نفسه, فالناس يرون بأن القدرة على ممارسة الضبط موجودة إما في البيئة أو في أنفسهم, فمنهم من يعزو الضبط على الأحداث إلى أنفسهم (مصدر ضبط داخلي), ومنهم من يعزو الأحداث إلى قوى خارجية موجودة في البيئة (مصدر ضبط خارجي)". (Locus of Control, 2005, pp.81-82).

من خلال التعاريف السابقة لمصدر الضبط نستنتج أنه لا يوجد إختلاف في مفهوم مصدر الضبط, إذ أن كل التعاريف تتفق على أن مصدر الضبط هو درجة إعتقاد الفرد بأن سلوكاته هي إما نتاج أفعاله الخاصة (مصدر ضبط داخلي), أو هي نتاج تداخل عوامل أخرى خارجة عن سيطرته (الحظ, القدر, أشخاص آخرين), (مصدر ضبط خارجي).

4- مصدر الضبط الداخلي/مصدر الضبط الخارجي:

(Rotter (1966) جاء بمفهوم الضبط (الداخلي والخارجي) التي تفترض أن التعليم يقوي ويعزز الأشخاص في التحكم الداخلي أو الخارجي.

فالأشخاص ذوو مصدر الضبط الداخلي يعتقدون بأن التعزيزات والتحفيزات محددة و نابعة من سلوكياتهم, على عكس الأشخاص ذوو مصدر الضبط الخارجي الذين يعتقدون أنها (التعزيزات و التحفيزات) تأتيهم من الآخرين ومن عوامل أخرى خارجة عن سيطرتهم كالحظ, القدر, قوة الآخرين. (Lin et Tsay, 2005, p. 377).

فمصدر الضبط حسب روتر يحوي بعددين أساسيين بعد داخلي (مصدر الضبط الداخلي) وبعد خارجي (مصدر الضبط الخارجي), و يعرف أبو ناهية (1989 , ص. 61) هذين البعدين على أنهما:

1-4- مصدر الضبط الداخلي: " أن يدرك الفرد أن الأحداث تتوقف على سلوكه وخصائصه الشخصية الدائمة".

2-4- مصدر الضبط الخارجي: " أن يدرك الفرد أن الأحداث لا تتوقف كلية على تصرفاته و سلوكه الشخصي, و إنما هي نتيجة للحظ أو القدر, أو الآخرين الأقوياء".

5- الصفات و السمات المميزة لأفراد مصدر الضبط الداخلي و الخارجي: من خلال التعريفين السابقين لمصدر الضبط الداخلي و مصدر الضبط الخارجي, يلاحظ أنه يوجد إختلاف بينهما في مدى إعتقاد الفرد لسبب نتيجة سلوكه, هذا الإعتقاد يبين أن أفراد الضبط الداخلي يختلفون عن أفراد الضبط الخارجي في الصفات و السمات, فقد تبين من الدراسات التحليلية لمصدر الضبط لـ :

(1971) Joe , (1966) Lefcourt , (1966) Rotter أن الأفراد يختلفون في اعتقادهم في الضبط, فمنهم من لديه اعتقاد في الضبط الداخلي ومنهم من لديه اعتقاد في الضبط الخارجي, فأفراد الضبط الداخلي يبذلون محاولات جادة لضبط البيئة و السيطرة عليها بالإنتباه للمثيرات المختلفة والبحث عن المعلومات المتعلقة بهم, و لديهم القدرة على رؤية الإحتمالات والتوقعات, في حين أن الأفراد ذوي الضبط الخارجي يتميزون بالسلبية العامة وقلة المشاركة, والإفتقار إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على الأحداث, ويفشلون في توقعاتهم لهذه الأحداث وبالتالي يتصرفون بأسلوب غير ملائم. (أبو ناهية, 1987, ص. 185).

ويرى (2008) Gulveren أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يعتقدون بأن لهم دور كبير للسيطرة على الأحداث التي تسيطر على حياتهم, أكثر من ذلك فهم يقيمون أنفسهم

على أنهم يمتلكون السيطرة على المواقف التي تواجههم لامتلاكهم الأنا الإيجابي عن أنفسهم, ويؤمنون بأنهم يستطيعون تسيير حياتهم كما يرغبون هم, إضافة إلى أنهم:

- حذرين.

- يقظين.

- مسيطرين.

- مركزين على النجاح.

- لديهم الثقة بأنفسهم.

- بارعين و أذكياء. (Ozen, et al, p. 115) .

وينظر (1975) Rotter إلى الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي بأنهم يربطون الأحداث التي تؤثر على حياتهم بالإدراكات مثل الحظ, القدر, المال, التي هي خارجة عن سيطرتهم, إضافة إلى أنهم يؤمنون بأن الأحداث التي تؤثر على حياتهم لا يمكن التنبؤ بها أو التحكم فيها, ومن صفاتهم المميزة لهم أنهم:

- أقل حذرا.

- متأثرين بأعضاء الفريق.

- يتأثرون بسهولة بقوى خارجية.

- أقل ثقة بالنفس.

- أداءهم غير مستقر. (Ozen, et al, p. 116).

وفيما يلي يورد الباحث الجدول التالي الذي يوضح الفروق في الصفات و الخصائص التي تميز الأفراد ذوو مصدر الضبط الداخلي عن الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي, في متغيرات القدرات, المسؤولية, التغيير, البيئة, الضغط في العمل, الرضا في العمل والدافعية للعمل.

جدول رقم 1: الفروق بين أفراد مصدر الضبط الداخلي/الخارجي

المتغيرات	مصدر الضبط الداخلي	مصدر الضبط الخارجي
القدرات	- لديهم ميل لاختيار الأنشطة التي يمكن من خلالها عرض قدراتهم.	- يفضلون الأنشطة التي يمكن من خلالها إظهار عامل الحظ في حياتهم.
المسؤولية	- يحسون بأنهم مسؤولون عن قراراتهم الشخصية, وأن قدرهم (مصيرهم) غير متأثر بعوامل خارجة عن سيطرتهم بل بقدراتهم المحضة.	- يحاولون زيادة الظروف الجيدة في حياتهم, ومن ناحية أخرى يبذلون مجهودا لخفض مستوى الظروف السيئة.
التغيير	- يعتقدون بأن لديهم السيطرة على قدرهم وبالتالي التحكم في الأوضاع أثناء فترات التغيير.	- ينظرون عادة إلى التغيير على أنه خطر لأنهم لا يملكون التأثير على القوى التي تؤثر في حياتهم, وفي حالة التغيير يفضلون أن يكونوا محتوين ضمن مجموعة أفراد.
البيئة	- يستعملون الضبط في بيئتهم, يمتلكون مهارات تعليمية جيدة, لما يتعلق الأمر بمعلومات تخصصهم فإنهم يكونوا نشيطين في البحث عن المعلومات ويستعملونها بشكل جيد في حل المشكلات المعقدة.	- أقل امتثالا والتزاما في المواقف.

<p>العمال ذوو مصدر الضبط الخارجي لا يمكنهم المواجهة (تنمية استراتيجيات مواجهة جيدة مع الضغط أو الصعوبات)</p>	<p>- في حالة تعرضهم لضغط فإنه يمكن مساعدة العمال و الموظفين ذوي مصدر الضبط الداخلي لمواجهة الضغط والصعوبات الأخرى.</p>	<p>الضغط في العمل</p>
<p>لديهم ارتباط سلبي مع الرضا في العمل.</p>	<p>- الرضا في العمل لدى الأشخاص ذوي مصدر الضبط الداخلي أكثر منه لدى الأشخاص ذوي الضبط الخارجي.</p>	<p>الرضا في العمل</p>
<p>- ليست لديهم توقعات عن الأداء في العمل أو النجاح.</p>	<p>- يعتقدون غالبا أن جهودهم ستنتهي بأداء جيد. - عندهم ثقة بأنفسهم وبقدراتهم. - لديهم توقعات كبيرة بالأداء الجيد وبالنجاح.</p>	<p>الدافعية للعمل</p>

(Ozen et al., pp. 116-117)

من خلال تحليل الجدول نلاحظ بأن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يتمتعون بمهارات وضبط تام للأحداث في (البيئة، العمل، الرضا في العمل، التحكم في الضغط)، لديهم رضا في العمل، يملكون الثقة بأنفسهم و بقدراتهم، يظهرون استراتيجيات مواجهة فعالة للتغلب على الضغط، لديهم دافعية قوية، وهذا مقارنة بالأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي الذين لا يتحكمون في أحداث حياتهم و لا على البيئة المحيطة بهم.

و هذا يتوافق مع نتائج دراسات (Rotter et Mulry, 1965 ; Efran, 1963 ; Franklin, 1963 ; Lefcourt et Laswig).

حول العلاقة بين البعد الداخلي والخارجي, ودافعية الإنجاز والتي بينت دافعية قوية للأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي.(Wang, Kick, Fraser et Burns, 1999, p. 284).

كما و تتفق أيضا مع ما جاء عن (Marks, 1988) بحيث ترى بأن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يملكون تعزيزات فعالة و ذات أثر لأنهم يعتقدون أنهم يملكون السيطرة على التعزيزات, و لخفض أو زيادة التعزيزات فإنهم يستطيعوا تغيير سلوكياتهم بسهولة, في المقابل فالأفراد ذوو مصدر الضبط الخارجي هم أقل احتمالية لتغيير سلوكياتهم لأنهم لا يؤمنون بأن تغيير سلوكياتهم سيكون له أثر على التعزيزات. (Daum et Wiebe, 2003, p. 8).

ويظهر جليا أن أفراد الضبط الداخلي أفراد فعالين, نشيطين (Actifs), في حين أن أفراد الضبط الخارجي هم أفراد خاضعين (Passifs).

6- المكونات الفرعية لمصدر الضبط: حدد روتر المكونات الفرعية لمصدر الضبط كما يلي:

1-6- التمكن: إعتقاد الفرد بأن ما يحدث له في بيئته أو في حياته الشخصية هو محصلة للعمل الذي يقوم به, فهو بذلك قادر على القيام بجميع نشاطات الحياة التي نتائجها تكون متعلقة بما يفعله هو.

2-6- أصحاب النفوذ: إعتقاد الفرد بأن أصحاب النفوذ أو السلطة (آباء, معلمين, مديرين, مسؤولين,... إلخ) هم المقررين لما يحدث له في حياته.

3-6- القدرية: إعتقاد الفرد بأن كل ما يحدث له هو نتيجة القدر, و أنه ليس بإمكانه تغيير ما يحدث له مهما فعل.

4-6- العالم العادل: إعتقاد الفرد بأن الحياة في هذا العالم يحكمها العدل, و أن كل ما يحدث له في هذه الحياة من مكافأة أو عقاب هو نتيجة عمله.

5-6- العجز: إعتقاد الفرد بأنه غير قادر و غير كفاء في الحياة فهو عاجز في الحياة الإجتماعية, العلائقية, العملية, و أن أصدقائه أقوى منه, فهو ينظر إلى نفسه أنه عاجز و غيره قادر و قوي.

6-6- العالم الصعب: إعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به صعبة ومعقدة و لا يمكن التحكم فيها.

6-7- الضبط العام أو الداخلية العامة: إعتقاد الفرد بأن ما يحدث له في حياته هو نتيجة أفعاله, و أنه بإمكانه تقرير ما سيحدث له في حياته انطلاقاً من أفعاله و سلوكياته.

6-8- العالم المستجيب سياسياً: إعتقاد الفرد بأن ما يحدث في بيئته هو نتيجة لقوى لها نفوذ و سلطة و بالتالي فإنه ليس بإمكانه التأثير على الأحداث السياسية في بيئته.

6-9- الفرصة: إعتقاد الفرد بأن الحياة فرصة, وكل ما يحدث له في حياته من أشياء إيجابية هو نتيجة للحظ والفرصة.(الخرندار, 2000, ص ص. 11-12).

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

1-7- السن, المعاملة الوالدية: كشفت دراسات عديدة لـ (Nawicki et Spigal (1974), Crandal et al (1965), Wichern et Wowicki (1976), Rohner et al (1980)

أن الضبط الداخلي يزداد مع التقدم في عمر الطفل, و أن للبيئة والعلاقة مع الوالدين دور هام في نمو و تحديد الضبط الداخلي- الخارجي للطفل, فالأطفال الذين يتلقون الحب و الدعم و التشجيع الوالدي و الذين يدركون أنفسهم على أنهم مقبولين من خلال علاقتهم مع الوالدين, يزداد نمو الضبط الداخلي لديهم في عمر 9-11 سنة, في حين أن الأطفال الذين يدركون أنفسهم على أنهم منبوذون ويعانون من

الإهمال والنقد لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر. (أبوناهية, 1987, ص ص. 187-188).

كما أظهرت دراسة (Lao 1974) أن هناك زيادة في الضبط الداخلي من مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد, ثم استقرار الإعتقاد في الضبط في مرحلة وسط العمر (أبوناهية, ص. 188).

2-7- الفروق بين الجنسين: أجريت دراسات عديدة حول الفرق بين الجنسين في مصدر الضبط, غير أن نتائج هذه الدراسات لم تكن موحدة فيما يخص وجود فروق من عدمها في مصدر الضبط.

- فمن الدراسات التي بينت أن الذكور يتمتعون بمصدر ضبط داخلي دراسة Lao et al (1977) و دراسة (Zerga 1976).

- و من الدراسات التي بينت أن الإناث يتمتعن بمصدر ضبط داخلي دراسة Crandall et al (1965) و دراسة (Chan 1989).

- و من الدراسات التي لم تكشف عن فروق في مصدر الضبط دراسة (Lifschitz 1978) و قد أقر (Rotter 1966) عن عدم وجود فروق بين الجنسين على مقياس مصدر الضبط. (جبالي, 2007, ص. 49).

وكاستنتاج لعامل الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط يتضح أنه لم يكن هناك تأكيد لصالح من هي الفروق في بعدي الضبط الداخلي والخارجي, و يرجع الباحث هذا إلى سمات الشخصية التي هي سمات فردية أكثر منه إلى نوع الجنس, إضافة إلى تأثير مصدر الضبط بمجموعة من العوامل المتداخلة فيما بينها و غير المنفصلة.

3-7- العوامل العرقية الثقافية و الإقتصادية و الجغرافية : تبين من الدراسات المختلفة أن مصدر الضبط يتأثر بمجموعة من العوامل الأخرى (العرقية الثقافية, الإقتصادية) فقد أجرى (Lefcourt et Ladwig 1965)

دراسة حول الفروق في مصدر الضبط بين السود و البيض في مصدر الضبط باستعمال مقياس روتر, و كانت النتيجة أن السود كانوا يتمتعون بمصدر ضبط خارجي أكثر من البيض, و أكد (Dean 1965) هذه النتيجة في دراسته حول نفس الموضوع, كما أشارت دراسات Battle و (Rotter 1973) إلى أن السود والأفراد من الطبقات الإقتصادية الدنيا يتمتعون بمصدر ضبط خارجي عالي أكثر من البيض و من أفراد الطبقات المتوسطة, كما أكدت هذه الدراسة من طرف Hobson Campbell, Coleman, MC Partland, Mood, Weinfeld et York (1966). (Locus of control, p. 92)

إضافة إلى العوامل العرقية الثقافية و الإقتصادية, فإن مصدر الضبط يتأثر أيضا بالبيئة الجغرافية, فقد توصلت دراسة Trompenaars (1993) على عينة مكونة من 15000 مسير مختص في الحوادث الطبيعية, كان هدفها تقييم مصدر الضبط في مختلف المناطق الجغرافية من كل قارات العالم, (مصر, إثيوبيا, نيجيريا), كانت الدول الممثلة لقارة إفريقيا. فتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مصدر الضبط الداخلي كان البعد المميز بنسبة عالية للولايات المتحدة الأمريكية (89%) و ألمانيا (82%), في المقابل فإن الصين و اليابان كانتا أكثر ميلا للبعد الخارجي. (Locus of control, pp. 85-86).

- ويرى الباحث أن التميز في البعد الداخلي بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية يرجع إلى كون مصدر الضبط نشأ أساسا في الولايات المتحدة الأمريكية وطبق في مجالات عديدة كالصحة, التعليم... الخ. وبالتالي فهناك وعي لدى السكان و المواطنين بهذا المفهوم, إضافة إلى تمتعهم بالاستقلال الشخصي والتحكم الذاتي على الأحداث الذين من شأنهما أن يدعموا نمو مصدر الضبط الداخلي.

8- أبعاد مصدر الضبط: ظل مقياس روتر الداخلي, الخارجي (IE) المكون من 23 بندا أساسية + 6 بنود إضافية للملاء باختيار إجباري, معتمدا في جميع الدراسات و البحوث كمقياس أحادي القطب, حيث أن الدرجات العليا تعبر عن مصدر ضبط خارجي, والدرجات المنخفضة تعبر عن مصدر ضبط داخلي, لكن سرعان ما تعرض هذا المقياس للنقد من

طرف باحثين آخرين (Phares, Levinson, Spector), وذلك لعدم قدرته على قياس متغيرات أخرى بطريقة ملائمة.

ف (1976) Phares قال بأن المقياس (الداخلي/الخارجي) لروتر هو عبارة عن أداة قياس تقريبية, و عليه فلا بد للباحثين أن يطوروا مقاييس نوعية و خاصة بمجال و موضوع الدراسة. (Igbeneghu et popoola, 2001).

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

1- ضبط داخلي.

2- ضبط للحظ.

3- ضبط للأشخاص ذوي النفوذ. (Bruchon Schweitzer, pp. 231-233).

فيما يخص بعدي الضبط للحظ و الضبط لذوي النفوذ فقد أدرجتهما الباحثة Levenson ضمن الضبط الخارجي. (أنظر الشكل رقم 01).

كل بعد من هذه الأبعاد يحتوي على 8 بنود باختيارات مختلفة (نمط ليكرت).

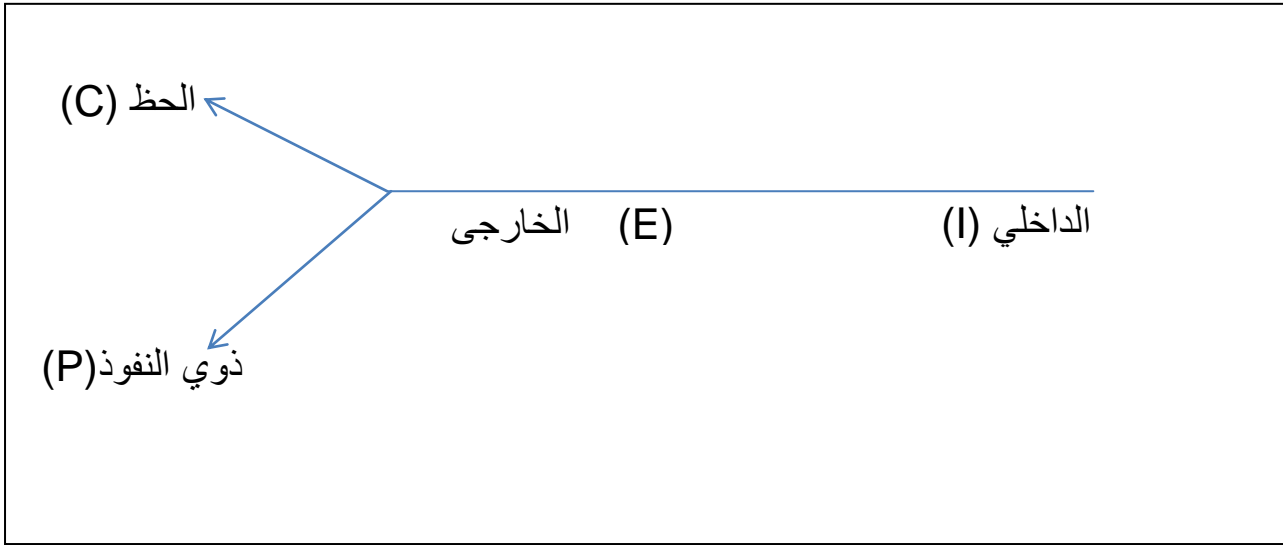
ويعد مقياس Levenson الأكثر استخداما مقارنة بالمقاييس الأخرى التي تقيس مصدر الضبط العام, ومنه استمد (1978) Wallston مقياس الضبط الصحي (MHLC). (Bruchon- Schweitzer, p. 240).

من جهته فقد طور (1988) Spector مقياس مصدر الضبط للعمل (WLCS) إنطلاقا من مقياس روتر (داخلي/خارجي), لقياس اعتقادات الضبط العامة في مكان العمل (Igbeneghu et popoola, 2011).

و من جهته (1993) Ferguson فقد طور مقياس روتر أحادي البعد إلى مقياس ثنائي البعد:

- ضبط شخصي (داخلي).

- ضبط الأشخاص ذوي النفوذ (خارجي). (Bruchon-Schweitzer, p.233).



شكل رقم 01: مخطط توضيحي للأبعاد الثلاثة لـ (Levenson (1973)

9- مصدر الضبط الصحي. Le lieu de contrôle de la santé.

يعتبر مصدر الضبط الصحي واحدا من أهم المتغيرات التي تمت دراسته على نطاق واسع ضمن المعتقدات الصحية، وقد طبق لأول مرة على سلوك التدخين.

9-1- تعريف مصدر الضبط الصحي: يعرف مصدر الضبط الصحي على أنه:

- "اعتقادات الأفراد حول من، أو ما هو العامل المحدد لحالتهم الصحية." (Wallston, 1982, p. 56).

- "درجة إحساس الفرد بأنه متحكم في صحته أو أن صحته متحكم فيها من طرف عوامل خارجية أخرى كالحظ أو القدر، أشخاص آخرين.

- الداخلي: إحساس الفرد بأن صحته هي نتاج تصرفاته الشخصية (القيام بالحماية الغذائية، ممارسة التمارين الرياضية،... إلخ).

- الخارجي: إحساس الفرد بأن صحته ناتجة عن عوامل خارجية كمتهني الصحة، الحظ، الله." (Cherepakho, 2008, p. 10).

في هذا التعريف تم تقسيم أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب الأبعاد التي قدمتها الباحثة Levenson مع إضافة عامل آخر "الله" لعوامل الضبط الخارجية.

ويعرف أيضا على أنه:

- درجة اعتقاد كل فرد في مصدر التحكم في سلوكه, إما تحكم داخلي أو خارجي". (Ali Khan, Shah Khan et Azeej Khan, 2011, p. 142). ويعرفه (1966) Rotter على أنه: " توقعات الأفراد حول تأثير سلوكياتهم على حالتهم الصحية". (Younger, Marsh et Grap, 1995, p. 295).

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

10- مقياس مصدر الضبط الصحي:

يقاس مصدر الضبط الصحي بمقياس مصدر الضبط الصحي المتعدد الأبعاد (MHLC) المعد من طرف (Wallston, Wallston et Devellis, 1978).

الهدف من هذا المقياس هو الإشارة إلى وصف و تحديد معتقدات الشخص حول صحته هل هي معتقدات داخلية أم خارجية.

يتكون (MHLC) من 3 أبعاد:

1- مصدر الضبط الصحي الداخلي (IHLC): يشير إلى اعتقادات الشخص بأن صحته ناتجة عن سلوكه الشخصي.

2- مصدر الضبط الصحي للحظ (CHLC): يشير إلى اعتقادات الشخص بأن عوامل الحظ هي المحددة لصحته, (الإصابة بالمرض أو البقاء سليما).

3- مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ (PHLC): يشير إلى اعتقادات الشخص بأن صحته ناتجة عن سلوكيات أشخاص آخرين كالأطباء.

- MLHC استعمل لمدة تزيد عن ربع القرن كأحد أهم مقاييس المعتقدات الصحية الفعالة, وقد عرف تطورات في المحاور حيث كان مكونا من محورين (A-B) متوازنين من حيث البنود, يضم:

مصدر الضبط الداخلي و مصدر الضبط لذوي النفوذ و مصدر الضبط للحظ ثم طور Wallstton, Stein et Smith محور آخر من مقياس MHLC و هو محور C أين تم تقسيم البعد الخارجي إلى محورين فرعيين (الأطباء وآخرون).

وأخيرا أضاف Wallstton et al محور فرعي آخر يقيم المعتقدات حول الله, كمصدر تحكم للحالة الصحية لكل فر د. ". (Ali Khan, Shah Khan et Azeej Khan, p. 142).

لكن الدراسات العديدة التي اطلع عليها الباحث حول مصدر الضبط الصحي و جدها تركز أكثر على الشكل A من MHLC الذي يجمع بعدي الأطباء و آخرون في بعد واحد وهو مصدر الضبط لذوي النفوذ (PHLC), وقد اعتمد أيضا جبالي (2007) الشكل A في إعداده لمقياس MHLC بالعربية, وهو المقياس المعتمد في الدراسة الحالية.

11- أنماط مصدر الضبط الصحي: انطلاقا من التطبيقات الواسعة لمقياس مصدر الضبط

الصحي بأبعاده الثلاثة, فإنه تم تقسيم الأفراد إلى 8 أنماط محتملة.

و كما يقترح (Wallstton et al., 1978) أن الأنماط التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا هي: (جبالي, 2007, ص. 61).

- 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- **الإعتقاد في الضبط:** درجات مرتفعة على بعدي نفوذ الآخرين و الداخلي ومنخفضة على بعد الحظ.

- 6- النمط السادس: درجات مرتفعة على بعدي الداخلي و الحظ ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين.
- 7- **المجيب بنعم:** درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة.
- 8- **المجيب بلا:** درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة.

12- مصدر الضبط الصحي و السلوكات الصحية: أظهرت دراسة Seeman et

(1962) Evans على مرضى السل الماكثين بالمستشفى, أن المرضى ذوي مصدر الضبط الداخلي يعرفون الكثير عن حالتهم الصحية (يطرحون الأسئلة على الأطباء و الممرضين), و يشعرون بقلق حول كمية المعلومات المتلقاة مقارنة بالمرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي. (Wallston et Wallston, 1981, p. 190)

ولقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة , Lowwery, et (1974) Ducette (1976) وهي دراسة على عينة من مرضى السكري, حيث وجد الباحثون أن مرضى السكري ذوي مصدر الضبط الداخلي لديهم معلومات عن حالتهم الصحية وأكثر اتباعا للسلوكات الصحية مقارنة بالمرضى ذوي مصدر الضبط الخارجي, لكن الدراسة أوضحت أن هذا يتناقص مع مرور الوقت, ف (1974) Ducette خلال استقصائه لبعض السلوكات الصحية و خلافا لتنبؤاته, وجد أن مرضى السكري ذوي مصدر الضبط الداخلي أصبحوا يهملون مواعيدهم الطبية, و يهملون القيام بالحماية الغذائية. (Wallston et Wallston, p. 190).

كما أن دراسة (1980) De Villes et al أظهرت أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي, أكثر استعدادا للقيام بسلوكات الوقاية و تغيير نمط الحياة, كما بينت أيضا أن ذوي مصدر الضبط الداخلي أكثر ميلا للحصول على معلومات حول مرضهم, في المقابل فإنهم أقل دقة في اتباع الدواء و الوصفات الطبية. (Azlin, Hatta, Norzila et Sharifa, 2007, p. 21).

كما بينت الدراسات العديدة Pucheu, Consoli, D'Auzac, Français et Issam, (2004) أن ذوي المصدر الصحي الداخلي يتميزون بفعالية أكثر في القيام بالسلوكات الصحية و يتميزون أيضا بصحة جسمية و نفسية جيدة مقارنة بالأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي للحظ الذين يتميزون بفعالية أقل في القيام بالسلوكات الصحية و بصحة جسمية متدهورة نوعا ما , في حين أن صحتهم النفسية جيدة, كما أن الأفراد ذووا مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ يتميزون بتقبل عالي للإرشادات الطبية.(Keedy,2009, p. 3).

