

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر- باتنة -

كلية الآداب و العلوم الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

تخصص " علم نفس الصحة "

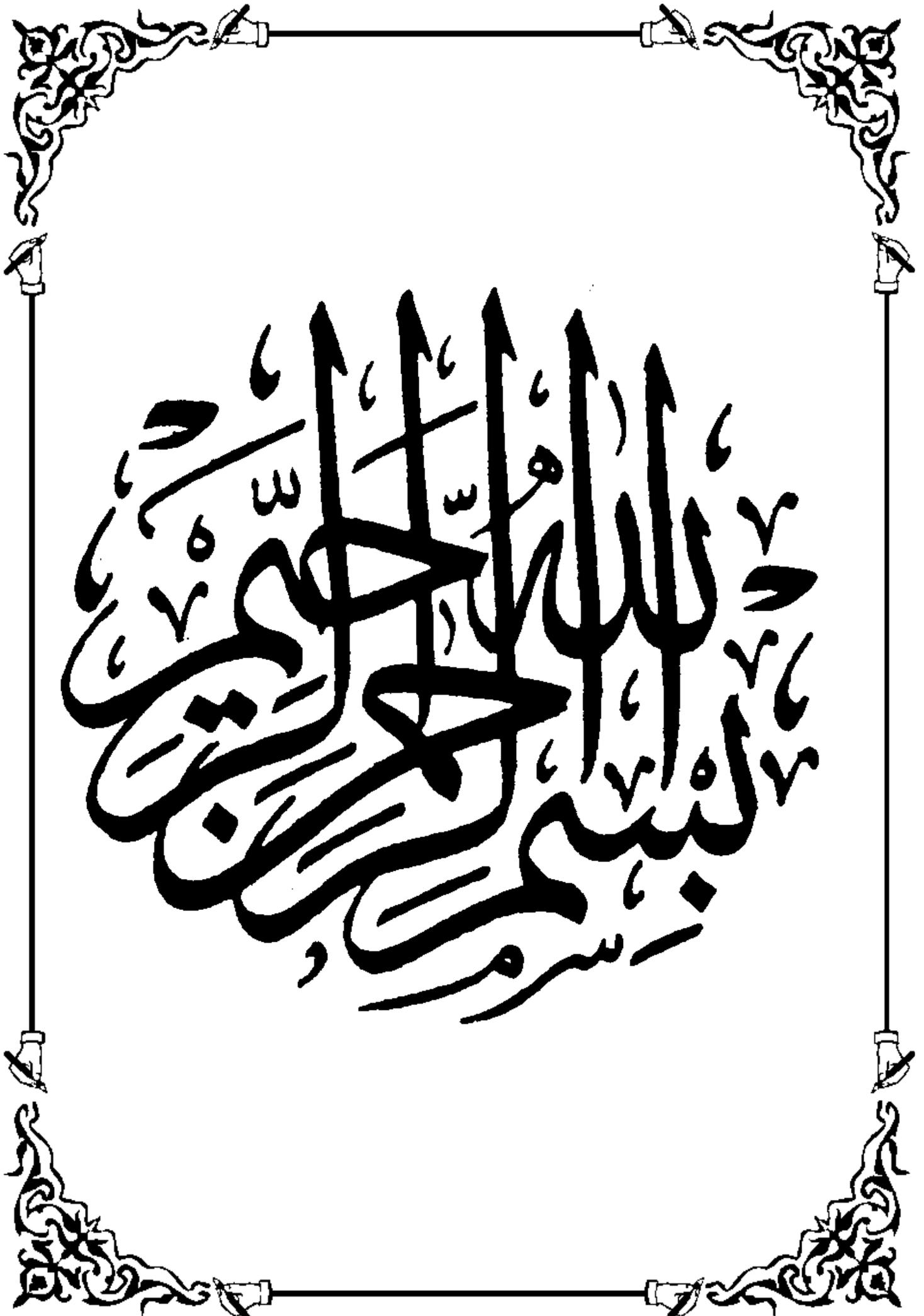
بعنوان:

المساندة الإجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي

إشراف:
أ. د. نادية ببيع.
أ. يوسف عدوان.

إعداد الطالب:
سعيد قارة.

السنة الجامعية : 2009/2008



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

" ربّي 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 جزيّل نعمه و توفيقه لإنجاز هذا العمل.
حين يحيط بنا الكثير من المساندين تكثر عبارات الشكر حاملة أسمى معاني
الإمتنان و التقدير, حينها أتقدم بجزيّل الشكر إلى :
- الأستاذة المشرفة " نادية بعبع " و الأستاذ المساعد " يوسف عدوان " على
ما قدّماه لي من نصائح و توجيهات و على الوقت الذي خصّصاه لي.
- الأستاذ " نور الدين جبالي " على كل ما قدّمه من مواد علمية و معلومات
أثرت الموضوع.
- الأستاذة " يامنة إسماعيلي " على تشجيعها و مسانبتها لي.
- أخصائي أمراض الباطن الدكتور " صايشي " على ما قدّمه لي من مجالات
إستلهمت منها الكثير.
- إلى كل من ساندي بفكرة أضاعت لي درب العمل, بمعلومة أخذت حيّزها في
العمل, بكلمة طيبة و ابتسامة صادقة جدت بداخلي طاقة العمل, بدعوة خالصة
صعدت إلى السماء فقيل لها آمين و عادت محمّلة بتوفيق من الله تعالى لهذا العمل
للجميع خالص الشكر و التقدير .

سعيد قارة

يناير 2009

اهداء

أقف اليوم على عتبات نجاح جديد أدونه في سجل حياتي و بالتأكيد أهديه بكل صدق إلى الكثير من المحبين و الأوفياء.

- إلى والديّ العزيزين أطل 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 معتمة في دربي .

من قلبي أهدي للجميع هذا العمل آملاً من الله العليّ القدير أن يعم بنفعه على الجميع .

سعيد قارة

يناير 2009

فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
- فهرس المحتويات	أ.....
- فهرس الجداول	د.....
- فهرس الأشكال والنماذج	ذ.....
- ملخص الدراسة	ر.....
- المقدمة	1.....

- الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: التعريف بإشكالية وموضوع الدراسة.

1-الإشكالية	5.....
2- أسباب إختيار الموضوع	8.....
3- أهمية الدراسة	8.....
4- هدف الدراسة	8.....
5- الفرضيات	9.....
1-5- الفرضية العامة	9.....
2-5- الفرضيتان الجزئيتان	9.....
6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث	10.....
1-6- المساندة الإجتماعية	10.....
1-1-6- المساندة الإجتماعية من طرف العائلة	10.....
2-1-6- المساندة الإجتماعية من طرف الطبيب	11.....
2-6- تقبل العلاج	11.....
3-6- إرتفاع ضغط الدم الأساسي	12.....
7- الدراسات السابقة	13.....
1-7- الدراسة المباشرة	13.....

14..... 2-7- الدراساتين غير المباشرتين

الفصل الثاني:المساندة الإجتماعية.

19..... 1- تعريف المساندة الإجتماعية

22..... 2- أبعاد المساندة الإجتماعية

24..... 1-2- تعريف الأبعاد الثلاثة للمساندة الواردة في الجدول رقم 1

24..... 1-1-2- شبكة المساندة

26..... 2-1-2- سلوكات المساندة .

27..... 3-1-2- التقييم الذاتي للمساندة

28..... 3- المصطلحات ذات الصلة بالمساندة الإجتماعية

29..... 4- أنواع المساندة الإجتماعية

31..... 1-4- تحليل الجدول رقم 2

31..... 4- 2- أنواع المساندة الإجتماعية عند (1988) Michelle et Tricket

32..... 5- مصادر المساندة الإجتماعية

32..... 1-5- المساندة المؤسسية (الرسمية)

33..... 2-5- المساندة غير المؤسسية (غير الرسمية)

33..... 3-5- الفرق بين مصدري المساندة

34..... 6- وظائف المساندة الإجتماعية

34..... 1-6- تخفيف الضغوط

35..... 2-6- الوقاية والعلاج

35..... 3-6- تنمية إستراتيجيات المواجهة (le coping)

36..... 4-6- المساعدة في تقبل العلاج

37..... - خاتمة الفصل

الفصل الثالث: تقبل العلاج

- 39..... مقدمة
- 40..... 1- تعريف تقبل العلاج
- 40..... 1-1- التعريف اللغوي
- 40..... 2-1- التعاريف الإصطلاحية
- 42..... 2- تعريف عدم تقبل العلاج
- 43..... 1-2- تقبل العلاج غير المستقر
- 43..... 2-2- عدم تقبل العلاج غير المتعمد
- 43..... 2-3- عدم تقبل العلاج المتعمد
- 43..... 3- النظريات المفسرة لتقبل العلاج
- 43..... 1-3- النوع الأول
- 43..... 1-1-3- الفرضية الأولى
- 43..... 2-1-3- الفرضية الثانية
- 44..... 3-1-3- الفرضية الثالثة
- 44..... 2-3- النوع الثاني: المعتقدات الصحية
- 44..... 1-2-3- تعريف المعتقدات الصحية
- 44..... 2-2-3- تعريف نموذج المعتقدات الصحية (HBM)
- 45..... 3-2-3- تطور نموذج المعتقدات الصحية (HBM)
- 47..... 4-2-3- مثال توضيحي لنموذج المعتقدات الصحية
- 48..... 4- عوامل تقبل العلاج
- 48..... 1-4- عوامل تقبل العلاج حسب الباحثة Schneider
- 49..... 1-1-4- العوامل السيكلوجية –المعرفية – الإنفعالية
- 50..... 2-1-4- عوامل المحيط (العوامل البيئية)
- 50..... 3-1-4- العوامل المرتبطة بالدواء وبالمرض
- 51..... 2-4- عوامل تقبل العلاج حسب المنظمة العالمية للصحة OMS

- 52.....1-2-4- العوامل المرتبطة بالدواء
- 53.....2-2-4- عوامل مرتبطة بالطبيب أو المعالج
- 54.....3-2-4- عوامل مرتبطة بالمريض
- 56.....5- مراحل تقبل العلاج
- 58.....6- تقبل العلاج ومرض ارتفاع ضغط الدم HTA
- 58.....7- الوقاية (La prévention)
- 59.....8- تقييم مستوى تقبل العلاج
- 59.....1-8- الطرق المباشرة
- 59.....2-8- الطرق غير المباشرة
- 60.....9- تقرير OMS (2003) حول تقبل العلاج (Adherence)
- 61.....- خاتمة الفصل

- الفصل الرابع: مرض ارتفاع ضغط الدم.

- 63.....1- الجهاز القلبي الوعائي
- 63.....1-1- القلب
- 65.....2-1- الأوعية الدموية
- 66.....3-1- الدم Le sang
- 66.....2- الدورة الدموية
- 66.....1-2- الدورة الدموية الصغرى
- 66.....2-2- الدورة الدموية الكبرى
- 67.....3- الضغط الدموي أو الضغط الشرياني
- 67.....1-3- الضغط الأقصى (الإنقباضي)
- 67.....2-3- الضغط الأدنى (الإنبساطي)
- 68.....4- ارتفاع ضغط الدم
- 68.....1-4- أرقام قياسات ضغط الدم
- 69.....5- قياس ضغط الدم

- 69..... 1-5- تقنيات و وسائل القياس في العيادة
- 69..... 2-5- القياس الذاتي
- 70..... 6- أنواع مرض ضغط الدم
- 70..... 1-6- إرتفاع ضغط الدم الأساسي
- 70..... 2-6- إرتفاع ضغط الدم الثانوي
- 71..... 7- أعراض مرض إرتفاع ضغط الدم
- 72..... 8- العوامل المساعدة على الإصابة بمرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي
- 73..... 9- مضاعفات مرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي
- 74..... 10- علاج مرض إرتفاع ضغط الدم الأساسي
- 74..... 1-10- إتباع السلوكيات الصحية
- 74..... 2-10- العلاج الدوائي
- 76..... - خاتمة الفصل

- الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس: منهج وإجراءات الدراسة

- 79..... أولاً: الدراسة الإستطلاعية
- 79..... 1- العينة الإستطلاعية
- 80..... 2- المنهج المتبع
- 81..... 3- أدوات البحث
- 81..... 1-3- إستبيان المساندة الإجتماعية
- 82..... 1-1-3- طريقة تنقيط الإستبيان
- 83..... 2-3- إستبيان تقبل العلاج
- 84..... 1-2-3- طريقة تنقيط الإستبيان
- 84..... 4- حساب الخصائص السيكومترية
- 84..... 1-4- الصدق
- 85..... 2-4- الثبات

86.....	ثانيا: الدراسة النهائية
86.....	1-خصائص العينة النهائية
86.....	2- حدود الدراسة
86.....	1-2- الحدود البشرية
87.....	2-2- الحدود المكانية
87.....	2-3-الحدود الزمانية
87.....	3- الأساليب الإحصائية

- الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج.

89.....	أولاً: عرض النتائج
89.....	1- الفرضية العامة
89.....	1-1- التذكير بالفرضية
89.....	1-2-النتائج
89.....	1-3- تحليل الجدول
90.....	2- الفرضية الجزئية الأولى
90.....	1-2- التذكير بالفرضية
90.....	2-2- النتائج
90.....	2-3- تحليل الجدول
91.....	3-الفرضية الجزئية الثانية
91.....	1-3- التذكير بالفرضية
91.....	2-3- النتائج
91.....	3-3- تحليل الجدول
92.....	ثانيا: مناقشة النتائج
92.....	1- مناقشة الفرضية العامة
92.....	2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
93.....	3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية

95.....	الإقتراحات والتوصيات
98.....	الخاتمة
99.....	ملخص الدراسة بالأجنبية
	المراجع
101.....	المراجع بالعربية
101.....	المراجع بالأجنبية
	الملاحق

فهرس الجدول

رقم الصفحة	محتوى الجدول	رقم الجدول
22	يبين أبعاد المساندة الإجتماعية.	1
29	يبين أنواع المساندة الإجتماعية.	2
33	يبين الفرق بين المساندة الرسمية و المساندة غير الرسمية.	3
49	يبين العوامل السيكولوجية-المعرفية- الإنفعالية لتقبل العلاج.	4
50	يبين عوامل المحيط (البيئية) لتقبل العلاج.	5
51	يبين عوامل تقبل العلاج المرتبطة بالدواء وبالمرض.	6
52	دراسة حول العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المتقبلي العلاج.	7
53	دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج.	8
68	يبين أرقام قياسات ضغط الدم.	9
80	يبين خصائص العينة الإستطلاعية.	10
86	يبين خصائص العينة النهائية.	11
86	يبين توزيع أفراد العينة حسب مصدر تلقي المساندة.	12
89	يبين نتائج الفرضية العامة.	13
90	نتائج الفرضية الجزئية الأولى.	14
91	نتائج الفرضية الجزئية الثانية.	15

فهرس الأشكال والنماذج

رقم الصفحة	محتوى الشكل	رقم الشكل
64	مقطع طولي للقلب.	1
67	الدورة الدموية الكبرى والصغرى.	2
رقم الصفحة	محتوى النموذج	رقم النموذج
26	نموذج سلوسكي.	1
48	المفاهيم والمتغيرات الرئيسية الحديثة لنموذج المعتقدات الصحية HBM.	2
57	نموذج Prochaska et Diclemente لمرحل تقبل العلاج	3

ملخص الدراسة: تناولت الدراسة موضوع المساندة الإجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي, وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- هل للمساندة الإجتماعية علاقة بتقبل العلاج عند المرضى بارتفاع ضغط الدم الأساسي؟.

- هل للمساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، علاقة بتقبله للعلاج؟.

- هل للمساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، علاقة بتقبله للعلاج؟.
وعليه فقد وقعت الدراسة في جانبين:

- الجانب النظري الذي تطرق لمتغيرات البحث.

- والجانب التطبيقي الذي دامت الدراسة فيه لمدة 30 يوما على 100 مريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي, وبين درجة تقبله للعلاج.

مقدمة:

تغيرت نظرة العلماء والباحثين للعوامل المؤثرة في الصحة والمرض, وذلك من خلال تجاوزهم للنظرة الكلاسيكية لها, فعوامل الصحة والمرض لم تعد مقتصرة في العوامل البيولوجية فقط كالإصابة بالفيروسات والجراثيم و.... الخ, بل تعدت ذلك إلى البحث في عوامل أخرى تساهم فيها (في عوامل الصحة والمرض), وأصبحت نظرة العلماء والباحثين للصحة والمرض على أساس أنها كل متكامل من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (البيوبسيكوسوسيولوجية), واحتوت هذه المفاهيم في تخصص جديد من تخصصات علم النفس, وهو علم نفس الصحة الذي يعنى بدراسة السلوك الإنساني في إطار الصحة والمرض.

