

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الحاج لخضر - باتنة -

قسم: العلوم الاجتماعية
شعبة: علم النفس

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
والعلوم الإسلامية

الموضوع

تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس العيادي - تخصص علم نفس الصحة -

إشرافه الأستاذ :

أ. د. رحال غربي محمد الهادي

إعداد الطالبة:

لكحل رفيقة

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	الصفة	الجامعة الأصلية
د. جبالي نور الدين	أستاذ محاضر	رئيسا	باتنة
أ. د. رحال غربي محمد الهادي	أستاذ التعليم العالي	مقررا	باتنة
د. راجية بن علي	أستاذ محاضر	عضوا	باتنة
أ.د. شرفي محمد صغير	أستاذ التعليم العالي	عضوا	سطيف

السنة الجامعية : 2010 - 2011

شكر وتقدير

إن الحمد لله جل ثناؤه وتقدست أسماؤه

الحمد لله الذي أحانني وسير خطاي لإتمام هذا العمل المتواضع

وبعد أشكر أستاذي المشرفه رحال تحريي محمد المادي الذي لم يبخل بتوجيهاته و كان عوناً لي لانجاز هذا البحث.

كما يسرني أن أتقدم بخالص الشكر ووافر الامتنان إلى أستاذتي بمعهد علم النفس، الأطباء الذين ساهموا بانجاز هذا

البحث، إلى كل زملائي وزميلاتي الذين حاولوا المساعدة بكل ما أوتوا من إمكانيات، إلى صديقاتي و

أصدقائي الذي تحملوا المشقة معي و حملوا هم بحثي و دراستي.

أزفه شكري إلى عائلتي فرداً فرداً على الدعم و المساندة و التفهم، بالأخص والدائي الحبيبان،

إلى كل من ساعدني من قريب و من بعيد في إنجاز هذه المذكرة .

الصفحة	الموضوع
-	شكر و عرفان.....
-	فهرس المحتويات.....
-	فهرس الجداول.....
-	فهرس الأشكال.....
-	ملخص الدراسة.....
-	ملخص الدراسة باللغة العربية.....
-	RESUME EN FRANCAIS.....
1	مقدمة.....
الجانب النظري	
الفصل الأول: إشكالية الدراسة و متطلباتها	
3	1. إشكالية الدراسة.....
5	2. أسباب اختيار الموضوع.....
5	3. أهمية البحث و أهدافه.....
5	1. أهمية البحث.....
6	2. أهداف الدراسة.....
6	4. فروض البحث.....
6	5. المفاهيم الأساسية للبحث.....
8	6. الدراسات السابقة.....
الفصل الثاني: ارتفاع ضغط الدم	
12	1. تعريف ارتفاع ضغط الدم.....
13	2. تصنيف ارتفاع ضغط الدم.....
14	3. وبائية المرض.....
14	4. قياس ارتفاع ضغط الدم.....
14	استعمال المضغوط و السماعه.....
16	استعمال مضغوط الكتروني.....
16	القياس الذاتي للضغط.....
17	القياس المتنقل.....
18	أهمية القياس المنزلي.....
20	القيم الطبيعية لضغط الدم.....
22	5. أعراض ارتفاع ضغط الدم.....
22	6. تشخيص ارتفاع ضغط الدم.....
24	7. أسباب ارتفاع ضغط الدم.....