كما أن الدراسات الـ 10 التي وجدتها Bruchon-Scheitzer حول العلاقة بين مصدر الضبط الداخلي و السلوكات الصحية, أظهرت 8 دراسات من مجملها الأثر المباشر للعلاقة بين مصدر الضبط الداخلي و السلوكات الصحية. (Bruchon-Scheitzer, p. 237).

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

خاتمة الفصل: يعتبر مصدر الضبط لـ Julian Rotter أحد المفاهيم المنبثقة عن نظريته التعلم الإجتماعي, والذي يعرف على أنه درجة إعتقاد الفرد في العوامل المحددة لسلوكاته. ولقد طور Wallston مفهوم جديد مستمد من مصدر الضبط وهو مصدر الضبط الصحي, الذي يشير إلى درجة إعتقاد الفرد في العوامل المحددة لصحته, وهي في مجملها ثلاث عوامل يتم قياسها باستبيان (MHLC) والذي يحوي ثلاث أبعاد: البعد الداخلي والذي يشير إلى الإعتقاد بأن صحة الفرد هي نتاج سلوكه الخاص, و بعد الحظ الذي يشير إلى اعتقادات الفرد بأن عوامل الحظ هي المحددة لصحته, وبعد ذوي النفوذ الذي يشير إلى اعتقادات الفرد بأن صحته هي نتاج سلوكات أشخاص آخرين.

الفصل الثالث: فعالية الذات

مفهوم فعالية الذات لـ"باندورا" Bandura يمثل أحد مفاهيم النظرية الإجتماعية المعرفية التي جاء بها باندورا Bandura سنة 1986, والتي أعيد تسميتها من نظرية التعلم الإجتماعي إلى النظرية الإجتماعية المعرفية.

1- النظرية الاجتماعية المعرفية:

تكلم باندورا (Bandura) لأول مرة عن النظرية الإجتماعية المعرفية في كتابه المعنون بـ: "Social foundations of thought and action" (Gwenaelle, 2010, p. 68).

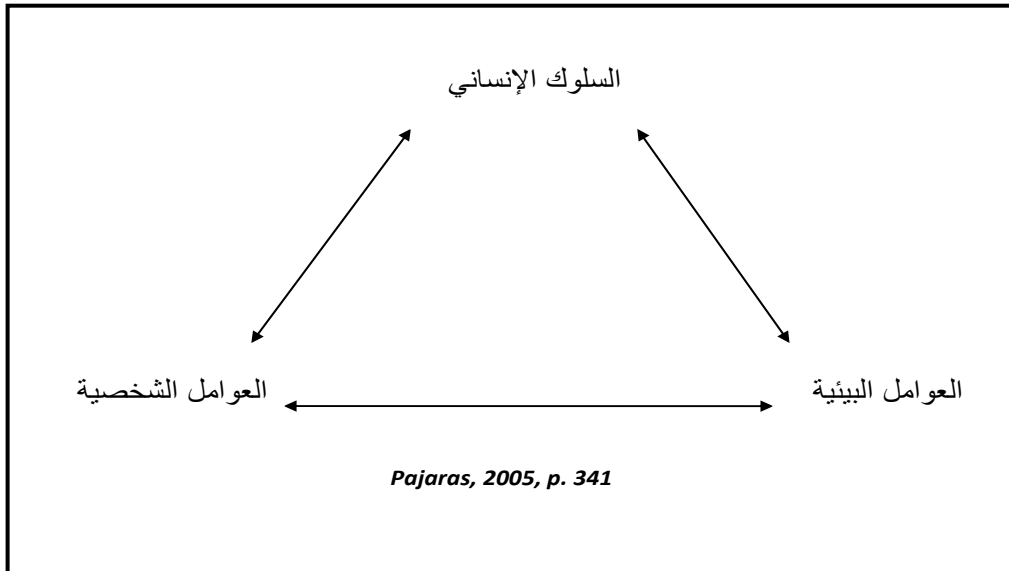
و يعرف قاموس علم النفس للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA), النظرية الإجتماعية المعرفية على أنها: " الإطار الذي من خلاله تفسر الشخصية على أساس المحتوى المعرفي, والوظائف المكتسبة من خلال التفاعل مع المحيط الإجتماعي والثقافي". (Helena, 2011, pp. 15-17).

وتؤكد هذه النظرية على المصادر الإجتماعية للتفكير, وبذلك فهي تختلف عن النظريات السابقة, وهي تفترض أن التعلم الإنساني هو معرفي.

كما تؤكد على مبدأ الحتمية المتبادلة (Déterminisme réciproque)(أنظر الشكل رقم 2) الذي ينص على أن السلوك الإنساني يتحدد بتفاعل العوامل السلوكية, والعوامل الشخصية (الأحداث المعرفية، العاطفية، البيولوجية) والبيئة, مع بعضها البعض, حيث يعتبر باندورا أن التفكير و السلوك الإنساني يعتبران كنتاج دينامي لتأثيرات هذه العوامل (Pajaras, 2005, p. 340).

ونموذج التفاعل الإنساني يؤكد بأن الأفراد لديهم القدرة على التفاعل, أي أن أفعالهم لها تأثيرات وبإمكانها أن تعطي نتائج مرغوب فيها, وذلك من خلال ممارسة التحكم و الضبط على الأحداث التي تؤثر في حياتهم (Helena.2011, p. 17), فهي تؤكد على أن كل فرد يملك نظاما يسمى بالنظام الذاتي (Auto système), الذي يجعله قادرا على ممارسة نوع من الضبط على طريقة تفكيره, على عاطفته, وكذا على طريقة تعامله. (Gwenaelle, 2010, p. 69)

وفي سياق إسقاط النظرية الإجتماعية المعرفية على السلوكات الصحية, فإن باندورا يرى أن الإحساس الشخصي بالتحكم والضبط يسهل في تغيير السلوكات الصحية, ففعالية الذات تنمي الشعور بالسيطرة على البيئة والسلوك, من خلال الإعتقادات في فعالية الذات المتضمنة للعمليات المعرفية والإدراكية, التي تحدد ما إذا كان سيتم الشروع في التغيير واتباع السلوك الصحي, وتحدد أيضا الجهود التي ستبذل في سبيل تغيير السلوك, وكم سيستمر ذلك في مواجهة الصعوبات وحالات الفشل, وبالتالي فهي ستؤثر في كمية الجهد الذي سيبدله الفرد لتغيير سلوكات الخطر والمداومة على متابعة السلوكات الصحية بالرغم من المشاكل والصعوبات (Schwarzer,Luszczynka, 2005, p.141)



شكل رقم 2: مبدأ الحتمية المتبادلة

2- فعالية الذات L'Auto-Efficacité تتناول الدراسات العربية بالدراسة مصطلح فعالية الذات بأسماء مختلفة هي: الكفاءة الذاتية, فعالية الذات, الفاعلية الذاتية, معتقدات الكفاءة الذاتية, معتقدات فعالية الذات, وهي كلها مصطلحات تشير إلى نفس المفهوم المتضمن في نظرية باندورا (Self-Efficacy).

1-2- تعريف فعالية الذات:

يرى Bandura (1977) أن فعالية الذات هي الحكم على قدرة إنجاز نموذج سلوكي محدد, وقد طور باندورا هذا التعريف باقتراحه مفهوم "معتقدات فاعلية الذات و التي تعبر عن ما يعتقد الفرد عن قدراته وإمكاناته, وتظهر في جهده و مثابرتة على أداء المهام.(غالب, 2009, ص. 70).

و يعرف باندورا Bandura فعالية الذات بأنها:

" توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض, وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء, وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وانجاز السلوك." (غالب, ص ص. 81-82).

كما يعرفها Bandura(1977) بأنها :

" إعتقاد الفرد بأنه سيؤدي سلوكا مطلوباً منه بنجاح للحصول على نتيجة". (Hornich, 2008, p. 7).

و يعرفها Bandura (1994) أيضا على أنها:

- " معتقدات الأفراد حول إمكانياتهم لإنتاج مستويات معينة من الأداء والتي تمارس تأثيرا في حياتهم" (p. 2).

ويعرف شفارتسر Schwarzer فعالية الذات على أنها:

- " بعد شخصي ثابت يعبر عن القناعة الذاتية بالتمكن من مواجهة المطالب الصعبة استنادا إلى التصرفات الذاتية" (سامر جميل رضوان, ص. 11).

كما و يعرفها العدل(2001) بأنها:

- " ثقة الفرد الكامنة في قدراته خلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب الكثيرة وغير المألوفة، أو هي اعتقاد الفرد في قوة الشخصية، مع التركيز على الكفاءة في تفسير السلوك دون المصادر أو الأسباب الأخرى للتفاوتل".(غالب, ص. 12).

و انطلاقا من التعاريف السابقة لفعالية الذات, نستنتج التعريف التالي لفعالية الذات وهو:

قدرة الفرد وثقته المدركة بقدراته الشخصية على إنجاز المهمات الصعبة أو المهمات التي يريد إنجازها في المواقف المختلفة.

3- فعالية الذات و بعض المفاهيم ذات الصلة: يتداخل مفهوم فعالية الذات مع كثير من المفاهيم القريبة له, و لاشك أن الرابط الأساسي في هذا التداخل هو "الذات".
و فيما يلي توضيحات موجزة عن هاته المفاهيم:

3-1- الذات: مفهوم فعالية الذات يختلف عن مفهوم الذات الذي يعرف على أنه :

- " إدراك الذات الذي يكونه الشخص انطلاقا من تجاربه وتفسيراته في بيئته المعاشة"
(Gwenaelle, 2010, p.60).

- ويرى كل من نصر محمد و محمد عبد الله (2006) أن مصطلح فعالية الذات يختلف عن مصطلح مفهوم الذات، فبينما يتحدد مفهوم الذات بالسؤال عن الكينونة (من أنا), فإن فعالية الذات تتحدد بالسؤال عن الاستطاعة (هل أستطيع أن أؤدي هذا العمل بكفاءة واقتدار).ص. 95.

وبالنسبة لـ (Shavelson , hubner et Stanton 1976) فقد بينوا بأن مفهوم الذات هو مفهوم وصفي وتقييمي وهذا يتجلى في الطريقة التي يصف بها الأفراد ذواتهم, لكن باحثين

آخرين (Galland et Grégoire,2000 Marsh,1999) اعتبروا مفهوم الذات بصفة عامة على أنه يحوي أبعاد معرفية ووصفية (Gwenaelle , p. 60).

3-2- تقدير الذات, مصدر الضبط, نتائج التوقعات: يفرق باندورا بين مفاهيم أخرى كتقدير الذات ومصدر الضبط ، نتائج التوقعات، ويرى أنه لا بد من التفريق بين فعالية الذات المدركة وبين هاته المفاهيم, فهو يرى أن فعالية الذات المدركة هي الحكم على القدرات, بينما تقدير الذات فهو الحكم على قيمة الذات, في حين أن مصدر الضبط لا يخص القدرات المدركة, بل هو قناعات ومعتقدات حول العلاقة السببية بين السلوك وبين نتائج السلوك – هل النتائج محددة داخليا أم محددة خارجيا)- ويقول باندورا أن درجة مرتفعة من مصدر الضبط لا تحمل بالضرورة معنى الصحانية (Le Bien être), ويضرب مثلا على ذلك على الطلبة الذين يعتقدون بأن التحصيل الأكاديمي الجيد يعتمد على أدائهم – (مصدر ضبط عالي) - لكنهم يحسون أنفسهم غير متحمسين، لأنهم يعتقدون بأنهم لا يمتلكون فعالية الذات التي تسمح لهم بإنتاج الأداءات والمهارات الأكاديمية العليا (Bandura, 2006, p. 309).

4- التوقعات: من بين المفاهيم الأساسية التي تركز عليها فعالية الذات هي التوقعات. ويركز Bandura في نظريته على التوقعات فيما يخص الفعالية الذاتية وهو يميز بين نوعين من التوقعات هما : توقعات الفعالية و توقعات النتائج.(أنظر الشكل رقم 3).

4-1- توقعات الفعالية L'expectation d'efficacité: فحسب باندورا (1977) فإن توقعات الفعالية تشير إلى:

- "الإقتناع بأن الفرد سيؤدي سلوكا مطلوبا منه بنجاح لتحقيق نتيجة معينة" (Hornich, p. 8)

4-2- توقعات النتائج L'expectation de résultats: تشير إلى:

- "تقدير وتخمين الشخص بأن سلوكا ما سيؤدي الى نتائج معينة".(Hornich, p. 8).

- "إدراك الفرد بالنتائج المحتملة من سلوكه". (Schwarzer, 1999, p.146) وينوه باندورا (1977) إلى أهمية التفرقة بين المفهومين, وذلك لأن الأفراد يمكن أن يعتقدوا بأن عملا معيناً سينتج بعض النتائج (توقعات النتائج)، لكن إذا شككوا في قدراتهم هل بإمكانهم إنجاز هذه الأعمال أم لا, فإن ذلك سيؤثر على سلوكهم أي على توقعات فعاليتهم (Hornich, 2008, p. 8).

كما يرى Bandura (1986) بالنسبة للفرق بين توقعات الفعالية وتوقعات النتائج, أن توقعات الفعالية هي الحكم على قدرة الفرد على التنظيم, والقيام بالأداءات, بينما توقعات النتائج فهي تمثل الحكم على النتائج المحتملة التي تنتجها هذه الأداءات.

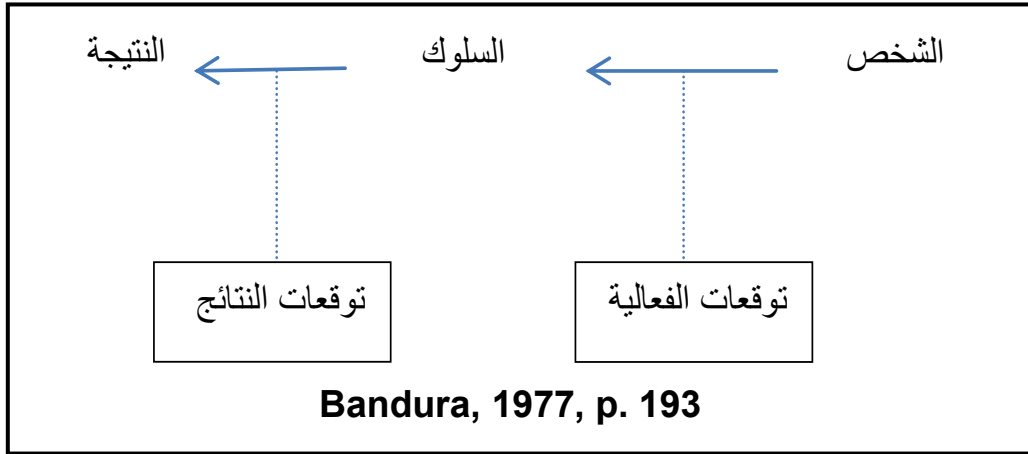
و تأخذ توقعات النتائج ثلاث أشكال كبرى في كل شكل تعمل فيه التوقعات الإيجابية كمحرض ومحفز, بينما التوقعات السلبية تعمل كمثبط.

الشكل الأول: يتمثل في الآثار الجسمية الإيجابية والسلبية المرافقة للسلوك, حيث تتمحور الآثار الإيجابية على الراحة والإحساس الجسدي الجيد, بينما الآثار السلبية فتتمثل في عدم الراحة الجسمية والإحساس بالألم.

الشكل الثاني: الآثار الاجتماعية الإيجابية والسلبية.

وتتمثل الآثار الاجتماعية الإيجابية في التفاعلات الاجتماعية, الاعتراف الاجتماعي والرغبة بالانتماء...إلخ, بينما الآثار السلبية فتتمثل في عدم الرغبة, الرفض الاجتماعي...إلخ.

الشكل الثالث: التقييم الذاتي الذي يمثل الفئة المهمة لتوقعات النتائج, و هو بدوره يتمثل أيضا في التقييم الإيجابي و السلبي للسلوك الشخصي. (Bandura, 2003, pp. 39-40).



شكل رقم 3: الفرق بين توقعات الفعالية وتوقعات النتائج.

5- فعالية الذات المدركة:

يسمى باندورا المستوى الذي من خلاله يدرك الفرد إكتسابه لفعالية الذات, بفعالية الذات

المدركة L'Auto-efficacité perçue

- و تشير فعالية الذات المدركة إلى:
 - الإحساس المدرك بإمكانية الانجاز من طرف الفرد قبل قيامه (شروعه) بالسلوك أو العمل (Takeda, p.10).
 - شعور بالتوقع المحسوس أو المدرك من طرف الفرد حول إنجاز نتيجة معينة (Takeda , p.10).
 - "نوع من الثقة التي تنمى لما يصبح الفرد متأكدا من توقعاته" (Takeda, p. 10).
 - إقتناع الفرد بأنه سيؤدي مهمة معينة بنجاح". (Tanimomo, 2007, p. 225).
- وما يلاحظ في كل التعاريف هو ارتباط فعالية الذات بالإحساس والإدراك بها من طرف الفرد حتى تكون هناك فعالية الذات من عدمها, وهذا ما يوافق في مفاهيم أخرى كالمساندة الإجتماعية مثلا, المساندة المدركة, بمعنى أنه مهما تكن متوفرة للفرد مساندة إجتماعية فهي

لا تعتبر بمثابة مساندة حتى يدركها الفرد, و هو نفس الأمر بالنسبة لفعالية الذات المدركة والتي ركز عليها باندورا كثيرا.

6-فعالية الذات العامة: L' auto- efficacité Générale

بالرجوع إلى التعاريف المقدمة لفعالية الذات نجد أن مفهوم فعالية الذات يفهم عادة على أنه فعالية الذات في مهمة أو مجال معين.

لكن في المقابل فان بعض الباحثين (Schwarzer et Gerusalem 1995; Sherer, Mercadante, Prentice- Maddux, Dunn, Jacobs, et Rogers 1982) أعطوا معنى عام لفعالية الذات يصطلح عليه بفعالية الذات العامة, والذي يشير إلى:

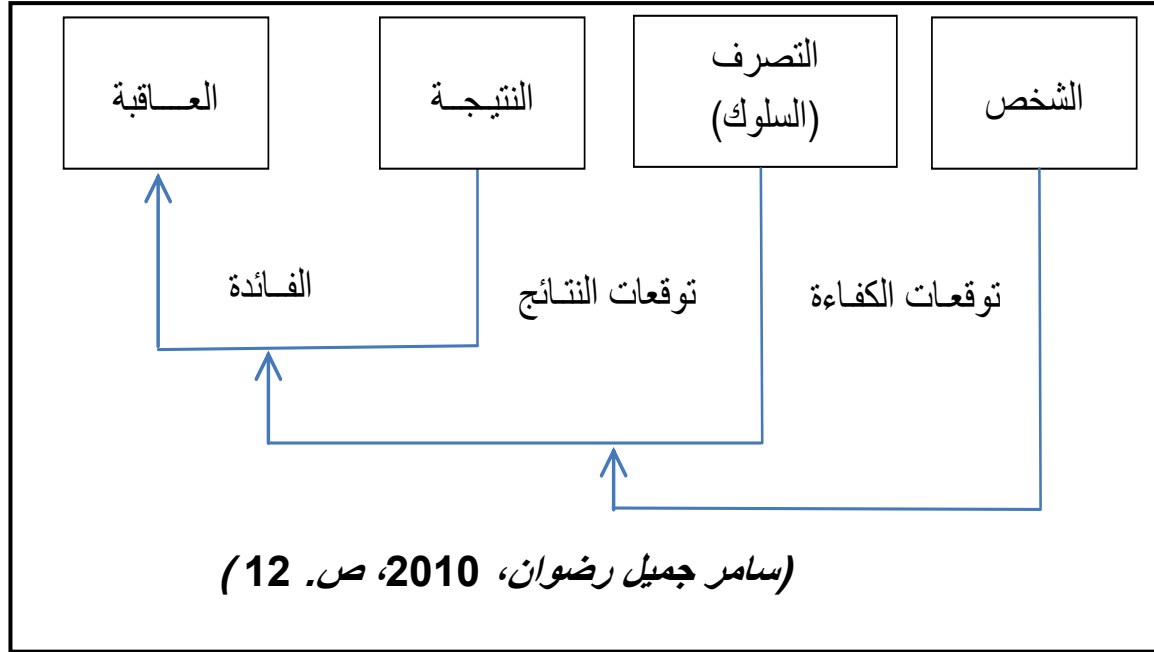
- "الثقة في قدرة الفرد على مواجهة مجموعة من المطالب أو الوضعيات الجديدة".
(Luszczynska, Gutiérrez-Dona et Schwarzer, 2005, p. 81)

- " الإعتقاد بتقاؤل في قدرات الفرد لممارسة ضبط و سيطرة على مجموعة من المهمات الصعبة أو الجديدة, والقدرة على مواجهة الأحداث السلبية غير المرغوبة". (Boehmer et al., 2007, p. 62)

كما يتضمن أيضا معنى واسع وثابت من القدرات الشخصية للتعامل الفعال مع وضعيات ضاغطة متعددة (Luszczynska, Gutiérrez-Dona et Schwarzer, p. 81) بمعنى فعالية الذات في مجالات متعددة أين يقيم الناس أنفسهم وفعاليتهم في المجالات المتعددة. جميع هؤلاء الباحثين يتفقون مع (Bandura (1977) لكنهم يرون أن فعالية الذات المدركة يجب أن تفهم في وضعية محددة ومعينة، عكس فعالية الذات العامة التي تشير إلى مفهوم واسع من سلوكيات الفرد ونتائجه وذلك لما يتعلق الأمر بإطار غير محدد, أي فعالية الذات العامة في جميع المجالات.

وقد وسع Schwarzer نموذج الكفاءة الذاتية العامة لباندورا ، ففي حين أن الكفاءة الذاتية وتوقعات النتيجة مستقلتان عن بعضهما عند باندورا ورتبهما بالتسلسل وراء بعضهما، فقد أضاف Schwarzer العاقبة (conséquence) التي تأتي بعد النتيجة ومن ثم الفائدة

(Instrumentalité) كتوقع جديد، والفائدة بالنسبة له هي توقعات النتيجة- العاقبة، أو هي مكون من ذخيرة المعرفة.(سامر جميل رضوان، 2010، ص ص 11-12) (أنظر الشكل رقم 4).



شكل رقم 4: النموذج النظري للقيمة- التوقع.

7- أبعاد فعالية الذاتية: ميز باندورا بين ثلاث أبعاد لفعالية الذاتية وهي: (نصر محمد ومحمد عبد الله، 2006، ص ص 95-96).

1-7- مقدار الفاعلية: وهو يختلف تبعا لطبيعة الموقف وصعوبته، ويتضح بصورة أكبر عندما تكون المهام مرتبطة وفقا لمستوى الصعوبة.

2-7- العمومية: وتشير إلى انتقال توقعات الفاعلية إلى مواقف مشابهة، أي تعميم توقعات الفعالية على مواقف أخرى مشابهة للمواقف السابقة.

3-7- القوة: تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف، فالأفراد الذين يمتلكون توقعات مرتفعة يمكنهم المثابرة في العمل وبذل جهد أكبر في مواجهة الخبرات الشاقة.

8- مصادر فعالية الذات : حدد باندورا أن فعالية الذات تنمو من خلال أربع مصادر رئيسية: (Bandura,1994,pp.2-3)

1-8- الإنجازات الأدائية Les accomplissements de performance :

وتعد أكثر الطرق فعالية لخلق شعور قوى بفعالية الذات, والذي ينمو من خلال التجارب السابقة، فنجاحات الشخص تبني اعتقاد قوى في فعالية الشخص من خلال تجاربه المتحكم فيها, في المقابل فإن أداؤه وتجاربه إذا تكللت بالفشل فإنها ستؤثر سلبا في قناعاته بقدراته على النجاح.

فالتحكم يعتبر نتاج الإنجازات الأدائية والتجارب السابقة, ويعرف Pearlín et Schooler التحكم (La Maitrise) على أنه: " البعد الذي من خلاله يعتبر الفرد أن حياته متحكم فيها من طرفه عكس أنها غير متحكم فيها". (Raikes ,Thompson,p.180)

8-2- الخبرات البديلة Les expériences vicariantes : وهي ثاني مصدر لفعالية الذات, وهي ما يسميها بعض الباحثين النمذجة (Modelage)، ففعالية الذات لا تنمو فقط من الإنجازات الأدائية, فيمكن أن تنمو أيضا من عمليات المقارنة الإجتماعية بالآخرين (tanimomo,2007,p226).

فرؤية الناس المماثلين في قدراتهم لشخص ما ينجحون في أداؤهم بدون سلبيات يزيد من الفعالية الذاتية للشخص, و ذلك من خلال تقليده لهذه السلوكات وخاصة النماذج الايجابية, وفي المقابل فان رؤية الناس المماثلين لقدرات الشخص يفشلون في أداؤهم, فإن هذا يقلل وينقص من فعالية الذات لدى هذا الشخص.

فتأثير النمذجة في فعالية الذات يتأثر بشكل كبير بالتشابه والتماثل في النماذج التي يراها الفرد ويقلدها.

3-8- الإقناع الإجتماعي La persuasion verbale: هو المصدر الثالث لتعزيز فعالية الذات, حيث يرى باندورا أن الناس الذين يتلقون إقناعا لفظيا سواء من الآخرين أو من أنفسهم بأن لديهم الإمكانيات للقيام بالنشاطات والأعمال المختلفة، يكونون أكثر استعدادا لمواجهة حالات الفشل و يبذلون محاولات كثيرة للنجاح, لكن في المقابل فإن باندورا يرى أنه من الصعب إنتاج مستوى عالي من فعالية الذات من خلال عملية الإقناع الاجتماعي وحدها.

4-8- الحالة الفسيولوجية (الانفعالية) L'état physiologique : تعتمد تأثيرات الحالة النفسية (الضغط، القلق، الإكتئاب...) والحالة الجسمية (التعب ، الألم...) على التفسير الذي يعطيه الفرد لها, فمثلا حين يكون الإنسان قلقا يمكن أن يدرك عند شخص ما كانفعال طبيعى ومحدد في وضعية معينة، ولكن عند شخص آخر في نفس الوضعية يمكن أن يعكس حالة خوف، فالتفسير الإيجابي للإنفعالات والحالات الجسمية يزيد من فعالية الذات، وفي المقابل فإن التفسير السلبي لهذه الأحداث ينقص من فعالية الذات. (Helena, 2011, p. 21).

9- تأثير فعالية الذات في السلوك الإنساني:

معتقدات الفعالية الذاتية تحدد كيف يشعر الناس, كيف يفكرون وكيف يتصرفون ويتصرفون. هذه المعتقدات تنتج آثارا متنوعة, حيث يرى باندورا أن الإحساس بفعالية الذات من طرف الأفراد يؤثر على طريقة التفكير والسلوك من خلال أربع عوامل داخلية أساسية:

(Bandura, 1994, p. 2)

1-9- العوامل المعرفية Processus cognitifs : يرى باندورا أن الفرد من خلال قدرته على التفكير, يستطيع التنبؤ بالأحداث ومعرفة العوامل المؤدية إلى وقوع هذه الأحداث، فكثير من الوضعيات في الحياة اليومية تعتمد على الإستدلال من طرف الأشخاص لتقييم الأحداث وتنظيم السلوك الإنساني, وكل فشل في العمليات المعرفية

الإستدلالية يضعف من فعالية الذات, وهذا على عكس الأشخاص الذين لديهم مرونة في الشعور بالفعالية الذاتية, والذين يكونون أكثر إستعادة للشعور بالفعالية الذاتية في حالات الفشل.

إذا فتأثير فعالية الذات على السلوك يظهر من خلال القدرة على التنبؤ والإستدلال لتنظيم وضبط السلوك, أي أن الشعور بفعالية الذات يؤثر في النشاط المعرفي للفرد.

2-9- عوامل الدافعية *Processus de motivation* : من خلال نتيجة تأثير

الشعور بفعالية الذات على تنظيم وضبط السلوك, فإنه يجب على الأفراد التمتع بقدر من الدافعية التي تسمح لهم بالوصول الى نتائجهم المرجوة .