ومن بين العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة في الصحة والمرض, نجد عوامل المساندة الاجتماعية المتمثلة في الدعم الوجداني والتقديرى, المادي والمعلوماتي, الذي يتلقاه الفرد من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به.

وقد حظي هذا المفهوم بدراسات عديدة حول دوره الإيجابي على صحة الأفراد, مثل دراسة (Alarie (1998, بعنوان "تأثير المساندة الاجتماعية على صحة النساء", وغيرها من الدراسات الأخرى (Geoffry et Brent, Smith,...).

وفي محاولة لدراسة دور المساندة الاجتماعية في تقبل العلاج, أي دور المساندة الاجتماعية في إلتزام وانتظام المريض في أخذ الدواء واتباع التعليمات والإرشادات الطبية, قام الطالب الباحث بهاته الدراسة حول "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي", وذلك بغية معرفة حقيقة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج عند مرضى إرتفاع ضغط الدم الأساسي. وعليه فقد وقعت الدراسة في جانبين:

*الجانب النظري الذي احتوته أربع فصول تناولت مايلي :

- الفصل الأول و الذي تضمن التعريف بأشكاله وموضوع الدراسة.

- الفصل الثاني : المساندة الإجتماعية, حيث تم التطرق فيه لتعريف المساندة الإجتماعية وأبعادها وأنواعها, ووظائفها.

-الفصل الثالث: تقبل العلاج, وفيه تم تعريف تقبل العلاج والتطرق إلى النظريات المفسرة له, والعوامل المساهمة فيه.

- الفصل الرابع: مرض إرتفاع ضغط الدم, حيث تم التطرق إلى الجهاز القلبي الوعائي كمدخل, ثم تم تعريف الضغط الدموي وقياساته, وأنواع مرض إرتفاع ضغط الدم والعوامل المؤثرة فيها, و اختتم هذا الفصل بطرق علاج مرض إرتفاع ضغط الدم.
*الجانب التطبيقي الذي وقع في فصلين:

- فصل منهج وإجراءات الدراسة: وفيه تم توضيح وتعريف منهج البحث و إجراءات الدراسة من (العينة, أدوات الدراسة, الأساليب الإحصائية...الخ).

- فصل عرض ومناقشة النتائج: أين تم عرض نتائج الدراسة ومناقشة نتائج فرضياتها. وتلى ذلك كله خاتمة للدراسة, مع طرح بعض المقترحات والتوصيات.

وفي الأخير نسأل الله التوفيق والمباركة في هذا العمل.

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول :
التعريف بإشكالية
وموضوع الدراسة

1- الإشكالية :

إهتم كثير من العلماء والباحثين في مجالات الصحة المختلفة، بالمساندة الإجتماعية نظراً للدور الهام الذي تلعبه في وقاية الفرد وتجنبيه من الآثار السلبية للضغوط النفسية، وفي تخفيف الإصابة من الإضطرابات النفسية والجسمية، وفي تحقيق التكيف النفسي والإجتماعي.

ففي دراسة أمريكية أجريت في جامعة ستانفورد على مجموعة من النساء مصابات بسرطان الثدي (cancer du sein)، لوحظ أن النساء اللواتي ينتمين إلى نوادي وجمعيات مرضى السرطان ويجتمعن مع صديقاتهن، يتمتعن بصحة جيدة، ويمارسن حياتهن بشكل طبيعي مقارنة بالمصابات اللواتي واجهن المرض وحدهن/عثمان يخلف، 2001، ص. 145).

وفي دراسة أخرى أجراها شلدون كوهين وآخرون (1997)، عن قوة تأثير المساندة الإجتماعية على الجانب الصحي للأفراد، دراسة تضمنت عينة بحث مكونة من 676 فرداً صحياً، تراوحت أعمارهم بين 18-55 سنة، تعرضوا لفيروس الزكام تجريبياً وإكلينيكيًا، فوجد أن 40% من عينة البحث أصيبوا بالزكام، وكان أغلبهم من الأفراد الذين ليست لديهم علاقات إجتماعية وثيقة، بينما الذين لم يصابوا بالزكام كانت لديهم شبكات وثيقة من العلاقات الحميمة مع أفراد الأسرة والأصدقاء، ويتلقون مساندة إجتماعية جيدة/عثمان، ص ص. 144-145).

- وكثيرة هي الدراسات على القيمة الوقائية والعلاجية للمساندة الإجتماعية (House, Landis, Umberson, Malarkey, Smith....)، والتي أشارت اهتماماً كبيراً لما جاءت به من معلومات جديدة في مجال علم المناعة النفسية العصبية (Psychoneuroimmunologie) وهو من المجالات الرائدة حالياً في العلوم الطبية والنفسية.

إن التطرق لأهمية المساندة الاجتماعية في التغلب على المرض يقودنا للتكلم عن الأمراض المزمنة (les maladies chroniques)، كونها تلازم المريض طوال حياته، وبالتالي فالمريض المزمن من المرضى المحتاجين أو الأكثر احتياجاً للمساندة الاجتماعية.

وتكمن أهمية المساندة الاجتماعية عند المريض المزمن في مساعدته على تقبل العلاج، ذلك لأن تقبل العلاج عند المرضى المزمنين يعتبر مشكلاً بحد ذاته، 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 إنتشاراً 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 مصاباً بارتفاع ضغط الدم الأساسي، ويتوقع خبراء من المنظمة أن يصل عدد المرضى بـ (HTA) إلى 1.5 مليار بحلول سنة 2025، و 24 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 شخصاً أكبر من 35 سنة، مصاباً بارتفاع ضغط الدم الأساسي، منهم 7.6 ملايين يعالجون و يتابعون علاجات محددة، و 6.8 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 (ثلاثي) 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). فتبقى الوقاية من الدرجة الثانية (Prévention secondaire) - في رأي الطالب الباحث - ضرورة ومفيدة بالنسبة للمرضى المصابين بـ(HTA)، وذلك بتقبل العلاج للحد من ظهور المضاعفات.

و كما ورد في تقرير (OMS, 2003)، فإن من بين العوامل المساعدة على تقبل العلاج هي المساندة الإجتماعية.

ومنه نطرح التساؤل الرئيسي التالي :

- هل للمساندة الإجتماعية علاقة بتقبل العلاج عند المريض المصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي (HTA)؟.

وانطلاقا من هذا التساؤل الرئيس ندرج السؤالين الفرعيين التاليين:

- هل للمساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، علاقة بتقبله للعلاج؟.

- هل للمساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، علاقة بتقبله للعلاج؟.

2- أسباب إختيار الموضوع:

كانت هناك جملة من الأسباب التي دفعت بالطالب الباحث لاختيار هذا الموضوع نذكر منها:

- أهمية الموضوع و متغيراته.
- إلمام الطالب الباحث بمتغيرات الدراسة كل على حدا.
- فضول ورغبة كبيرين في التطرق للموضوع بالدراسة.
- التشجيع الذي حظي به الطالب الباحث من طرف بعض الأساتذة.

3- أهمية الدراسة:

تكتسي الدراسة أهمية بالغة لأهمية متغيرات موضوع الدراسة، إضافة إلى كونها من المواضيع الحديثة المتناولة بالدراسة في علم نفس الصحة، فأهمية المساندة الإجتماعية تتجلى في إنعكاسها الإيجابي على صحة الأفراد من خلال وظائفها المختلفة، كالمساعدة على تقبل العلاج الذي يحد من المضاعفات المرضية للفئة المتناولة بالدراسة، وهي فئة المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، ومن هنا تكمن أهمية الدراسة لتناولها مفاهيم موجودة في المحيط الإجتماعي، لكن قيمتها والإحساس بأهميتها مهملان.

4- هدف الدراسة:

تهدف الدراسة في الأساس إلى تحديد العلاقة بين المساندة الإجتماعية وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وإلى تحديد مدى علاقة مساندة العائلة والطبيب في تقبل العلاج عند المرضى بـ HTA، مع الإشارة إلى أهمية المساندة التي يتلقاها المريض بـ HTA من طرف عائلته وطبيبه في تقبله للعلاج والحد من المضاعفات المرضية.

5- الفرضيات

5-1- الفرضية العامة :

- توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبين درجة تقبله للعلاج.

5-2- الفرضيتان الجزئيتان :

الفرضية الجزئية الأولى: توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، وبين درجة تقبله للعلاج.

الفرضية الجزئية الثانية: توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، وبين درجة تقبله للعلاج.

6- التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث:

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 البحث تعريفا إجرائيا، حتى يتضح مفهومها و تتضح كيفية دراستها وقياسها.

1-6- المساندة الإجتماعية: Le soutien social – Social support

يعرف الطالب الباحث المساندة الإجتماعية إجرائيا على أنها:

كل ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني (عاطفي)، تقديري، نصائحي- معلوماتي ومادي، من الأفراد الفعالين من المحيط الإجتماعي الذي ينتمي إليه، مع الشعور بالرضا من هذا الدعم المقدم إليه.

فيما يخص أفراد المحيط الإجتماعي فإن الطالب الباحث إقتصر على عنصرين من عناصره وهما: العائلة والطبيب، لكونهما طرفان ملازمان للمريض.

1-1-6- المساندة الإجتماعية من طرف العائلة:

تبعا لذلك فإنه يعرف المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته على أنها:

الدعم الوجداني (العاطفي)، التقديري، النصائحي- المعلوماتي والمادي، الذي يتلقاه المريض من طرف عائلته، مع الشعور بالرضا من هذا الدعم المتلقى.

ووفق هذه الأنواع من المساندة تم تصميم المحور الأول من الإستمارة الخاصة بالمساندة الإجتماعية.

2-1-6- المساعدة الإجتماعية من طرف الطبيب المعالج:

بما أن موضوع البحث يخص عينة مرضية وهم المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، فهم مرضى تجمعهم علاقة بالطبيب من خلال الفحوصات و الزيارات والمواعيد الطبية، أي من خلال سلسلة من اللقاءات العيادية، وبالتالي تتكون علاقة عيادية بين الطبيب والمريض يمكن أن تسودها مساندة إجتماعية من طرف الطبيب للمريض. فمفهوم المساعدة الإجتماعية للمريض من طرف طبيبه المعالج يتمثل في: الدعم الوجداني (العاطفي)، التقديري، النصائحي- المعلوماتي والمادي، الذي يتلقاه المريض من طرف طبيبه المعالج، مع الشعور بالرضا من هذا الدعم المتلقى. ووفق هذه الأنواع من المساعدة صمم الطالب الباحث المحور الثاني من الإستمارة الخاصة بالمساندة الإجتماعية.

2-6- تقبل العلاج: L'observance thérapeutique
- Adherence to treatment

يعرف الطالب 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 بحثنا المتضمن 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.

3-6- إرتفاع ضغط الدم الأساسي: ليس هناك إختلاف في التعاريف الخاصة بمرض إرتفاع

ضغط الدم الأساسي، وذلك راجع إلى تبني كثير من البحوث، التعريف الذي جاءت به المنظمة العالمية للصحة لمرض إرتفاع ضغط الدم بأنواعه و مستوياته، ومنه فإن التعريف الإجرائي الذي يضعه الطالب الباحث، لا يخرج عن الإطار العام لتعريف OMS لمرض إرتفاع 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.

7- الدراسات السابقة :

حادثة نشأة تخصص علم نفس الصحة، كانت سببا رئيسيا في قلة الدراسات بل وندرتها خاصة باللغة العربية، والدراسات والبحوث التي وجدها الطالب الباحث في المواضيع المختلفة التي يتناولها علم نفس الصحة بالدراسة، هي دراسات صغيرة الحجم و مختصرة مقارنة بالدراسات المألوفة في التخصصات الأخرى لعلم النفس (الإكلينيكي، المرضي والتربوي... الخ).

وعلى العموم فقد صنف الطالب الباحث الدراسات السابقة التي وجدها حول موضوع: " **المساندة الإجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي** "، إلى دراسة مباشرة ودراستين غير مباشرتين:

1-7- الدراسة المباشرة :

1-1-7- دراسة لـ **Oumar et al (2005-2006)**، من مستشفى باماكو بمالي بعنوان " **العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المصاب بالسيدا** "

الدراسة جرت في الفترة الممتدة من فيفري 2005 حتى جانفي 2006 وهي دراسة طولية على أشخاص مصابين بالسيدا في المراكز الثلاثة الموجودة بمالي، والمختصة بالتكفل بالمرضى المصابين بالسيدا، بهدف الوقوف على العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بالسيدا.

النتائج :

- 58.5 % من المرضى بالسيدا غير متقبلي العلاج، لأسباب ترجع إلى نسيان تناول الدواء، وصعوبة التنقل إلى المستشفى .

- 41.5 % من المرضى بالسيدا متقبلي العلاج .

بحث **oumar** وفريقه عن العوامل التي كانت وراء تقبل العلاج، فوجدوا أن أهم عامل هو مساندة المصاب بالسيدا من طرف عائلته، بتذكيره بتناول الدواء والتوفير الدائم للدواء

له، ومساعدته في التنقل إلى المراكز الصحية المختصة، بغية العلاج وإجراء الفحوصات الدورية (Oumar et al., 2007).

تقييم الدراسة: هذه الدراسة بحثت مباشرة في علاقة المساندة الإجتماعية من طرف العائلة، بتقبل العلاج عند المريض المصاب بالسيدا، غير أنه بالنسبة لفئة غير متقبلي العلاج من هؤلاء المرضى، يمكن أن تكون العوامل الإقتصادية لديهم كالفقر أحد العوامل الحائلة بينهم وبين تقبل العلاج، كعدم قدرة أهلهم على توفير الدواء لهم أو بُعد المسافة بين سكن المرضى وبين المراكز الإستشفائية، في مقابل نقص الإمكانيات المادية لعائلة المرضى. فهذه العوامل كلها من شأنها أن تؤثر في نتائج الدراسة بالرغم من توفر المساندة الإجتماعية لدى هؤلاء المرضى المصابين بالسيدا.

2-7- الدراساتين غير المباشرتين:

1-2-7- دراسة بعنوان "تقبل العلاج والعوامل المؤثرة فيه عند الإفريقي الأسود المصاب بارتفاع ضغط الدم HTA "

الدراسة قام بها فريق من الباحثين konin et al من معهد أمراض القلب ب أبيجان (كوت ديفوار).

الهدف من الدراسة هو تقييم تقبل العلاج والوقوف على العوامل المؤثرة فيه.

الدراسة تمت بالطريقة المستعرضة لمدة 31 يوما في مصلحة أمراض القلب بأبيجان، على 200 شخصا إفريقيا أسودا مصابا بارتفاع ضغط الدم.

تقييم تقبل العلاج تم بواسطة إستبيان Girerd.

النتائج :

- متوسط العمر كان 50 سنة.

- 59.5% من العينة نساء.

- 60.2 % غير مؤمنين اجتماعيا.

- 87.5% من المرضى أي 175 شخصا أظهروا صعوبات في تقبل العلاج بطريقة كاملة.
 - 12.5 % أظهروا تقبلهم للعلاج.
 - بحث فريق البحث عن عوامل عدم تقبل العلاج فكانت :
 - السن 30- 70 سنة.
 - الجنس الأنثوي 60.5% (مقارنة مع الجنس الذكري).
 - البطالين 93.7%.
 - الموظفين الذين لديهم دخل شهري ضعيف 64%.
 - الإطارات 50%.
 - عدد الأقراس المتناولة يوميا أكثر من ثلاث أقراس 77.3%.
 - عدد الأقراس المتناولة يوميا يساوي ثلاثة أقراس 95.7%.
 - السعر المرتفع للدواء وتعويضه بأعشاب نباتية أو عدم تعويضه بدواء آخر.
- نتائج الدراسة :**

ربط الباحثون عدم تقبل العلاج عند الإفريقي الأسود المصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي، بالزيادة في نسبة الفقر في هذا المجتمع (المجتمع الإفريقي الأسود) (konin et al., 2007).

تقييم الدراسة: يرى الطالب الباحث أن هناك عوامل أخرى زيادة على عامل ارتفاع نسبة الفقر في المجتمع الإفريقي الأسود، من شأنها أن تؤدي بالفرد الإفريقي الأسود إلى عدم تقبله للعلاج مثل عوامل:

- التأمين الإجتماعي خاصة وأن نسبة كبيرة من المرضى الذين شملتهم الدراسة، غير مؤمنين اجتماعيا (60.2%)، فربما لو كانت نسبة المرضى المؤمنين اجتماعيا عالية، لزادت نسبة تقبل العلاج عندهم. في المقابل فإن نسبة المرضى غير متقبلي العلاج تنخفض.