وكلما تمتع الفرد بقدر عالي من فعالية الذات كلما كانت لديه دافعية كبيرة لتحقيق أهدافه, بمعنى أن فعالية الذات تزيد من دافعية الفرد للإنجاز, من خلال المثابرة والعزيمة ووضع الأهداف وتعديل كمية الجهود للوصول الى الأهداف المرجوة.

في المقابل فإن الوضعيات التي ترافقها حالات من الشك وعدم الثقة في القدرات, أي إحساس ضعيف بفعالية الذات تجعل الأفراد لا يبذلون جهدا لرفع الصعوبات والتحديات التي تواجههم وبالتالي يحصلون على نتائج ضعيفة.

3-9- عوامل انفعالية *Processus affectifs* : يمكن أن تواجه الأشخاص حالات

ووضعيات صعبة, ففي هذا الإطار فإن الإحساس بفعالية الذات يكون له تأثير على كمية الضغط والقلق والحالات الانفعالية الأخرى, والأفراد الذين يحسون أنفسهم قادرين على مواجهة الوضعيات الصعبة لا يضطربون انفعاليا في هذه الوضعيات, بينما نجد الأفراد الذين لا يتمتعون بفعالية ذات عالية يتأثرون بسهولة بحالات الضغط والقلق في الوضعيات الصعبة التي تواجههم, فالإحساس بفعالية الذات يسمح للفرد بتعديل الطريقة التي من خلالها يدرك ويعالج معرفيا وضعية مدركة على أنها مهددة.

9-4- عوامل ذات الصلة بالاختيار Processus de sélection : بإمكان الأفراد التأثير

في حياتهم من خلال تعديلهم وضبطهم لبيئتهم، فالإحساس بفعالية الذات له دور في اختيار الفرد للبيئة التي يريد أن يتفاعل معها.

فالأفراد الذين لديهم شكوك في قدراتهم لا يتفاعلون جيدا مع بيئتهم، في المقابل فإن الأفراد ذوي فعالية ذات عالية تكون لديهم اختيارات كثيرة، بعض هذه الإختيارات تكون لها نتائج جيدة في حياة الفرد خاصة لما تتعلق (الاختيارات) بالمجال المهني. (Gwenaelle, 2010, pp. 81-87)

و يرى باندورا (1986)، نقلا عن (يخلف، 2001، ص. 35)، أن فعالية الذات هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة :

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول لهدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
- من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في مواجهة الصعوبات والإحباطات المتكررة
- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.
- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع.

10- المميزات و الخصائص العامة لذوي فعالية الذات المرتفعة والمنخفضة:

حسب نظرية باندورا فإن فعالية الذات تركز على: كيف يشعر الناس، كيف يفكرون وماهي سلوكياتهم, فالشعور المنخفض بفعالية الذات يرتبط بالإكتئاب والقلق وبالعجز، كما يرتبط أيضا بتقدير منخفض للذات وبالتشاؤم حول الأداءات والإنجازات والتطور الشخصي.

وفي مجال التفكير فإن الشعور القوي بالفعالية, يسهل العمليات المعرفية والأدائية لاسيما التحصيل الدراسي, ويسهل أيضا من أخذ القرار, وهو مرتبط بصحة جيدة وبتفاعل اجتماعي قوي. (schwarzer et al., 1999, pp. 146-147)

وبوجه عام فإن الشعور القوي بفعالية الذات ينمي ويطور مفهوم الأداء والإنجاز والشعور بالصحانية (le bien être) , فالناس ذوو الإعتقاد العالي بقدراتهم يتحدون المهام الصعبة ويرونها كأنها متحكم فيها من طرفهم عكس أنها تهديدات يجب الإبتعاد عنها, ومن خصائصهم أنهم:

* يركزون على الأهداف بطموح.

* يملكون التزام قوي.

* يبذلون مجهودات لمواجهة الفشل.

* يستعيدون سريعا شعورهم بفعالية الذات في حالات الفشل والإخفاق.

* يعززون الفشل إلى مجهودات غير كافية, وإلى ضعف مهاراتهم ومعارفهم المكتسبة التي يجب أن يعيدوا تطويرها.

* يواجهون المواقف المهددة بفعالية تضمن لهم التحكم في أنفسهم وانفعالاتهم.

* امتلاك فعالية الذات يزيد من إنجازاتهم وأداءاتهم الشخصية, كما يقلل أيضا من حالات الضغط والقلق والتعرض للاكتئاب.

هذا بالنسبة للأشخاص ذوي فعالية الذات المرتفعة, في المقابل فإن الأشخاص ذوي فعالية الذات المنخفضة, تجدهم يشككون في قدراتهم و يدركون المهام الصعبة على أنها تهديدات شخصية, ومن خصائصهم :

* طموح والتزام ضعيفين في الأهداف .

* لما يتعلق الأمر بمهام صعبة فإنهم يركزون على الصعوبات وعلى الموانع التي سيواجهونها أكثر من تركيزهم على النجاح, وبالتالي ينسحبون من مواجهة هذه الصعاب.

* في حالات الفشل فإنهم يتميزون ببطء في استعادة الدرجة المنخفضة من فعالية ذاتهم.

* عرضة للضغط والقلق وحالات الاكتئاب (Bandura, 1994, p. 2).

11- قياس فعالية الذات:

تقاس فعالية الذات العامة بالمقياس الألماني لفعالية الذات العامة الذي طور واستعمل من طرف (Matthias Jerusalem, Ralf Schwarzer) عام 1981 والذي كان يحتوي على 20 بنداً وفيما بعد تم استخدامه بـ 10 بنود سنة 1995.

وحالياً تم ترجمة المقياس إلى العديد من اللغات وتم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس في جميع البلدان (25) التي ترجم إليها المقياس, وقد نشر Schwarzer هذه الخصائص في مقال بعنوان "Is general self efficacy universal construct" (Scholz, Gutierrez Donna, Sud & Schwarzer, 2002)

- ولقد اتصل الباحث بالبروفيسور Schwarzer وتم إعطاؤه الخصائص السيكومترية لمقياس فعالية الذات العامة المعد إلى العربية من طرف سامر جميل رضوان, والتي تم حسابها في البيئة الجزائرية والتي لم تكن مدرجة ضمن مقاله-

ولقد أظهرت الدراسات التي استعملت مقياس فعالية الذات العامة لشفارتسر الارتباط الايجابي للمقياس بتقدير الذات والتفائل, وارتباط سلبي مع القلق والاكتئاب والأعراض الجسمية (schwarzer et al., 1999, p. 148).

فيما يخص العلاقة بين فعالية الذات ومصدر الضبط الصحي, فإن الدراسات بينت أن الطلاب المصابين بأمراض مزمنة ذوي مستوى عالي من فعالية الذات, لديهم مستوى عالي من مصدر ضبط الصحي الداخلي, مقارنة بالمرضى المزمنين ذوي مستوى منخفض من فعالية الذات (takeda,p.11).

خاتمة الفصل: تعتبر فعالية الذات من المفاهيم النظرية التي أتى بها Bandura عام 1977, و المنبثقة من نظريته الإجتماعية المعرفية. وتشير فعالية الذات إلى الإعتقاد في قدرات الفرد على إنجاز المهام الصعبة و المهام التي يريد إنجازها في المواقف المختلفة, وهي تنمو وتتطور عن طريق مصادر أربع هي: الإنجازات الأدائية, الخبرات البديلة, الإقناع الإجتماعي, الحالة الفيسيولوجية. وتقاس فعالية الذات بالمقياس الألماني لـ Shwartz et Jerusalem , المترجم للعديد من اللغات, وهو يحوي 10 بنود.

الفصل الرابع:

تقبل العلاج

تمهيد: ظهر مصطلح تقبل العلاج لأول مرة في الميدان الطبي عام 1975 تحت إسم (Compliance), ليعوض المصطلح الذي كان يتداول (هروب المريض) (Fischer et al., 2002, p. 229).

ولأهمية تقبل العلاج خاصة عند المرضى المزمنين, فقد تناوله بالدراسة كثير من الباحثين, الذين طوروا مصطلح (Compliance) إلى مصطلحات أخرى, وبعض الباحثين أبقوا على نفس المصطلح, وهذا ما يلاحظ في الدراسات خاصة باللغة الإنجليزية. و كحوصلة عن المصطلحات المستخدمة في اللغتين الفرنسية, الإنجليزية للتعبير عن تقبل العلاج, يعرض الباحث هذه المجموعة من المصطلحات.

- يقابل مصطلح تقبل العلاج في اللغتين الفرنسية والإنجليزية, ثلاث مصطلحات وهي:

- L'observance thérapeutique

- L'adhérence (L'adhésion)

- Adherence – Compliance

- يُصطلح على تقبل العلاج في اللغة الفرنسية بمصطلحين :

- L'observance thérapeutique

- L'adhérence (l'adhésion)

هناك من الباحثين والعلماء من يرون أنه يوجد إختلاف بين المفهومين

(L'observance et L'adhérence), و الإختلاف يكمن في أن

(L'adhérence) تعني موافقة المريض وإسهامه في عملية العلاج, بمعنى أن المريض

طرف فعال في العملية العلاجية.

بينما مصطلح (L'observance) فيشير إلى مدى إتباع المريض للخطة العلاجية.

فمن خلال هذان المفهومان, يستنتج أنه إذا كانت درجة (L'observance) عالية فإننا نتكلم

عن (L'adhérence), وإذا كانت منخفضة أو منعدمة فإننا نتكلم عن (Non

adhérence).

وبالتالي فالمصطلحان المعبر بهما عن تقبل العلاج يحملان معنى واحدا.

وفي نفس اللغة, هناك من العلماء والباحثين من يعتبرون أن المصطلحين يحملان

نفس المعنى، ويعرفونهما بنفس التعريف المرادف لتقبل العلاج في اللغة العربية.

- فيما يخص اللغة الإنجليزية:

يلاحظ أن معظم العلماء والباحثين (Sarafino –Midens Myers 1998)، إستخدموا مصطلح (Adherence) عوض (Compliance).

فـ (Sarafino 1998) يرى أن مصطلح (Compliance) يحمل معنى خضوع المريض للطبيب، فهذا المصطلح لم يعد مستخدماً في الكثير من الدراسات، والمطلع على البحوث الإنجليزية حول تقبل العلاج، يجد أن جها تستخدم مصطلح واحد وهو (Adherence).

كما أن تعريف المنظمة العالمية للصحة لمصطلح (Adherence)، هو نفس التعريف الوارد في البحوث الفرنسية تحت اسم (L'observance).
أي أن المصطلحين يشيران لمفهوم واحد وهو تقبل العلاج.

و بالنسبة للباحث، فإن المصطلحين يشيران أيضاً لمفهوم واحد وهو تقبل العلاج، غير أنه يجذب توظيف مصطلح (L'observance) في اللغة الفرنسية، ومصطلح (Adherence) في اللغة الإنجليزية.

1- تعريف تقبل العلاج: Définition de l'observance thérapeutique

اختلفت وتنوعت تعاريف تقبل العلاج من باحث لآخر، فمنهم من اعتبر أن تقبل العلاج هو التزام المريض بالدواء فقط، ومنهم من اعتبره التزاما بالدواء وبالإرشادات والتعليمات الطبية معا.

وسنورد مجموعة من التعاريف لتقبل العلاج، إلى أن نصل إلى التعريف الموحد الذي تبنته المنظمة العالمية للصحة.

1-1- التعريف اللغوي:

عرف قاموس Larousse (1990) كلمة (Observance) على أنها:

" عملية إتباع تعليمية، عادة، سلوك، التقيد بقواعد توجيهية".

1-2- التعاريف الإصطلاحية: يعرف تقبل العلاج على أنه:

- " الإنتظام في اتباع التوصيات والإرشادات الطبية طوال فترة العلاج، وهو مفتاح نجاح الخطة العلاجية" (Moyle, 1997).

يقصد بالخطة العلاجية، البرنامج المسطر بالتفاوض بين المعالج والمريض بهدف الوصول لحالة صحية إيجابية.

- وتعرفه C. Tourette- Turgis وفريقها على أنه:

" قدرات الشخص على أخذ الدواء حسب الوصفة المقدمة، هذه القدرة تتأثر إيجابيا أو سلبيا بعوامل مساهمة، معرفية، إنفعالية، إجتماعية، وبجملته من السلوكيات المتفاعلة فيما بينها". (Baudrant-Boga, 2009, p. 21).

و يعرف أيضا على أنه:

- " تقبل المريض لتعليمات وإرشادات ممتنهي الصحة" (Moyle, 1997).

- " موافقة وإرادة المريض وإسهامه الفعال في إتباع العلاج المقدم له من طرف ممتنهي الصحة" (Programme national de mentorat sur le VIH-Sida(PNMVS)).

في هاذين التعريفين نجد إختلافا بينهما وبين التعريف الإصطلاحي الأول، فيما يخص المعالج، حيث أضيف لمفهوم المعالج، كل شخص من سلك الصحة يمتهن العلاج (طبيب، جراح أسنان، معالج نفسي، ممرض، مختص في إعادة التأهيل الحركي... الخ). ويعرف تقبل العلاج أيضا على أنه:

- " سلوك مكيف وديناميكي من طرف المريض، للوصول إلى الأهداف العلاجية المسطرة بين المريض وممتهني الصحة، وذلك استنادا على التآلف Concondance بين المريض والمعالج حول الدواء المقدم، لضمان استمرارية تناوله" (Schneider, 2006). من خلال هذا التعريف يتضح أن تحقيق مفهوم تقبل العلاج يستند على بعدين أساسيين هما: التآلف والإستمرار.

- التآلف (la concordance) يكون بين المعالج والمريض من خلال التفاوض حول الدواء المقدم.

- أما الإستمرار (La persistance) فيكون من خلال استمرار المريض في أخذه للدواء. غير أن مفهوم تقبل العلاج في هذا التعريف، حُصر في أخذ المريض للدواء فقط، على غرار تعريف المنظمة العالمية للصحة، فالمشاركون في الملتقى المنظم من طرف منظمة (OMS) في جوان 2001 حول تقبل العلاج، عرفوا تقبل العلاج على أنه:

" مدى إتباع المريض للتعليمات والإرشادات الطبية" (OMS, 2003, p.3).

هذا التعريف كان نقطة بداية لمزيد من التعاريف التي نوقشت في هذا الملتقى، إلى أن تم الإتفاق على تعريف موحد لتقبل العلاج، حيث تبنت المنظمة العالمية للصحة تعريف كل من Haynes et Rand في تعريفهما لتقبل العلاج على المدى الطويل، أي عند المرضى المزمنين وهو:

" درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية)، وبين إتباع التعليمات والإرشادات الطبية" (OMS, p.3). تتمثل الإرشادات والتعليمات الطبية حسب (OMS 2003) في:

- إتباع حمية غذائية مناسبة.

- أخذ الدواء بشكل منتظم وملائم.
- القيام بالتلقيحات الضرورية.
- حضور المواعيد الطبية بانتظام (les RDV).
- القيام بتعديلات سلوكية معينة (التوقف عن التدخين، الكحول....)، والإبتعاد عن سلوكيات الخطر بما فيها سلوك الجنس غير الآمن.
- إتباع نمط حياة ملائم. Mode de vie.
- ممارسة الرياضة.

ومن التعريف الموحد لتقبل العلاج كمفهوم متعارف عليه عالميا لـ Haynes et Rand , و المتبنى من طرف OMS, أضاف A. Deccache مفهوما جديدا لتقبل العلاج و هو: **تقبل العلاج الفردي أو الشخصي (Compliance personnelle)** والذي يعرفه على أنه: "العلاقة بين ما يفعله المريض و بين ما يقرره (المريض), إستنادا لما قاله الطبيب أو الأشخاص المؤثرين عليه (الأصدقاء, الوالدين, الجد... إلخ), وهذا يتضح في الوصف الذاتي للدواء, و استعمال العلاجات التكميلية الأخرى(الأعشاب, الوخز بالإبر... إلخ). (Baudrant-Boga, p. 23).

و استنادا إلى هذا التعريف فإن الباحث يتفق مع هذا المفهوم الجديد لكونه منتشرا بكثرة في البيئة المعاشة, والذي طغى على المفهوم العالمي لتقبل العلاج.

2- تعريف عدم تقبل العلاج : Définition de la non observance thérapeutique

بالنسبة لـ De Blic (2007) فإنه لا يوجد تعريف محدد لعدم تقبل العلاج، إنما هناك أخطاء في تقبل العلاج يحصيها في: (pp. 419-420).

1-2- تقبل العلاج غير المستقر L' observance Erratique : الذي يرجعه إلى العوامل المرتبطة بظروف الحياة وتداخلاتها، والتي تؤثر في إستقرار تقبل العلاج عند المريض.

2-2- عدم تقبل العلاج غير المتعمد : L'obervance Inconsciente

يكون فيما يخص التعليمات والوصفات الطبية، مثل الإستعمال غير الصحيح للأدوية، والفهم الخاطئ لتعليمات الطبيب.

2-3- عدم تقبل العلاج المتعمد : La non obervance Délibérée

الذي يتمثل في إنكار المرض والعلاج، الخوف من الآثار والمضاعفات الجانبية للأدوية.... الخ.

ويفرق الباحثون بين: (1, 2004, Maryline et Iennize, 2004, Catherine)

- **عدم تقبل العلاج -الأولي-** : و الذي يركز على إرادة المريض في عدم إتباع دوائه و نصائح وإرشادات طبيه المعالج.
- **عدم تقبل العلاج- الثانوي-** : وهو غير إرادي, بعد أن كان المريض متقبلا لعلاجه بشكل جيد لمدة زمنية, يصبح غير متقبلا لعلاجه بسبب ظروف معينة.

3- النظريات المفسرة لتقبل العلاج :

يعرض الباحث نوعين من النظريات المفسرة لتقبل العلاج:

النوع الأول مرتبط بالنظريات المفسرة لتقبل العلاج.

النوع الثاني مرتبط بالنظريات المفسرة لتبني السلوكيات الصحية بما فيها تقبل العلاج.

3-1- النوع الأول: يعرض فيه الباحث نظرية (Anderson 1993).

إقتراح " Anderson (1993) " ثلاث فرضيات تفسر عدم تقبل العلاج:

(Kazarian et Evans, 2001, p. 114).

3-1-1- الفرضية الأولى: مفادها أن المعتقدات الثقافية للمريض تشكل حواجز لتقبل

العلاج، وعليه يجب على المعالج أن يكون ملما بثقافة المحيط بما فيها ثقافة المريض للتفاوض حول الخطة العلاجية المقبولة ثقافيا من طرف المريض، عن طريق إيصال المعلومة بما يناسب المستوى الثقافي للمريض ومعتقداته.

3-1-2- الفرضية الثانية: يرجع (Anderson) عدم تقبل العلاج إلى قلة الأموال

(المستوى المادي للمريض)، الوقت الذي تستغرقه عملية العلاج، سوء فهم المعالجة

المقترحة، فشل الطبيب الممارس في القدرة على توضيح وشرح العلاج .
3-1-3- الفرضية الثالثة: يرى (Anderson) أن نظام الرعاية الصحية تحكمه وتنظمه ثقافة الأغلبية، وأن عوامل عدم تقبل العلاج عند المريض تحكمها مجموعة من العوامل السياسية، الإقتصادية والإجتماعية (نظام التأمينات الإجتماعية والتعويضات، الفقر ... الخ).

3-2- النوع الثاني: المعتقدات الصحية.

3-2-1- تعريف المعتقدات الصحية: المعتقدات الصحية هي " تصورات وإحساسات خطر أو إعتقادات حول شدة المرض" (Kazarian et Evans, p. 120).

علماء نفس الصحة التجؤوا لدراسة المعتقدات الصحية كإمكانية للتنبؤ بالسلوك. هناك عدة نظريات مصنفة ضمن المعتقدات الصحية نذكر منها:

- نموذج المعتقدات الصحية. Health belief model (HBM)
- نظرية العزو. Attribution theory
- نظرية مصدر ضبط الصحة. Health Locus of control
- نظرية التفاؤل غير الواقعي. Unrealistic optimism
- نظرية التعلم الإجتماعي. The social learning theory
- نظرية السلوك العقلاني المبرر. Theory of reasoned action

وسيكثفي الباحث بعرض نظرية المعتقدات الصحية في تبني السلوكيات الصحية، ويسقطها على تقبل العلاج.

3-2-2- تعريف نموذج المعتقدات الصحية (HBM):

يعرفه بيكر (1984) Becker على أنه: "نموذج نظري يقر بأن الفرد ينخرط في ممارسة السلوكيات الصحية فقط في حال أنه أعتقد بأنه عرضة للمرض, و يشعر بأن المرض شيء

خطير، ووافق على أن الإجراءات الوقائية ذات فعالية، وأن فوائد القيام بها ستفوق تكلفة القيام بها". (الداغستاني و المفتي، ص. 86)

ويعرفه روزنستوك وبيكر (1994) Rosenstock & Becker بأنه: " نموذج نفسي يحاول تفسير السلوكيات الصحية واستباق توقعها بالتركيز على الإتجاهات و المعتقدات عند الأفراد". (الداغستاني و المفتي، ص. 86)

ويعرف تايلور (1999) Taylor المعتقدات الصحية بأنها: "ممارسات صحية يقوم بها الناس والتي تتأثر بعاملين: إدراك الشخص للتهديد الصحي، وإيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد". (الداغستاني و المفتي، ص. 87).

وعلى هذا الأساس، فالنموذج يقترح إمكانية إتخاذ الفرد لإجراءات و سلوكات معينة، وقاية من المرض وحفاظا على صحته، و يقيم أيضا إدراك الفرد لمنافع الكشف والمعالجة من مرض معين.

3-2-3- تطور نموذج المعتقدات الصحية HBM: في نظرة مختصرة حول تطور نموذج المعتقدات الصحية، فإن النموذج طور في بداية الخمسينيات من قبل علماء النفس الإجتماعي، (Stephen kegels، Godfrey Hochbaum، Irwin Rosenstock)، الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا، النموذج طور ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل.

ومنذ ذلك الحين عرف نموذج المعتقدات الصحية (HBM) بداية ظهوره، وبدأ يُكيف ويُطور لاستكشاف السلوكيات الصحية طويلة المدى، وقصيرة المدى بما فيها سلوكات المخاطر الخبيثة وانتشار مرض السيدا (AIDS).

النموذج قدم في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية:

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

سنة 1988 أضيف مفهوم الفعالية الذاتية, والذي اعتبر كمفهوم منفصل.

وفي سنة 1994 أعطى كل من العلماء (Rosenstock, strecher et Becker)

المتغيرات الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية HBM.

- التهديد المدرك ويتضمن جزآن :

* سهولة التأثير المدركة لشروط الصحة: وتتضمن الفهم الشخصي للإحساس بالخطر الذي يهدد الصحة.

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

- المنافع المدركة: تأتي من التأثير الإيجابي المعتقد للإستراتيجيات والسلوكيات، للتخفيف من تهديدات المرض.

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

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

- الفعالية الذاتية: وهو المفهوم الذي تم تناوله في الفصل الثالث (Glanz, Rimer et Viswanath, 2008, pp. 46-50).

إذا فنموذج المعتقدات الصحية طور أولاً من قبل Rosenstock في أواخر الخمسينيات بداية الستينيات، ثم من قبل Becker وزملائه على مدار السبعينيات والثمانينيات، وهدفه كان توقع سلوكيات صحية وقائية والرد السلوكي لمعالجة المرض، وخلال السنوات الأخيرة، إستعمل النموذج لتوقع العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة (تقبل العلاج،

التوقف عن التدخين، الحفاظ على الصحة،... الخ). (Ogden, 2004, p. 24).

(أنظر النموذج رقم 2 للمفاهيم الحديثة لنموذج المعتقدات الصحية).

3-2-4- مثال توضيحي لنموذج المعتقدات الصحية: يعرض الباحث هذا المثال لكي تتضح

النظرية أكثر، وهو مثال على مريض مصاب بارتفاع ضغط الدم:

- سهولة التأثر بالمرض: إحتمال إصابتي بالجلطة الدماغية (AVC) إن لم أتقبل علاجي وألتزم به، عالي.

- شدة المرض: إدراك المريض بأن الجلطة الدماغية مرض خطير ومميت.

- منافع تنفيذ السلوك: تقبل العلاج سيحفظ صحتي و يقيني من مضاعفات مرض ارتفاع ضغط الدم.

- تطبيق أو تنفيذ السلوك: تنفيذ السلوك هنا يتم بانتظام المريض في أخذه للدواء الموصوف له لمرض ارتفاع ضغط الدم، واتباعه للنصائح والإرشادات الطبية، أي أن تنفيذ السلوك يكون بتقبل المريض لعلاجه المضاد لارتفاع ضغط الدم).

فسلوك تقبل العلاج في ظل نموذج المعتقدات الصحية هو نتاج مجموعة الإعتقادات الرئيسية(سهولة التأثر، الشدة المحسوسة، منافع تنفيذ السلوك، المرور لتنفيذ السلوك)، التي أعيد تحديدها على مر السنين، وأن هذه الإعتقادات مستعملة لتوقع إمكانية حدوث السلوكات غير الصحية. (Ogden, p. 24).

وردا على الإنتقادات التي وجهت لهذا النموذج فقد روجع لإضافة مفهومين آخرين وهما:

الحوافز الصحية والسيطرة الممكنة (Ogden, p. 25).

مثال توضيحي:

- الحوافز الصحية: أنا قلق لأن عدم تقبل العلاج سيضر بصحتي ويؤزم مرضي، فهذا القلق بمثابة حافز صحي لتقبل العلاج.

- السيطرة الممكنة: أنا واثق بأنه يمكنني تقبل العلاج.

إمكانية حدوث السلوك	سهولة التأثر	المتغيرات الديموغرافية
	SUSCEPTIBILITY	
	الشدة المحسوسة Severity	
	التكاليف Costs	
	المنافع BENIFITS	
	نماذج التنفيذ Cues to action	
	الحوافز الصحية	
السيطرة الممكنة		

نموذج رقم 2: المفاهيم والمتغيرات الرئيسية الحديثة لنموذج المعتقدات الصحة HBM
(Ogden, 2002, p. 413)

4- عوامل تقبل العلاج :

هناك مجموعة من العوامل تساهم في عملية تقبل المريض للعلاج، ونستعرض في دراستنا مجموعتين من العوامل:

- عوامل تقبل العلاج حسب الباحثة Schneider.
- عوامل تقبل العلاج حسب المنظمة العالمية للصحة.

4-1- عوامل تقبل العلاج حسب الباحثة Schneider: أرجعت (2005) Schneider

عوامل تقبل العلاج إلى:

- عوامل سيكولوجية – معرفية – إنفعالية وجدانية – facteurs psycho-cognitivo
- emotionnels

- عوامل المحيط (عوامل بيئية) facteurs environnementaux .
 - عوامل مرتبطة بالدواء وبالمرض. facteurs liés au traitement et à la maladie.
 وقد صنفنا Schneider(2005) هذه العوامل إلى عوامل مساعدة وعوامل معرقة وفقا للجدول التالية:

4-1-1- العوامل السيكولوجية -المعرفية - الإنفعالية الوجدانية :

جدول رقم 2: العوامل السيكولوجية -المعرفية - الإنفعالية الوجدانية

عوامل معرقة	عوامل مساعدة
<ul style="list-style-type: none"> - إنكار المرض - الخوف من المرض. - غضب، إحساس بالظلم Injustice. - إكتئاب. - الشك في فعالية الأدوية وطبيعتها. - الإحساس بالتعب والإنهاك أثناء أخذ الأدوية - الإنشغال الدائم trop occupé أو الكسل والتهاون. - لا يوجد أي خطر في ترك جرعات محددة. - إضطرابات الذاكرة (نسيان ...). - الدعاء والتمني بالشفاء عوض المعالجة. - تبعية للمحذرات. 	<ul style="list-style-type: none"> - معرفة جيدة للمرض وللأدوية. - حيوية الفرد المريض. - الرغبة في الحياة. - معتقدات إيجابية حول الدواء. - الثقة بالطبيب المعالج. - الثقة في قدرات المريض الذاتية (فعالية الذات self efficacy). - أخذ القرار بالعلاج. - الجانب الروحي والديني للمريض.

4-1-2- عوامل المحيط (العوامل البيئية) :

جدول رقم 3: عوامل المحيط (العوامل البيئية)

عوامل مساعدة	عوامل معرقة
<ul style="list-style-type: none"> - أولوية العلاج. - إهتمام العائلة فيما يخص الإنتظام في تناول الدواء لفردا المريض. - نمط حياة منتظم. - مساندة إجتماعية (تشجيع ، مساعدة). - فيما يخص ممتهني الصحة ونوعية العلاقة: التعامل الجيد، التواصل، العاطفة، إيصال المعلومة بشكل جيد، المتابعة المستمرة...). 	<ul style="list-style-type: none"> - فيما يخص ممتهني الصحة: (عدم الثقة، المواجهة، الصعوبة في الحصول على مواعيد...). - الحالة الإقتصادية والإجتماعية للمريض. - إنعدام المساندة الإجتماعية. - التأثير السلبي للأشخاص الآخرين على المريض . - تهيش المريض. - التداوي الطبيعي التقليدي.

4-1-3- العوامل المرتبطة بالدواء وبالمرض : Facteurs liés au TRT et à la

maladie

جدول رقم 4: العوامل المرتبطة بالدواء وبالمرض

عوامل مساعدة	عوامل معرقة
<ul style="list-style-type: none"> - تاريخ التشخيص. - تدهور الحالة الصحية للمريض. - تحسن الحالة الصحية للمريض. - نمط حياة منتظم. 	<ul style="list-style-type: none"> - الآثار الجانبية للدواء. - الإحساس بحالة صحية جيدة بدون دواء أو التعديل الذاتي Auto – modification (من طرف المريض).

<ul style="list-style-type: none"> - علاج معقد. - تغيير بعض عادات التغذية وحتى نوع التغذية. - حجم حبوب الدواء. - الأوقات والساعات غير الملائمة. - تكلفة الدواء. - خدمات الضمان الاجتماعي. 	<ul style="list-style-type: none"> - معرفة جيدة حول طبيعة المرض، والآثار الجانبية له.
---	--

من خلال تحليل الجداول و العوامل المؤثرة في تقبل العلاج، يتضح لنا أن عوامل تقبل العلاج التي أحصتها الباحثة Schneider، تتلخص في ثلاثة عوامل رئيسية، وهي العوامل الواردة في تقرير (OMS(2003)، والإختلاف يكمن فقط في تصنيف ومسميات العوامل (عوامل تقبل العلاج).

2-4- عوامل تقبل العلاج حسب المنظمة العالمية للصحة OMS: تتلخص عوامل تقبل

العلاج حسب (OMS (2003، في العوامل التالية: (pp. 27-30)

- عوامل مرتبطة بالدواء والعلاج .

- عوامل مرتبطة بالطبيب أو الخلية الطبية.

- عوامل مرتبطة بالمريض .

1-2-4- العوامل المرتبطة بالدواء: والتي تتمثل في:

- الآثار الجانبية للدواء.

- طول مدة العلاج (تقبل العلاج يتناقص مع مرور الوقت).

- فشل المعالجة السابقة (تغيرات دخيلة في النظام العلاجي المتبع سابقا).

- عدد مرات تناول الدواء في اليوم: دراسة أظهرت العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء

في اليوم، وبين عدد المرضى المتقبلين للعلاج، فكانت النتائج كما يلي: (De Blic, p. 421)

جدول رقم 5: دراسة حول العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المتقبلي العلاج.

عدد مرات تناول الدواء	نسبة المرضى المتقبليين للعلاج
4 مرات	18%
3 مرات	34%
مرتين	71%

أي أنه كلما نقصت عدد مرات تناول الدواء في اليوم، كلما زادت نسبة تقبل المريض لعلاجه، والعكس صحيح.

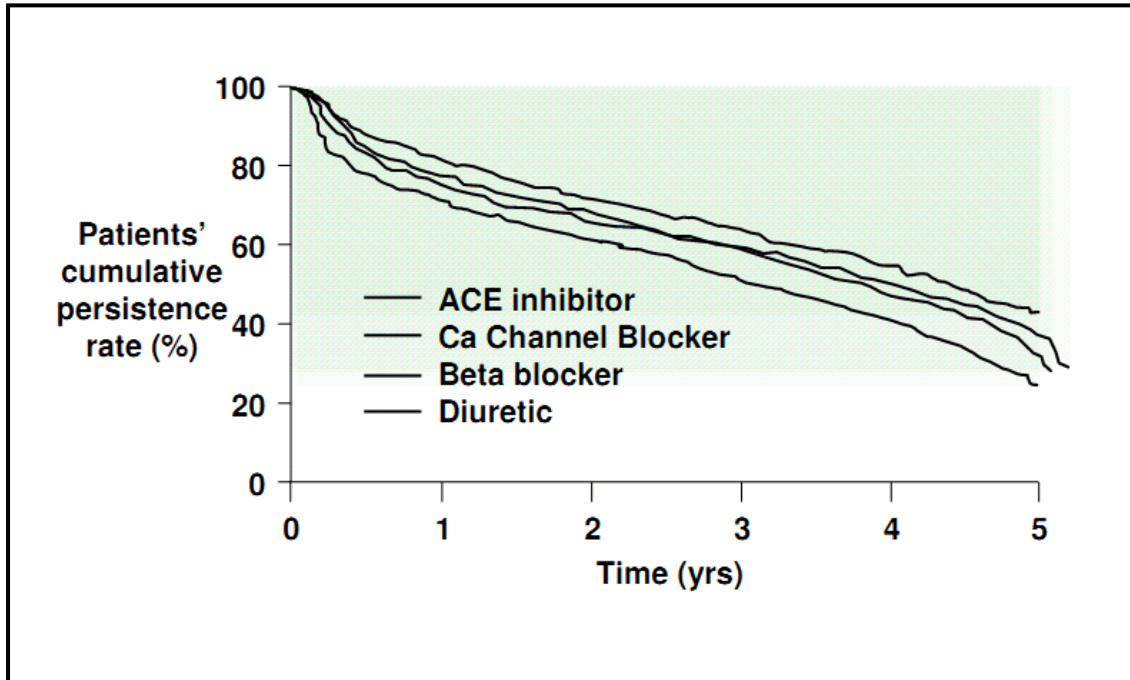
- طرق تناول واستخدام الدواء: بينت دراسة أن المرضى الذين يستخدمون دواءهم عن طريق الفم (voie orale)، يظهرون تقبلا كبيرا للعلاج مقارنة بالمرضى الذين يستخدمون الدواء عن طريق الاستنشاق (voie Inhalée) (De Blic, p. 422).

- طول مدة العلاج: ففي إطار تجربة إكلينيكية على أطفال تراوحت أعمارهم بين سن 7-16 سنة، حول العلاقة بين مدة العلاج، وبين نسبة تقبل العلاج، كانت النتائج كالتالي: (Jonasson, carlsen, and mowinckel, 2000, p. 331)

جدول رقم 6: دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج.

مدة العلاج	نسبة الأطفال المتقبليين للعلاج
3 أشهر	76.9%
9 أشهر	54.2%
15 شهرا	53.2%
21 شهرا	50.5%
27 شهرا	48.8%

أي أنه كلما طالت مدة العلاج، كلما نقصت نسبة الأطفال المتقبلي العلاج. و في إطار دراسة أجراها باحثون في كندا على عينة من المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم، فإن النتائج إتفقت هي الأخرى مع دراسة (Jonasson, carlsen and mowinckel) , حيث أظهرت النتائج أن تقبل العلاج يتناقص مع الوقت وهذا من نسبة 100 % مريضا متقبلا للعلاج في بداية تناول الدواء، إلى حوالي فقط 30% (مريضا متقبلا للعلاج) في السنة الخامسة من تناول الدواء، وهذا بالنسبة للفصائل الأربعة من مضادات الضغط الدموي التي تم تناولها بالدراسة. (أنظر المخطط البياني رقم 1).



مخطط بياني رقم 1: العلاقة بين مدة العلاج ونسبة تقبل العلاج (Schneider, 2008, p.4)

2-2-4- عوامل مرتبطة بالطبيب أو المعالج:

تقرير (OMS 2003)، أشار إلى أن نوعية العلاقة بين المريض والطبيب أو المعالج، من شأنها أن تعزز من عملية تقبل العلاج عند المريض، وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في عملية العلاج، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية، وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب

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

ففي دراسة على 2509 مريضا مصابا بالربو من بينهم 721 طفلا، حول عوامل تقبل هؤلاء المرضى للدواء المستنشق (Traitement inhalé)، فكانت العوامل المعززة لتقبل هذا الدواء هي: (De Blic, p. 421).

- طبيعة الشروحات المقدمة من طرف الطبيب فيما يخص الخطة العلاجية.
- الوقت المستغرق في عملية الفحص.
- إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه.

- إنتظام الزيارات.
- الشروحات المقدمة من طرف الطبيب حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء.
- التكلم مع المريض حول الصعوبات التي تواجهه في تناول الدواء بطريقة غير تأنيبية.
فنوعية العلاقة بين الطبيب والمريض يجب أن تحوي عنصرين أساسيين حتى تكون درجة تقبل المريض للعلاج عالية وحتى يتفادى المضاعفات المرضية (les complications):

* إشراك المريض (Participation du patient) أثناء عملية الفحص والتشخيص، وذلك من خلال إعطائه معلومات حول المرض وحول الدواء وحول الخطة العلاجية التي ستتبع.

* تفاوض (Négociation) بين الطبيب والمريض حول السلوكيات والأنظمة الجديدة التي سيتبعها المريض، و في هذا الصدد يؤكد كل من Postel- Vinay et Ménéard (1988) أن اقتراح الدواء عبارة عن نتيجة للتواصل بين الطبيب والمريض. (Languérand, 2005, p. 13).

4-2-3- عوامل مرتبطة بالمريض : من بين هذه العوامل نجد :

- المرضى في حالات عدم الإستقرار (بدون عمل، مشاكل اجتماعية واقتصادية...) فإنهم يظهرون صعوبات في تقبل العلاج.

- سن المريض: كلما تقدم المريض في السن كلما نقص تقبله للعلاج.
ففي دراسة لـ Gibson حول العلاقة بين سن المريض، وبين نسبة تقبله للعلاج، كانت النتائج كالتالي: (De Blic, p. 421).

الرضيع ← 77%
الطفولة المتوسطة ← 50%

وأكمل Waldan هذه الدراسة على المرضى بين سن 8-16 سنة ووجد أن تقبلهم للعلاج هو 40%.

لكن كتعليق على هذه الدراسة فإن الباحث يرى أن عوامل تقبل العلاج في هذه الدراسة لا يحكمها عامل السن فقط، بل تحكمها عوامل أخرى كعامل تكفل الأولياء بأبنائهم فالرضيع مثلا ليست له القدرة على أن يتقبل العلاج أو لا يتقبله، نفس الأمر بالنسبة للطفولة المتوسطة، فلو كانت هذه الدراسة على شكل دراسة مقارنة بين الراشدين من مختلف الأعمار (شباب- كهول- متقدمي السن) فيما يخص سنهم ودرجة تقبلهم للعلاج، لكانت النتائج أكثر اعتمادا.

- الإكتئاب والقلق (عوامل لعدم تقبل العلاج).

- توفر مساندة إجتماعية للمريض من شأنه أن يعزز من تقبل العلاج، وهذا ما خلص إليه تقرير الملتقى الذي نظمته المنظمة العالمية للصحة حول تقبل العلاج على المدى الطويل.
وفي دراسة لـ Leikly et Koll على 344 طفل بين سن 4-9 سنوات، بينت أن تكفل الأولياء بتقديم الدواء وتناوله لأطفالهم، يحسن من تقبلهم للعلاج، حتى أن المراهقين الذين يتناولون دواءهم لوحدهم، يبدون ارتياحا عندما يذكرهم الأهل بتناول الدواء.
(Jonasson, carlsen, and mowinckel).

يقول (De Blic (2007) أن عوامل تقبل العلاج عند الطفل المصاب بالربو، هي نفسها عند المريض المزمن، ويحصيها في: (p. 420).

* إحساس الطفل بأنه مهمش وليس كغيره من زملاء .

* التناقضات فيما يخص تدخل الأولياء (أحيانا ينتظر الطفل تدخل والديه، وأحيانا أخرى يقابله بالرفض).

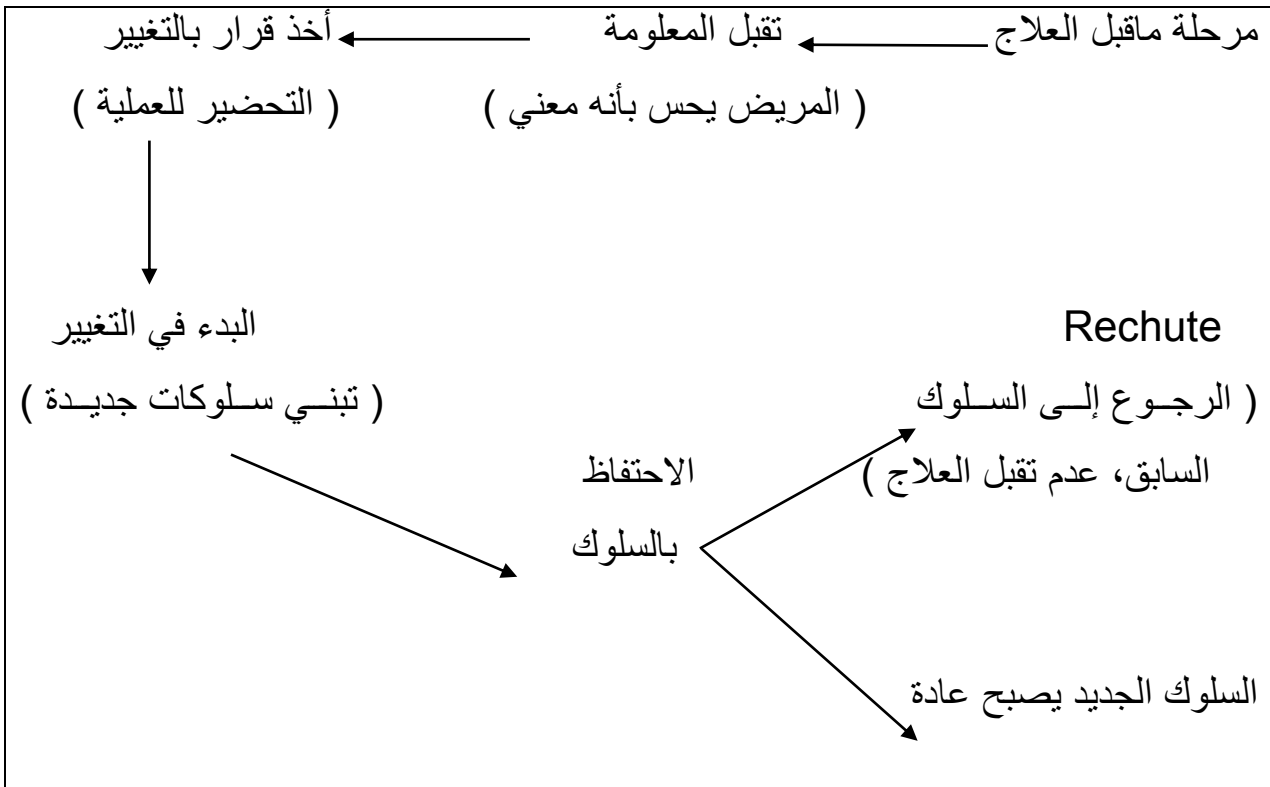
* عدم تقبل العلاج عند الطفل يعبر عن حالة نفسية غير مستقرة لديه، يتطلب تدخلا سيكولوجيا معينا.

* إنكار المرض من طرف الطفل.

5- مراحل تقبل العلاج:

تقبل العلاج عملية صعبة ومشكل كبير ومعقد، خاصة عند المرضى المزمنين لعدة أسباب منها:

- طول مدة استعمال الدواء .
 - استعمال أكثر من دواء وتداخل الأدوية فيما بينها.
 - بعض الأدوية تتطلب إستعمالا محددًا، كأن تؤخذ وسط الأكل، أو خارج أوقات الأكل مما يعقد من عملية تناول الدواء، ويحدث إضطرابات في عمليات التغذية.
 - الآثار الجانبية غير المرغوب فيها للدواء.
 - المعتقدات الثقافية للمريض حول الدواء والمرض.
 - الأوقات الصعبة فيما يخص تقبل العلاج (نهاية الأسبوع، العطل، السفر، أثناء مرض حاد كالإلتهابات أو غيرها، أثناء الحفلات والمناسبات، الأولويات الأخرى الشخصية أو المهنية للمريض، بدء الدواء أو إعادة أخذه بعد مدة من الإنقطاع عن تناوله).
 - فتقبل العلاج يتطلب مراحل تدريجية.
- (Prochaska et Diclemente) إقترحا هذا النموذج لمراحل تقبل العلاج:



نموذج رقم 3: نموذج Prochaska et Diclemente لمراحل تقبل العلاج (De Blic, p. 422)

أي أن تقبل العلاج يمر بهاته المراحل :

- الحصول على المعلومة من طرف الطبيب أو المعالج، حول الحالة الصحية للشخص المريض، بما فيها تشخيص المرض، ومعلومات عن المرض وطرق علاجه.
- تقبل المعلومة أو التشخيص وتقبل الخطة العلاجية.
- أخذ قرار بتغيير السلوك غير الصحي الذي من شأنه أن يضاعف من حدة المرض.
- البدء في التغيير (تبني سلوكيات صحية جديدة) بهدف المعالجة والوقاية من المضاعفات المرضية.
- الإحتفاظ بسلوك التغيير.

6- تقبل العلاج ومرض ارتفاع ضغط الدم HTA :

جاء في الجزء الثالث المعنون بـ " تقارير خاصة حول الأمراض " من تقرير OMS(2003) حول تقبل العلاج على المدى الطويل، أن البحوث الطبية بينت أن علاج مرض ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يخفف خطر الإصابة بالسكتة القلبية بـ 43%، ومن أزمة الإصابة بتضخم عضلة القلب (Infarctus de Myocarde) بـ 15%، كما يمكن أيضا بالمعالجة الدائمة والفعالة الوقائية من الإصابة بأمراض الكلى والسكري.

بالنسبة لتحديد عتبة تقبل العلاج عند المرضى بـ HTA (الحد الفاصل الذي من خلاله نعتبر أن المريض بـ HTA متقبل للعلاج أم غير متقبل له)، فإنه كان هناك خلاف بين العلماء والباحثين حول تحديد هذه العتبة، لكن المنظمة العالمية للصحة أزالت الخلاف واعتبرت أن المريض بـ HTA المتقبل لعلاجه، هو الذي يأخذ نسبة أكبر من 80% من دوائه المضاد لضغط الدم (Antihypertenseurs).

وعلى الرغم من توفر المعالجة إلا أن نصف المرضى بـ HTA يتخلون عن علاجهم بعد سنة من تشخيص حالتهم (عامل الزمن)، فقط 5% من المرضى يأخذون أدويتهم الموصوفة لهم بنسبة 80%، وتقبل العلاج عند هؤلاء المرضى ارتبط بسيطرة جيدة على مستويات ضغط الدم، وغياب تعقدات مرضية (107-108 pp).

7- الوقاية (La prévention): جاء في تقرير OMS (2003) بعض العوامل المساعدة

في تقبل المريض للعلاج على المدى الطويل، وهي عوامل وقائية يجب أن تؤخذ بأهمية من طرف الطبيب أو المعالج، قبل و طوال فترة أخذ المريض للدواء وقيامه باتباع الإرشادات والتعليمات الطبية، فهذه الإجراءات الوقائية موجهة بشكل مباشر للطبيب أو المعالج بهدف

تحسين تقبل العلاج عند مرضاهم، وهي متمثلة في :

- التكلم عن تقبل العلاج من الفحص الأول.

- تقييم استعداد المريض.

- تقييم مستوى تقبل المريض للعلاج

- الإهتمام بإشكالية المريض.
- إيجاد الحلول.
- التكلم عن تقبل العلاج في كل فحص.
- تكييف أخذ الدواء مع إمكانيات المريض.
- إيصال المعلومة بطريقة واضحة، سهلة، كافية.
- إعطاء كمية كافية من الدواء تتزامن مع الموعد الطبي المقبل.
- المريض شريك فعال أي يجب إشراكه في الخطة العلاجية.
- البحث عن طرق مساعدة مناسبة.
- تنظيم إتباع المريض.
- المساندة الاجتماعية (عائلة، أصدقاء مقربين ، جمعيات ..).

8- تقييم مستوى تقبل العلاج:

بالنسبة لتقييم مستوى تقبل المريض للعلاج، فإن ذلك يتم بطرق مباشرة وغير مباشرة:
(Comité régional d'éducation pour la santé CRESIF, 2001, pp. 8-10)

8-1- الطرق المباشرة: تتمثل الطرق المباشرة لقياس مستوى تقبل العلاج في:

- إيجاد نسب الدواء و نسب بعض المركبات التي يحتويها الدواء في الدم وفي البول.
- المراقبة.

- تطبيق استمارات ومقاييس تقبل العلاج على المرضى.

8-2- الطرق غير المباشرة: وهي المتمثلة في:

- الحكم الإكلينيكي على حالة المريض فتحسن حالة المريض تعكس مدى تقبله للعلاج.
- الحكم الذاتي الذي يصدره المريض عن تقبله للعلاج.
- حساب عدد حبوب الدواء بين كل زيارة.

- مراجعة البيانات من الصيدلية، وذلك من خلال مراقبة شراء الأدوية وتجديد الوصفات.

9- تقرير (2003) OMS حول تقبل العلاج (Adherence) :

- مشكل عالمي في طريق التوسع والإنتشار.
- عامل أساسي ومهم لنجاح العملية.
- يتوجب على الأنظمة الصحية تغيير استراتيجياتها من أجل تكفل تام بالمريض المزمن.
- المرضى يجب أن يحضوا بقدر كبير من المساندة عوض أن يلاموا ويوبخوا.
- متابعة تقبل المريض للعلاج على المدى الطويل ، لأن درجة تقبل العلاج تتغير مع الزمن.
- يتوجب تطوير أنظمة وبرامج للتدخل.
- يجب تكوين ممتهي الصحة فيما يخص تقبل العلاج وعوامله .
- أهمية المساندة الاجتماعية في تقبل العلاج.
- مقارنة واستقصاء في جميع الميادين حول إشكالية تقبل العلاج.

- خاتمة الفصل:

يشير مفهوم تقبل العلاج إلى مدى التزام المريض وانتظامه في أخذ الدواء، واتباعه للإرشادات والتعليمات الطبية، وممارسته للسلوكيات الصحية. فهو يعتبر مشكلا كبيرا خاصة عند المرضى المزمنين، تسهم فيه مجموعة من العوامل المرتبطة بالمريض وبالخلفية الطبية والدواء.

الفصل الخامس: مرض ارتفاع ضغط الدم

يعتبر مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي من الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارًا في العالم، ومسببا رئيسيا للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية التي تصل درجة خطورتها إلى الموت. وقبل التطرق إلى التعريف بهذا المرض، لا بأس أن نعرج على الجهاز القلبي الوعائي وبمكوناته، كونها مبادئ ضرورية لفهم مرض HTA .

1- الجهاز القلبي الوعائي: Le système cardiovasculaire

يتكون الجهاز القلبي الوعائي من: (Marchina, 1995, p. 13)

القلب . Le coeur

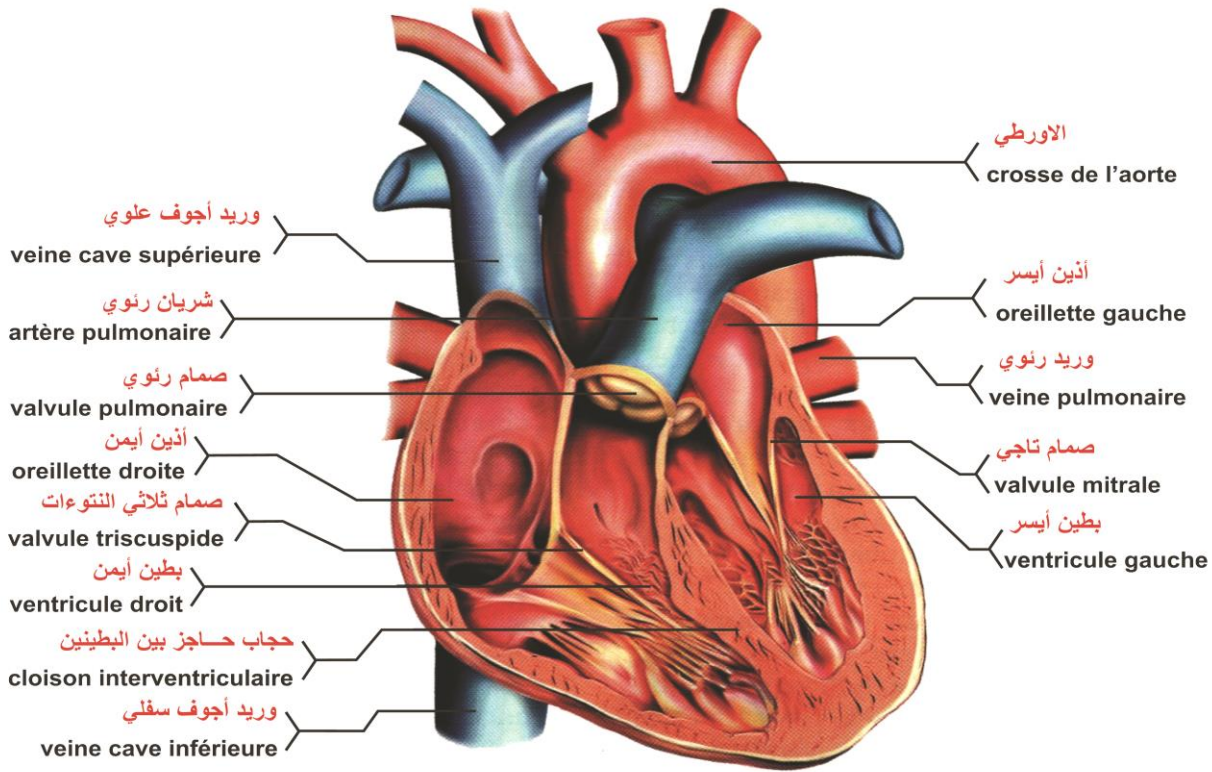
الأوعية الدموية. Les vaisseaux sanguins

الدم . Le sang

1-1- القلب: القلب تشريحيا عبارة عن:

" عضلة رخوة وهي عضلة (Le myocarde)، يقع في القفص الصدري (La poitrine) بين الرئتين، يغذى بواسطة الشرايين التاجية (Les artères coronaires)، ومحاط بكيس (Un sac) حامي واقى هو (Le péricarde)" (Larousse, 2004, p.23) . يتكون القلب كما جاء في (Larousse (2004 من: (أنظر الشكل رقم 8).

مقطع طولي للقلب COUPE DU COEUR



شكل رقم 8: مقطع طولي للقلب (Larousse, 2004, p. 23).

- أربع فجوات : وهي

- الفجوتين العلويتين المدعوتين بالأذنين

Oreillette gauche- Oreillette droite أذين أيسر- أذين أيمن

تفصلهما عن بعضهما فجوة رقيقة (Cloison fine) و هي الحجاب الحاجز بين الأذنين

(Le septum interauriculaire).

الأذين الأيمن يتلقى الدم الخالي من الأوكسجين والأتي من جميع أنحاء الجسم.

الأذين الأيسر يتلقى الدم الغني بالأوكسجين والأتي من الرئتين.

- الفجوتين السفليتين وهما البطينين (Les ventricules).