- عوامل مرتبطة بالدواء وبعدها مرات تناوله في اليوم، فربما لو كان عدد الأقراص المتناولة في اليوم قرصان أو قرص واحد، لارتفعت نسبة المرضى المتقبلين للعلاج، ولانخفضت نسبة المرضى غير متقبلي العلاج.

- ثقافة المجتمع الإفريقي الأسود يمكن أن يكون لها دخل في النتيجة التي توصل لها فريق البحث ، كأن تسود أفراد هذا المجتمع ثقافة التداوي بالأعشاب النباتية عوض الأدوية الكيميائية.

7-2-2- دراسة تضمنت أثر المساندة الاجتماعية في التخفيف والحد من ظهور الأمراض

الوعائية القلبية: وهي دراسة قام بها Denis jaffe رفقة فريق بحثه في سنوات 1960 في مدينة (Roseto) في بنسلفانيا الأمريكية، والتي سجلت أقل نسبة وفيات بالأمراض الوعائية القلبية، وبالجلطة الدماغية الشريانية كمضاعفات رئيسية لمرض ارتفاع ضغط الدم، مقارنة ببقية الولايات الأمريكية الأخرى، حيث سجلت 3 مرات أقل نسبة وفيات بالنسبة للرجال مقارنة بالولايات الأمريكية الأخرى، و 4 مرات أقل نسبة وفيات بالنسبة للنساء مقارنة بالولايات الأخرى.

هذه النتائج دفعت بالباحث Denis jaffe وفريقه للتوجه إلى هذه المدينة لمعرفة أسباب هذه النتائج الإيجابية.

إفترض فريق البحث أن سكان هذه المدينة يمارسون سلوكيات صحية جيدة كالتغذية المتوازنة - النظافة الصحية الكاملة - نسبة قليلة من المدخنين - نسبة قليلة من الأشخاص المدمنين على الكحول).

وبعد سلسلة من الأبحاث وجد الباحثون أنه لا يوجد فرق بين سكان هذه المدينة وبين سكان الولايات الأخرى فيما يخص القيام بهذه السلوكيات الصحية، لكن النتيجة التي توصلوا إليها، أنهم وجدوا أن أفراد هذه المدينة، يتمتعون بشبكة اجتماعية كبيرة، وروابط اجتماعية وثيقة وموحدة مبنية على التضامن والمساندة بين سكان هذه المدينة، وتوصلوا إلى أن

انعدام هذه العلاقات الحميمة والمعبرة، وعدم الإحساس بالتلاحم الإجتماعي، وانعدام لكل معنى للحياة الجماعية والمساندة الاجتماعية، يؤدي إلى مضاعفات مرضية (Jaffe, 1981).

تقييم الدراسة : هناك عوامل دخيلة تفرض نفسها في كل دراسة، فمثلا يمكن لعوامل طبيعة المنطقة أن تتدخل في نتائج هذه الدراسة (بلدة صغيرة لا تتوفر على مصانع، وخالية من الضغوط الموجودة في المدن الكبرى – طبيعة صحية، تغذية طبيعية،....).

الفصل الثاني : المساندة الاجتماعية

تعتبر المساعدة الاجتماعية من المفاهيم التي تناولها علم النفس الصحة بالدراسة, نظرا لانعكاسها الايجابي على صحة الفرد, فهي أحد العوامل الاجتماعية والنفسية المحددة للصحة والمرض.

فالصحة والمرض حسب نموذج (Engel(1977 - 1980), هي نتاج مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية, التي أدرجها في نموذج واحد وهو البيوبسيكوسيال (Biopsychosocial).

فما هي المساعدة الاجتماعية وما هي أبعادها وأنواعها ومصادرها, وما هي وظيفتها؟

1- تعريف المساعدة الاجتماعية:

للمساعدة الاجتماعية تعاريف كثيرة و متنوعة, تبعا لتنوع أبعادها و أشكالها, فعرفها عثمان يخلف(2001), على أنها :

- "المساعدة التي يتلقاها الفرد من الجماعة التي ينتمي إليها, كالأسرة والأصدقاء أو الزملاء" (ص. 138).

- " النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين" (ص. 138).

- " السند العاطفي الذي يستمده الفرد من شبكة العلاقات الاجتماعية و الذي يساعده على التفاعل الفعال مع الأحداث الضاغطة " (ص. 138).

ما يؤخذ على هذا التعريف الأخير, هو حصره للمساعدة الاجتماعية في نوع واحد من أنواعها الكثيرة وهو (السند العاطفي) فهذا التعريف, جعل من المساعدة الاجتماعية سندا عاطفيا فقط وأهمل أنواعا وأبعادا أخرى لها, فقد تكون المساعدة الاجتماعية للفرد مساندة مادية وغير عاطفية, وقد تكون مساندة بالمعلومات, وقد تكون مجتمعة بأنواعها كلها كهذا التعريف للمغيب(2004):

- " المساعدة الاجتماعية كل ما يتلقاه الفرد من دعم من الآخرين (أقارب, أصدقاء أو جهات مجتمعية, ... الخ), وقد يكون هذا الدعم على شكل مساندة معنوية أو وجدانية

(رعاية, ثقة, تقدير, احترام), وقد تكون مساعدة بالمعلومات (استشارات أو مهارات تعين على مواجهة مشاكل الحياة), وقد تتم المساعدة من خلال التدعيم المادي " (علي بدور, 2004).

و تعرف أيضا على أنها:

- " مجموع العلاقات والروابط التي يبنها الفرد مع أشخاص فعالين من محيطه الاجتماعي, ومدى أهمية هذه العلاقات والروابط والتفاعلات بين الأشخاص, للصحة النفسية والجسدية للفرد" (Lèvesque et Cossette, 1991).

وما يستخلص من هذا التعريف, هو تطرقه لانعكاس المساعدة الاجتماعية المقدمة من طرف الأشخاص الفعالين على صحة الفرد النفسية والجسدية, أي أن نتيجة تمتع الفرد بالمساعدة الاجتماعية من طرف الأشخاص الفعالين من محيطه الاجتماعي, تنعكس إيجابا على صحته النفسية والجسدية.

- من جهته (Cobb 1976), فإنه يرى أن مفهوم المساعدة الاجتماعية يحتوي على بعدين:

(Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994, p. 127)

- الأول سوسيولوجي: والذي يسميه علماء الاجتماع بالاندماج الاجتماعي

(L'intégration sociale), وهو بدوره عبارة عن شبكة اجتماعية تحيط بالفرد .

- الثاني سيكولوجي: يتمثل في إحساس الفرد بالحماية والعناية من طرف أفراد

الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها.

البعد الثاني وهو البعد السيكولوجي للمساعدة الاجتماعية, يتفق مع تعريف:

Gentry et kabasa وهو "مصدر سيكولوجي يقيم به الفرد إحساساته حول نوعية

العلاقات الاجتماعية" (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, p. 127).

هذا باعتبار مجال البحث, وإذا أردنا أن نتناول تعريف المساعدة الاجتماعية

باعتبارات أخرى فيكفي أن نرجع إلى ما ذكره (Rick 1984), فقد عرف المساعدة

الاجتماعية من خلال ثلاث تعاريف: (Alarie, 1998, p. 2).

* تعريف وصفي : Définition descriptive

ينظر Rick للمساعدة الإجتماعية وصفيا, على أساس وجود الزوج أو عضو من أفراد العائلة بين الأصدقاء, والانتماء إلى نوادي ومنظمات وجمعيات... الخ. فالمساعدة الإجتماعية وصفيا - حسب Rick - هي تمتع الفرد ووجوده بين شبكة من العلاقات الإجتماعية, بغض النظر عن نوعية العلاقات الداخلية والتفاعلية بين هؤلاء الأفراد, وبغض النظر أيضا عن مدى رضا الفرد عن شبكة علاقاته وعن المساعدة المقدمة إليه.

* تعريف مستند على النشاطات :- Définition axée sur les activités

المساعدة الإجتماعية إستنادا على هذا التعريف, هي وجود أفراد وتفاعلهم داخل شبكات إجتماعية, مثل حضور ندوات ونشاطات مع الأصدقاء أو أفراد من العائلة, وممارسة نشاطات ووظائف مختلفة مع بعضهم البعض. لكن ممارسة النشاطات والوظائف المختلفة جماعيا, لا تعني أيضا أن الفرد متمتع بمساعدة إجتماعية.

* تعريف مستند على الرضا: Définition axée sur la satisfaction

و الذي يستند على أساس الرضا من الدعم الإجتماعي المتلقى, والشعور بالسند الذي يملكه الفرد من خلال تفاعله مع محيطه الإجتماعي.

هذا النوع من التعاريف (التعريف المستند على الرضا), يتفق مع تعاريف كثير من العلماء والباحثين, ممن يرون أن التأثير الايجابي للمساعدة الاجتماعية لا يرتبط بكمها, وإنما بمدى إقتناع ورضا الشخص الذي تقدم له المساعدة, أي بمدى إدراكه لعمق علاقاته بالآخرين وكفاية ما يقدمونه له من دعم ومساعدة (علي بدور).

من جهته (1984) Guay أدرج التعاريف الثلاثة للمساعدة الاجتماعية لـ Rick في مصطلح واحد وهو الشبكة الاجتماعية للفرد (2, Alarie).

من خلال عرضنا لمجموعة من التعاريف للمساندة الإجتماعية, نلاحظ أنه لا يوجد توافق تام وتعريف محدد للمساندة الإجتماعية, فالطرق المتعددة لفهم وإدراك المساندة الإجتماعية, تخلق تعاريف كثيرة تشترك في مفهوم واحد وهو المساندة الإجتماعية, لذلك فإن الباحثين يرون أن المساندة الإجتماعية مفهوم متعدد الأبعاد (Multidimensionnel) يجعل من الصعب توحيد تعريفه واختيار أداة لقياسه. (Beauregard et Dumont, 1996, p. 57)

2- أبعاد المساندة الاجتماعية :

الأبعاد عبارة عن عناصر مختلفة يتضمنها ويشير إليها ويمنحها المفهوم. ولمفهوم المساندة الإجتماعية أبعادا يتضح من خلالها مفهومها. و الجدول التالي, يحدد ثلاثة أبعاد للمساندة الإجتماعية, كل بعد يوافق مجموعة من المصطلحات عند كل باحث :

المصطلحات المرادفة	الباحثين	أبعاد المساندة الاجتماعية
- الإندماج الاجتماعي - L'intégration sociale	-Barrera(1986) -Streeter et Franklin (1992)	شبكة المساندة Le
- مصادر شبكة المساندة Les ressources du réseau de soutien	-Vaux (1988,1992). -Vaux et al, (1986)	réseau de soutien

<p>- شبكة المساندة Le réseau de soutien</p>	<p>- Pierce, Sarason et Sarason (1996)</p>	
<p>- الدعم المتلقى (المساندة المتفقاة) Le soutien reçu (المتفقاة)</p> <p>- السلوكات المساندة Les comportements de soutien</p> <p>- العلاقات ذات الطابع المساند Les relation de soutien</p>	<p>-Barrera(1986) -Streeter et Franklin (1992)</p> <p>-Vaux (1988,1992). -Vaux et al, (1986)</p> <p>- Pierce, Sarason et Sarason (1996)</p>	<p>سلوكات المساندة Les comportements de soutien</p>
<p>- الإدراك بوجود المساندة La perception du soutien</p> <p>- تقدير المساندة L'appréciation du soutien</p> <p>- الإدراك بوجود المساندة</p>	<p>-Barrera(1986) -Streeter et Franklin (1992)</p> <p>-Vaux (1988,1992). -Vaux et al, (1986)</p> <p>- Pierce, Sarason et Sarason (1996)</p>	<p>التقييم أو التقدير الذاتي للمساندة L'Appréciation subjective de soutien</p>

La perception du soutien social	Sarason (1996)	
---------------------------------	----------------	--

جدول رقم 1: أبعاد المساعدة الإجتماعية (Beauregard et Dumont, p. 57).

1-2- تعريف الأبعاد الثلاثة للمساعدة الواردة في الجدول رقم 1:

1-1-2- شبكة المساعدة : Le réseau de soutien

يعرفه (Vaux (1992) على أنه: "مجموع العلاقات المحيطة بالفرد, التي يبنها داخل الشبكة الإجتماعية والتي يلجا إليها لطلب المساعدة" (Beauregard et Dumont, p. 58).

ومعنى هذا أنه ليست الشبكة الإجتماعية التي ينتمي إليها الفرد, هي المعبر عنها بشبكة المساعدة, بل العلاقات المبنية داخل هذه الشبكة, و يمكن أن تكون هذه العلاقات ذات حجم كبير أو متوسط أو صغير, وهذا راجع إلى عوامل عديدة , كاجتماعية الفرد وشخصيته, وبنية الشبكة الاجتماعية وحجمها, وخصائصها التجانسية والعلائقية, ومدة العلاقات الإجتماعية داخل هذه الشبكة (Hartmann, 2007, pp. 28-29).

وشبكة المساعدة, هي ما اصطلح عليه كل من (Barrera et Streeter et Franklin) بالاندماج الإجتماعي, والذي يعني: "روابط وعلاقات الفرد مع أشخاص آخرين من محيطه الإجتماعي والتي تكون مصحوبة بالإحساس بالانتماء إلى الجماعة" (Beauregard et Dumont, p. 58).

والشبكة الإجتماعية التي تتكون منها شبكة المساعدة, فهي تتكون حسب نموذج Sluzki من ثلاث شبكات صنفها في ثلاث دوائر: (Born, p. 48) (أنظر النموذج رقم 1).
* الدائرة الأولى : شبكة من العلاقات الحميمة (أفراد العائلة, أصدقاء مقربين وحميمين, أفراد ذووا إتقاء يومي).

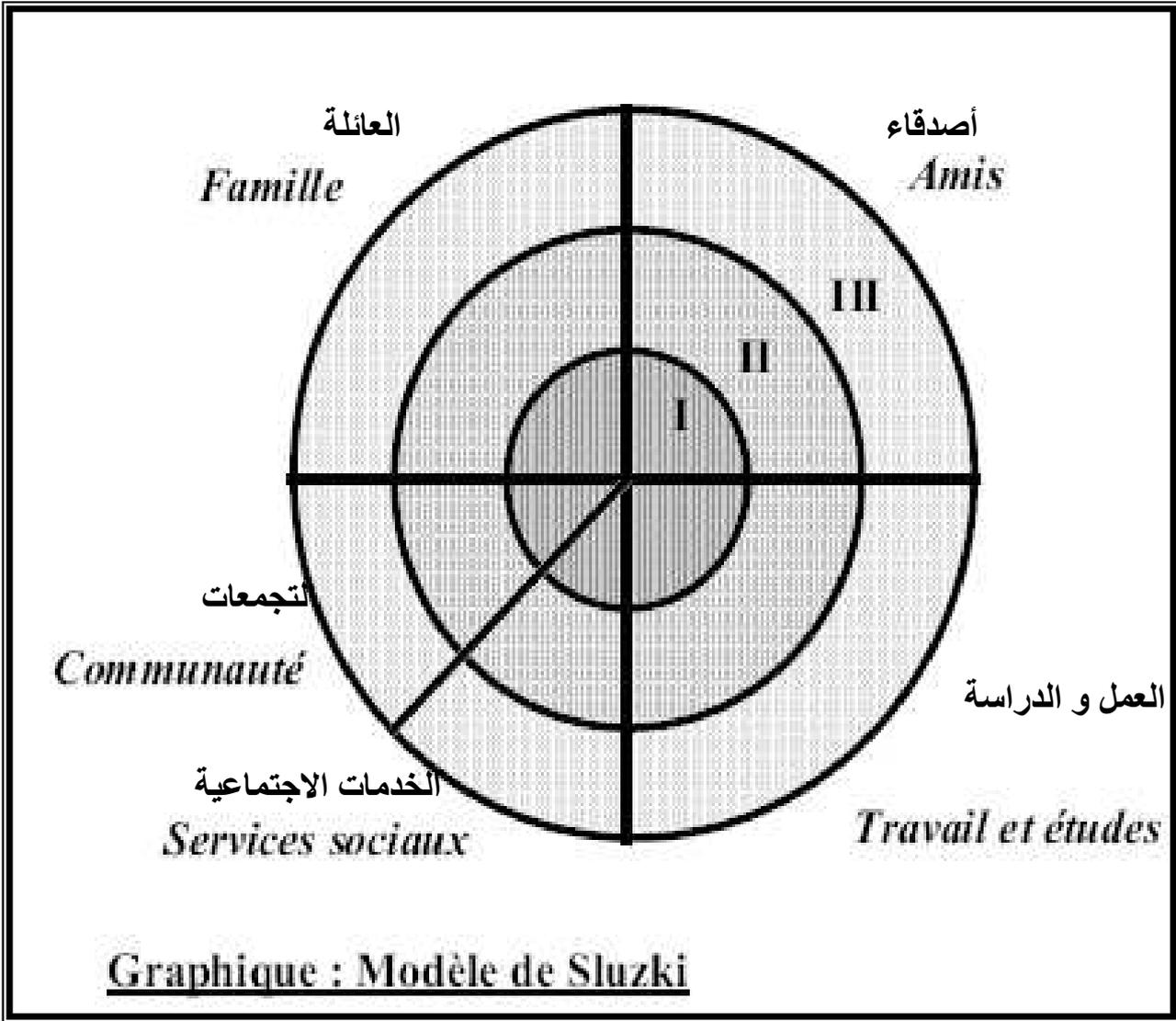
* **الدائرة الثانية** : شبكة من العلاقات الشخصية الأقل درجة والأقل قربا واحتكاكا من أفراد الدائرة الأولى.

* **الدائرة الثالثة** : شبكة من العلاقات مع الأشخاص الذين يعرفهم الفرد ويلتقي معهم بالصدفة (كانوا زملاء في الدراسة, زملاء عمل, كانوا حيرانا فيما مضى... الخ).
أي أن هذه الشبكة من العلاقات سطحية و مرتبطة بصدفة الالتقاء.

ويخلص Sluzki انطلاقا من هذا النموذج, أنه يمكن لشبكة العلاقات الاجتماعية التي صنفها من 1-3 , أن تكون ضمن إطار رسمي (مؤسساتي), أو أن تكون ضمن إطار غير رسمي (غير مؤسساتي), وهو ما صنفه إلى صنفين أو شبكتين حسب مكان تفاعل هذه العلاقات فيما بينها: (Born, p. 48).

- شبكة أولية تظم مجموع علاقات الفرد الاجتماعية في إطار حياته اليومية, وهي علاقات مبنية على الاندماج والتآلف بين الأشخاص, والخارجة عن كل الأطر المؤسساتية (الرسمية).

- شبكة ثانوية تحوي مجموع العلاقات مع الأشخاص الذين تجمعهم نفس المهنة, نفس مكان العمل أو الدراسة, أو تجمعهم خدمات اجتماعية, وهي علاقات ضمن إطار مؤسساتي رسمي.



نموذج رقم 1: نموذج سلوسكي للشبكة الاجتماعية (Born, p. 48)

2-1-2- سلوكات المساعدة: Les comportements du soutien

يعرفها Barrera على أنها: " مجموع السلوكات التي تقدم المساعدة للفرد "

(Beauregard et Dumont, p. 59).

ونتكلم هنا عن السلوكات الفعالة المقدمة للأشخاص, والمقيمة من طرفهم على أنها سلوكات مساعدة.

وهذا ما إصطاح عليه Barrera et Streeter et Franklin بالدعم

المتلقى (Le soutien reçu).

و Pierce et sarason , بالعلاقات المبنية على المساعدة (Les relations de soutien) ويمكن لهذه السلوكات أن تكون على شكل مساعدة مادية , وجدانية , مساعدة معلوماتيةالخ.

2-1-3- التقدير (التقييم) الذاتي للمساعدة : L'appréciation Subjective de soutien

, وهي : " تقييم معرفي للفرد حول المساعدة التي يتلقاها من الآخر " (Beauregard et Dumont, p. 59).

إذا مهما تكن هناك مساندة ظاهرة بكل أشكالها , فلا يمكن وصفها بأنها مساندة إذا ما لم تكن مدركة ومقيمة ايجابيا من طرف الشخص المقدمة إليه. ويمكن القول أن المساعدة الإجتماعية للفرد في بعدها الداخلي , مكونة من شقين : (علي بدور):

- الشق الأول: مرتبط بعملية إدراك الشخص لوجود عدد معين من الأشخاص الذين يمكن أن يرجع إليهم أثناء الحاجة.

- الشق الثاني: مرتبطة بمدى الرضا الذي يشعر به الفرد من هذه المساعدة.

وما يميز هذا البعد من المساعدة (سلوكات المساعدة) على البعدين المذكورين آنفا , هو أن المساعدة مرتبطة بتجربة الشخص المعاشة , وليس بمجموع العلاقات الإجتماعية المحيطة به , فقد يكون هذا الشخص محاطا بمجموعة كبيرة من العلاقات الإجتماعية , ويقدمون له كل أنواع المساعدة , ولكنه هو في حد ذاته لا يحس ولا يدرك بهذه المساعدة المقدمة إليه.

وهذا ما لفت إنتباه الطالب الباحث , وهو وجود إستبيانات ومقاييس كثيرة مصممة لقياس

إدراك المساعدة الإجتماعية كمقاييس: Tracy et Abell 1994.

Sarrason et Buchanan 1995.

3 - المصطلحات ذات الصلة بالمساعدة الاجتماعية :

هناك مصطلحات ومفاهيم أخرى غير الأبعاد الثلاثة المذكورة, متعلقة بمكونات المساعدة الاجتماعية, نذكرها باختصار:

3-1- المحيط الاجتماعي : يعرفه (Grawitz 1991), على أنه : "مجموع الشروط

المادية و الاجتماعية الموجودة تلقائيا حول الفرد" (Alarie, p. 4).

الشروط المادية يقصد بها الإدارات والمؤسسات والسكنات والهيئات.....الخ.

أما الشروط الاجتماعية فهي الجوانب النفسية و الاجتماعية والثقافية.

3-2- التفاعل : ويشير إلى مفهوم ديناميكي حيوي بين الأفراد.

3-3- الإنضمام : مكون آخر للمساعدة الاجتماعية ويعني " الروابط داخل الشبكة

الاجتماعية التي تعرف الأفراد فيما بينهم والتي تحدد درجة التفاعل" (Alarie, p. 4).

3-4- الشبكة الاجتماعية : مجموع العلاقات الاجتماعية التي يوفرها المحيط.

3-5- التدخل : كل استجابة أو فعل هدفه تحسين الحالة أو الوضع.

3-6- السياسات الاجتماعية : وهدفها دعم ومساعدة الشعوب والمجتمعات, وهنا نتكلم

عن المساعدة الاجتماعية الرسمية.

3-7- العلاج : يعرف على أنه " مجموع الوسائل والتقنيات التي تهدف للعلاج والشفاء

من الأمراض" (Alarie, p. 4).

ومنه فإنه لا يمكن التكلم عن مساعدة اجتماعية إذا ما لم يعالج المريض, سواء داخل

المؤسسات الإستشفائية العمومية أو الخاصة, فللعلاج أهمية كبيرة كمساعدة للأفراد.

فهذه المصطلحات المذكورة تعتبر كمكونات للمساعدة الاجتماعية, ولا يمكن أن تكون هناك

مساعدة اجتماعية بدون محيط اجتماعي وبدون شبكة إجتماعية وبدون.....الخ.

4 - أنواع المساعدة الاجتماعية :

تطرقنا في التعاريف الأساسية للمساعدة الاجتماعية إلى أنها تركز على ثلاث أبعاد: شبكة من العلاقات, مجموعة من السلوكيات تهدف إلى تقديم المساعدة, وأخيرا المساعدة المدركة أو التقييم الذاتي للمساعدة.

وما يميز هذه الأبعاد هو ديناميكيته, أي أن كل بعد من هذه الأبعاد, عبارة عن سلوك هدفه تقديم الدعم والمساعدة.

وقبل التطرق إلى بيان أنواع المساعدة الاجتماعية, يجدر بنا أن نشير إلى أن كثير من العلماء والباحثين أمثال: Streeter et Franklin, يقسمون أنواع المساعدة الاجتماعية إلى نوعين وهما: (Beauregard et Dumont, p. 61)

- المساعدة الرسمية (المؤسسية).

- المساعدة غير الرسمية (غير المؤسسية).

ورغم ما في هذا التصنيف من دقة واختصار في دمج الأنواع الكثيرة للمساعدة الاجتماعية في نوعين فقط, إلا أنه يبقى تصنيفا لمصادر المساعدة الاجتماعية لأنواعها, فنوع المساعدة الاجتماعية يتوقف على طبيعة النشاطات الممارسة (سلوكيات المساعدة) بهدف تقديم المساعدة, أما مصدر المساعدة فيشير إلى الأشخاص الذين يقدمون هذه المساعدة.

والجدول التالي يبين أنواع المساعدة الاجتماعية:

الباحث	نوع المساعدة الاجتماعية	طبيعة المساعدة المقدمة
House 1981	- وجداني عاطفي émotionnel - أدواتي (مادي) Instrumental	- مشاعر الحب والعاطفة و الثقة المتبادلة. - إعطاء مبلغ من المال, مساعدة في تصليح عطب تقني.

<p>- إسداء معلومات, آراء ونصائح. - تقدير الجهد المبذول من طرف الفرد (لقد عملت عملا جيدا).</p>	<p>- معلوماتي Informationnel - تقديري Appréciation</p>	<p>Et Dans tandy 1985</p>
<p>- مساعدة نقدية – إعطاء أو إقراض أدوات. - تقاسم المهام . - التعبير وتبادل المشاعر والأحاسيس . - نصائح , توجيهات. - معلومات حول شخص الفرد soi même - نشاطات وترفيه.</p>	<p>- مساعدة مادية Aide matérielle - مساعدة جسدية (عضلية). Assistance physique. - تفاعل حميم Interaction intime - نصحي Conseil - تقديري Rétroaction - مشاركة اجتماعية Participation sociale</p>	<p>Barrera 1981</p>
<p>- مشاعر العاطفة والحب, الدعم الوجداني والتشجيع. - شرح الأحداث والإشكاليات, النصائح والتوجيهات.</p>	<p>- تقديري Estime - معلوماتي Informationnel</p>	<p>Cohen et Wills 1985</p>

<p>- النشاطات والترفيه, النشاطات الاجتماعية. - دعم تقديري ومادي.</p>	<p>- المرافقة الاجتماعية Accompagnement social -أدواتي Instrumental</p>	
--	---	--

جدول رقم 2: أنواع المساعدة الاجتماعية (Beauregard et Dumont, p. 62).

4-1- تحليل الجدول رقم 2:

من خلال تحليل الجدول رقم 2, نلاحظ أن أنواع المساعدة الاجتماعية متقاربة وتقريبا هي نفسها عند كل الباحثين House et Dans Tandy, Barrera, Cohen et Wills, حتى ولو أن هناك اختلافا في المصطلحات فهي متقاربة في المعنى, فمثلا عند House et Dans Tandy إستعملا المساعدة التقديرية كأحد أنواع المساعدة (Appréciation) وقصدا به ما قصد به Barrera المساعدة حول شخص الفرد (رجعية. Rétroaction). كذلك (Interaction intime) عند Barrera وهو يحمل نفس المعنى ونفس نوع المساعدة عند كل من House , Cohen et Wills, باستثناء أن Cohen et Wills أطلقا عليه مصطلح (Estime) و House أطلق عليه مصطلح (Emotionnel) . لكن الإختلاف يكمن في إضافة Barrera لنوع آخر من المساعدة وهو (Assistance physique), والذي غاب عند كل من House , Dans tandy et Cohen et wills ويعني المساعدة الجسدية وذلك بتقاسم المهام.

4-2- أنواع المساعدة الاجتماعية عند (1988) Michelle et Tricket :

يقسم Michelle et Tricket المساعدة الاجتماعية إلى: (Alarie, p. 4).

4-2-1- المساعدة العاطفية (الوجدانية) : التي تتضمن كل مشاعر الحب والعاطفة والثقة.

وتعرفها *Hartmann(2007)* على أنها: " نمط معين من الإتصال الذي يهدف لمساعدة الفرد على المواجهة الفعالة للضغوط الإنفعالية" (p. 31).

4-2-2- المساندة الأدواتية: (قرص مادي أو أدواتي).

4-2-3- المساندة المعيارية Normatif: وهي ما سماها Barrera بـ (rétroaction)

و House et Dans tandy بـ (Appréciation), ويتضمن تقدير الجهد المبذول, وتشجيع الهوية الاجتماعية للفرد وقيمه, والإحساس بالانتماء إلى الجماعة.

4-2-4- المساندة الجماعية: المشاركة في النشاطات والتعرف على أشخاص آخرين كذلك المرافقة الاجتماعية.

4-2-5- المساندة بالمعلومات: تتضمن النصائح و التوجيهات.

- هناك إتفاق بين العلماء والباحثين أن أنواع المساندة مهما اختلفت تسمياتها ومصطلحاتها

ومهما كثرت, فإنها لا تخرج عن هذين الصنفين : (*Beauregard et Dumont, p. 62*)

- مساندة ملموسة Tangible (كالمساندة المادية والأدواتية).

- مساندة غير ملموسة Non tangible (كالمساندة الوجدانية , والتقديرية)

وهي مساندة معنوية.

5- مصادر المساندة الاجتماعية :

كما ذكر الطالب الباحث سابقا, فإن مصدر المساندة الاجتماعية يشير إلى الأشخاص الذين

يقدمون المساندة, وعلى هذا الأساس فإن مصادر المساندة الاجتماعية تقسم إلى نوعين:

(*Beauregard et Dumont, p. 61*)

5-1- المساندة المؤسسية (الرسمية) (Soutien formel):

وتأتي من المهنيين والمؤسسات والخدمات الطبية و الاجتماعية (محامون , مقدموا

العناية , أطباء, نفسانيون, مراكز الضمان الاجتماعي, الهلال الأحمر, الصليب الأحمر

والجمعيات, دور الرعاية, مؤسسات النشاط الاجتماعي الخ).

5-2- المساندة غير المؤسساتية (غير الرسمية) : Soutien Informel

ويقصد بها " مجموع المساعدات سواء التي يتلقاها الأفراد, أو التي يقدمونها في العائلة مع الأصدقاء و الجيران " (Parizot et wachsberger, 2005, p. 2).

وهي المساندة الخارجة عن كل الأطر القانونية المؤسساتية.

3-5 الفرق بين مصدري المساندة: لا شك أنه توجد فروق بين المساندة المؤسساتية والمساندة غير المؤسساتية, هاته الفروق بين مصدري المساندة أوردتها الطالب الباحث في هذا الجدول:

مساندة غير رسمية	مساندة رسمية
- تأتي من الأصدقاء, العائلة, الجيران...	- مصدرها المؤسسات الحكومية والخاصة والوكالات.
- غير مهيكلة.	- مهيكلة.
- لا تحكمها قوانين.	- تخضع لقوانين ومعايير مقننة.
- أقل ليونة في التعامل وفي تقديم المساعدة للفرد.	- دراسة الملفات والحالات قبل تقديم المساعدة.
- تقدم مساندة معنوية ومادية.	- تقدم مساندة مادية أكثر منها معنوية.

جدول رقم 3: الفرق بين المساندة الرسمية والمساندة غير الرسمية.

6- وظائف المساندة الاجتماعية :

للمساندة الاجتماعية وظائف متعددة تنعكس على صحة الفرد بالإيجاب, فالدراسات التجريبية الحديثة في مجال العلوم العصبية (Neurosciences) ومجال علم المناعة النفسية العصبية (Psychoneuroimmunologie), بينت وجود تفاعل بين الجهاز العصبي المركزي (Le Système nerveux central), وبين الإجهاد والضغط (le stress) وبين الجهاز المناعي (Le système immunitaire), وبالتحديد دراسات حول دور السيتوكينات (les cytokines), التي تقوم بدور ربط (liaison) بين الخلايا العصبية (les neurons), ودور وسيط عصبي (Neuromédiateur) بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي, فالضغط يصاحبه عمل أجهزة متعددة غددية- عصبية (Neuroendocriniens) بما في ذلك الجهاز العصبي السمبتاوي (le système nerveux sympathique), فهاته المجموعة من السيتوكينات تقوم بـ:

- تعديل الإستجابة البيولوجية للضغط على مستوى المحور (تحت المهاد- النخامي-الفوق كظري) (L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien) .
- تعديل مختلف وظائف المخ و الوظائف النفسية والسلوكية كالذاكرة والتعلم, وذلك من خلال دورها في إفراز مادة الأستيل كولين والذي له دور في عمليتي التعلم والذاكرة (Jacque et thurin, 2002).
- وعلى العموم فإن المساندة الاجتماعية لها دور في :

1-6 - تخفيف الضغوط : هناك العديد من الدراسات والبحوث التي بينت أثر الروابط الاجتماعية الوثيقة في تخفيف الضغوط , ونذكر على سبيل المثال الدراسة التي أجراها "جيمس لاروكو" , "جيمس هاوس" , و "جون فرانك" سنة 1980, والتي تبين القيمة الوقائية للروابط الاجتماعية وقوة تأثيرها في تخفيف الضغوط, وهي دراسة على عينة مكونة من 2000 عامل من مختلف الوظائف. قام هؤلاء الباحثون بقياس مدى توفر المساندة الاجتماعية لكل عامل ومستوى الضغط لديه, فتوصلوا إلى أنه كلما توفرت المساندة

الإجتماعية وزادت نسبتها للعامل, كلما انخفض مستوى الضغط لديه. (عثمان يخلف, ص. 142).