بطين أيسر- بطين أيمن Ventricule gauche- Ventricule droit

تفصلهما عن بعضهما فجوة تدعى الحجاب الحاجز بين البطينين

(Le septum interventriculaire)

البطين الأيمن يبعث بالدم الخالي من الأكسجين إلى الرئتين عن طريق الشريان الرئوي

(L'artère pulmonaire).

البطين الأيسر يبعث بالدم الغني بالأكسجين عن طريق الأورطي (L'orte) إلى كامل أنحاء الجسم.

كل أذين موصول بالبطين الذي يليه بواسطة صمام (Valvule).

الأوردة الكبيرة تغذي الأذنين بالدم، بينما الشرايين تحمل الدم من البطينين.

- **الصمامات: (Les valvules)**

عددها أربعة لا تسمح بمرور الدم إلا في اتجاه واحد من الأذنين إلى البطينين ومن

البطينين إلى الشرايين المتصلة بالقلب (pp.23-24).

1-2- الأوعية الدموية: Les vaisseaux

تتكون الأوعية الدموية من: (Larousse, 2004, p. 26)

- **الشرايين: Les artères**

يخرج الدم الغني بالأكسجين من القلب إلى كافة أنحاء الجسم عن طريق الشريان

الأورطي، والدم الخالي من الأكسجين إلى الرئتين عن طريق الشريان الرئوي.

- **الأوردة: Les veines**

يرجع الدم الخالي من الأكسجين من الجسم إلى القلب عن طريق الوريدين الأجوفين

(Les deux veines caves)

بينما الأربع أوردة الرئوية (Les quatres veines pulmonaires) فإنها تأتي بالدم

المحمل بالأكسجين من الرئتين إلى القلب.

- الشعيرات الدموية (Les capillaires): تقع بين شبكة الشرايين وشبكة الأوردة، تسمح بالمبادلات بين الدم والخلايا، وبين الدم والهواء على مستوى نهايات القصبات الهوائية (Les alvéoles pulmonaires).

1-3- الدم Le sang:

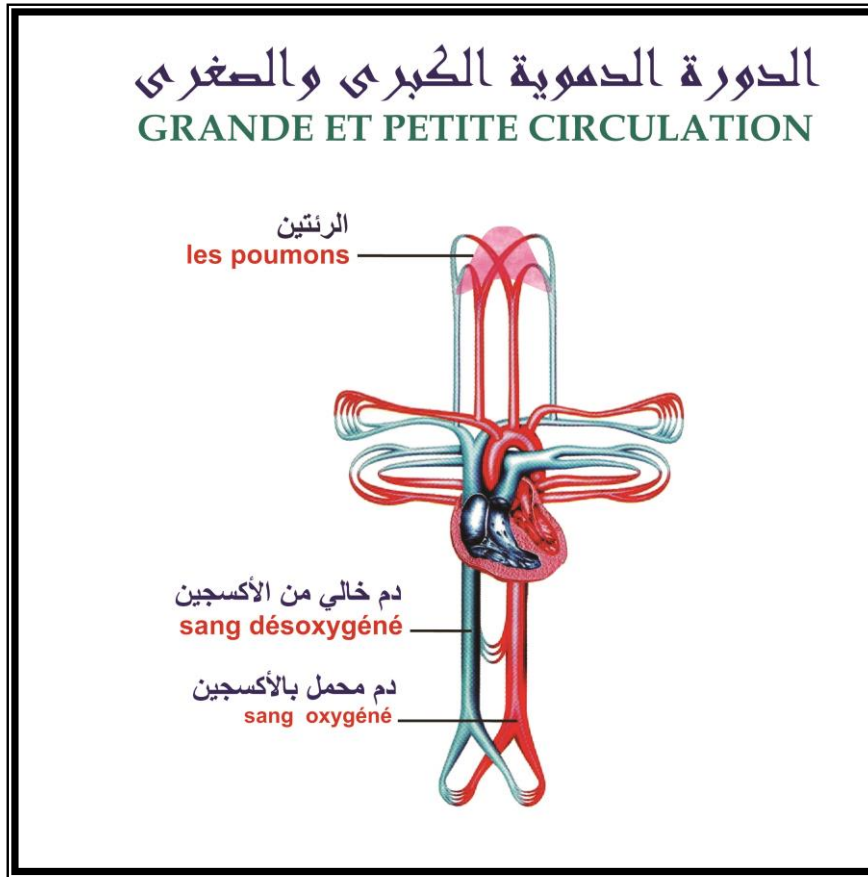
يتكون من سائل لزج (visqueux) يسير في الشرايين والأوردة، يضخه القلب يغذي ويمد الأنسجة والعضوية بالأكسجين، وينقل الفضلات نحو الأعضاء المكلفة بإزالتها. يتكون الدم من: (Marchina, p.16)

- كريات الدم الحمراء التي لا تحتوي على نواة أو أنوية.
- كريات الدم البيضاء التي بها نواة أو أنوية.
- الصفائح الدموية.
- البلازما التي تسبح فيها هذه المكونات.

2- الدورة الدموية: هناك دورتان دمويتان وهما: (Marchina, pp.14-15) (أنظر الشكل رقم 9).

1-2- الدورة الصغرى: (La petite circulation) أو (La circulation pulmonaire) وفيها يقوم القلب الأيمن بضخ الدم الخالي من الأكسجين إلى الرئتين عن طريق الشريان الرئوي (L'artère pulmonaire)، ثم يعود إلى القلب الأيسر محملاً بالأكسجين.

2-2- الدورة الكبرى: (La grande circulation) أو (La circulation systémique) القلب الأيسر يستقبل الدم الغني بالأكسجين الآتي من الرئتين ويضخه عن طريق الأورطي إلى كامل أنحاء الجسم، ثم يعود إلى القلب الأيمن خالياً من الأكسجين.



شكل رقم 9: الدورة الدموية الكبرى والصغرى (Larousse, 2004, p. 26).

3- الضغط الدموي أو الضغط الشرياني: La pression sanguine ou artérielle (PA)

"هو ضغط الدم الناتج عن الإنقباض، أو الضخ المنتظم للقلب (Contraction)، يقاس هذا الضغط بالسنتيمتر أو المليمتر الزئبقي" (Larousse, 2004, p.673).

ويوجد ضغطان في كل قياس: (Larousse, 2004, p. 24).

1-3- الضغط الأقصى (الإنقباضي): Pression maximale ou systolique (PAS)

ويقع في الفترة الموافقة للحظة انقباض القلب.

2-3- الضغط الأدنى (الإنبساطي): Pression minimale ou diastolique (PAD)

وهي مرحلة راحة القلب تأتي مباشرة بعد ضخ القلب للدم وتقع بين كل ضختين.

4- ارتفاع ضغط الدم : L'hypertension artérielle

يعرف ارتفاع ضغط الدم على أنه: " ارتفاع غير عادي لضغط الدم في الشرايين، الذي يؤدي غالبا لأمراض متعددة كالجلطة الدماغية" (Larousse, 2004, p.673).
تعريف آخر لـ Marchina (1995): " أرقام مرتفعة حسب السن للضغط الدموي داخل الشرايين، محسوبة بالسنتيمتر أو المليمتر الزئبقي" (p.19).
في هذا التعريف أضيف عامل السن أي أن شدة الضغط الدموي تحدد حسب السن، فمثلا الضغط الدموي التالي (120/80) هو ضغط مثالي بالنسبة لشخص راشد، لكنه في المقابل يعتبر ضغطا عاليا بالنسبة لرضيع أو طفل صغير.

نتكلم عن مرض ارتفاع ضغط الدم لما في وضعية الراحة ولعدة قياسات يكون ضغط الدم الإنقباضي 140 مليمتر زئبقي أو أكثر، و ضغط الدم الإنبساطي 90 مليمتر زئبقي أو أكثر (Larousse, 2004, p.673).

4-1- أرقام قياسات ضغط الدم:

شدة الضغط الدموي تحدد تبعا لأرقام القياسات، والجدول رقم 7 يبين أرقام قياسات ضغط الدم المثالية والطبيعية والمرضية، تبعا للتصنيف الجديد للمنظمة العالمية للصحة لسنة 1999 والمعمول به حتى الآن:

جدول رقم 7: أرقام قياسات ضغط الدم (Mancia et al., 2007, p. 1109).

التعريف بضغط الدم	الإنقباضي	الإنبساطي	مخاطر الإصابة بالأمراض الوعائية القلبية
الضغط المثالي	أقل من 120	أقل من 80	لا توجد
الضغط الطبيعي (العادي)	129-120	84-80	لا توجد
الضغط فوق العادي	139-130	89-85	أقل من 15%
ارتفاع ضغط الدم درجة 1	159-140	99-90	15 إلى 20%
ارتفاع ضغط الدم درجة 2	179-160	109-100	20 إلى 30%
ارتفاع ضغط الدم درجة 3	180 ≤	110 ≤	أكبر من 30%

5- قياس ضغط الدم: يُقاس ضغط الدم بواسطة جهاز (Sphygmomanomètre) يحتوي على ساعة (Brassard)، وبه ساعة مدرجة من 0 إلى 300 ملليمتر زئبقي، يتم نفخ الهواء داخل الكيس الموجود بداخل الساعة بواسطة الضغط على كيس آخر صغير خارجي به صمام يسمح في التحكم بالهواء الموجود داخل كيس الساعة، وبواسطة الفتح التدريجي لهذا الصمام فإن الهواء يبدأ في الخروج من داخل الساعة، وباستخدام السماعة الطبية (Stéthoscope)، يتم سماع دقات القلب، ويتم تسجيل قراءتين عليا ودنيا وهما المعبر عنهما بالضغط الإنقباضي والضغط الإنبساطي.

وعلى العموم فإن عملية القياس يمكن أن تتم في العيادة أو في المنزل عن طريق القياس الذاتي ولكل قياس دور في التأكد من وجود ارتفاع في ضغط الدم من عدمه.

5-1- تقنيات و وسائل القياس في العيادة: يقاس ضغط الدم في العيادة بواسطة جهاز معتمد به ساعة (Brassard) ملائمة ومكيفة لحجم ذراع المريض.

يتم قياس ضغط الدم في وضعية يكون فيها المريض قد تمدد على طاولة الفحص أو جلس لمدة دقائق، ويؤخذ له في الفحص قياسان خلال مجال زمني مدته بضع دقائق.

ينصح بأن يتم القياس في الفحص الأول على كلا الذراعين، وإذا سجل إختلاف في القياسين (Asymétrie tensionnelle) أكثر من 20 ملليمتر زئبقي لضغط الدم الإنقباضي، فإن القياسات اللاحقة تتم على مستوى الذراع الذي سجلت به أعلى نسبة لإرتفاع ضغط الدم (Aziz Azizi, 2003, n°. 638, p. 13).

5-2- القياس الذاتي: L'automesure

القياس الذاتي للمريض لضغط دمه يسمح بتصحيح بعض الأخطاء في التشخيص الذي تم في العيادة، فعلى سبيل المثال نذكر ظاهرة تسمى بـ (HTA blouse blanche)، أين يخاف المريض من الطبيب ومظهر العيادة، وتبدو عليه أعراض خوف وقلق تصاحبها عمل الجهاز العصبي السمبثاوي، وبالتالي إرتفاع في ضغط الدم، لذا فإنه ينصح بقياس ضغط الدم خارج العيادة للتأكد من وجود حقيقي لضغط الدم العالي وإزالة ما يعرف بـ (HTA blouse blanche) قبل البدء في أخذ الدواء المضاد لارتفاع ضغط الدم.

كذلك فإن القياس الذاتي يسمح بمعرفة ارتفاع ضغط الدم غير المستقر (Ambulatoire)، ومن شأنه أن يعطي نظرة عامة لأرقام قياسات ضغط الدم، وبالتالي معرفة ما إذا كان هناك تحسن في الحالة من عدمه وبالتالي يغير الدواء أو يوصف مع أدوية أخرى.

أما فيما يخص عتبة القياس المحددة في القياس الذاتي، فإن القيمة المساوية لـ (140/90) قياس عيادي، هي (135/85) في القياس الذاتي (Azizi, 2003, n°. 638, pp.13-14).

6- أنواع مرض ضغط الدم: هناك نوعان من مرض ارتفاع ضغط الدم يصنفهما قاموس (2004) Larousse في:

1-6- ارتفاع ضغط الدم الأساسي: L'hypertension artérielle essentielle

يشكل مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي 90-95 % من مرض ارتفاع ضغط الدم ويعرف على أنه: " ارتفاع غير عادي لضغط الدم في الشرايين لأسباب مجهولة مرتبطة مباشرة بالمقاومة الشريانية (La résistance artérielle) أو بالتدفق القلبي (Le débit- cardiaque) " (Larousse, 2004, p. 673).

عند الشخص الشاب مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي مرتبط مباشرة بالتدفق القلبي، أي بكمية الدم التي يضخها القلب أثناء كل إنقباضة، أما عند الشخص المسن فهو مرتبط بالمقاومة الشريانية (Larousse, 2004, p. 673).

2-6- ارتفاع ضغط الدم الثانوي: L'hypertension artérielle secondaire

وهو عبارة عن ارتفاع غير عادي لضغط الدم في الشرايين أسبابه معروفة مثل:

- أمراض الكلى Maladies des reins
- أمراض الغدد فوق الكظرية Maladies des glandes surrénales
- تضخم الغدة الدرقية L'hyperthyroïdie
- التدخين والسمنة Le fumer et l'obésité.

- فترة الحمل ويدعى مرض ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل بـ L'hypertension gravidique

- بعض الأدوية خاصة الكورتيكويدات (Les corticoïdes) و مانعي الحمل (Les contraceptifs) (pp. 673-674).

ففي دراسة لـ (Weir (1969-1972 في مدينة Glasgow البريطانية، على مجموعة من النساء كان ضغط دمهن أقل من (140/90) قبل أن يأخذن موانع الحمل، عينة من هذه المجموعة تلقت موانع الحمل (Estroprogestatif) على شكل دواء هرموني مكون من (Estrogènes) et (les progestatifs)، والعينة الأخرى من النساء إستعملن موانع حمل موضعية (Contraception locale) كأداة (Le stérilet).

بعد مدة سنتين من المتابعة، أظهرت النتائج فيما يخص النساء اللواتي استعملن مانع حمل هرموني (Estroprogestatif)، إرتفاعا في ضغط الدم الإنقباضي (PAS) لدى 164 امرأة من بين 186، متوسطه 7.7 ملليمتر زئبقي، و إرتفاعا في ضغط الدم الإنبساطي (PAD) لدى 150 امرأة من بين 186، في حين أن 60 امرأة من النساء اللواتي استعملن موانع حمل موضعية فإنه لم تسجل أي تغيرات أو إرتفاع في ضغط دمهن.

وخلال متابعة لمدة 5 سنوات على النساء اللواتي إستعملن (Estroprogestatif)، فإن ضغط دمهن إستمر في الإرتفاع، في حين أن ضغط الدم عاد لحالته الطبيعية لدى 32 امرأة لما توقفن عن أخذ الدواء الهرموني (Beaufils, 2004, p. 1).

7- أعراض مرض ارتفاع ضغط الدم:

ليست هناك أعراض محددة وخاصة بهذا المرض، وفي معظم الحالات لا يحس المريض بأعراض مرض ارتفاع ضغط الدم، لذا فإنه يدعى بالمرض الصامت، ويكشف عادة عنه من خلال الفحوصات الروتينية التي يجريها المريض في العادة، والأعراض التي ستعرض هي أعراض لمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي والثانوي، بمعنى أنه لا توجد أعراض خاصة بمرض ارتفاع ضغط الدم الثانوي، وأعراض خاصة بمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي، بل هي نفس الأعراض تتفاوت شدتها حسب قراءات القياس.

وعلى العموم فإن أعراض مرض HTA تتلخص فيما يلي: (Larousse, 2004, p. 674)

- صداع خفيف Légers maux de tête.
- طنين في الأذنين Bourdonnement d'oreilles (Acouphènes).
- نزيف الأنف Saignement du nez.
- إرهاق وتعب Fatigue.
- إضطرابات في الرؤية Eblouissements.

8- العوامل المساعدة على الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي: على الرغم من أن أسباب مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي تبقى مجهولة إلا أنه يمكن التنبؤ بالسلوكيات غير الصحية وبعض العوامل المساهمة في ظهوره نذكر منها:

- الوراثة: معطيات و دراسات (OMS (1985 على التوائم والعائلات والسكان، بينت أن للوراثة دورا كبيرا في الإصابة ب (HTA) (pp. 19-20).

- عاملا السن والجنس: حيث أظهرت الدراسات الفرنسية أن نسبة الإصابة ب (HTA) في الفئة العمرية 20 سنة فما فوق هي 16.5%، وهي عند النساء أكبر منها عند الرجال ب 19% مقابل 14% على التوالي، وترتفع نسبة الإصابة بعد سن الـ 50 سنة لتصل إلى نسبة 41% عند الرجال، و 50% عند النساء المتجاوزات سن الـ 70 سنة.

(Frérot, Le Fur, Le Pape et Sermet, 2000, p. 4)

- أكل غني بالدهون وبالمح: دراسة Swift et Coll من (Grande Bretagne) على المرضى الأفارقة المصابين ب (HTA)، بينت أن التقيد بأكل خالي من الملح من شأنه أن يخفض من إرتفاع ضغط الدم الأساسي ب (7.7/3.3) مليمتر زئبقي بالنسبة لـ (PAS et PAD). (Azizi, 2003, n°. 656, p. 1).

- فرط الوزن.

- قلة النشاط الحركي La sédentarité.

- التدخين.

- شرب الكحول.

- إستهلاك الكافيين.

- القلق والعوامل النفسية: هناك دراسات عديدة أهمها دراسة بعنوان "الضغط ومرض إرتفاع ضغط الدم" لـ Larkin درست الإرتباط بين العوامل النفسية كالقلق والضغط، وبين إرتفاع ضغط الدم الأساسي، فالضغط والقلق والإجهاد كلها عوامل تؤدي إلى تنشيط الجهاز الدوراني من خلال الجهاز العصبي السمبثاوي (Le système nerveux sympathique) والجهاز الغدي مما يؤدي إلى حدوث إرتفاع في ضغط الدم.

9- مضاعفات مرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي:

لمرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي مضاعفات خطيرة إن لم يعالج وإن لم يتبع المريض علاجه ويلتزم به، درجة الخطورة تصل حتى الموت، فهو يحفز ظهور صفائح الأتيروم

(Plaques Athéromes)، وهي عبارة عن صفائح دهنية تترسب داخل غشاء الشرايين وتنقص من قطرها (Marchina, p. 21).

وفيما يلي نحصي مجموعة من المضاعفات على مستوى: (Azizi, 2003, n°. 656, pp. 6-10)

- القلب: يصاب القلب بالذبحة الصدرية (Angine de poitrine)، وتضخم عضلة القلب (Infarctus du myocarde)، وذلك عندما تنسد الشرايين التاجية.

- الدماغ: يصاب الدماغ بالجلطة الشريانية الدماغية (Accident vasculaire cérébral)
- السيقان Les jambes: يصابان بالتهاب شرياني موضعي (Artérite)، الذي يحد من المشي ويمكن أن يؤدي إلى بتر (Amputation) أحد السيقان أو كلاهما.
- الكلى Les reins: إرتفاع ضغط الدم على مدى الوقت يسبب العجز الكلوي (L'insuffisance rénale).
- العينين Les yeux: مرض إرتفاع ضغط الدم يلحق ضررا في شبكية العين (La rétine)، الذي يمكن أن يؤدي إلى العمى (La cécité).

10- علاج مرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي:

يتركز علاج مرض إرتفاع ضغط الدم على نمطين من العلاج:

10-1- إتباع السلوكات الصحية: تتمثل السلوكات الصحية التي يتبعها المريض بـ HTA في:

- إتباع حمية غذائية مناسبة خاصة عند الأشخاص البدينين بغية إنقاص الوزن.
- التقليل من إستهلاك المواد التي تحتوي على الدهون والملح.
- القيام بممارسة تمارين رياضية خفيفة كالمشي أو ركوب الدراجة.
- الإمتناع عن التدخين.
- الإمتناع عن شرب الكحول.
- ضمان تغذية متوازنة.
- إتباع نمط حياة ملائم.

10-2- العلاج الدوائي: يتضمن العلاج الدوائي مجموعة من الأدوية المضادة لارتفاع

ضغط الدم، يصفها الطبيب للمريض حسب كل حالة، من شأنها أن تخفض من درجة ضغط الدم، وتحافظ على إستقراره، إضافة إلى أنها تعتبر وقاية من الدرجة الثانية (Prévention secondaire)، تجنباً للتعرض لمضاعفات المرض (HTA).

وتتمثل هذه الأدوية في: (Azizi, 2004)

- مدرات البول Les Diurétiques : تساهم هذه المجموعة في إنقاص الملح و ذلك بطرده من الجسم عن طريق البول (Les urines).
- مثبطات بيتا Les Béta-bloquants: تنقص إنقباضات وضربات القلب المتزايدة.
- مثبطات ألفا Les Alpha- bloquants: توسع الشرايين.
- مضادات الضغط ذات التأثير المركزي Les antihypertenseurs centraux: تعمل على الدماغ الذي يراقب ضغط الدم.
- مثبطات الكالسيوم Les Inhibiteurs calciques : توسع من قطر الشرايين.
- مثبطات إنزيم التحول Les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2): تراقب نشاط الرنين (La rénine)، الذي يساهم في ارتفاع ضغط الدم. فنظام (Rénine-Angiotensine-Aldostérone) عبارة عن نظام هرموني معقد يلعب دورا في إنتظام الضغط الدموي.
- الرنين (la rénine) هرمون تفرزه الرنتان في الدم، إفرازه يؤدي إلى تكوين (الأنجيوتونسين 1) (L'angiotensine 1)، هذا الأخير يتحول بواسطة إنزيم آخر هو (ACE) إلى (الأنجيوتونسين 2) (L'angiotensine 2)، الذي يحث نهايات الشرايين (Artérioles) على الإنقباض و الإنكماش، مما يؤدي إلى تعريضهم لمقاومة الدورة الدموية ولزيادة الضغط الدموي.
- في المقابل فإن (الأنجيوتونسين 2)، ينشط ويحرض الغدد الكظرية (Les glandes surrénales) على إفراز الألدوستيرون (L'aldostérone)، وهو هرمون يحفز إحتباس الملح في الرنتين ويزيد من حجم الضغط الشرياني (Azizi, 2003, n°. 638, p. 4).
- إذا فمضادات تكوين (الأنجيوتونسين 2)، (Les antagonistes de l'angiotensine 2) لا تمنع تكوين هذه المادة بل تمنع نشاطها.
- ويعرض الباحث الجدول التالي الموضح للفصيلة الدوائية والدواء المنتمي إليها:

جدول رقم 8: الفصيلة الدوائية والدواء المنتمي إليها

الفئة الدوائية Classe Pharmacologique	الدواء Le Médicament
<p>- مدرات البول Diurétiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ diurétiques thiazidiques ■ diurétiques de l'anse ■ diurétiques distaux 	<ul style="list-style-type: none"> → hydrochlorothiazide (Esidrex). → Indapamide (Fludex LP). → furosémide (Lasilix). → spironolactone (Aldactone).
<p>- مثبطات بيتا β-bloquants</p>	<ul style="list-style-type: none"> → acébutolol (Sectral). → aténolol (Ténormine). → bisoprolol (Détensiel, Sopro). → céliprolol (Célectol).
<p>- مثبطات الكالسيوم Antagonistes calciques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dihydropyridines ■ diltiazem ■ vérapamil 	<ul style="list-style-type: none"> → nifédipine (Chronalate). → nitrendipine (Baypress, Nidrel). → amlodipine (Amlor). → félodipine (Flodil). → lacidipine (Caldine). → lercanidipine (Zanidip). → Monotildiem. → Isoptine.
<p>- مثبطات إنزيم التحول Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → énalapril (Rénitec). → lisinopril (Zestril). → ramipril (Triatec). → trandolapril (Odril).
<p>- مثبطات مستقبلات الأنجيوتونسين Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → losartan (Cozaar). → irbésartan (Aprovel).

<p>مضادات الضغط المركزية Antihypertenseurs centraux</p>	<p>→ rilménidine (Hyperium). → monoxidine (Physiotens).</p>
<p>α-bloquants - مثبطات ألفا</p>	<p>→ prazosine (Alpress).</p>

(Milon, Lantelme et Rial, 2005, p. 431)

- خاتمة الفصل:

يعرف مرض ارتفاع ضغط الدم على أنه ارتفاع في أرقام قياسات ضغط الدم. وهو نوعان ارتفاع ضغط دم ثانوي ناتج في الأساس عن عوامل معروفة، التحكم فيها يرجع الضغط الدموي إلى حالته الطبيعية، وارتفاع ضغط دم أساسي الذي يرجع إلى أسباب وعوامل مجهولة، علاجه يتطلب انتظاما والتزاما من طرف المريض في أخذ الدواء وممارسة السلوكات الصحية، للحد من ظهور مضاعفات المرض كالجلطة الدماغية وتضخم عضلة القلب.

الفصل السادس:
علاقة مصدر الضبط الصحي
بفعالية الذات وتقبل العلاج

بعد تعرفنا على موضوع ومتغيرات الدراسة في الفصول السابقة, نحاول في هذا الفصل عرض مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين متغيرات الدراسة, بغية معرفة العلاقة – نظريا - بين:

1- مصدر الضبط الصحي و فعالية الذات.

2- مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج.

3- فعالية الذات و تقبل العلاج.

أما فيما يخص العلاقة بين هذه المتغيرات – تطبيقيا- فسيتم التطرق إليها مباشرة بعد هذا الفصل في الجانب التطبيقي.

1- العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و فعالية الذات: يعرض الباحث أربع دراسات تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات, وهي دراسات من بيئات مختلفة.

1-1- دراسة لـ (2007) ha-ju young بعنوان: "مصدر الضبط الصحي, ممارسة فعالية الذات, ممارسة التمارين الرياضية عند الطالبات".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و فعالية الذات وممارسة التمارين الرياضية.

وعليه فقد أجريت الدراسة في جامعة Pusan, في الفترة الممتدة بين 15 أكتوبر إلى 20 ديسمبر 2007, على عينة مكونة من 322 طالبة طبق عليهن ثلاث استبيانات: استبيان مصدر الضبط الصحي, استبيان فعالية الذات, استبيان ممارسة التمارين الرياضية. ولتحليل المعطيات تم استخدام تحليل التباين Anova, ومعاملات الارتباط بيرسون.

نتيجة الدراسة:

- وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين ممارسة فعالية الذات وممارسة التمارين الرياضية. (ha-ju young 2010).

2-1- دراسة لـ (Waller et Battes) بعنوان: "مصدر الضبط الصحي ومعتقدات فعالية الذات عند الأشخاص المسنين الأصحاء".

تمت دراسة مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات وسلوكيات نمط الحياة, على عينة مكونة من 57 مسنا معافا في صحته, و ذلك من خلال تطبيق مقياس مصدر الضبط الصحي (MHLC), مقياس فعالية الذات و اختبار نمط الحياة للأشخاص المسنين.

نتيجة الدراسة:

- معظم أفراد العينة (91.2%) كان لديهم مصدر ضبط صحي داخلي, ودرجات عالية في فعالية الذات (57.9%), ويمتازون بسلوكيات صحية, وبالتالي توصلت الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات والقيام بالسلوكيات الصحية. (Waller et Battes, 1992)

3-1- دراسة (Wu, Tang and Kwok) بعنوان: " فعالية الذات, مصدر الضبط الصحي, الضغط النفسي, عند العجائز الصينيات المصابات بأمراض مزمنة".

أجريت الدراسة على 159 عجوز صينية تم اختيارهن من مراكز الشيخوخة بـ Hong Kong.

متوسط السن 74, 66.7% أرامل, 25.8% متزوجات, 4.4% غير متزوجات, 3.1% مطلقات, 1.3% كن يعملن.

هدفت الدراسة إلى:

- معرفة إمكانية إرتباط بعددين من أبعاد مصدر الضبط الصحي مع بعضهما.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي و الضغط النفسي؟.