2-6- الوقاية والعلاج : أثبتت الكثير من البحوث والدراسات أن تمتع الأفراد بشبكة من العلاقات الإجتماعية الوثيقة, من شأنه أن يقي من أمراض متعددة وخاصة الأمراض المزمنة.

ففي دراسة حديثة لـ (Uchino et Al (1996) حول العلاقة بين المساندة الإجتماعية و ارتفاع ضغط الدم, فوجد هؤلاء الباحثون أن ارتفاع ضغط الدم لدى الأفراد كان مرافقا ومصحوبا بانعدام علاقات اجتماعية لديهم, وأن انعدام العلاقات الاجتماعية و قلة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الأفراد, كانت مصحوبة بحالات ارتفاع ضغط الدم, بينما الأشخاص الذين كانوا ينتمون إلى نوادي اجتماعية ولديهم علاقات اجتماعية وثيقة, كانوا لا يعانون من ارتفاع ضغط الدم (Larkin, 2005, p. 246).

3-6- تنمية استراتيجيات المواجهة (le coping) :

يعرف Folkam et Lazarus إستراتيجيات المواجهة (Les stratégies du coping) على أنها: " مجموع جهود الفرد الذهنية والسلوكية, الموجهة للتحكم أو لخفض أو لتحمل وضعيات داخلية أو خارجية, والتي تهدد وتعوق قدراته" (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 70).

- تعريف آخر : "حالة وكيفية تكيف وملائمة للوضعيات الحرجة, هذا المصطلح يتضمن من جهة وجود مشكل حقيقي ومن جهة أخرى كيفية مواجهة الفرد لهذا الحدث الضاغط" (Paulhan et Bourgeois, 1995, p. 40).

هناك العديد من البحوث تكلمت عن دور المساندة الإجتماعية في تنمية وتعزيز استراتيجيات المواجهة, ففي دراسة للباحثين الفرنسيين Isabelle paulhan et Marc Bourgeois حول الأشخاص المقبلين على إجراء عملية جراحية, (Intervention chirurgicale).

وجد الباحثان, أن الأشخاص الذين يتلقون مساعدة اجتماعية (الحصول على معلومات حول سيرورة العملية الجراحية , ودعم وجداني), ينجحون في التخلص من الضغط والقلق وحتى مضاعفات ما بعد العملية الجراحية (Complications post-opératoire), أي أنهم يظهروا استراتيجيات مواجهة فعالة وناجحة (Paulhan et Bourgeois).

4-6- المساعدة في تقبل العلاج : دراسات عديدة أثبتت أن المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه ومحيطه تساعده على تقبل العلاج.

دراسة (De Blic (2007) حول "تقبل العلاج عند الطفل المصاب بالربو" , جاء فيها أن وجود الأولياء وتكفلهم بطفلهم المصاب بالربو, و نصائح الطبيب وإرشاداته وحتى نوعية فحوصاته وعلاقته الجيدة بالطفل المصاب بالربو كلها عوامل تعزز من تقبل العلاج لدى الطفل المصاب بالربو.

- دراسة لـ (Oumar et al (2005-2006) وفريقه من مستشفى باماكو حول "العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المريض المصاب بالسيدا " .

وُجد أن أهم عوامل تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالسيدا , هي مساعدة أهلهم لهم بتناول الدواء ومساعدتهم على التنقل للمستشفى لإجراء الفحوصات الدورية والمعالجة (Oumar et al., 2007) .

- خاتمة الفصل:

المساعدة الإجتماعية مفهوم متعدد الأبعاد, يجعل من الصعب توحيد تعريف محدد لها. وبشكل عام هي كل ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني (عاطفي), مادي, معلوماتي و تقديري) من الأشخاص الفعالين الموجودين ضمن الشبكة الإجتماعية المحيطة بالفرد والموجودة تلقائيا في محيطه الإجتماعي, مصادر ها تتنوع بين الرسمية (جمعيات, أطباء, نفسانيون, مؤسسات الخدمات الاجتماعية....الخ), وغير الرسمية (الأصدقاء, العائلة, الجيران....الخ), والتي تهدف إلى تخفيف الضغوط, وتنمية الثقة بالنفس, وتنمية استراتيجيات المواجهة, والوقاية والعلاج, و المساعدة في تقبل العلاج.

الفصل الثالث : تقبل العلاج

مقدمة: يقابل مصطلح تقبل العلاج في اللغتين الفرنسية والإنجليزية، ثلاثة 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 المفهومين، 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:

فإن معظم العلماء والباحثين (Sarafino –Midens Myers 1998)، إستعملوا

مصطلح (Adherence) عوض (Compliance).

يقول Sarafino (1998) أن مصطلح (Compliance) يحمل معنى خضوع المريض للطبيب، فهذا المصطلح لم يعد مستعملاً، والمطلع على البحوث الإنجليزية حول تقبل العلاج، يجد سوى 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 للطالب الباحث، فإن المصطلحين يشيران أيضاً لمفهوم واحد وهو تقبل العلاج، غير أنه يحد استعمال 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 التزاماً بالدواء وبالإرشادات والتعليمات الطبية معاً.

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 بالخطّة العلاجية، البرنامج المسطر بالتفاوض بين المعالج والمريض بهدف الوصول لحالة صحية إيجابية.
يعرف أيضا على أنه:

- " تقبل المريض لتعليمات وإرشادات ممتهني الصحة" (Moyle, 1997).
- " موافقة وإرادة المريض وإسهامه الفعال في إتباع العلاج المقدم له من طرف ممتهني 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 الملئقى 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.

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).

2-1-1- تقبل العلاج غير المستقر: L' obervance 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.

3- النظريات المفسرة لتقبل العلاج :

يعرض الطالب 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 الطالب الباحث نظرية (Anderson 1993).

إقترح " 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 ملماً بثقافة المحيط بما فيها ثقافة المريض، للتفاوض حول الخطة العلاجية المقبولة ثقافياً 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 عوامل سياسية، إقتصادية، إجتماعية (نظام التأمينات الاجتماعية 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, 2001, p. 120*).
 علماء نفس الصحة إتجؤوا لدراسة المعتقدات الصحية كإمكانية للتنبؤ بالسلوك.
 هناك عدة نظريات مصنفة ضمن المعتقدات الصحية نذكر منها:

- نموذج المعتقدات الصحية (HBM) Health belief model

- نظرية العزو Attribution theory

- نظرية مصدر ضبط الصحة Health Locus of controle

- نظرية التفاؤل غير الواقعي . Unrealistic optimism

- نظرية التعلم الإجتماعي: The social learning theory

- نظرية السلوك العقلاني المبرر Theory of reasoned action

سيكتفي الطالب الباحث بعرض نظرية المعتقدات الصحية في تبني السلوكات الصحية، ويسقطها على تقبل العلاج.

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

"نموذج المعتقدات الصحية هو نظرية توقع قيمية (توقع القيمة) والتي تركز على:

- كيف يمكن أن يكون سلوك الفرد حفاظا على صحته والوقاية من المرض.

- توقعات على بعض القضايا بأن الفرد قد يعتبر سلوكا ما مدركا بشدة، عندما يتعلق الأمر بسلوكات تمس صحته" (Ogden, 2000, p. 413).

- " نموذج المعتقدات الصحية نمط يستعمل للتقييم أو للتأثير على تغيير سلوكات الأفراد بغية تحقيق شروط صحية" (Ogden, p. 413).

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

3-2-3- تطور نموذج المعتقدات الصحية HBM: في نظرة مختصرة لما جاء عن (Debarr (2004)، حول تطور نموذج المعتقدات الصحية، فإن النموذج طور في بداية الخمسينيات من قبل علماء النفس الإجتماعي، (Irwin Rosenstock. Godfrey (Stephen kegels). Hochbaum، الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا، النموذج طُور ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل.

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

النموذج قدم في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية:

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

سنة 1988 أضيف مفهوم الكفاءة الذاتية لمواجهة السلوك غير الصحي المؤلف مثل التدخين.

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

المتغيرات الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية HBM.

- التهديد المدرك ويتضمن جزآن :

* سهولة التأثر 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، للتخفيض من تهديدات المرض.

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

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

- الكفاءة الذاتية: تعني الإعتقاد في أن يكون الفرد قادرا على تنفيذ السلوك بنجاح. هذا المفهوم قدم من طرف Bandura سنة 1977 (pp. 74-78).

إذا فنموذج المعتقدات الصحية طور أولا من قبل Rosenstock في أواخر الخمسينيات بداية الستينيات، ثم من قبل Becker وزملائه على مدار السبعينيات والثمانينيات، وهدفه كان توقع 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).

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

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

- لكي تتضح النظرية أكثر، وهو مثال على مريض مصاب بارتفاع ضغط الدم:
- سهولة التأثر بالمرض: احتمال 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 لعلاج 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.

وردا على الإنتقادات التي وجهت لهذا النموذج فقد روجع لإضافة مفهومين آخرين وهما: الحوافز الصحية والسيطرة الممكنة (Ogden, p. 413).

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, p. 413)

4- عوامل تقبل العلاج :

هناك مجموعة من العوامل تساهم في عملية تقبل المريض للعلاج، ونستعرض في بحثنا مجموعتان من العوامل:

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

1-4- 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 صنفت (Schneider, 2005) هذه العوامل إلى عوامل مساعدة وعوامل معرقة وفقاً للجدول التالية:

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

عوامل معرقة	عوامل مساعدة
- إنكار المرض - الخوف من المرض.	- معرفة جيدة للمرض وللأدوية.
- غضب، إحساس بالظلم Injustice.	- حيوية الفرد المريض.
- إكتئاب.	- الرغبة في الحياة.
- الشك في فعالية الأدوية وطبيعتها.	- معتقدات إيجابية حول الدواء.
- الإحساس بالتعب والإنهاك أثناء أخذ	- الثقة بالطبيب المعالج.
الأدوية - الإنشغال الدائم trop occupé	- الثقة في قدرات المريض الذاتية (فعالية
أو الكسل والتهاون.	الذات self efficacy).
- لا يوجد أي خطر في ترك جرعات	- أخذ القرار بالعلاج.
محددة.	- الجانب الروحي والديني للمريض.
- إضطرابات الذاكرة (نسيان ...).	
- الدعاء والتمني بالشفاء عوض المعالجة.	
- تبعية للمحذرات.	

جدول رقم 4: العوامل السيكولوجية-المعرفية-الإنفعالية الوجدانية لتقبل العلاج.

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

عوامل مساعدة	عوامل معرفة
<ul style="list-style-type: none"> - أولوية العلاج. - إهتمام العائلة فيما يخص الإنتظام في تناول الدواء لفرداها 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. - تهميش المريض. - التداوي الطبيعي التقليدي.

جدول رقم 5: عوامل المحيط(البيئية) لتقبل العلاج.

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

عوامل مساعدة	عوامل معرفة
<ul style="list-style-type: none"> - تاريخ التشخيص. - تدهور الحالة الصحية للمريض. 	<ul style="list-style-type: none"> - الآثار الجانبية للدواء. - الإحساس بحالة صحية جيدة بدون دواء

<p>أو التعديل الذاتي Auto – modification (من طرف المريض).</p> <p>- علاج معقد.</p> <p>- تغيير بعض عادات التغذية وحتى نوع التغذية.</p> <p>- حجم حبوب الدواء.</p> <p>- الأوقات والساعات غير الملائمة.</p> <p>- تكلفة الدواء.</p> <p>- خدمات الضمان الاجتماعي.</p>	<p>- تحسن الحالة الصحية للمريض.</p> <p>- نمط حياة منتظم.</p> <p>- معرفة جيدة حول طبيعة المرض، والآثار الجانبية له.</p>
--	--

جدول رقم 6: عوامل تقبل العلاج المرتبطة بالدواء وبالمرض.

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).

4-2- 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 .

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

- الآثار الجانبية للدواء.
 - 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 كمايلي:
- (De Blic, p. 421)

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

جدول رقم 7: دراسة حول العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المتقبلين للعلاج.

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

- 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)

نسبة الأطفال المتقبلي العلاج	مدة العلاج
77 %	3 أشهر
54 %	9 أشهر
48 %	27 شهرا

جدول رقم 8: دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج.

أي أنه كلما طالت مدة العلاج، كلما نقصت نسبة الأطفال المتقبلي العلاج.

4-2-2- 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 الحماية 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.

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 الطالب 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 نظمه 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 الزملاء .
* 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.

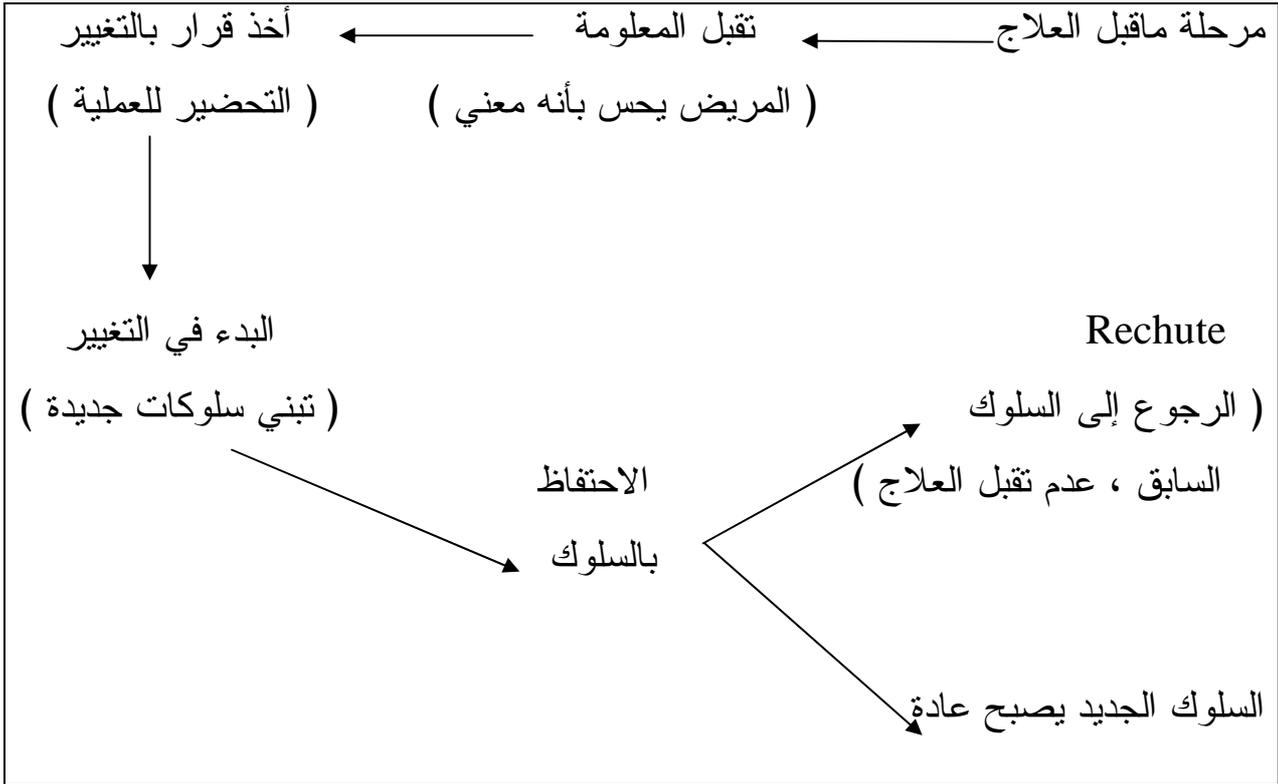
5- مراحل تقبل العلاج:

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

- طول مدة إستعمال الدواء .
- إستعمال 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 لمرحل 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 (تبنى 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 (nfartus de Myocarde) بـ 15%، كما يمكن أيضا بالمعالجة الدائمة والفعالة الوقاية 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 (pp. 107-108).

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 إستعداد المريض (patient readiness)

- تقييم مستوى تقبل المريض للعلاج
- الاهتمام 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 ممتهمي 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 للسلوكات الصحية. فهو يعتبر مشكلا كبيرا خاصة عند المرضى المزمنين، تسهم فيه مجموعة من العوامل المرتبطة بالمريض وبالخلفية الطبية وبالدواء.

الفصل الرابع : مرض ارتفاع ضغط الدم

يعتبر مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي من الأمراض المزمنة الأكثر إنتشاراً 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*)

Le coeur . القلب .

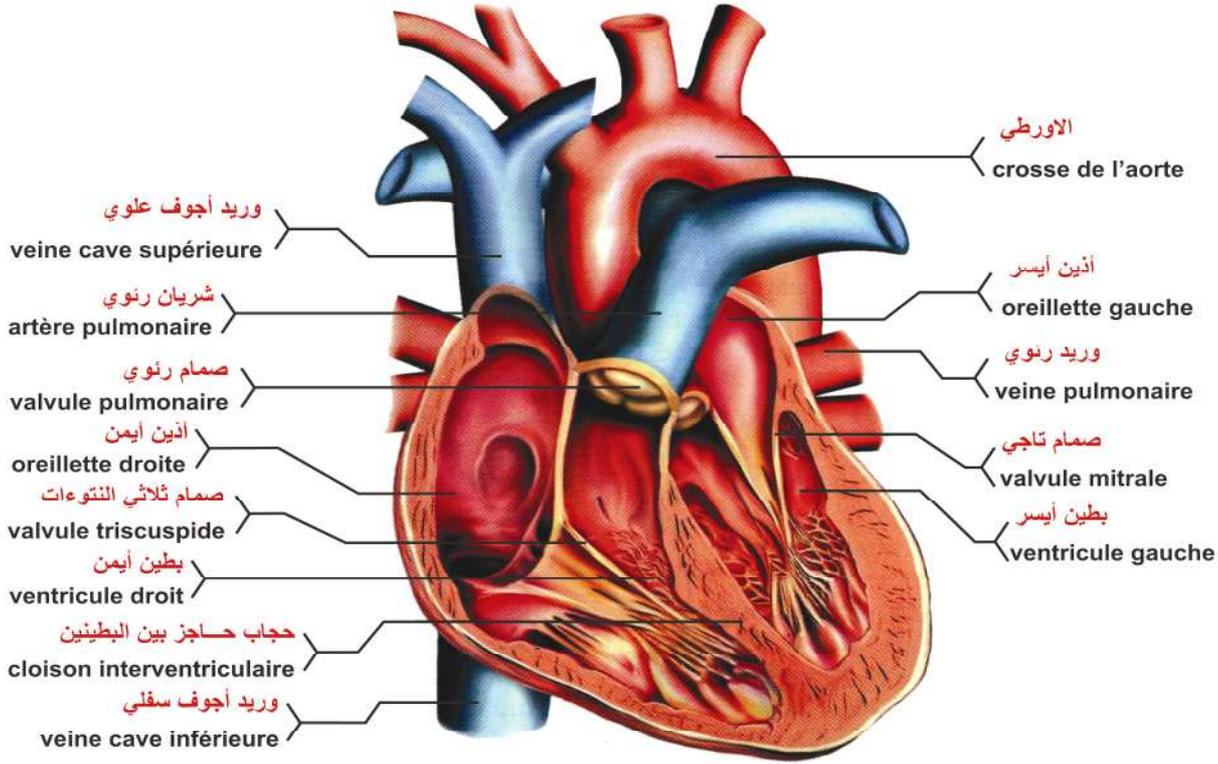
Les vaisseaux sanguins . الأوعية الدموية .

Le sang . الدم .

1-1- القلب: القلب تشريحيًا 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 واقٍ هو (Le péricarde)" (*Larousse, 2004, p. 23*) .
يتكون القلب كما جاء في (*Larousse (2004)*) من: (أنظر الشكل رقم 1).

COUPE DU COEUR مقطع طولي للقلب



شكل رقم 1: مقطع طولي للقلب (Larousse, 2004, p. 23).

- أربع فجوات : وهي

- الفجوتين العلويتين المدعوتين بالأذنين

Oreillette gauche- Oreillette droite أذين أيمن

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

(Le septum interauriculaire).

الأذين الأيمن يتلقى الدم الخالي من الأكسجين والآتى من جميع أنحاء الجسم.

الأذين الأيسر يتلقى الدم الغني بالأكسجين والآتى من الرئتين.

- الفجوتين السفليتين وهما البطينين (Les ventricules).

Ventricule gauche- Ventricule droit بطين أيسر- بطين أيمن

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) يأتي 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.

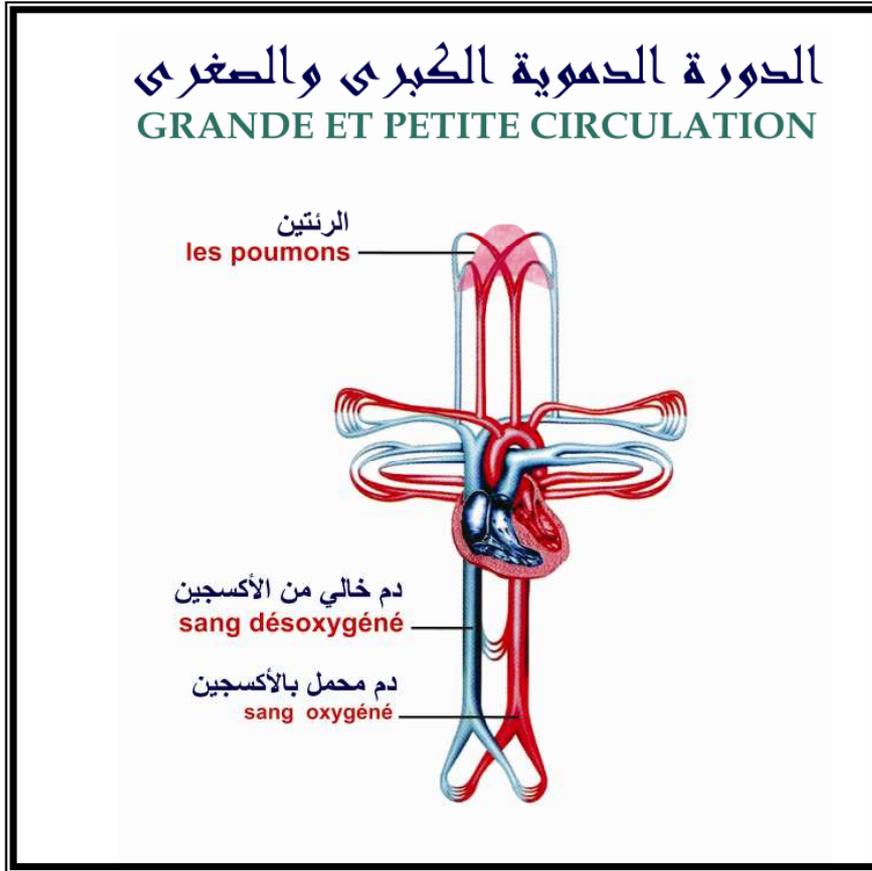
يتكون الدم من: (Marchina, p. 16)

- 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 2).

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 2: 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.

3-2- 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 غالباً لأعراض 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، فمثلاً الضغط الدموي التالي (120/80) هو ضغط مثالي بالنسبة لشخص راشد، لكنه في المقابل يعتبر ضغطاً عالياً بالنسبة لرضيع أو طفل صغير.

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

1-4- أرقام قياسات ضغط الدم:

شدة الضغط الدموي تحدد تبعاً لأرقام القياسات، والجدول رقم 9 يبين أرقام قياسات ضغط الدم المثالية والطبيعية والمرضية، تبعاً للتصنيف الجديد للمنظمة العالمية للصحة لسنة 1999 والمعمول به حتى الآن:

التعريف بضغط الدم	الإنباضي	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	20 إلى 15%
ارتفاع ضغط الدم درجة 2	179-160	109-100	20 إلى 30%
ارتفاع ضغط الدم درجة 3	180 ≤	110 ≤	أكبر من 30%

جدول رقم 9: أرقام قياسات ضغط الدم: (Mancia et al., 2007, p. 1109).

5- قياس ضغط الدم: يُقاس ضغط الدم بواسطة جهاز (Sphygmomanomètre) يحتوي على ساعدة (Brassard)، وبه ساعة مدرجة من 0 إلى 300 ملليمتر زئبقي، يتم نفخ الهواء داخل الكيس الموجود بداخل الساعدة بواسطة الضغط على كيس آخر صغير خارجي به صمام يسمح في التحكم بالهواء الموجود داخل كيس الساعدة، وبواسطة الفتح التدريجي لهذا الصمام فإن الهواء يبدأ في الخروج من داخل الساعدة، 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 ساعدة (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 ارتفاع 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 (Larousse 2004) 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 ارتفاعا 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 توقن عن أخذ الدواء الهرموني (Beaufils, 2004, p. 1).

7- أعراض مرض إرتفاع ضغط الدم:

ليست هناك أعراض محددة وخاصة بهذا المرض، وفي معظم الحالات لا يحس المريض بأعراض مرض إرتفاع 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 إرتفاع ضغط الدم الأساسي والثانوي، بمعنى أنه لا توجد أعراض خاصة بمرض إرتفاع ضغط الدم الثانوي، وأعراض خاصة بمرض إرتفاع 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*).
- عامل السن.

- 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 ارتفاع 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 ارتفاع ضغط الدم" لـ *Larkin* درست الإرتباط بين العوامل النفسية كالقلق والضغط، وبين ارتفاع ضغط الدم الأساسي، فالضغط والقلق والإجهاد كلها عوامل تؤدي إلى تنشيط الجهاز الدوراني من خلال الجهاز العصبي السمبثاوي

(Le système nerveux sympathique) والجهاز الغددي مما يؤدي إلى حدوث ارتفاع في ضغط الدم.

9- مضاعفات مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي:

لمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي مضاعفات خطيرة إن لم يعالج وإن لم يتبع المريض علاجه ويلتزم به، درجة الخطورة تصل حتى الموت، فهو يحفز ظهور صفائح الأثيروم (Plaques Athéromes)، وهي عبارة عن صفائح دهنية تترسب داخل غشاء الشرايين وتتنقص من قطرها (Marchina, p. 21).

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

- القلب: يصاب القلب بالضربة 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: ارتفاع ضغط الدم على مدى الوقت يسبب العجز الكلوي (L'insuffisance rénale).

- العينين Les yeux: مرض ارتفاع 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 البدنيين 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)

- Les diurétiques: تساهم هذه المجموعة في إنقاص الملح و ذلك بطرده من الجسم عن طريق البول (Les urines).
- Les Béta-bloquants : تنقص إنقباضات وضربات القلب المتزايدة.
- Les Alpha- bloquants : توسع الشرايين.
- Les antihypertenseurs centraux : تعمل على الدماغ الذي يراقب ضغط الدم.
- Les Inhibiteurs calciques : توسع من قطر الشرايين.
- Les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2) :

تراقب نشاط الرنين (La rénine)، الذي يساهم في إرتفاع ضغط الدم. فنظام (Rénine-Angiotensine-Aldostérone) عبارة عن نظام هرموني معقد يلعب دورا في إنتظام الضغط الدموي.

الرنين (la rénine) هرمون تفرزه الرئتان 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 الرئتين 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.

- 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.

الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس: منهج وإجراءات الدراسة

أولاً: الدراسة الإستطلاعية

بما أن عينة البحث هي عينة مرضية من فئة المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، فقد وجهت الطالب الباحث إلى أماكن تواجد هؤلاء المرضى، وعليه فقد تمت الدراسة الإستطلاعية في بعض العيادات الخاصة بأمراض القلب والشرابين، وفي مصلحة الطب الداخلي بجناحيه نساء ورجال بمستشفى الزهراوي بالمسيلة، وكذا قسم تصفية الكلى بنفس المستشفى، وعلى مراحل متعددة.

هدف الدراسة الإستطلاعية في المراحل الأولى هو إستطلاع المكان الذي ستجرى فيه الدراسة، وتحديد صعوبات المرضى بـ HTA حول تقبلهم للعلاج، والتعرف على الفروض المساهمة في إيجاد الحلول المبدئية للموضوع.

أما عن هدفها في المراحل التي تلت المراحل الأولى فهو المساهمة في تصميم أدوات البحث، كل هذا من خلال الإحتكاك بالمرضى وبعائلاتهم وبالطاقم الطبي وشبه الطبي، ومن خلال الملاحظة العلمية المنتظمة، كما تم تحديد وضبط العينة الإستطلاعية.

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

تم إختيار العينة الإستطلاعية من مصلحة تصفية الكلى بمستشفى الزهراوي، وقد تعمد الطالب الباحث هذا الإختيار لسبب رئيسي، وهو إمكانية إعادة تطبيق أدوات البحث.

طريقة الإختيار حكمتها طبيعة العينة المتناولة بالدراسة وهي عينة مرضية، فمن غير الممكن الخروج من 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).

خصائص العينة الإستطلاعية نوردتها في هذا الجدول:

عدد العينة الإستطلاعية	السن	الجنس	نوع HTA
17	72-35	ذكور وإناث	إرتفاع ضغط دم أساسي إنقباضي وإنبساطي

جدول رقم 10: خصائص العينة الإستطلاعية.

2- المنهج المتبع:

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 متغيري المساندة الإجتماعية وتقبل العلاج، فقد تم إستخدام المنهج الوصفي وبالتحديد طريقة العلاقات الإرتباطية 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 الإرتباطية والتي تركز على استخدام الطرق الإرتباطية، للكشف عن نوع العلاقات بين المتغيرات.

3- أدوات البحث: لكل دراسة أداة أو مجموعة من الأدوات تعتمد عليها بغية الوصول إلى نتائج موضوعية.

وفي دراستنا هذه تم الإعتماد على أداة الإستبيان.

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 الإستبيان بالمقابلة.

وقد تم إستخدام إستبيانين: إستبيان المساندة الإجتماعية و إستبيان تقبل العلاج.

3-1- إستبيان المساندة الإجتماعية:

تم تصميم هذا الإستبيان إستنادا على التراث الأدبي، وعلى الدراسات التي وجدها الطالب الباحث حول المساندة الإجتماعية، وعلى مجموعة من الإستبيانات المصممة لقياس المساندة الإجتماعية، منها إستبيانات برلين للمساندة الإجتماعية (BSSS)، وهي تضم 6 إستبيانات تقيس أبعادا مختلفة للمساندة الإجتماعية، وكذا إستبيان (SSQ6) لـ Sarason، وإستبيان

Bruchon-Chweitzer لـ QSSP

وبناء عليه تم تصميم إستبيان المساندة الإجتماعية في محورين: (أنظر الملحق رقم 1).

محور يتعلق بالمساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بـ HTA من طرف عائلته وهو يقيس الفرضية الجزئية الأولى، و محور يتعلق بالمساندة الإجتماعية التي يتلقاها من طرف طبيبه المعالج وهو يقيس الفرضية الجزئية الثانية، والمحوران معا يقيسان المساندة الإجتماعية ككل، أي الفرضية العامة.

وتم حساب صدق الإستبيان بواسطة صدق المحكمين، باستعمال معادلة لوشي، حيث عرض على 7 محكمين من جامعة باتنة، جامعة البليدة، و جامعة المسيلة، فتبين أن جميع بنود الإستبيان تقيس فعلا ما صممت له، باستثناء عبارة واحدة موجودة في المحور الثاني من الإستبيان المتعلق بمساندة الطبيب للمريض وهي عبارة:
- تتلقى زيارات في البيت من طرف طبيبك المعالج؟.

3-1-1- طريقة تنقيط إستبيان المساندة الإجتماعية:

تُعطى درجة 1 عن كل إجابة بـ نعم، و درجة صفر (0) للإجابة بـ لا، لنحصل على:
- 10 درجات لمحور المساندة الإجتماعية من طرف العائلة، بما فيها درجة واحدة مضافة عن الإجابة بـ : أتلقى مساندة إجتماعية من طرف العائلة، الموجودة في السؤال الرئيسي للإستبيان.