النتائج:

- لا توجد علاقة بين بعدي مصدر الضبط الصحي الداخلي و الخارجي.
- توجد علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات العامة.
- لا توجد علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي وفعالية الذات.
- توجد علاقة إرتباطية (إرتباط قوي) بين الضغط النفسي ومصدر الضبط الصحي الخارجي, في حين أن إرتباط الضغط النفسي مع فعالية الذات كان ضعيفا.
- لا توجد علاقة إرتباطية بين الضغط النفسي و مصدر الضبط الصحي الداخلي. (Wu, Tang and Kwok, 2004)

4-1- دراسة عشوية سمية (2007) بعنوان: "مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري".

أجريت الدراسة على عينة مكونة من 86 مريضا بالسكري (50 ذكور و 36 إناث), وذلك باستخدام مقياس الضبط الصحي لـ Wallston et al, المعد إلى العربية من طرف جبالي نور الدين, و استبيان الكفاءة الذاتية لمرضى السكري لـ Roben وآخرون, والذي أعدته الباحثة إلى العربية بعد إجراء بعض التعديلات عليه.

من بين النتائج:

- لا توجد علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و الكفاءة الذاتية.
- توجد علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفود و الكفاءة الذاتية.
- توجد علاقة إرتباطية سالبة بين مصدر الضبط الصحي للحظ و الكفاءة الذاتية.

● **استنتاج وتعليق:** أظهرت الدراسات التي تم استعراضها إتفاقا في نتائجها من حيث ارتباط مصدر الضبط الصحي الداخلي بفعالية الذات, عدا دراسة عليوة التي لم تظهر هذه النتيجة, ويرجع الباحث هذا الإتفاق إلى كون مفهومي مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات ضمن مفاهيم التحكم الذاتي, التي يمارسها الفرد على ذاته والتي من شأنها أن تنعكس إيجابا على الأفراد, كما يمكن أن يرجع ذلك إلى مساهمة عوامل أخرى خاصة بعينة الدراسة (المستوى التعليمي, تلقي المساندة الإجتماعية,...إلخ), كما يرجع أيضا اختلاف نتائج دراسة عليوة عن الدراسات الأخرى ربما إلى اختلاف المجال المكاني الذي أجريت فيه الدراسات, إضافة إلى عوامل أخرى (المستوى التعليمي و الثقافي لعينة الدراسة).

2- العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج: يعرض الباحث سبع دراسات حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج, وهي دراسات أجريت في بيئات مختلفة وعلى عينات مرضية مختلفة (مرضى الألم المزمن الحميد, مرضى السكري, مرضى التليف الكيسي, مرض الضغط الدموي).

1-2- دراسة بعنوان: "تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء عند مرضى الألم المزمن الحميد(غير السرطان) ومركز الضبط الصحي".
هدف الدراسة: تقييم الإلتزام بالدواء, وتحديد العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج.

وعليه فقد أجريت الدراسة في عيادة الألم العصبي بساو باولو بالبرازيل, على 30 مريضا في مدة 6 أشهر إمتدت في الفترة من أبريل 1999 إلى ماي 2000, تقبل العلاج صنف من خلال الأخذ الجيد للدواء وذلك في 5 مقابلات على أنه تقبل كلي, تقبل جزئي, (27 مريض لديهم تقبل جزئي, و 3 مرضى فقط لديهم تقبل كلي), تم قياس مصدر الضبط الصحي بـ .MHLC.

النتائج :

- عدم وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج, في المقابل وجود علاقة عكسية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج (أي كلما كان مصدر الضبط الصحي داخلي, لم يكن هناك تقبل للعلاج (أخذ الدواء) والعكس صحيح. (Kurita et Mattos Pimenta, 2004)

2-2- دراسة بعنوان: "تأثير المتغيرات النفس- اجتماعية على تقبل العلاج لدى مرضى السكري بالبرازيل".

هدفت الدراسة من جهة التحقق من آثار الأعراض الإكتئابية, ومن جهة أخرى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج (الإلتزام بالدواء ومراقبة نسبة السكر في الدم).

- تمت الدراسة على 47 مريضا بالسكري (ذكور و إناث), في عيادة الغدد الصماء التابعة للجامعة الفيديريالية (Uberlandia,UFU) بالبرازيل , طبق على هؤلاء المرضى:

- إستبيان الصحة المعد من طرف فريق البحث, يحوي معلومات شخصية واكلينيكية للمرضى.

- إستبيان بيك للإكتئاب (BDI).

- إستبيان مصدر الضبط الصحي (MHLC).

النتائج:

- التوجه في مصدر الضبط الصحي لم يظهر أي آثار ملموسة على سلوك تقبل العلاج (أي لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده وبين تقبل العلاج).

- وجود فروق بين متوسطات (المتقبلين وغير المتقبلين) على مقياس الإكتئاب, فالمرضى الـ 15 الذين يتبعون حمية غذائية بانتظام أظهروا معدلات إكتئاب 10.8, في المقابل المرضى الـ 32 الذين لم يلتزموا بالحمية الغذائية أظهروا معدلات إكتئاب 97.18, أي أن أعراض الإكتئاب تظهر بعض الآثار على تقبل العلاج (الحمية الغذائية), وتأثير هذه

العلاقة يمكن أن ينتج عنه آثار في السلوكيات المتعلقة بتقبل العلاج. (Carrijo et Dela Coleta, 2004).

3-2- دراسة بعنوان: " العلاقة بين المعتقدات في الضبط و التقييم الذاتي لتقبل العلاج عند المرضى الراشدين المصابين بالتليف الكيسي".

فحصت الدراسة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج عند مرضى التليف الكيسي (Fibrose Kystique), وعليه فقد أجريت الدراسة على 31 مريضا راشدا أجابوا على:

- إستبيان مصدر الضبط الصحي (MHLC-C Wallston et al, 1994).

- إستبيان تقبل العلاج (F-Adherence questionnaire).

النتائج:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعدي ذوي النفوذ (أطباء 0.61 و آخرون 0.45) وبين تقبل العلاج, خاصة بعد الأطباء والتي قد تشجع على تقبل العلاج على المدى الطويل.

- علاقة سلبية بين بعد الحظ وتقبل العلاج (-0.33).

- لا توجد علاقة بين البعد الداخلي وتقبل العلاج (0.13). (Myers et Myers, 1999).

4-2- دراسة لـ (Azlin et Hatta(2004) بعنوان: " مصدر الضبط الصحي, عدم تقبل العلاج الدوائي عند مرضى الضغط الدموي "

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والعوامل الإجتماعية, وبين تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء المضاد لضغط الدم) عند مرضى الضغط الدموي, وهي دراسة عرضية على 200 مريضا أجريت في الفترة بين 01 جوان إلى 31 ديسمبر 2004) في عيادتين بماليزيا: المستشفى الجامعي Kebgangsaan عيادة Bandar Tasik Selatan (119 مريضا), وعيادة Cheras et Salak (81 مريضا), تراوح سنهم من 40 سنة إلى 89 سنة, الذكور 97 و الإناث 103 , أغلب العينة متزوجين

(182), اعتمدت الدراسة على مقياس (MHLC- forme C) لتقييم مصدر الضبط الصحي و الدليل العالمي للمقابلات النفسية والعصبية .

النتائج: - معدل عدم تقبل العلاج كان 38.5%.

- وجود فروق في تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء) تعزى للمواقع التي أجريت فيها الدراسة (السن, العرق, الجنس, مصدر الضبط الداخلي, مصدر الضبط الخارجي (أطباء, الحظ).

- المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في مصدر الضبط الصحي الداخلي, أظهروا درجات منخفضة في تقبل العلاج, بمعنى أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج.

- المرضى ذوو مصدر الضبط الخارجي (أطباء, الحظ), أظهروا تقبلا جيدا للعلاج, بمعنى أنه توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (أطباء, الحظ) وبين تقبل العلاج.

- لا توجد علاقة بين (المستوى التعليمي للمريض, المهنة, الحالة العائلية, الدخل الشهري, عدد مرات تناول الدواء مصدر الضبط الخارجي (آخرون), وبين تقبل العلاج. (Azlin et .Hatta, 2007).

5-2- دراسة (Morowatisharifabad, Mazloomy, Baghianimoghadam et

Tonekaboni (2006) بعنوان: " العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج

(الإلتزام بحمية غذائية) على عينة إيرانية من مرضى السكري ".

هدفت الدراسة إلى تحديد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري, ودراسة بعض العوامل المساهمة في الإلتزام بالحمية الغذائية.

الدراسة مستعرضة أجريت من جويلية إلى أوت 2006, على 120 مريضا بالسكري من مركز البحث حول السكري (Yazd), ولجمع البيانات تم تطبيق المقياسين الإيرانيين مصدر الضبط الصحي لداء السكري, و مقياس الرعاية الذاتية لمرضى السكري.

النتائج:

- امتاز الذكور بمصدر ضبط صحي داخلي.
- الإناث كان لديهن مصدر ضبط صحي للحظ.
- مصدر الضبط الصحي الخارجي يزداد مع التقدم في السن.
- مصدر الضبط الصحي الداخلي له علاقة بالمستوى التعليمي.
- إرتباط موجب جيد بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج (الإلتزام بالحمية الغذائية).
- إرتباط سلبي بين مصدر الضبط الصحي للحظ وبين تقبل العلاج.
(Morowatisharifabad, Mazloomy , Baghianimoghadam, et Tonekaboni, 2010)

6-2- دراسة لـ (Omeje et Nebo) بعنوان: " تأثير مصدر الضبط على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم".

أجريت الدراسة على 100 مريض بارتفاع ضغط الدم (54 ذكور, 46 إناث), متوسط سنهم 42 سنة, مستواهم التعليمي الأدنى هو الثانوي, كلهم متزوجين, يعملون في المؤسسات الحكومية, تم اختيارهم من المستشفى الجامعي بـ Enugu الجنوب الشرقي لنيجيريا وذلك أثناء زيارتهم لأطبائهم.

تم تطبيق مقياس مصدر الضبط الصحي (MHLC) لـ (Wallston & Devellis (1978) و استبيان الإلتزام بالدواء المعد من طرف فريق البحث.

النتائج:

- 53 مريضا ذوي مصدر ضبط صحي داخلي.
- 47 مريضا ذوي مصدر ضبط صحي خارجي.

- توجد فروق دالة في تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء) لصالح المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي, أي أن المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي كانوا أكثر التزاما بالدواء من المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي.(Omeje et Nebo, 2011)

7-2- دراسة لـ Alogna بعنوان: "الإحساس بدرجة خطورة المرض و مصدر الضبط الصحي لدى المرضى بداء السكري المتقبلين وغير المتقبلين للعلاج".

تساؤل الدراسة: هل بالإمكان تحديد المرضى الملتمزمين وغير الملتمزمين للعلاج بواسطة متغيري: الإحساس بدرجة خطورة المرض ومصدر الضبط الصحي؟.

حيث كان متنبأ بأن المرضى المتقبلين للعلاج هم الذين يملكون الإحساس بدرجة خطورة المرض, وبالتالي ينمون مصدر ضبط صحي داخلي.

و عليه فقد تمت الدراسة على 50 مريضا بدينا مصابا بالسكري نمط 2 (Non-insulino- dépendant) , في مدة 3 أشهر وذلك في عيادة السكري Grady Memorial مستشفى Atlanta Georgia بالولايات المتحدة الأمريكية,

(46 من الجنس الأسود, و 4 من الجنس الأبيض, 40 إناث و 10 ذكور, تراوحت مدة المرض لـ 30 مريضا من 2- 10 سنوات, وعام أو أقل بالنسبة لـ 12 مريض, و من 11- 26 سنة بالنسبة لـ 8 مرضى).

تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: متقبلي العلاج (25 مريضا), وغير متقبلي العلاج (25 مريضا), وذلك بمعيار الإنقاص في الوزن و نسبة السكر في الدم, وتم تطبيق مقياس الضبط الصحي, و استبيان الإحساس بخطورة المرض.

النتائج:

- لا توجد فروق بين المجموعتين تعزى للجنس, للحالة العائلية, لمدة المرض, المستوى التعليمي.

- توجد فروق بين المجموعتين في الإحساس بخطورة المرض, حيث كانت لصالح متقبلي العلاج (أي إحساسهم بدرجة خطورة المرض كبير مقارنة بالمرضى غير متقبلي العلاج).

- لا توجد فروق بين المجموعتين في مصدر الضبط الصحي, مع تسجيل ميل متقبلي العلاج إلى مصدر الضبط الصحي الداخلي.(Alogna, 1980) .

● **استنتاج وتعليق:** أظهرت الدراسات نتائج مختلفة عن بعضها, حيث أنها لم تعط نتائج موحدة فيما يخص العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج, فمنها من أكدت وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج, ومنها من نفت هذه العلاقة, ومنها من أكدت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي, ومنها من نفتها.

و كتعليق على هذه الدراسات فإن الباحث ينوه إلى أن جميعها لم يتناول تقبل العلاج كمفهوم ذو أبعاد مختلفة, فالدراسات ركزت إما على تناول الدواء فقط, أو على الحمية الغذائية, في حين أن تقبل العلاج مفهوم شامل يحوي محاور متعددة مندمجة مع بعضها البعض (الإلتزام بالدواء, إتباع حمية غذائية, القيام بالسلوكات الصحية, إتباع الإرشادات الطبية,...إلخ), إضافة إلى عدم إستعمال مقياس معروف أو موحد لتقبل العلاج كما هو الحال بالنسبة لمصدر الضبط الصحي, إضافة إلى إختلاف المجال المكاني للدراسات و العوامل الأخرى المتعلقة بعينة الدراسة, كل هذا من شأنه أن يؤثر في نتائج الدراسات و يجعل نتائجها مختلفة.

3- العلاقة بين فعالية الذات و تقبل العلاج: يعرض الباحث دراسة واحدة تناولت العلاقة بين فعالية الذات وتقبل العلاج وهي:

3-1- دراسة رحاطية سمية (2010) بعنوان: "الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي".

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي, وعليه فقد تمت الدراسة على 93 مريضا مصابا بالسرطان

بقسم أمراض الدم بمستشفى الجسر الأبيض, و قسم أمراض النساء والتوليد بمستشفى ابن رشد بعنابة, استعملت الباحثة استبيان الكفاءة الذاتية

لـ Schwarzer المترجم إلى العربية من طرف سامر جميل رضوان, واستبيان تقبل العلاج المعد من طرف الباحثة.

وتوصلت نتيجة الدراسة إلى:

- وجود علاقة ($r = 0.974$) بمستوى دلالة 0.01, بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

● **استنتاج وتعليق:** أظهرت الدراسة وجود علاقة بين فعالية الذات وتقبل العلاج, و يرى الباحث أن هذه النتيجة صحيحة يمكن أن ترجع إلى تأثير فعالية الذات على تقبل العلاج, لكن كون عينة الدراسة من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي فيمكن أن تكون هناك عوامل أخرى, إضافة إلى فعالية الذات التي من شأنها أن تسهم في تقبل العلاج, كالإحساس بخطورة المرض, الرغبة في الحياة, الحالة النفسية للمريض وما يصاحبها من إكتئاب... إلخ, التي من شأنها أن تسهم في تقبل العلاج من عدمه.

خاتمة الفصل: إتفقت تقريبا جل الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات, على وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات, في حين أن الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي بتقبل العلاج, اختلفت نتائجها بين وجود وعدم وجود علاقة بين بعد أو بعدين من أبعاد مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج, وبالنسبة للدراسة التي تناولت العلاقة بين فعالية الذات وتقبل العلاج فإن نتائجها أظهرت وجود علاقة بين هذين المتغيرين (فعالية الذات وتقبل العلاج).

الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل السابع: منهج وإجراءات الدراسة

1- منهج الدراسة:

يعرف المنهج على أنه: " عبارة عن مجموعة العمليات و الخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه" (زرواتي، ص. 119).

ويعرف أيضا: " الطريق التي يسلكها الباحث للوصول إلى المعرفة" (مصطفى الفوال، ص. 58).

وفي دراستنا هذه التي تبحث في العلاقة بين متغيرات ثلاث وهي مصدر الضبط الصحي، فعالية الذات، تقبل العلاج، فقد تم استخدام المنهج الوصفي وبالتحديد طريقة العلاقات الارتباطية المتبادلة باعتبارها ضمن المنهج الوصفي.

ويعرف المنهج الوصفي على أنه: " الدراسة العلمية للظواهر الموجودة في جماعة معينة و في مكان معين" (عوض صابر وعلي خفاجة، ص. 92).

ويعرف أيضا: " دراسة الحقائق الوقتية المتصلة بمجموعة من الأوضاع أو الأحداث أو الناس" (عوض صابر وعلي خفاجة، ص. 96).

و يصنف " فان دالين " البحوث الوصفية إلى : (عوض صابر وعلي خفاجة، ص. 97)

- دراسات مسحية .

- دراسات تطورية.

- دراسات العلاقات المتبادلة: والتي تهتم بدراسة العلاقة بين الظواهر والمتغيرات و ذلك من خلال دراستها بتعمق، بهدف معرفة ما إذا كانت هذه العلاقة قد تسبب الظاهرة أو تسهم فيها أو تفسرها، وهي بدورها تنقسم إلى:

* دراسة الحالة.

* دراسات سببية مقارنة.

* الدراسات الارتباطية والتي تركز على استخدام الطرق الارتباطية، للكشف عن نوع العلاقات بين المتغيرات.

2- أدوات الدراسة: لكل دراسة أداة أو مجموعة من الأدوات تعتمد عليها بغية الوصول إلى نتائج موضوعية، وفي دراستنا هذه تم الإعتماد على أداة الإستبيان كأداة رئيسية في الدراسة.

ويعرف الإستبيان على أنه: " نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، و يتم تقديم الإستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية، أو أن ترسل عن طريق البريد " (زرواتي، ص. 123) ونوع الإستبيان الذي تم إستخدامه هو الإستبيان المغلق، وطريقة إجرائه كانت بطريقتين: الأولى: أن يسلم الإستبيان للمريض ويجيب عليه بمفرده.

الثانية: عن طريق الإستبيان بالمقابلة.

وقد تم إستخدام ثلاث إستبيانات : إستبيان مصدر الضبط الصحي، إستبيان فعالية الذات، إستبيان تقبل العلاج.

وفيما يلي تبيان وصف إستبيانات الدراسة:

2-1-1- إستبيان مصدر الضبط الصحي:

تم استخدام إستبيان مصدر الضبط الصحي لـ (Wallston et al (1978) والمعد إلى العربية من طرف جبالي. ن من جامعة باتنة-الجزائر- يقيس ثلاث أبعاد لمصدر الضبط الصحي: مصدر الضبط الداخلي (IHLC), ومصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ (PHLC), و مصدر الضبط للحظ (CHLC), كل بعد يحتوي على 6 بنود، وبذلك فإن عدد بنود الإستبيان 18 بندا، لكل بعد من هذه الأبعاد خيارات خمس:

- موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما. (أنظر الملحق رقم 1).

2-1-1- طريقة التصحيح:

تُعطى الدرجات التالية عن كل خيار:

موافق تماما: 5

موافق: 4

غير متأكد: 3

غير موافق: 2

غير موافق تماما: 1

2-2- إستبيان فعالية الذات: تم الإعتماد على إستبيان فعالية الذات لـ Ralf Schwarzer من جامعة برلين بألمانيا, وهو إستبيان مترجم للعديد من اللغات, إذ تم الإعتماد على النسخة العربية المترجمة من طرف سامر جميل رضوان, يحتوي على 10 بنود بأربع خيارات :
- لا, نادرا, غالبا, دائما. (أنظر الملحق رقم 2).

2-2-1- طريقة التصحيح:

تُعطى الدرجات التالية عن كل خيار:

لا: 1

نادرا: 2

غالبا: 3

دائما: 4

2-3- إستبيان تقبل العلاج: صمم الباحث إستبيان تقبل العلاج عند مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي, إستنادا على التراث الأدبي وعلى الدراسات التي تناولت بالدراسة تقبل العلاج، وارتفاع ضغط الدم الأساسي, وعلى إستبيان Morisky و إستبيان Girerd حول تقبل الدواء (Adoubi et al., 2006, p. 19).

وقُدّم الإستبيان بـ 32 بند تقيس محاور مختلفة مدرجة مع بعضها البعض (تقبل الدواء والإلتزام بالإرشادات والتعليمات الطبية وبالسلوكيات الصحية والإبتعاد عن سلوكيات الخطر وعن الضغوط), كل بند بخيارين هما: (نعم, لا) (أنظر الملحق رقم 3), وقد تم ترجمة الإستبيان إلى اللغة الإنجليزية (أنظر الملحق رقم 4), كما وقد تم ترجمته إلى اللغة الإيطالية رفقة فريق بحث من جامعة بولونيا بإيطاليا (أنظر الملحق رقم 5).

2-3-1- طريقة التصحيح: تنقط جميع العبارات بـ:

دائما: 2

أحيانا: 1

أبدا: 0

باستثناء العبارات رقم: **8-9-29-30**, وهي الإجابات السلبية، أين تعطى لـ :

دائماً: 0

أحياناً: 1

أبداً: 2

3- الخصائص السيكومترية للإستبيانات: لا بد لكل أداة قياس أو أداة جمع البيانات أن تحضى بدرجة من الموضوعية كي تعطينا نتائج أكثر مصداقية، وعليه يجب أن تتمتع بالصدق والثبات.

ويقصد بالصدق أن تقيس الأداة فعلاً ما صممت لقياسه، أما الثبات فهو أن تعطي الأداة نفس النتائج إذا ما أعيد استعمالها بعد فترة من الزمن، طبعاً باستثناء المتغيرات التي تتغير مع المراحل العمرية كالذكاء، الطول،... الخ.

وقد تم حساب صدق وثبات إستبيانات الدراسة على عينة مكونة من 60 مريضاً بارتفاع ضغط الدم الأساسي، فكانت النتائج كما يلي:

3-1-1- إستبيان مصدر الضبط الصحي:

3-1-1- الصدق: تم حساب صدق الإستبيان بطريقتين:

أ- **صدق المحتوى أو صدق الإتساق الداخلي:** وذلك بحساب معاملات الارتباط بين بنود كل بعد والدرجة الكلية التي تنتمي إليها.

النتائج موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم 9: معاملات الارتباط بين بنود البعد الداخلي والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للبعد	بنود البعد الداخلي
0.01	0.682	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض
0.01	0.693	أعتقد أنني متحكم في صحتي

0.05	0.554	لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض
0.01	0.571	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي
0.01	0.603	إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض
0.01	0.621	يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسي

من خلال تحليل الجدول، نلاحظ أن معاملات الارتباط تتراوح من 0.554 إلى 0.693 وهي دالة عند 0.01 و 0.05، وهذا يعني أن البعد الداخلي لاستبيان مصدر الضبط الصحي يتمتع بصدق المحتوى.

جدول رقم 10: معاملات الارتباط بين بنود بعد ذوي النفوذ والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للبعد	بنود بعد ذوي النفوذ
0.01	0.838	المدائمة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض
0.01	0.682	عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا
0.01	0.679	لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما
غ.د	0.268	يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي
0.01	0.695	يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء، الأقارب، الأصدقاء...)
0.05	0.545	إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي

من خلال تحليل الجدول, نلاحظ أن معاملات الارتباط تتراوح من 0.545 إلى 0.883 وهي دالة عند 0.01 و 0.05, باستثناء البند الرابع, وبالنظر إلى معاملات الارتباط ودلالاتها, نستنتج أن بعد ذوي النفوذ يتمتع بصدق المحتوى.

جدول رقم 11: معاملات الارتباط بين بنود بعد الحظ والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للبعد	بنود بعد الحظ
0.05	0.526	إذا قدر لي أن امرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض
غ.د	0.421	أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة
0.01	0.584	يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض
0.01	0.895	حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة
0.01	0.571	اعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه
0.05	0.550	القدر و المكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة

من خلال تحليل الجدول, نلاحظ أن معاملات الارتباط تتراوح من 0.421 إلى 0.895 وهي دالة عند 0.01 و 0.05, باستثناء البند الثاني, وبالنظر إلى معاملات الارتباط ودلالاتها نستنتج أن بعد الحظ يتمتع بالصدق.

- من خلال تحليل الجداول (9, 10, 11) المتعلقة بمعاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه, نستنتج أن هناك اتساق داخلي بين بنود الاستبيان وأبعاده, مما يدل على تمتع استبيان مصدر الضبط الصحي بصدق المحتوى.

ب- الصدق (الذاتي) الإحصائي: وهو حاصل الجذر التربيعي لمعامل الثبات (معامل الثبات $\sqrt{}$), وقد تم حساب الصدق الإحصائي طبعاً بعد حساب الثبات وكان:

$$\text{الصدق الاحصائي} = \sqrt{0.715} = 0.866$$

أي أن الاستبيان يتمتع بصدق إحصائي عالي.

3-1-2- الثبات: تم حساب ثبات إستبيان مصدر الضبط الصحي بطريقتين:

أ- **الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:** تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من الأبعاد الثلاثة لاستبيان مصدر الضبط الصحي, النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 12: معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي

البعد	البعد الداخلي	بعد ذوي النفود	بعد الحظ
معامل ألفا كرونباخ	0.608	0.644	0.635

من خلال قيم معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد, نلاحظ أن جميع أبعاد الإستبيان تتمتع بالثبات, وهذا يؤكد ثبات استبيان مصدر الضبط الصحي.

ب- **عن طريق التجزئة النصفية:**

وذلك بتقسيم بنود الأبعاد الثلاثة للإستبيان إلى بنود فردية وبنود زوجية و تم حساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية و درجات البنود الزوجية لكل بعد.

الجدول رقم (13) يوضح معاملات الإرتباط بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون

$$\text{Reliability Coefficient} = \frac{2r}{1+r}$$

حيث:

r : تمثل معامل ارتباط بيرسون

جدول رقم 13: معاملات الارتباط لأبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي المحسوبة عن طريق التجزئة النصفية

البعد	البعد الداخلي	بعد ذوي النفود	بعد الحظ
معامل الارتباط	0.604	0.618	0.615

من خلال تحليل الجدول رقم, نجد أن جميع معاملات الارتباط مقبولة وهي أيضا متقاربة مما يعكس ثبات الإستبيان.

2-3- إستبيان فعالية الذات: (تم حساب صدق وثبات إستبيان فعالية الذات بنفس الطريقة التي حسب بها إستبيان مصدر الضبط الصحي):

1-2-3- الصدق:

أ- صدق المحتوى: النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 14: معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية لاستبيان فعالية الذات.

مستوى الدلالة	معامل ارتباط كل بعد والدرجة الكلية	البنود
0.01	0.436	عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فإني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.
0.01	0.624	إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.
0.01	0.526	من السهل علي تحقيق أهدافي ونواياي.
0.01	0.686	أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة.
0.01	0.717	أعتقد بأنني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي.

0.01	0.619	أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأنني أستطيع دائماً الاعتماد على قدراتي الذاتية.
0.01	0.725	مهما يحدث فإنني أستطيع التعامل مع ذلك.
0.01	0.709	أجد حلاً لكل مشكلة تواجهني.
0.01	0.697	إذا ما واجهني أمر جديد فإنني أعرف كيفية التعامل معه.
0.01	0.682	أمتلك أفكاراً متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.

من خلال تحليل الجدول، نلاحظ أن معاملات الارتباط تتراوح من 0.436 إلى 0.725 وهي دالة عند 0.01، وهذا يعني أن استبيان فعالية الذات يتمتع بصدق المحتوى.

ب- الصدق الإحصائي: (بعد حساب الثبات)

$0.917 = \sqrt{0.841}$ بمعنى أن استبيان فعالية الذات يتمتع بصدق إحصائي عالي.