- 10 درجات لمحور المساندة الإجتماعية من طرف الطبيب، بما فيها درجة واحدة مضافة عن الإجابة بـ : أتلقى مساندة إجتماعية من طرف الطبيب، الموجودة في السؤال الرئيسي للإستبيان.

- 20 درجة للمحورين معا، أي للمساندة الإجتماعية ككل. بما فيها درجتين إثنين (2) مضافتان عن الإجابة بـ : أتلقى مساندة إجتماعية من طرف العائلة والطبيب معا، الموجودة في السؤال الرئيسي للإستبيان.

3-2- إستبيان تقبل العلاج: تم تصميم إستبيان تقبل العلاج إستنادا على التراث الأدبي وعلى الدراسات التي وجدها الطالب الباحث حول موضوع تقبل العلاج، وعلى إستبيان Morisky و إستبيان Girerd حول تقبل الدواء (Adoubi et al., 2006, p. 19).
وقدم الإستبيان بمحاور مختلفة تقيس تقبل الدواء والإلتزام بالإرشادات والتعليمات الطبية وبالسلوكيات الصحية والإبتعاد عن سلوكيات الخطر وعن الضغوط (أنظر الملحق رقم 2).
وتم حساب صدق الإستبيان عن طريق صدق المحكمين بواسطة معادلة لوشي، حيث قدم لـ 8 محكمين وهم:

- د. جبالي نور الدين من جامعة باتنة.
- د. إسماعيلي يامنة من جامعة المسيلة.
- د. صايشي عبد الحميد: أستاذ مساعد سابقا بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا، حاليا طبيب مختص في الأمراض الداخلية تخصص أمراض القلب بالمسيلة.
- د. عبدون جمال: طبيب مختص في الأمراض الداخلية تخصص أمراض القلب بالمسيلة.
- د. بوبعاية أحمد: دراسات طبية متخصصة من جامعة باريس.
- د. خليفي نور الدين: طبيب عام بمؤسسة إعادة التربية بالمسيلة.
- أ. مخلوف سعاد من جامعة المسيلة.
- أ. سايل وحيدة من جامعة البليدة.
- أين تم حذف 3 عبارات وهي:
- هل توقف الدواء إذا أحسست بمضاعفات جانبية له؟.
- هل تطالع أو تتابع أفلاما أو حصص تلفزيونية؟.
- هل تطلع على الدليل الموجود داخل علبة الدواء la notice؟.
- وتم تعديل العبارتين التاليتين:
- هل تتباعد عن شرب القهوة والمشروبات المنبهة الأخرى؟.
- هل تتناول وجباتك الغذائية خالية من الملح (ملح الصوديوم)؟ .

و أصبحتا بهذه الصيغة:

- هل تتجنب الإكثار من شرب القهوة والمشروبات المنبهة الأخرى؟.

- هل تتناول وجباتك الغذائية محدودة الملح (ملح الصوديوم)؟.

3-2-1- طريقة تنقيط إستبيان تقبل العلاج:

تُعطى درجة 1 عن كل إجابة ب نعم، ودرجة صفر (0) للإجابة ب لا، باستثناء العبارات رقم:

8-9-26-27، وهي الإجابات السلبية، أين تعطى درجة واحدة (1) للإجابة ب لا، و(0)

للإجابة ب نعم.

4- حساب الخصائص السيكومترية: 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، وقد تم حساب:

4-1- الصدق: يقصد بصدق الإختبار أنه يقيس فعلا ما أعد لقياسه.

وقد تم حساب صدق الإستبانيين (المساندة الإجتماعية و تقبل العلاج) بواسطة معادلة لوشي

لصدق المحكمين، حيث أن معادلة لوشي تساوي:

حيث أن:

$$ص م = \frac{ن م - \frac{ن}{2}}{\frac{ن}{2}}$$

ن م هي عدد المحكمين الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

ن العدد الكلي للمحكمين.

إذا كان ص م ≤ 0.5 فإن العبارة تقيس.

وحولت النتائج إلى نسب مئوية فكان:

- صدق إستبيان المساندة الإجتماعية 97.5%.

- صدق إستبيان تقبل العلاج 96.16%.

كما أنه يمكن حساب الصدق الإحصائي للإستبيانيين، حيث أن الصدق الإحصائي يُحسب عن طريق الجذر التربيعي لمعامل الثبات (معتصم الرشيد، دت).

وبالتالي يكون الصدق الإحصائي للإستبيانيين- طبعاً بعد حساب ثباتهما- كما يلي:

- إستبيان المساندة الإجتماعية: 0.995 وهو عالي جداً يقترب من 1.

- إستبيان تقبل العلاج: 0.994 وهو عالي جداً يقترب من 1.

2-4- الثبات: يُقصد بثبات الإختبار أنه يعطي نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيقه على نفس العينة وفي نفس الظروف.

وقد حُسب ثبات الإستبيانيين بمعامل الارتباط " بيرسون"، وذلك بعد إعادة تطبيق الإستبيانيين على نفس العينة Test-Retest, كون أن العينة كما سبق القول أخذت من مصلحة تصفية الكلى بمستشفى المسيلة، وإعادة التطبيق ممكنة لأن هؤلاء المرضى يزورون المصلحة بمعدل 2- 3 أيام في الأسبوع، وعليه فقد تم أخذ مواعيد تصفية الكلى لهؤلاء المرضى من المصلحة، وتمت إعادة تطبيق الإستبيانيين خلال فترة تراوحت بين 12- 16 يوماً من تاريخ التطبيق الأول، فكانت النتائج كالتالي:

* ثبات إستبيان المساندة الإجتماعية: معامل الارتباط بيرسون $r = 0.992$ وهو دال عند القيمة 0.01. ومنه فالإستبيان ثابت بنسبة كبيرة تقترب من 1.

* ثبات إستبيان تقبل العلاج: معامل الارتباط بيرسون $r = 0.990$ وهو دال عند القيمة 0.01. ومنه فالإستبيان ثابت بنسبة كبيرة تقترب من 1.

ثانياً: الدراسة النهائية:

1- خصائص العينة النهائية: خصائص العينة النهائية التي طبق عليها الطالب الباحث الإستبائيين لإيجاد العلاقة بين متغيري البحث، نردها في الجدول التالي:

عدد العينة	السن	الجنس	نوع HTA
100	74-32	ذكور+ إناث	HTA أساسي إنقباضي وإنبساطي PAS+PAD

جدول رقم 11 : خصائص العينة النهائية

وتوزع أفراد العينة إلى ثلاث فئات حسب مصدر تلقي المساعدة الإجتماعية، والجدول التالي يبين توزع أفراد العينة حسب مصدر تلقي المساعدة الإجتماعية:

مصدر المساعدة الإجتماعية	العائلة	الطبيب	العائلة والطبيب معا
عدد العينة	44	20	36

جدول رقم 12 : توزيع أفراد العينة حسب مصدر تلقي المساعدة

2- حدود الدراسة:

1-2- الحدود البشرية: تمت الدراسة على 100 شخص مريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي الإنقباضي والإنبساطي (PAS et PAD)، يتلقون مساعدة إجتماعية من (العائلة، الطبيب، العائلة والطبيب معا)، بمعنى أنه أهملت إستجابات بقية المرضى بـ HTA

الذين لا يتلقون مساندة إجتماعية لا من العائلة ولا من الطبيب ولا من العائلة والطبيب معا، لأنها لا تخدم موضوع البحث.

تم إختيارهم بنفس طريقة إختيار العينة الإستطلاعية.

2-2- الحدود المكانية: مصلحة الطب الداخلي بجناحيه نساء ورجال، ومصلحة تصفية الكلى بمستشفى مدينة المسيلة، وبعض العيادات الخاصة.

2-3- الحدود الزمانية: إستغرقت الدراسة الميدانية 30 يوما.

3- الأساليب الإحصائية: لإيجاد العلاقة بين متغيري الدراسة (المساندة الإجتماعية و تقبل العلاج)، تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون، عن طريق إستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS 14.0 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 السادس: عرض ومناقشة النتائج

أولاً: عرض النتائج:

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

1- الفرضية العامة:

1-1- التذكير بالفرضية:

- توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبين درجة تقبله للعلاج.

1-2- النتائج: قام الطالب الباحث بدراسة الفرضية العامة باستخدام معامل الارتباط

"بيرسون"، بين درجات المساندة الإجتماعية و درجات تقبل العلاج عند 36 مريضاً بـ HTA، وهم المرضى الذين يتلقون مساندة إجتماعية من طرف العائلة والطبيب، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية العامة :

عدد العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
36	0.612	0.01	دالة

جدول رقم 13: نتائج الفرضية العامة.

1-3- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.612$) وهذا يعني أن

هناك علاقة طردية بين درجة المساندة الإجتماعية، و بين درجة تقبل العلاج عند المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وهي دالة عند القيمة 0.01. ومنه فإن الفرضية العامة تحققت.

2- الفرضية الجزئية الأولى:

2-1- التذكير بالفرضية:

- توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، وبين درجة تقبله للعلاج.

2-2- النتائج: قام الطالب الباحث بدراسة الفرضية الجزئية الأولى باستخدام معامل الارتباط "بيرسون"، بين درجات المساندة الإجتماعية التي يتلقاها 44 مريضاً بـ HTA من طرف عائلاتهم، وبين درجات تقبلهم للعلاج، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

عدد العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
44	0.564	0.01	دالة

جدول رقم 14: نتائج الفرضية الجزئية الأولى.

2-3- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.564$) وهذا يعني أن هناك علاقة طردية بين درجة المساندة الإجتماعية التي يحظى بها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، وبين درجة تقبله للعلاج وهي دالة عند القيمة 0.01.

ومنه فالفرضية الجزئية الأولى تحققت.

3-الفرضية الجزئية الثانية:

3-1- التذكير بالفرضية:

توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، وبين درجة تقبله للعلاج.

3-2- النتائج: دراسة الفرضية الجزئية الثانية تمت أيضاً باستخدام معامل الارتباط

"بيرسون"، بين درجات المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المرضى ب HTA من طرف طبيبه المعالج، وبين درجات تقبلهم للعلاج، والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الإجرائية الثانية :

عدد العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
20	0.726	0.01	دالة

جدول رقم 15: نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

3-3- تحليل الجدول: نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.726$) وهذا يعني أن هناك علاقة طردية بين درجة المساندة الإجتماعية التي يحظى بها المريض من طرف طبيبه المعالج، وبين درجة تقبله للعلاج وهي دالة عند القيمة 0.01. ومنه فالفرضية الجزئية الثانية تحققت.

ثانياً: مناقشة النتائج:

1- مناقشة الفرضية العامة: تحققت الفرضية العامة التي مفادها أنه توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض ب HTA وبين درجة تقبله للعلاج، وهي نتيجة تتفق مع ما جاء في تقرير (OMS(2003)، حول تقبل العلاج على المدى الطويل، فيما يخص عوامل تقبل العلاج التي ذكرت منها أن عوامل المساندة الإجتماعية، تلعب دوراً إلى جانب عوامل أخرى في تقبل المريض للعلاج. ومناقشة لمعامل الارتباط، فإنه يوجد ارتباط طردي ولكنه غير قوي، وبالنسبة للطالب الباحث فإنه يرى أن هذه النتيجة منطقية وهي تُثبت ما ورد في الدراسة النظرية للمذكرة، وبالضبط في العنصر المعنون بعوامل تقبل العلاج، حيث تم ذكر مجموعة من العوامل المساعدة في تقبل العلاج من بينها عوامل المساندة الإجتماعية، فهي أحد العوامل وليست عاملاً رئيسياً لوحدها، فلو تحصلنا كنتيجة للفرضية العامة على معامل ارتباط قوي جداً لقلنا أن عوامل تقبل العلاج عند المريض ب HTA هي المساندة الإجتماعية فقط، ولأهمت بقية العوامل أو أخذت بدون إعطائها أهمية كبيرة.

2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى: أثناء إستخلاص نتائج الفرضية الجزئية الأولى، تبين أنه توجد علاقة دالة إحصائياً عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض ب HTA من طرف عائلته، وبين درجة تقبله للعلاج، بمعامل ارتباط يساوي 0.564، أي ارتباط طردي بين متغيري الدراسة، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (Oumar et al (2005-2006)، والتي تم ذكرها في عنصر الدراسات السابقة، وهي دراسة بعنوان "العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المصاب بالسيدا" حيث خلصت نتائجها إلى أن أهم عامل لتقبل العلاج، هو مساندة المصاب بالسيدا

من طرف عائلته، بتذكيره بتناول الدواء، والتوفير الدائم للدواء له، ومساعدته في التنقل إلى المراكز الصحية المختصة بغية العلاج وإجراء الفحوصات الدورية. ومناقشة لمعامل الارتباط، فإنه يوجد ارتباط طردي ولكنه غير قوي يكاد يتعدى المتوسط بقليل، وهذا بدوره يمكن أن يرجع إلى مجموعة من العوامل التي قد تؤثر في المساندة الإجتماعية بحد ذاتها، كالعوامل الثقافية و الإقتصادية للعائلة. إضافة إلى أن عامل السن يمكن أن يكون قد لعب دورا في الحصول على نتائج هذه الفرضية الجزئية، فعوامل المساندة العائلية تكون أكثر عند الأطفال وربما حتى المراهقين فيما يخص تكفل أوليائهم بهم في تناول الدواء والحرص على المواعيد الطبية والخ.

3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية: أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الثانية وجود علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01، بين درجة المساندة التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، وبين درجة تقبله للعلاج، بمعامل ارتباط طردي يساوي 0.726، وهو معامل ارتباط قوي نوعا ما. ويبدو واضحا أن مساندة الطبيب للمريض تلعب دورا كبيرا في تقبله (المريض) للعلاج، كون المريض في علاقة مباشرة و مستمرة بالطبيب خاصة المرضى المزمنين. ولقد إتفقت نتائج هذه الفرضية مع دراسة De Blic حول عوامل تقبل المرضى بالربو للدواء المستنشق (Traitement inhalé)، فكانت من العوامل المعززة لتقبل هذا الدواء، هي عوامل إنعكاس معاملة الطبيب لهؤلاء المرضى. كما أن إستبيان المساندة الإجتماعية محور مساندة الطبيب الذي طبق على عينة البحث، أخذ بعين الإعتبار عوامل معاملة الطبيب للمريض.

الاقتراحات والتوصيات

الإقتراحات والتوصيات:

إستنادا على نتائج الدراسة، يعرض الطالب الباحث جملة من التوصيات والإقتراحات، موجهة إلى الوزارتين الوصيتين (الصحة، التضامن الإجتماعي)، وإلى الهيئات المسؤولة، وإلى الخلية الطبية وإلى الطلبة وإلى كل من له علاقة بموضوع الدراسة، كل حسب موقعه ومجال تدخله:

1- بالنسبة للوزارتين الوصيتين:

- التحسيس بأهمية المساندة الإجتماعية للمريض خاصة المريض المزمن.
- تنظيم دورات تكوينية لممتني الصحة والعلاج، تتناول موضوع تقبل العلاج.
- إنشاء مركز وطني خاص بدراسة آليات التكفل بالمرضى المزمنين.
- إنشاء مراكز ومعاهد تعنى بالبحوث في مجالات الصحة وعلم نفس الصحة.
- الإستفادة من خبرات الدول المتقدمة في مجالي الصحة وعلم نفس الصحة، ومجال التكفل بالمرضى المزمنين.
- توظيف أخصائيين في علم نفس الصحة في المصالح المختلفة للأمراض المزمنة.
- خلق وظائف جديدة، كمختصين في المتابعة والتكفل بالمرضى المزمنين.
- القيام بزيارات لأسر وعائلات المرضى المزمنين، وذلك لتحسيسهم بأهمية الروابط الإجتماعية وعلاقات المساندة الإجتماعية للأفراد المصابين بالأمراض المزمنة، وذلك من خلال توظيف مساعدين أو مساعدات إجتماعيات مختصين في مجال التكفل بالمرضى المزمنين.

2- بالنسبة للخلية الطبية :

- 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.