2-2-3- الثبات:

أ- معامل ألفا كرونباخ: بلغ معامل ألفا كرونباخ القيمة 0.841 وهذا يعني أن استبيان فعالية الذات يتمتع بثبات عالي.

ب- التجزئة النصفية: بلغ معامل الارتباط بين البنود الفردية والزوجية بعد تصحيح الطول 0.773، وهو معامل ارتباط عالي نوعاً ما، مما يدل على أن استبيان فعالية الذات يتمتع بالثبات.

3-3- استبيان تقبل العلاج:

أ- 1-3-3- الصدق: تم حساب الصدق عن طريق:

أ- صدق المحكمين: حيث قدم الإستانيان لـ 7 محكمين وهم:

- أ. د. جبالي نورالدين: أستاذ التعليم العالي من جامعة باتنة.

- د. صايشي عبد الحميد: أستاذ مساعد سابقا بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا، حاليا طبيب مختص في الأمراض الداخلية بالمسيلة.

- د. عبدون جمال: طبيب مختص في الأمراض الداخلية تخصص أمراض القلب بالمسيلة.

- د. شريفي خالد: طبيب مختص في الأمراض الداخلية بالمسيلة.

- د. طيب باي: طبيب مختص في أمراض القلب والشرابين.

- د. بوبعاية أحمد: دكتوراه في الطب من الجزائر, طبيب مقيم في طب الأمراض الصدرية من جامعة نانسي بفرنسا.

د. خليفي نورالدين: دكتوراه في الطب .

و تم تعديل العبارة:

- هل تفرط في تناول المشروبات الكحولية؟.

و أصبحت بهذه الصيغة:

- هل تتناول المشروبات الكحولية؟.

و تم تطبيق معادلة لوشي لصدق المحكمين، حيث أن معادلة لوشي تساوي:

$$\frac{N - N_m}{2} = \frac{N}{2} \quad \text{ص م}$$

حيث أن:

n هي عدد المحكمين الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

n العدد الكلي للمحكمين.

* إذا كان $m \leq 0.5$ فإن العبارة تقيس.

وحولت النتائج إلى نسب مئوية فوصلت نسبة إتفاق المحكمين على صدق إستبيان تقبل العلاج إلى 100%. أي أن إستبيان تقبل العلاج يتمتع بدرجة عالية من صدق المحكمين.

ب-الصدق الإحصائي: بلغ الصدق الإحصائي- بعد حساب الثبات- القيمة 0.930 , وهذا يعني تمتع إستبيان تقبل العلاج بصدق إحصائي عالي.

3-3-2- الثبات: تم حساب ثبات إستبيان تقبل العلاج عن طريق التجزئة النصفية, حيث بلغ معامل الارتباط بين البنود الفردية والزوجية بعد تصحيح الطول 0.865, وهو معامل ارتباط عالي مما يدل على أن إستبيان تقبل العلاج يتمتع بالثبات.

4- العينة: تعرف العينة على أنها مجتمع الدراسة، وهي جزء من الكل تحمل خصائص ومواصفات المجتمع الأصلي.

تم إختيار العينة من بعض العيادات الخاصة والمتخصصة في الأمراض الداخلية وأمراض القلب والشرابين بالمسيلة, ومصلحة تصفية الكلى, طريقة الإختيار حكمتها طبيعة العينة المتناولة بالدراسة وهي عينة مرضية، فمن غير الممكن الخروج عن إطار العينة الغرضية، أي العينة التي تلائم أغراض البحث، إذ تم إختيار المرضى بـ HTA إستنادا على المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم.

أما أساس الإختيار فهو: المرضى المصابون بارتفاع ضغط الدم الأساسي الإنقباضي والإنبساطي. (PAS et PAD).

4-1- خصائص العينة: الخصائص العامة للعينة التي طبق عليها الباحث الإستبيانات الثلاث لإيجاد العلاقة بين متغيرات الدراسة، نوردتها في الجدول التالي:

جدول رقم 15 : الخصائص العامة للعينة

عدد العينة (ن)	السن	الجنس	نوع HTA
123	79-20	ذكور + إناث	HTA أساسي إنقباضي وإنبساطي PAS+PAD

فيما توزعت الخصائص العامة للعينة بدورها إلى عدة خصائص فرعية حسب الجنس، السن، مدة المرض، المستوى الدراسي والحالة العائلية، الجداول التالية تبين هذه الخصائص الفرعية:

جدول رقم 16: توزيع العينة حسب الجنس

إناث		ذكور	
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
55.3%	68	44.7%	55

يتضح من الجدول (16)، أن الجنس المهيمن على عينة الدراسة هو الجنس الأنثوي بـ 68 امرأة مقابل 55 رجل، أي بنسبة 55.3% للإناث مقابل 44.7% للذكور.

جدول رقم 17 : توزيع العينة حسب الفئات العمرية

النسبة %	العدد	الفئات العمرية
4.1	5	29-20
8.1	10	39-30
17.1	21	49-40
18.7	23	59-50
32.5	40	69-60
19.5	24	79-70

يتضح من خلال الجدول (17), أن الفئة العمرية (69-60) هي الأكثر تواجدا في عينة الدراسة بنسبة 32.5%, تليها الفئة العمرية (79-70) بنسبة 19.5%, ثم بفارق مريض واحد تأتي الفئة العمرية (59-50) بنسبة 18.7%, بينما كانت الفئة العمرية (29-20) الأقل تواجدا في عينة الدراسة, وهذه النسب توافق تماما ارتباط التقدم في السن بالإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي, مقارنة ببعض الأمراض المزمنة الأخرى كالسكري.

جدول رقم 18: توزيع العينة حسب مدة المرض

النسبة %	العدد	مدة المرض بالسنوات
23.6	29	3-1
25.2	31	8-4
38.2	47	15-9
9.8	12	20-16
3.3	4	20+

يتضح من خلال الجدول (18)، أن مدة مرض معظم عينة الدراسة هي (9-15) سنة، بنسبة 38.2%، ثم المدة (4-8) سنوات بـ 25.2%، وهي نسب منطقية بالنظر إلى مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي كمرض مزمن.

جدول رقم (19): توزيع العينة حسب الحالة العائلية

النسبة %	العدد	الحالة العائلية
4.9	6	أعزب (عزباء)
74.0	91	متزوج (ة)
4.9	6	مطلق (ة)
16.3	20	أرمل (ة)

يتضح من خلال تحليل الجدول (19)، أن الحالة العائلية لمعظم عينة الدراسة هي "متزوج(ة)" بنسبة 74%، كما يتضح أيضا توافق نسبتي الحالة العائلية "أرمل(ة)" و "أعزب(عزباء)" وهما 16.3% و 4.9%، مع توزيع الفئات العمرية لعينة الدراسة (أنظر الجدول رقم 09).

جدول رقم 20: توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة %	العدد	المستوى التعليمي
45.5	56	أمي
16.3	20	إبتدائي
8.1	10	متوسط
15.4	19	ثانوي
14.6	18	جامعي

يتضح من الجدول (20)، أن معظم مرضى عينة الدراسة من المستوى التعليمي "أمي" بنسبة 45.5%، يليه المستوى "إبتدائي" بنسبة 16.3%، كما يلاحظ أيضا تقارب كل من نسب المستوى التعليمي "ثانوي" و "جامعي"، وهي على التوالي: 15.4% و 14.6% .

5- حدود الدراسة:

- 1-5- الحدود البشرية: تمت الدراسة على 123 شخصا مريضا بارتفاع ضغط الدم الأساسي الإنقباضي والإنبساطي (PAS et PAD).
- 2-5- الحدود المكانية: بعض العيادات الخاصة المتخصصة في الأمراض الداخلية وأمراض القلب بالمسيلة، ومصحة تصفية الكلى.
- 3-5- الحدود الزمانية: إستغرقت الدراسة الميدانية 9 أشهر: من بداية سبتمبر 2011 إلى نهاية ماي 2012.

6- الأساليب الإحصائية: للكشف عن البعد السائد لدى عينة الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والنسب المئوية، ولإيجاد العلاقة بين متغيرات الدراسة (مصدر الضبط الصحي و فعالية الذات و تقبل العلاج)، تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون، عن طريق إستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS 18.0 for Windows)، حيث أن قيمة معامل الارتباط تتراوح بين : (1-) إلى (1+).

- إذا كان معامل الارتباط موجبا فإننا نقول أن العلاقة طردية.
- إذا كان معامل الارتباط سالبا فإننا نقول أن العلاقة عكسية.
- كلما اقتربت قيمة معامل الارتباط من (1+) أو (1-) كلما كان ارتباطا قويا.
- كلما اقتربت قيمة معامل الارتباط من الصفر كلما كان ارتباطا ضعيفا.

الفصل الثامن: عرض ومناقشة النتائج

أولاً: عرض النتائج:

بعد أن جُمعت البيانات، تم تفرغها في جداول وتم حساب معاملات الارتباط حسب فرضيات الدراسة.

1- الفرضية الأولى:

1-1- التذكير بالفرضية:

- البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي هو البعد الخارجي لذوي النفوذ.

1-2- النتائج: تمت دراسة البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي عن طريق حساب المتوسطات الحسابية للدرجات المتحصل عليها في الأبعاد الثلاث، والجدول التالي يبين النتائج.

جدول رقم 22: نتائج الفرضية الأولى.

عدد العينة (ن)	المتوسط الحسابي لدرجات البعد الداخلي	المتوسط الحسابي لدرجات بعد ذوي النفوذ	المتوسط الحسابي لدرجات بعد الحظ
123	21.57	22.93	16.13

1-3- تحليل الجدول: من خلال تحليل الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات البعد الخارجي لذوي النفوذ 22.93، يليه على التوالي المتوسط الحسابي لدرجات البعد الداخلي 21.57، و المتوسط الحسابي لدرجات بعد الحظ الذي بلغ 16.13، ومن هذا نستنتج أن البعد السائد لدى عينة الدراسة هو البعد الخارجي لذوي النفوذ، وبهذا تكون الفرضية الأولى قد تحققت.

واستناداً إلى الدرجات المتحصل عليها من طرف كل مريض في الأبعاد الثلاث لاستبيان مصدر الضبط الصحي، والتي تتمثل البعد السائد لديه، تم توزيع المرضى إلى خمس أنماط: - ثلاث أنماط خالصة (داخلي خالص، ذوي النفوذ خالص، الحظ خالص).

- نمطين مزدوجين: الإعتقاد في الضبط (داخلي- ذوي النفوذ) و(داخلي- الحظ), وذلك لوجود عدد قليل من المرضى ببعدين متساويين في الدرجات.
 وتم حساب العدد والنسب المئوية الممثلة للمرضى من مختلف الأبعاد, والجدول التالي يبين النسب المئوية الممثلة لهم في كل بعد.

جدول رقم 23: العدد والنسب المئوية للمرضى من مختلف الأبعاد.

عدد العينة (ن)	المرضى ذوو البعد الداخلي	المرضى ذوو بعد النفوذ	المرضى بعد الحظ	المرضى ببعدين (الداخلي- الحظ)	المرضى ببعدين (الداخلي- ذوو النفوذ)
123	37	63	7	2	14
النسبة المئوية	%30.08	%51.21	%5.69	%1.62	%11.38

من خلال تحليل الجدول تأكد ما ورد في الجدول السابق رقم 22, بخصوص البعد السائد لدى عينة الدراسة, حيث وضح هذا الجدول أكثر النتيجة الواردة فيه (الجدول رقم 22) وذلك بإعطائه العدد والنسبة المئوية لكل بعد, حيث يظهر جلياً أن البعد الخارجي لذوي النفوذ هو البعد السائد بنسبة %51.21 يليه البعد الداخلي بنسبة %30.08 .

2- الفرضية الثانية:

2-1- التذكير بالفرضية:

- توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

2-2- النتائج: قام الباحث بدراسة الفرضية الثانية باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات مصدر الضبط الصحي الداخلي ودرجات فعالية الذات لدى المرضى بـ HTA. والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الثانية :

جدول رقم 24: نتائج الفرضية الثانية.

عدد العينة (ن)	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
123	0.267	0.01	دالة

3-2- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.267$) وهذا يعني أن هناك علاقة طردية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي، و بين فعالية الذات لدى المرضى بـ HTA ، وهي دالة عند القيمة 0.01.

ومنه فإن الفرضية الثانية تحققت.

3- الفرضية الثالثة:

3-1- التذكير بالفرضية:

- لا توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

3-2- النتائج: قام الباحث بدراسة الفرضية الثالثة باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ، وبين درجات فعالية الذات، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الثالثة:

جدول رقم 25: نتائج الفرضية الثالثة.

عدد العينة (ن)	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة
123	0.090	غير دالة

3-3- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r=0.090$) وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و فعالية الذات لدى المرضى بـ HTA.

ومنه فالفرضية الثالثة تحققت.

4-الفرضية الرابعة:

4-1- التذكير بالفرضية:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

4-2- النتائج: دراسة الفرضية الرابعة تمت أيضا باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات مصدر الضبط الصحي للحظ وبين درجات فعالية الذات، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الرابعة:

جدول رقم 26: نتائج الفرضية الرابعة.

عدد العينة (ن)	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
123	0.274	0.01	دالة

3-4- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r=0.274$) وهذا يعني أن هناك علاقة طردية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و فعالية الذات عند المرضى بـ HTA وهي دالة عند القيمة 0.01. ومنه فالفرضية الرابعة لم تتحقق.

5- الفرضية الخامسة:

5-1- التذكير بالفرضية:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

5-2- النتائج: دراسة الفرضية الخامسة تمت أيضا باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين درجات تقبل العلاج لدى المرضى بـ HTA، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الخامسة :

جدول رقم 27: نتائج الفرضية الخامسة.

عدد العينة (ن)	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة
123	0.007	غير دالة

5-3- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r=0.007$) وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي، و بين تقبل العلاج لدى المرضى بـ HTA.

ومنه فإن الفرضية الخامسة لم تتحقق.

6- الفرضية السادسة:

6-1- التذكير بالفرضية:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

6-2- النتائج: قام الباحث بدراسة الفرضية السادسة باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ، وبين درجات تقبل العلاج، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية السادسة:

جدول رقم 28: نتائج الفرضية السادسة.

عدد العينة (ن)	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة
123	0.153	غير دالة

3-6- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r=0.153$) وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و تقبل العلاج لدى المرضى بـ HTA

ومنه فالفرضية السادسة تحققت.

7- الفرضية السابعة:

1-7- التذكير بالفرضية:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

7-2- النتائج: دراسة الفرضية السابعة تمت أيضا باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات مصدر الضبط الصحي للحظ وبين درجات تقبل العلاج، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية السابعة :

جدول رقم 29: نتائج الفرضية السابعة.

عدد العينة (ن)	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة
123	0.093	غير دالة

3-7- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r=0.093$) وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي للحظ و تقبل العلاج عند المرضى بـ HTA . ومنه فالفرضية السابعة تحققت.

8- الفرضية الثامنة:

1-8- التذكير بالفرضية:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

8-2- النتائج: دراسة الفرضية الثامنة تمت أيضا باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات فعالية الذات وبين درجات تقبل العلاج لدى المرضى بـ HTA، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية السابعة :

جدول رقم 30: نتائج الفرضية الثامنة.

عدد العينة (ن)	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
123	0.263	0.01	دالة

8-3- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r=0.263$) وهذا يعني أنه توجد علاقة بين فعالية الذات و تقبل العلاج لدى المرضى بـ HTA. ومنه فإن الفرضية الثامنة تحققت.

ثانياً: مناقشة النتائج:

1- مناقشة الفرضية الأولى: بينت نتيجة الفرضية الأولى أن البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة هو البعد الخارجي لذوي النفوذ, وبالرجوع إلى خصائص العينة, نجد أن معظم أفراد العينة من المستوى التعليمي "أمي" بنسبة 45.5% فيمكن أن يكون للمستوى التعليمي لأفراد العينة دور في سيادة بعد ذوي النفوذ, إضافة إلى إمكانية تأثير عامل السن أيضاً في سيادة هذا البعد, حيث أشارت دراسة (Morowatisharifabad, Mazloomy, Baghianimoghadam et Tonekaboni, 2006) بعنوان: " العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج (الإلتزام بحمية غذائية) على عينة إيرانية من مرضى السكري " (أنظر ص ص. 102-103), إلى أن مصدر الضبط الخارجي يزداد مع التقدم في السن, وهو ما يمكن إسقاطه على الدراسة الحالية, حيث أن الفئة العمرية (60-69) هي الأكثر تواجداً في عينة الدراسة بنسبة 32.5%.

2- مناقشة الفرضية الثانية: تحققت الفرضية الثانية التي مفادها أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي, وهي نتيجة تتفق مع جاء في فصل فعالية الذات حول خصائص و مميزات الأشخاص ذوو فعالية الذات المرتفعة, كما و تتفق أيضاً مع دراسة (2007) ha-ju young بعنوان: "مصدر الضبط الصحي, ممارسة فعالية الذات, ممارسة التمارين الرياضية عند الطالبات" على عينة مكونة من 322 طالبة, والتي توصلت نتیجتها أنه توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين ممارسة فعالية الذات وممارسة التمارين الرياضية, كما و تتفق أيضاً مع دراسة (Waller et Battes) بعنوان: "مصدر الضبط الصحي ومعتقدات فعالية الذات عند الأشخاص المسنين الأصحاء", والتي تمت على عينة مكونة من 57 مسناً معافاً في صحته, والتي خلصت نتیجتها إلى وجود علاقة موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات والقيام بالسلوكات الصحية. (Waller et Battes, 1992), كما و تتفق أيضاً مع دراسة (Wu, Tang and Kwok) بعنوان: " فعالية الذات, مصدر الضبط الصحي, الضغط النفسي, عند العجائز

الصينيات المصابات بأمراض مزمنة"، والتي أجريت على 159 عجز صينية و من بين نتائجها أنه توجد علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات العامة. (Wu, Tang and Kwok, 2004).

3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: جاءت نتيجة الفرضية الثالثة أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وفعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وانطلاقاً من خصائص الأشخاص ذوو مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين لا يملكون سيطرة على بيئتهم، و انطلاقاً من تحقق الفرضية الثانية فإن الباحث يرى أن نتيجة الفرضية الثالثة منطقية لأن الأشخاص ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي بما فيهم ذوي النفوذ هم أشخاص خاضعين للآخرين أو لقوى أخرى، وبالتالي هم يفتقرون لفعالية الذات، كما وأن نتيجة هذه الفرضية جاءت متفقة مع دراسة عليوة سمية (2007) بعنوان: "مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري"، على عينة مكونة من 86 مريضاً بالسكري، والتي كان من بين نتائجها أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ والكفاءة الذاتية، كما وتتفق أيضاً مع دراسة (Wu, Tang and Kwok) حيث كان من بين نتائجها أنه لا توجد علاقة إرتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي وفعالية الذات.

4- مناقشة الفرضية الرابعة: لم تتحقق نتائج الفرضية الرابعة، أي بالمعنى المعاكس توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، حيث جاءت نتائجها معاكسة لدراسة (Wu, Tang and Kwok).

وبالرجوع إلى خصائص العينة وبالضبط المستوى التعليمي و الفئات العمرية حيث أن النسبة الكبرى من عينة الدراسة أميين (45.5%)، وما يمثل نسبة (32.5%) من الفئة العمرية (60-69)، وبالرجوع إلى بيئة الدراسة فإن الباحث لفت إنتباهه نتيجة الدراسة من حيث أنها ممكن أن تعبر عن نتيجة منطقية وذلك بالنظر إلى خصائص العينة، حيث أنه ممكن أن يكون قد حدث إسقاط عامل الحظ و ربطه مباشرة بالعوامل المرتبطة بالدين

(التوكل على الله) خاصة في الفئة العمرية المتقدمة في السن (60-69) و أيضا في البيئة الدينية (الإسلامية), وهذا ممكن أن يعطي تفسيراً لوجود العلاقة بين مصدر الضبط الصحي للحظ وفعالية الذات.

5- مناقشة الفرضية الخامسة: لم تتحقق الفرضية الخامسة التي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي, واتفقت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة (Myers et Myers, 1999) بعنوان: "العلاقة بين المعتقدات في الضبط و التقييم الذاتي لتقبل العلاج عند المرضى الراشدين المصابين بالتليف الكيسي", والتي كان من بين نتائجها عدم وجود علاقة بين البعد الداخلي وتقبل العلاج, كما واتفقت أيضا مع دراسة (Azlin et Hatta(2004) بعنوان "مصدر الضبط الصحي, عدم تقبل العلاج الدوائي عند مرضى الضغط الدموي", وهي دراسة تمت على عينة مكونة من 200 مريضا بالضغط الدموي حيث كان من بين نتائجها أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في مصدر الضبط الصحي الداخلي, أظهروا درجات منخفضة في تقبل العلاج, بمعنى أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج. (Azlin et Hatta, 2007)

- و يرجع الباحث عدم تحقق الفرضية إلى طول مدة الإصابة بالمرض, خاصة أن مدة مرض معظم عينة الدراسة هي (9-15) سنة بنسبة 38.2%, وكما جاء في فصل تقبل العلاج وبالضبط في عوامل تقبل العلاج, فإن تقرير (OMS (2003 أشار إلى أن طول فترة العلاج من بين العوامل المؤثرة في تقبل العلاج, أي أن تقبل العلاج يتناقص مع الوقت, كما يضيف الباحث عوامل أخرى يمكن أن يكون لها تأثير في عدم تحقق الفرضية كعدم تلقي مرضى عينة الدراسة لمساندة إجتماعية, أو لتأثير عامل المستوى الدراسي خاصة وأن معظم مرضى عينة الدراسة من المستوى التعليمي "أمي" بنسبة 45.5% حيث أشارت دراسة (Morowatisharifabad, Mazloomy, Baghianimoghadam et Tonekaboni, 2006) بعنوان: "العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج (الإلتزام بحمية غذائية) على عينة إيرانية من مرضى السكري", أن مصدر الضبط

الصحي الداخلي له علاقة بالمستوى التعليمي. (Morowatisharifabad, Mazloomy, Baghianimoghadam, et Tonekaboni, 2010)

6- مناقشة الفرضية السادسة والسابعة: تحققت الفرضية السادسة والسابعة اللتان تنصان على أنه: - لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. - لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. وهي نتيجة تتفق مع ما جاء في دراسة Carrijo et Dela Coleta بعنوان "تأثير المتغيرات النفس- اجتماعية على تقبل العلاج لدى مرضى السكري بالبرازيل". حيث كان من بين نتائجها أن التوجه في مصدر الضبط الصحي لم يظهر أي آثار ملموسة على سلوك تقبل العلاج (أي لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده وبين تقبل العلاج). (Carrijo et Dela Coleta, 2004)

- كما اتفقت أيضا مع الدراسة التي سبق ذكرها وهي دراسة (Omeje et Nebo) بعنوان: "تأثير مصدر الضبط على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم". والتي كان من بين نتائجها أنه توجد فروق دالة في تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء) لصالح المرضى ذوو مصدر الضبط الصحي الداخلي، أي أن المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي كانوا أكثر التزاما بالدواء من المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي. (Omeje et Nebo, 2011).

كما ويؤكد الباحث على مساهمة متغيرات دخيلة على الدراسة والتي لها تأثير في تقبل العلاج من عدمه.

7- مناقشة الفرضية الثامنة: تحققت الفرضية التي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وهي نتيجة تتفق مع دراسة رحاحلية سمية (2010)، بعنوان: "الكفاءة الذاتية

وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي", حيث توصلت نتيجة الدراسة إلى:

وجود علاقة ($r = 0.974$) بمستوى دلالة 0.01, بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

ويظهر نظريا أن من يملك فعالية ذات مرتفعة بإمكانه أن يضبط و يحدد سلوكه لا سيما فيما يخص سلوك تقبل العلاج, وهذا ما تم تأكيده تطبيقيا من خلال تحقق الفرضية الثامنة ومن خلال دراسة رحاحلية.

خاتمة

خاتمة:

بعد استعراض موضوع الدراسة اتضحت جلياً متغيرات الموضوع وخلفياتها النظرية، فمصدر الضبط الصحي لواطسون والذي يشير إلى درجة إعتقاد الفرد في العوامل (الداخلية أو الخارجية) المحددة لصحته، هو أحد تطورات مفهوم مصدر الضبط لجوليان روتر، هذا الأخير الذي بدوره هو امتداد لنظرية العزو.

كما تناولت الدراسة أيضاً:

- الفعالية الذاتية التي تمثل أحد مفاهيم النظرية الإجتماعية المعرفية لباندورا، والتي تشير إلى ثقة واعتقاد الفرد بقدراته على إنجاز المهمات الصعبة، وهي تنمو وتتطور عن طريق أربع مصادر هي: الإنجازات الأدائية، الخبرات البديلة، الإقناع الإجتماعي، الحالة الفيسيولوجية.

- تقبل العلاج، وهو المفهوم الذي يشير إلى انتظام والتزام المريض بالدواء وبالتعليمات والإرشادات الطبية بما فيها السلوكيات الصحية، وهو يشكل مشكلاً عند المرضى المزمنين تتدخل فيه مجموعة من العوامل السيكولوجية، الإنفعالية، المعرفية، والعوامل المرتبطة بالدواء وبالمرض وبالخلفية الطبية، وعوامل المحيط .

وفي دراستنا هذه التي تناولنا فيها علاقة مصدر الضبط الصحي بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، فقد خلصت نتائجها إلى:

- بعد ذوي النفوذ هو البعد السائد لدى عينة الدراسة.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و فعالية الذات لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات و تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

الإقتراحات

الإقتراحات:

إستنادا إلى نتائج الدراسة، يعرض الباحث جملة من التوصيات، موجهة إلى: الوزارة الوصية و الهيئات المسؤولة، الخلية الطبية، الطلبة، وإلى كل من له علاقة بموضوع الدراسة، كل حسب موقعه ومجال تدخله:

1- بالنسبة للوزارة الوصية و الهيئات المسؤولة:

- التحسيس و التوعية الصحية بأهمية المتغيرات المتناولة في الدراسة (مصدر الضبط الصحي، فعالية الذات، تقبل العلاج) كمتغيرات لها أثرها على الصحة الجسمية للمريض المزمن، وذلك من خلال تنظيم دورات تكوينية لممتهني الصحة والعلاج تتناول هذه المتغيرات.
- إنشاء مركز وطني خاص بدراسة آليات التكفل النفسي و الإجتماعي بالمرضى المزمنين.
- إنشاء مراكز ومعاهد تعنى بالبحوث في مجالات الصحة و علم نفس الصحة.
- الإستفادة من خبرات الدول المتقدمة في مجالي الصحة و علم نفس الصحة، ومجال التكفل بالمرضى المزمنين.
- توظيف أخصائيين في علم نفس الصحة في المصالح المختلفة للأمراض المزمنة.
- خلق وظائف جديدة، كمختصين في المتابعة و التكفل بالمرضى المزمنين.
- تنظيم دورات تكوينية للمرضى المزمنين حول معرفة كيفية معالجتهم المعرفية لمرضهم المزمن، تتناول تعريفهم ب (مصدر الضبط الصحي، فعالية الذات، تقبل العلاج)، و محاولة تعديل أو تغيير سلوكياتهم غير الصحية إلى سلوكيات صحية و ذلك من خلال تعديل أو تغيير المفاهيم التالية: (مصدر الضبط الصحي، فعالية الذات، تقبل العلاج).

2- بالنسبة للخلية الطبية :

- الإستفادة من إسهامات علم نفس الصحة في الممارسة العيادية.
- التكلم عن مشاكل المريض التي تواجهه في تقبل العلاج في كل فحص.

- إشراك المريض في كل عملية فحص وعلاج.
- التفاوض مع المريض حول طبيعة الخطة العلاجية التي سيتبعها ومدى ملاءمتها له.
- تفهم الحالة النفسية للمريض خاصة المريض المزمن، ومعاملته حسب الحالة.
- الأخذ بعين الاعتبار الأبعاد النفسية و الإجتماعية للمريض.