3- بالنسبة للطلبة:

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

الخاتمة

الخاتمة:

بعد استعراضنا لموضوع الدراسة، اتضح لنا أن المساندة الإجتماعية المتمثلة في الدعم الوجداني (العاطفي)، التقديري، النصائحي- المعلوماتي والمادي الذي يتلقاه الفرد من شبكة علاقاته مع الأفراد الفعالين من محيطه الإجتماعي، ضرورية ومفيدة، خاصة عند المرضى المزمنين الذين يعانون من مشاكل كبيرة ومعقدة تؤثر على صحتهم الجسدية والنفسية، هذه المعاناة تستوجب من المحيطين بهم معاملة خاصة تسودها مساندة إجتماعية، فالمساندة الإجتماعية بنوعها الملموسة (المادية) وغير الملموسة (المعنوية)، جد مهمة بالنسبة لهؤلاء المرضى، فهي تساعدهم على إعادة الثقة بأنفسهم، وعلى تنمية إستراتيجيات مواجهة فعالة، وعلى تقبل العلاج، وهو المفهوم الذي يشير إلى انتظام والتزام المريض بالدواء وبالتعليمات والإرشادات الطبية بما فيها السلوكيات الصحية، كونه (تقبل العلاج) يشكل مشكلا عند المرضى المزمنين تتدخل فيه مجموعة من العوامل السيكولوجية، الإنفعالية، المعرفية، والعوامل المرتبطة بالدواء وبالمرض وبالخلية الطبية، وعوامل المحيط بما فيها عوامل المساندة الإجتماعية.

وفي دراستنا هذه التي تناولنا فيها علاقة المساندة الإجتماعية بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، فقد خلصت نتائجها إلى أنه توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01، بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بـ HTA بما فيها مساندة عائلته وطبيبه المعالج، وبين درجة تقبله للعلاج، ومن هنا تتضح الأهمية الكبيرة للمساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بـ HTA من طرف عائلته وطبيبه المعالج على صحته، كما تتضح أهمية نوعية وطبيعة العلاقة - طبعا في الإطار المفاهيمي للمساندة الإجتماعية- بين المريض بـ HTA وعائلته، وبينه وبين طبيبه المعالج، لضمان إستمرارية تقبل العلاج.

***Abstract:** the research dealt with social support and its relationship with essential high blood pressure patients' adherence to treatment, through trying to answer the following questions:*

Does the degree of social support have any statistical significant relationship with essential high blood pressure patients' adherence to treatment?

Does the social support of a family to its essential high blood pressure ill member have any statistical significant relationship with adherence to treatment?

Does the social support of doctors to their essential high blood pressure patients have any statistical significant relationship with adherence to treatment?

The research was set into two parts:

Theoretical part which tackled to research variables.

Practical part which studied 100 essential high blood pressure patients over 30 days, who were asked to answer two questionnaires (social support & adherence to treatment) devised by the student researcher.

as a result, the research proved the existence of statistical significant relationship at the level 0.01 between social support

(including the support of family and doctor), and essential high blood pressure patients' adherence to treatment.

المراجع

1- المراجع العربية:

- 1- زرواتي, ر. (2002). *تدريبات على منهجية البحث في العلوم الاجتماعية* (ط1). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 2- مصطفى الفوال, ص. (د.ت). *منهجية العلوم الاجتماعية*. القاهرة: عالم الكتب.
- 3- معتصم الرشيد, غ. (د.ت). *البناء النفسي للأطفال المشردين: دراسة تطبيقية على مدينة الخرطوم*. واد مدني (السودان): جامعة الجزيرة.
- 4- عثمان يخلف. (2001). *علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة* (ط1). الدوحة: دار الثقافة.
- 5- علي بدور. (06 أكتوبر 2004). *الأجيال تناقش حق المسن بالمساندة الإجتماعية* وبالسكن. *جريدة الراية القطرية*.
- 6- عوض صابر, ف. وعلی خفاجة, م. (2002). *أسس و مبادئ البحث العلمي* (ط1). الإسكندرية: مكتبة و مطبعة الإشعاع.

2- المراجع الأجنبية:

- 1- Adoubi, K.A., Diby, K.F., Nguetta, R., Yangni-Angate, K.H., Adoh, A.M. (2006). *Facteurs de la mauvaise observance de l'hypertendu en Cote D'ivoire. Rev. Int. Sc. Méd. Vol. 8, n°2, 18-22.*
- 2- Ait Hamlat, A. (23 Décembre 2007). *7 millions d'Algériens sont hypertendus. journal d'Expression.*
- 3- Alarie, C. (1998). *L'impact du support social sur la santé des femmes. Revue littéraire.*

- 4- Azizi, M. (10 Mars 2004). 23ème journées de l'hypertension artérielle. *Cardiologie pratique: l'hebdomadaire du cardiologue*, 677, 1-16.
- 5- Azizi, M. (12 Mars 2003). 22ème journées de l'hypertension artérielle. *Cardiologie pratique : l'hebdomadaire du cardiologue*, 638, 1-16.
- 6- Azizi, M. (17 Septembre 2003). 13th European meeting on Hypertension. *Cardiologie pratique: l'hebdomadaire du cardiologue*, 656, 1-20.
- 7- Beaufils, M. (17 Mars 2004). HTA et Contraception orale. *Cardiologie pratique: l'hebdomadaire du cardiologue*, 678, 1-8.
- 8- Beuaregrd, L., Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, vol.45, n°.3, 55-76.
- 9- Born, M. Le role du réseau social. *Les cahiers de l'actif*, 258/259, 45-52.
- 10- Brent Hall, J., Geoffry, N. (1996). Social networks, social support, personnel empowerment and the adaptation with psychiatric consumers/survivors: path analytic models. *Soc. Sci. Med*, vol.12, n°.12, 1743-1754.
- 11- Bruchon-Schweitzer, M. & Dantzer, R. (2003). *Introduction à la Psychologie de la santé* (4emeed.). France: Presses universitaires.
- 12- Bruchon-Schweitzer, M. (Décembre 2001). Le Coping et les stratégies d'ajustement face au stress, *Recherche en soins infirmies*, 67, 68-83.

- 13-** Comité régional d'éducation pour la santé (CRESIF). (colloque des 12-13 Novembre 2001). *Obervance thérapeutique chez le peronnes agées: synthèse documentaire*. Paris.
- 14-** Debarr, K. A. (2004). A review of current health education theories, *California Journal of health promotion*, vol.2, n°.1, 74-87.
- 15-** De Blic, J. (2007). Obervance thérapeutique chez l'enfant asthmatique. *Revue générale*, 24, 419-26.
- 16-** Fondation Suisse de Cardiologie (FSC). (n.d.). *L'hypertension Artérielle: brochure d'information*. Trouvé le 21 Octobre 2007, dans <http://www.prevention.ch/hypertensionarteriellel.htm>
- 17-** French League Against Hypertension survey (FLAHS). (2006). *Enquetes FLAHS*. France.
- 18-** Hartmann, A. (14 décembre 2007). *Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur "Accompagnant- Référent"*: Thèse du Doctorat présentée à l'université de Haute-Bretagne Rennes 2.
- 19-** Jacque, C., Thurin, J. M. (2002). Stress immunité et physiologie du système nerveux. *Médecine/Sciences*, 18, 1160-6.
- 20-** Jaffe, D. (1981). *La guérison est en soi*. R. Laffont.
- 21-** Jonasson, G., Karlsen, K. H., Mowinrckel, P. (2000). Asthma drug adherence in a long term clinical trial. *Arch dis child*, 83, 330-3.
- 22-** Kazrian, S. S., Evans, D. R. (2001). *Handbook of cultural health psychology*. USA & UK: Academic press.

- 23-** Konin, M. A., Coulibary, E., Cramoh, M., Safou, M., N'guetta, R., N'djesson, J., et al. (Aout 2007). L'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir Africain. *Journal d'expression de la société Française de cardiologie*, 8. Paris: Masson.
- 24-** Kourta. D. (26 Décembre 2004). Hypertension artérielle: 34% des Algériens sont hypertendus. *Journal EL Watan*.
- 25-** Larkin, K. T. (n.d.). *Stress & hypertension: Examining the relation between psychological stress & high blood pressure*. New haven & London: Yale university press.
- 26-** Larousse (2004). *Larousse de la santé*. Paris: Editions Larousse.
- 27-** Larousse (1990). *Petit Larousse illustré*. Paris: Editions Larousse.
- 28-** Lévesque, L. & Cossette, S. (1991). Revue critique d'études sur le soutien social et sa relation avec le bien-etre de personnes atteintes de démence. *Canadian journal of community Mental health*, vol.10, n°.2, 65-93.
- 29-** Mancia, 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.
- 30-** Marchina, J. C. (1995). *L'hypertension artérielle et les facteurs de risque cardiovasculaire*. Alger: Dahlb.
- 31-** Moyle, G. (12 Octobre 1997). *Les facteurs de compliance*. Trouvé le 17 Novembre 2007, dans <http://www.actions-traitements.org/spip.php?article157>

- 32-** Nezu, A. M., Maguth- Nezu, C., Geler, P. A. (2003). *Handbook of psychology*. Vol.9. New Jersey: John Wiley & sons.
- 33-** Ogden. (2000). *Health psychology* (2nd ed.). Buckingham: open university press.
- 34-** Organisation Mondiale de la santé (OMS). (1985). *Etude de la tension artérielle chez l'enfant*. Genève: OMS.
- 35-** Oumar, A. A., Dao, S., Diamoutene, A., Coulibaly, S., Koumare, B., Mariko, E., et al. (2007). Les facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du point G. *Mali médical*, 1, 18-21.
- 36-** Parizot, I., Wachsberger, J. M. (Septembre 2005). *Aider et être aidé: Système et structure du soutien social informel à Antananarivo et à Paris*: Document de travail. Paris.
- 37-** Paulhan, I., Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris: PUF.
- 38-** Programme national de mentorat sur le VIH-SIDA (PNMVS). (n.d.). Québec.
- 39-** Réseau Canadien d'info-traitements SIDA (CATE). (Décembre 2002). *Traitement Sida* 132. Vol. 14, n°. 9.
- 40-** 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>
- 41-** Schneider, M. P. (21 Avril 2005). *L'adhésion au traitement: les clés du succès*. CHUV Lausanne.

42- Schwarzer, R., Schulz, U., Katsap, B. (2000). *Echelles Berlinoises du soutien social*. Trouvé le 15 Février 2008, dans http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_f.htm

43- World Health Organisation (WHO). (2003). *Adherence to long term therapies*. Switzerland: WHO.

الملاحق

الملحق رقم 01
إستبيان المساندة
الاجتماعية

إستبيان المساندة الإجتماعية عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

إعداد: سعيد قارة.

من جامعة الحاج لخضر باتنة – الجزائر.

قسم علم النفس.

السنة الجامعية 2008-2009

تعليمة الإستبيان: في إطار القيام بدراسة حول المساندة الإجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الإستبيان.
الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.
تأكد من أن معلوماتك ستوضّف لأغراض علمية فقط ، وأنها ستحضى بقدر عالي من السرية والائتمان .

الإسم: (اختياري).....
السن:
الجنس: ذكر(....) أنثى(....)

ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لإجابتك:

I- هل تتلقى مساندة من طرف :

العائلة الطبيب العائلة و الطبيب معاً

- إذا كانت الإجابة العائلة, أجب على المحور الأول من الإستبيان.
- إذا كانت الإجابة الطبيب, أجب على المحور الثاني من الإستبيان.
- إذا كانت الإجابة العائلة و الطبيب معاً, أجب على المحورين الأول و الثاني من الإستبيان.

المحور الأول (المساندة الإجتماعية من طرف العائلة) :

- 1- تتلقى دعماً عاطفياً من طرف عائلتك ؟
لا نعم
- 2- تتلقى تقديراً واحتراماً من طرف عائلتك؟
لا نعم
- 3- تتلقى تشجيعاً وإعادة الثقة بنفسك من طرف عائلتك ؟
لا نعم
- 4- تتلقى نصائح وتوجيهات من طرف عائلتك ؟
لا نعم
- 5- في حالة احتياجك لدعم مادي, هل تتلقاه من طرف عائلتك ؟ نعم لا
- 6- تجد أن عائلتك تحاول دائماً مساعدتك ؟
لا نعم
- 7- تجد نفسك محاطاً بأفراد عائلتك أثناء مرورك بمشاكل أو أزمات ؟ نعم لا
- 8- تشعر بالرضا من مساندة أهلك لك ؟
لا نعم
- 9- تقيم درجة مساندة أهلك لك على أنها عالية ؟
لا نعم

المحور الثاني (المساندة الإجتماعية من طرف الطبيب) :

- 1- معاملة طبيبك لك في الغالب جيدة ؟ نعم لا
- 2- تتلقى تقديرا واحتراما من طرف طبيبك؟ نعم لا
- 3- تشعر أن طبيبك يصغي إليك باهتمام؟ نعم لا
- 4- تتلقى تشجيعا وإعادة الثقة بنفسك من طرف طبيبك المعالج؟ نعم لا
- 5- تتلقى نصائح وتوجيهات من طرف طبيبك المعالج؟ نعم لا
- 6- تستفيد أحيانا من فحوصات مجانية من طرف طبيبك؟ نعم لا
- 7- تجد أن طبيبك المعالج يحاول دائما مساعدتك؟ نعم لا
- 8- تشعر بالرضا من مساندة طبيبك لك؟ نعم لا
- 9- تقيم درجة مساندة طبيبك لك على أنها عالية؟ نعم لا

الملحق رقم 02 إستبيان تقبل العلاج

إستبيان تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي

إعداد: سعيد قارة.

من جامعة الحاج لخضر باتنة – الجزائر.

قسم علم النفس.

السنة الجامعية 2008-2009

تعليمة الإستبيان: في إطار القيام بدراسة حول المساندة الإجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الإستبيان. الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك. تأكد من أن معلوماتك ستوضّف لأغراض علمية فقط ، وأنها ستحضى بقدر عالي من السرية والائتمان .

الإسم: (اختياري).....
السن:
الجنس: ذكر(....) أنثى(....)

ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لإجابتك:

- 1- هل تشتري الدواء الموصوف لك ؟
 نعم لا
- 2- هل عندك إقتناع بأن الدواء الموصوف لك هو الملائم ؟
 نعم لا
- 3- هل تأخذ دواءك معك أثناء سفرك أو غيابك عن البيت ؟
 نعم لا
- 4- هل تستشير طبيبك عن كيفية تناول الدواء أثناء الفترات التي تتغير فيها عاداتك
(صيام ، سفر،) ؟
 نعم لا
- 5- هل تلتزم بأوقات تناول الدواء ؟
 نعم لا
- 6- هل تحس بالتوتر كلما تأخرت عن تناول الدواء ؟
 نعم لا
- 7- هل تلتزم بالجرعات الدوائية المحددة لك ؟
 نعم لا
- 8- هل تهمل تناول الدواء ؟
 نعم لا
- 9- هل تتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست أنك تحسنت ؟
 نعم لا
- 10- هل تستشير طبيبك في حالة تعرضك لمضاعفات جانبية للدواء؟
 نعم لا
- 11- هل أنت مدرك بمضاعفات المرض إذا لم تتناول الدواء ؟
 نعم لا
- 12- هل أنت ملم بمعلومات حول مرضك؟
 نعم لا
- 13- هل تستشير طبيبك في حالة أخذك لأدوية ذات وصف شخصي ؟
 نعم لا
- (Automédication)

- 14- هل تجدد الوصفات الطبية باستمرار ؟ نعم لا
- 15- هل تتبع التعليمات الطبية بدقة ؟ نعم لا
- 16- هل تجري فحوصات دورية ؟ نعم لا
- 17- هل تلتزم بالمواعيد الطبية (LES RDV)؟ نعم لا
- 18- هل تداوم على قياس ضغط دمك باستمرار ؟ نعم لا
- 19- هل تستعمل دفترًا صحيًا وتسجل فيه أرقام ضغط دمك ؟ نعم لا
- 20- هل تقيس ضغط دمك قبل أخذك لحمام ساخن أو حمام معدني؟ نعم لا
- 21- هل تثق بطبيبك المعالج ؟ نعم لا
- 22- هل تلتزم بطبيبك المعالج ولا تستشير طبيبًا آخر؟ نعم لا
- 23- هل تتناول وجباتك الغذائية محدودة الملح (ملح الصوديوم)؟ نعم لا
- 24- هل تتبع حمية غذائية خاصة ؟ نعم لا
- 25- هل تتجنب الإكثار من شرب القهوة و المشروبات المنبهة الأخرى ؟ نعم لا
- 26- هل أنت مدخن ؟ نعم لا
- 27- هل تتناول المشروبات الكحولية ؟ نعم لا
- 28- هل تمارس رياضة خفيفة بصفة منتظمة (المشي، تمارين بسيطة، الدراجة ، السباحة)؟ نعم لا
- 29- هل تخرج أحيانًا للتنزه والابتعاد عن الضغوط ؟ نعم لا