3- بالنسبة للطلبة:

- بالنسبة لطلبة الإختصاص، المساهمة في التكفل بالمرضى المزمنين من خلال إعداد دراسات وبحوث حول العوامل البيوسيكوسوسولوجية المساهمة في الصحة والمرض.
- المطالعة الدائمة و مواكبة الدراسات والبحوث الجديدة.

ملخص الدراسة:

تناولت الدراسة موضوع مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي, وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هو البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده وفعالية الذات عند المرضى بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده و تقبل العلاج عند المرضى بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل توجد علاقة بين فعالية الذات و تقبل العلاج عند المرضى بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

وعليه فقد وقعت الدراسة في جانبين:

- الجانب النظري الذي تطرق لمتغيرات البحث.

- والجانب التطبيقي الذي دامت الدراسة فيه لمدة 9 أشهر على 123 مريضاً بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- البعد السائد لدى عينة الدراسة هو بعد ذوي النفوذ بنسبة 51.21%.

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و فعالية الذات.

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و فعالية الذات.

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و فعالية الذات.

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و تقبل العلاج.

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ و تقبل العلاج.

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ و تقبل العلاج.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات و تقبل العلاج.

الكلمات المفتاحية: مصدر الضبط الصحي, فعالية الذات, تقبل العلاج.

Abstract: *the research dealt with Health Locus of Control (HLC) and its relationship with Self-Efficacy and Adherence to treatment among essential high blood pressure patients, through trying to answer the following questions:*

- what is the dominant dimension of health locus of control among essential high blood pressure patients?.

-Is there any relationship between HLC (with its three dimensions) and elf-Efficacy?.

- Is there any relationship between HLC (with its three dimensions) and Adherence to treatment?.

- Is there any relationship between Self-Efficacy and Adherence to treatment?.

Thus, the research was set into two parts:

Theoretical part which tackled to research variables.

Practical part which studied 123 essential high blood pressure patients over 9 months, who were asked to answer three questionnaires (HLC, Self-Efficacy & adherence to treatment).

As a result, the research proved:

- the dominant dimension is the powerful others health locus of control (51.21%).*
- the existence of statistical significant relationship between Internal HLC and Self-Efficacy.*
- No statistical significant relationship between Powerful others HLC and Self-Efficacy.*
- The existence of statistical significant relationship between Chance HLC and Self-Efficacy.*
- No statistical significant relationship between Internal HLC and Adherence to treatment.*
- No statistical significant relationship between Powerful others HLC and Adherence to treatment.*

- *No statistical significant relationship between Chance HLC and Adherence to treatment.*
- *the existence of statistical significant relationship between self-Efficacy and Adherence to treatment.*

Keywords: *Health locus of control (HLC), Self-efficacy, Adherence to treatment.*

المراجع

المراجع العربية

- 1- إبتسام جار الله الخزندار. (1999-2000). مركز الضبط وعلاقته باتجاه المرأة نحو تنظيم الأسرة في محافظات غزة. مذكرة ماجستير في التربية. غزة: جامعة الأزهر.
- 2- الداغستاني سناء عيسى, المفتي ديار عوني. المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. مجلة البحوث النفسية والتربوية, عدد, 26-27, 78-142.
- 3- أمل الأحمد. (2001). بحوث و دراسات في علم النفس. (ط.1). مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر, بيروت, لبنان.
- 4- جبالي نور الدين. (2008/2007). علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة باتنة.
- 5- رحاحلية سمية. (2010/2009). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. مذكرة ماجستير غير منشورة. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
- 6- رشاد علي عبد العزيز موسى. (1988). سيكولوجية الفروق بين الجنسين. (ب.ط). مؤسسة مختار للنشر و التوزيع: القاهرة.
- 7- زرواتي رشيد. (2002). تدريبات على منهجية البحث في العلوم الاجتماعية. (ط1). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 8- محمد سليمان بني خالد. (يونيو 2009). مركز الضبط و علاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة البيت. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية). المجلد. 17, العدد. 2, 491-512.
- 9- نصر محمد علي و محمد عبد الله سحلول. (2006). العلاقة بين فاعلية الذات ودافعية الإنجاز وأثرهما في التحصيل الأكاديمي لدى طلبة الثانوية في مدينة صنعاء. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والإجتماعية والإنسانية, المجلد. 18, العدد. 1, 92-130.

- 10- صلاح الدين أبو ناهية. (أفريل, ماي, جوان 1989). العلاقة بين الضبط الداخلي-الخارجي و بعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة. مجلة علم النفس, 10, 72-59, الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 11- صلاح الدين أبو ناهية. (سبتمبر 1987). الفروق في الضبط الداخلي-الخارجي لدى الأطفال والمراهقين والشباب والمسنين من الجنسين بقطاع غزة. دراسات تربوية, المجلد. 2, الجزء. 9, 233-184, القاهرة: عالم الكتب.
- 12- صلاح مصطفى الفوال. (د.ت). منهجية العلوم الاجتماعية. القاهرة: عالم الكتب.
- 13- عثمان يخلف. (2001). علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة. (ط1). الدوحة: دار الثقافة.
- 14- علي حسين حجاج. (1986). نظريات التعليم. (ج. 2). عالم المعرفة: الكويت.
- 15- عليوة سمية. (2007). مصدر الضبط الصحي و علاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة محمد خيضر. بسكرة.
- 16- غالب بن محمد علي المشيخي. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف. رسالة دكتوراه في علم النفس (إرشاد نفسي). جامعة أم القرى.
- 17- فاطمة عوض صابر و ميرفت علي خفاجة. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. (ط1). الإسكندرية: مكتبة و مطبعة الإشعاع.
- 18- سامر جميل رضوان. (نوفمبر 2010). أثر الكفاءة الذاتية في خفض مستوى القلق. مجلة دراسات نفسية. العدد. 03, 33-9.
- 19- شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي. (ترجمة وسام درويش برك و فوزي شاکر داود.). (ط1). عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

- 20- Acharya, S. (January 2008). Professionalization and its effect on health locus of control among Indian dental students. *Journal of dental education*, Vol. 72, N°. 1, 110-15.
- 21- Ait Hamlat, A. (23 Décembre 2007). 7 millions d'Algériens sont hypertendus. *journal d'Expression*.
- 22- Ali Khan, M., Shah khan, K., & Azeej Khan, A. (2011). A Study of Health Locus of Control among Female High and Low Performers University Athletes. *World Journal of Sport Sciences*, Vol. 5, N°. 3, 142-148.
- 23- Alogna, M. (July-August 1980). Perception of Severity of Disease and Health Locus of Control in Compliant and Noncompliant Diabetic Patients. *Diabetes care*, Vol. 3, N°. 4, 533-34.
- 24- Azizi, M. (10 Mars 2004). 23ème journées de l'hypertension artérielle. *Cardiologie pratique: l'hebdomadaire du cardiologue*, 677, 1-16.
- 25- Azizi, M. (17 Septembre 2003). 13th European meeting on Hypertension. *Cardiologie pratique: l'hebdomadaire du cardiologue*, 656, 1-20.
- 26- Azizi, M. (12 Mars 2003). 22ème journées de l'hypertension artérielle. *Cardiologie pratique : l'hebdomadaire du cardiologue*, 638, 1-16.
- 27- Azlin, B., Hatta, S., Norzila., Z., & Sharifa, E. (March 2007). Health Locus of Control Among Non-compliance Hypertensive Patients Undergoing Pharmacotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry*. Vol. 16, N°. 1, 20-39.
- 28- Bandura, A. (2006). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 307–337). Greenwich, CT: Information Age.
- 29- Bandura, A. (2003). *Auto-Efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans.). Paris, Bruxelles: De Boeck. (Original work published 1997).
- 30- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic

Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998).

31- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward unifying theory of behavior change. *Psychological review*, Vol. 84, N°. 02, 191-215.

32- Baudrant- Boga, M. (2009). *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux: modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2*. Thèse de Doctorat. Université de Grenoble 1.

33- Beaufils, M. (17 Mars 2004). HTA et Contraception orale. *Cardiologie pratique: l'hebdomadaire du cardiologue*, 678, 1-8.

34- Boehmer, S., - Luszczynska, L., Schwarzer, R. (March 2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, stress, and coping*, Vol. 20, N°. 1, 61-75.

35- Bruchon Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé Modèles, Concepts et Méthodes*. Paris : Dunod.

36 - Carrijo, R. S., Dela Coleta, M. F. (2004). *A Influencia de variaveis psicossocias na adesao ao tratamento pacientes diabéticos*. Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

37 - Catherine, T. T., Maryline, R., Lennize, P.P. (27ème trimestre 2004). De l'adhésion à l'observance thérapeutique : réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'interventions dans la durée. *Counseling, Santé et Développement*, 1, 1-8.

38 - Cherepakho, V. (2006). *Health locus of control, risk perception, and health behavior in African Americans*. Thesis of Master of Science. University of Pittsburgh.

- 39 - Comité régional d'éducation pour la santé (CRESIF). (colloque des 12-13 Novembre 2001). *Obervance thérapeutique chez le peronnes âgées*: synthèse documentaire. Paris.
- 40 - Daum, L. T., & Wiebe, G. (August 2003). *Locus of control, Personal meaning, and self concept before and after an academic critical incident*. Thesis of master. Trinity western university.
- 41- De Blic, J. (2007). Obervance thérapeutique chez l'enfant asthmatique. *Revue générale*, 24, 419-26.
- 42- Fischer, G. N., Apostoloidis, T., Barracho, C., Beardsley, L. M., Bruchon-Schweitzer, M., Cerclé, A., Zani, B. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- 43- Fondation Suisse de Cardiologie (FSC). (n.d.). *L'hypertension Artérielle: brochure d'information*. Trouvé le 21 Octobre 2007, dans <http://www.prevention.ch/hypertensionarterielle1.htm>
- 44- French League Against Hypertension survey (FLAHS). (2006). *Enquetes FLAHS*. France.
- 45- Frérot, L., Le Fur, P., Le Pape, A., Sermet, C. (Février 2000). L'Hypertension artérielle en France: Prévalence et prise en charge thérapeutique. *CREDES*, N°. 1289.
- 46- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (4th ed, 2008). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Wiley & Sons.
- 47- Gwénaelle. J. (2010). *Le sentiment d'auto-efficacité en primaire : De son élaboration à son impact sur la scolarité des élèves*. Thèse de Doctorat. Université de Grenoble 2.
- 48-- Ha, Ju Young. (June 2010). Health Locus of Control, Exercise Self-efficacy, and Exercise Benefits / Barriers of Female College Students. *Korean J Women Health Nurs*. Vol. 16, N°. 2, 116-125.

- 49- Helena, I. T., (2011). *L'auto-efficacité et le stage d'enseignement: le cas du candidat Anglophone en enseignement du Français langue seconde au secondaire en Ontario*. Mémoire de Maitrise. Université de Laval.
- 50- Hornich, A. A. (2008). *Examination of Self-Efficacy and Locus of Control in Protecting Community integration Following Moderate to Severe Traumatic Brain Injury*. Thesis of Doctorate of Psychology. Graduate college of Marshall University.
- 51- Igbeneghu, B. I., & Popoola, S. O. (2011). Influence of Locus of Control and Job Satisfaction on Organizational commitment: A Study of Medical Records Personnel in University Teaching Hospitals in Nigeria. retrieved June 21, 2012, From Library Philosophy and Practice. <http://unllib.unl.edu/LPP/>
- 52- Jafari, M., & Shahidi, S. (2009). Comparing locus of control, assertiveness and general health among young drug dependent patients in Iran. *Iran J Psychiatry, 4*, 46-51.
- 53- Jonasson, G., Karlsen, K. H., Mowinrckel, P. (2000). Asthma drug adherence in a long term clinical trial. *Arch dis child, 83*, 330-3
- 54- Kazrian, S. S., Evans, D. R. (2001). *Handbook of cultural health psychology*. USA & UK: Academic press.
- 55- Keedy, N. H. (2009). *Health locus of control, self-efficacy, and multidisciplinary intervention for chronic back pain*. Thesis of Doctorate. University of Iowa.
- 56- Kourta. D. (26 Décembre 2004). Hypertension artérielle: 34% des Algériens sont hypertendus. *Journal EL Watan*.
- 57- Kuria, G. P., & De Mattos Pimenta, C. A. (2004). Compliance with the treatment of chronic pain and health control locus. *Rev Esc Enferm USP*. Vol. 38, N°. 3, 254-61.
- 58- Languérand, E. (2005). *De l'observance à une adhérence sans adhérence*. Mémoire de maitrise. Université de Paris 6.

- 59- Larousse (2004). *Larousse de la santé*. Paris: Editions Larousse.
- 61- Larousse (1990). *Petit Larousse illustré*. Paris: Editions Larousse.
- 62- Lin, C. C., & Tsay, H. F. (2005). Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology*, 14, 376-85.
- 63- Locus of control: To lead or to be led. (2005). University of Pretoria etd Beukman LT, 80-102.
- 64- Luszczynska, L., Gutiérrez-Dona, B., Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International journal of psychology*, Vol. 40, N°. 2, 80-89.
- 65- Mancina, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., et al. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal for hypertension*, 25, 1105-1187.
- 66- Marchina, J. C. (1995). *L'hypertension artérielle et les facteurs de risque cardiovasculaire*. Alger: Dahlb.
- 67- Milon, H., Lantelme, P., Rial, M. O. (2005). Hypertension artérielle de l'adulte. *La revue du praticien*, 55, pp. 423-432.
- 68- Morowatisharifabad, M. A., Mahmoudabad, S. S., Baghianimoghadam, H. B., & Tonekaboni, N. R. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *Int J Diabetes Dev Ctries*, Vol.30, N°1, 27–32.
- 69- Moyle, G. (12 Octobre 1997). *Les facteurs de compliance*. Trouvé le 17 Novembre 2007, dans [http://www.actions- traitements.org/spip.php?article157](http://www.actions-traitements.org/spip.php?article157)
- 70- Myers, L. B., & Myers, F. (1999). The relationship between control beliefs and self-reported adherence in adults with cystic fibrosis. *Psychology, health & medicine*, Vol. 4, N°. 4, 378-91.
- 71- Ogden. (2004). *Health psychology* (3rd ed.). England: open university press.
- 72 - Ogden. (2000). *Health psychology* (2nd ed.) (pp. 408-427). Buckingham: Open university press.

- 73- Omeje, O., & Nebo, C. (2011). The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. *Patient Preference and Adherence*, 5, 141–148.
- 74- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (1985). *Etude de la tension artérielle chez l'enfant*. Genève: OMS.
- 75- Ozen Kutanis, R., Mesci, M., & Ovdur., Z. (July 2011). The effects of locus of control on learning performance: A case of an academic organization. *Journal of economics and social studies*, Vol. 1, N° 2, 113-33.
- 76- Pajars. F. (2005). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 339–367). Greenwich, CT: Information Age.
- 77- Raikes, H. A., Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant mental health journal*, Vol. 26, N° 3, 177-190.
- 77- Rotter, R. (April 1990). Internal versus external control of reinforcement. *American Psychologist*, Vol. 45, N° 4, 489-93.
- 78- Rotter, R. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control. *Psychological monographs: General and applied*, Vol. 80, N° 1, 1-28.
- 79- Schneider, M. P. (12 Septembre 2008). *les consultations d'adhésion thérapeutique: un élément de continuité des soins*. 237^{ème} séminaire en sciences pharmaceutiques. Villars.
- 80- - Schneider, M. P. (Avril 2006). *L'adhésion thérapeutique: une composante essentielle du système de santé*. Trouvé le 17 Novembre 2007, dans <http://www.tetenoire.ch/politique-medicament/adhesion%20therapeutique.htm>
- 81- Schneider, M. P. (21 Avril 2005). *L'adhésion au traitement: les clés du succès*. CHUV Lausanne.
- 82- Schwarzer, R., Luszczynska, A. (2005). *Self-Efficacy Adolescent's risk-Taking behavior s, and Heath* (pp. 139-159). Greenwich, CT: Information Age.

- 83-** Schwarzer, R., Mueller, J., Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self_Efficacy on the internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, stress, and coping*, Vol. 12, 145-161.
- 84-** Scloz, U., Gutiérrez-Dona, B., Sud, S., Schwarzer, R. (2002). Is general self Efficacy universal construct? Psychometric Findings from 25 Countries. *European journal of Psychological assessment*, Vol. 18, Issue 3, 242–251.
- 85-** Takeda, T. (n.d). *Self-Efficacy, Coping Behavior, and the Health Locus of Control in Junior High School Students with Renal Disease*. Retrieved on May, 16th 2011, from <http://www.google.dz/#sclient=psy-ab&q=takeda+tetsuro+Self-Efficacy%2C+Coping+Behavior%2C+and+the+Health+Locus+of+Control>
- 86-** Tanimomo, L. (2007). La théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1977-1997) et son application dans le contexte des pays du sud: Cas de la république de Bénin. *Revue du CAMES*, Vol. 009, N°. 2, 223-233.
- 87-** Waller, Kv., & Bates, Rc. (1992). Health locus of control and self-efficacy beliefs in a healthy elderly sample. *Am J Health Promot. Vol. 6, N°. 4*, 302-9.
- 88-** Wallston, K. A. (October 1982). Health locus of control beliefs. *Patient Education Newsletter*, 5, 56-57.
- 89-** Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1981). *Heath locus of control scales. Research with the locus of control construct, Assessment Methods*, 189-243. Academic press.
- 90-** Wang, L. Y., Kick, E., Fraser, J., & Burns, T. J. (1999). Status attainment in America: The roles of locus of control and self-esteem in educational and occupational outcomes. *Sociological Spectrum*, 19, 281–298.
- 91-** World Health Organisation (WHO). (2003). *Adherence to long term therapies*. Switzerland: WHO.
- 92-** Wu., Tang., & Kwok. (January 2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health*. Vol. 8, N°. 1, 21–28.

93- Younger, J., Marsh, K. J., & Jo Grap, M. (1995). The relationship of health locus of control and cardiac rehabilitation to mastery of illness related stress. *Journal of advanced nursing*, 22, 294-99.

الملاحق

الملحق رقم 01
إستبيان مصدر الضبط الصحي

إستبيان مصدر الضبط الصحي

مدة المرض :

التعليمات : فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة و المرض. اقرأ كل عبارة على حدا جيدا، و المطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك و تصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك. أرجو أن تجيب على كل العبارات و لا تترك عبارة بدون إجابة، اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن إجابتك عن العبارات السابقة. اجب بصراحة و صدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية.

غير موافق تماما	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق تماما	العبارة	
					سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	1
					إذا قدر لي أن امرض فإنني لا استطيع فعل شيء لتفادي المرض	2
					المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض	3
					اغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة	4
					عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا	5
					اعتقد أنني متحكم في صحتي	6
					لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما	7
					لا أؤمن إلا نفسي عند إصابتي بالمرض	8
					يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض	9
					يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي	10
					حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة	11
					تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي	12
					إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض	13
					يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء، الأقارب، الأصدقاء ...)	14
					اعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه	15
					القدر و المكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	16
					يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني	17
					إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي	18

جزء خاص بالمختص :

IHLC	PHLC	CHLC

الملحق رقم 02 إستبيان فعالية الذات

إستبيان فعالية الذات (الكفاءة الذاتية)

العمل (إذا كنت تعمل) :.....

الدراسة والسنة الدراسية إذا كنت طالبا.....

تعليمية: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص, اقرأ كل عبارة وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام, وذلك بوضع علامة (X) أمام الخيار المناسب لك, ليست هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة, وليست هناك عبارات خادعة, أجب بسرعة ولا تفكر كثيراً بالمعنى الدقيق لكل عبارة, ولا تترك أي عبارة بدون إجابة.

العبارة	لا	نادراً	غالباً	دائماً
1 عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فأني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.				
2 إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فأني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.				
3 من السهل علي تحقيق 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 لأنني أستطيع دائماً الاعتماد على قدراتي الذاتية.				
7 مهما يحدث فأني أستطيع التعامل مع ذلك.				
8 أجد حلاً لكل مشكلة تواجهني.				
9 إذا ما واجهني أمر جديد فأني أعرف كيفية التعامل معه.				
10 أمتلك أفكاراً متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.				

الملحق رقم 03 إستبيان تقبل العلاج

استبيان تقبل العلاج عند مرضى HTA

إعداد: سعيد قارة

ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لإجابتك:

أبدا	أحيانا	دائما	العبارات
			1- هل تشتري الدواء الموصوف لك؟
			2- هل عندك إقتناع بأن الدواء الموصوف لك هو الملائم؟
			3- هل تأخذ دواءك معك أثناء سفرك أو غيابك عن البيت؟
			4- هل تستشير طبيبك عن كيفية تناول الدواء أثناء الفترات التي تتغير فيها عاداتك (صيام، سفر،....)؟
			5- هل تلتزم بأوقات تناول الدواء؟
			6- هل تحس بالتوتر كلما تأخرت عن تناول الدواء؟
			7- هل تلتزم بالجرعات الدوائية المحددة لك؟
			8- هل تهمل تناول الدواء؟
			9- هل تتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست أنك تحسنت؟
			10- هل تستشير طبيبك في حالة تعرضك لمضاعفات جانبية للدواء؟
			11- هل أنت مدرك بمضاعفات المرض إذا لم تتناول الدواء؟
			12- هل أنت ملم بمعلومات حول مرضك؟
			13- هل تتجنب أخذ الأدوية التي لم يصفها لك طبيبك؟
			14- هل تستشير طبيبك في حالة أخذك لأدوية ذات وصف شخصي (Automédication)؟
			15- هل تجدد الوصفات الطبية باستمرار؟
			16- هل تتبع التعليمات الطبية بدقة؟
			17- هل تجري فحوصات دورية؟
			18- هل تلتزم بالمواعيد الطبية (LES RDV)؟
			19- هل تداوم على قياس ضغط دمك باستمرار؟
			20- هل تستعمل دفترًا صحيًا وتسجل فيه أرقام ضغط دمك؟
			21- هل تقيس ضغط دمك قبل أخذك لحمام ساخن أو حمام معدني؟
			22- هل تثق بطبيبك المعالج؟
			23- هل تلتزم بطبيبك المعالج ولا تستشير طبيبًا آخر؟
			24- هل تتناول وجباتك الغذائية محدودة الملح (ملح الصوديوم)؟
			25- هل تتجنب تناول المواد المعروفة أنها تزيد من ضغط الدم (عرق السوس Régilisse، المكسرات المملحة،... الخ)
			26- هل تتجنب الأطعمة الدسمة؟
			27- هل تتبع حمية غذائية خاصة؟

			28- هل تتجنب الإكثار من شرب القهوة و المشروبات المنبهة الأخرى؟
			29- هل أنت مدخن؟
			30- هل تفرط في تناول المشروبات الكحولية؟
			31- هل تمارس رياضة خفيفة بصفة منتظمة (المشي، تمارين بسيطة، الدراجة، السباحة)؟
			32- هل تحاول تجنب الضغوط (تتجنب المواقف الضاغطة، تخرج أحيانا للتنزه و للإبتعاد عن الضغوط، ... ؟

الملحق رقم 04
إستبيان تقبل العلاج باللغة
الإنجليزية

Scale of Adherence to treatment among patients with essential high blood pressure.

Elaborated By: KARA Said.

Items	Always	Sometimes	Never
1- Do you buy your prescribed drug?			
2- Are you convinced that the prescribed drug is the most suitable for you?			
3- Do you take your drug with you when you travel or during your absence?			
4- Do you (ask) consult your doctor about how to take the drug during the periods of habitudes changement (fast, travelling,...)?			
5- Do you respect the time of your drug?			
6- Do you feel Anxious whenever you are in delay from taking your drug?			
7-Do you respect your limited medical posology?			
8- Do you neglect having your drug?			
9- Do you refrain from having your medication whenever you feel all right?			
10- Do you ask the view of your doctor in case you are exposed to secondary effect of your drug?			
11- Are you well informed about your illness?			
12- Are you conscious about the complications of the illness if you don't take the drug?			
13- Do you avoid taking drugs that are not prescribed to you?			
14- Do you ask (consult) your doctor if you take drugs of your own prescription (Auto medication)?			
15- Do you renew the medical prescription frequently?			
16- Do you follow the medical instruction			

exactly?			
17- Do you respect your medical appointment?			
18- Do you do the periodic consultations?			
19- Do you measure your blood pressure frequently?			
20- Do you use blood pressure note book ?			
21- Do you measure your blood pressure before having a hot shower or hot bath?			
22- Do you trust in your doctor?			
23- Do you respect the instructions of your doctor and don't consult other?			
24- Do you take meals with limited salt amounts?			
25- Do you avoid having products that may rise your blood pressure? (Licorice, salted peanuts, ...).			
26- Do you avoid fatty foods?			
27 Do you follow a special diet?			
28- Do you avoid the access of having coffee or tea?			
29- Do you take alcoholic beverages?			
30- Are you smoker?			
31- Do you practice physical activity regularly (walking, swimming, riding bicycle,...)?			
32- Do you avoid to be stressed or anxious (avoid stressing situation, going for picnic,...)?			

الملحق رقم 05
إستبيان تقبل العلاج باللغة
الإيطالية

Questionario sull'aderenza terapeutica nei pazienti con ipertensione essenziale

Autori: - KARA Said.

tradotto da: Laura Sirri

	Sempre	A volte	Mai
1- Acquisti le medicine che ti vengono prescritte?			
2- Pensi che le medicine che ti vengono prescritte siano le più adatte per te?			
3- Porti con te le tue medicine quando sei in viaggio o sei fuori casa?			
4- Chiedi consiglio al tuo medico su come assumere le tue medicine nei periodi in cui le tue abitudini sono diverse dal solito?			
5- Rispetti gli orari in cui devi assumere le tue medicine?			
6- Ti senti stressato/a o ansioso/a quando ritardi nell'assumere le tue medicine?			
7- Rispetti la posologia (il dosaggio) delle medicine che devi assumere?			
8- Trascuri l'assunzione delle tue medicine?			
9- Smetti di prendere le tue medicine quando ti senti bene?			
10- Chiedi consiglio al tuo medico se avverti degli effetti indesiderati delle tue medicine?			
11- Pensi di avere informazioni adeguate circa la tua malattia?			
12- Sei consapevole delle complicanze della tua malattia nel caso in cui tu non assuma le tue medicine?			
13- Eviti di assumere medicine che non ti sono state prescritte?			
14- Chiedi consiglio al tuo medico nel caso in cui tu assuma dei farmaci che non richiedono la			

prescrizione medica?			
15- Ti fai rinnovare dal tuo medico la prescrizione per le tue medicine con regolarità?			
16- Segui esattamente le indicazioni del tuo medico?			
17- Rispetti gli appuntamenti con il tuo medico?			
18- Effettui le visite e gli esami medici che devi fare periodicamente?			
19- Misuri la tua pressione arteriosa con regolarità?			
20- Annoti i valori della tua pressione arteriosa?			
21- Misuri la tua pressione arteriosa prima di fare una doccia o un bagno caldi?			
22- Ti fidi del tuo medico?			
23- Segui le indicazioni del tuo medico senza consultare altri medici?			
24- Fai dei pasti con basse quantità di sale?			
25- Eviti prodotti che possono fare aumentare la tua pressione arteriosa (ad esempio, liquirizia, arachidi salate)?			
26- Eviti cibi grassi?			
27- Segui una dieta particolare?			
28- Eviti di bere troppo caffè o thè?			
29- Bevi più alcolici di quanto secondo il tuo medico dovresti?			
30- Sei un fumatore?			
31- Fai attività fisica regolarmente (camminare, nuotare, andare in bicicletta,...etc.)?			
32- Eviti situazioni in cui potresti sentirti stressato/a o ansioso/a?			