24	أ- عوامل الخطر.....
28	ب- أسباب ارتفاع ضغط الدم الثانوي.....
28	8. مضاعفات ارتفاع ضغط الدم.....
31	9. استراتيجيات علاج ارتفاع ضغط الدم.....
31	الأهداف.....
31	توصيات المنظمة العالمية للصحة.....
32	العلاج اللادوائي.....
34	العلاج الدوائي.....
37	مقاومة العلاج.....
38	اختيار العلاج.....
39	خلاصة.....
الفصل الثالث: الالتزام الصحي	
40	1. تعريف الالتزام/ عدم الالتزام الصحي.....
40	التعريف اللغوي.....
41	التعريف الاصطلاحي.....
42	2. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية للالتزام.....
43	3. أنواع عدم الالتزام الصحي.....
46	4. تفسير عدم الالتزام بالنسبة للمريض.....
47	5. أسباب عدم الالتزام الصحي.....
48	أ- العوامل المتصلة بالمريض.....
53	ب- العوامل المتصلة بالمرض.....
54	ت- العوامل المتصلة بالعلاج.....
56	ث- العوامل المتصلة بنظام الرعاية الصحية.....
57	ج- العوامل المتصلة بالظروف الاقتصادية و الاجتماعية.....
59	6. نتائج عدم الالتزام الصحي.....
59	أ- النتائج الاقتصادية.....
60	ب- النتائج الطبية.....
62	7. قياس الالتزام.....
62	المقاييس الموضوعية.....
63	المقاييس الذاتية.....
66	8. النظريات المفسرة للالتزام.....
67	أ- النموذج المعرفي.....
71	ب- نموذج القناعة الصحية.....
73	ت- نموذج تعزيز الصحة.....

73	ث- نموذج مراحل التغيير.....
74	ج- الإدارة الذاتية.....
75	ح- النظرية الاجتماعية المعرفية لبندورا.....
76	9. تحسين الالتزام.....
80	10. الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.....
80	أ- الالتزام الدوائي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.....
81	ب- تأثير الالتزام على السيطرة على ارتفاع ضغط الدم.....
82	ت- الالتزام بالعلاج غير الدوائي.....
82	ث- العوامل التي تسهم في الالتزام.....
84	ج- تحسين الالتزام لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.....
87	خلاصة.....
الفصل الرابع: تعليم المرضى	
88	1. تعريف التربية العلاجية.....
88	أ- تعريف التربية الصحية.....
89	ب- تعليم المصاب بالأمراض المزمنة.....
92	2. فوائد التربية العلاجية.....
92	3. أهداف التربية العلاجية.....
96	4. طرق و مراحل التربية علاجية.....
96	أ- التربية العلاجية الفردية.....
97	ب- التربية العلاجية الجماعية.....
99	5. إدماج تربية المريض في العملية العلاجية للمرض المزمن.....
101	6. مستويات التربية العلاجية.....
101	7. القائمين بالتربية العلاجية.....
103	8. أساليب و أدوات التربية العلاجية.....
104	9. العوامل التي تؤثر في التربية العلاجية.....
105	10. شروط التربية العلاجية.....
106	11. التربية العلاجية لتحسين الالتزام.....
107	أهمية التربية العلاجية في تحسين الالتزام.....
108	الاستراتيجيات المستخدمة في تحسين الالتزام.....
111	12. التربية العلاجية لمريض ارتفاع ضغط الدم.....
112	فوائد التربية العلاجية لمريض ضغط الدم.....
112	مكونات برنامج تربية مريض ارتفاع ضغط الدم.....
113	أهمية القياس الذاتي في عملية تعليم المريض.....
116	خلاصة.....

الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة	
117	1. الدراسة الاستطلاعية.....
117	أ- المنهج المستخدم.....
117	ب- إجراءات الدراسة الاستطلاعية.....
118	ت- العينة الاستطلاعية للبحث.....
119	ث- حدود الدراسة الاستطلاعية.....
119	ج- أدوات البحث.....
119	استبيان "الالتزام الصحي لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم.....
120	استبيان "التربية الصحية لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم.....
121	حساب الخصائص السيكومترية للاستبيانين.....
126	ح- نتائج الدراسة الاستطلاعية.....
126	2. الدراسة النهائية.....
126	أ- المنهج المستخدم.....
128	ب- العينة النهائية للبحث.....
129	ت- حدود الدراسة.....
130	ث- أدوات البحث.....
130	ج- المعالجات الإحصائية المستخدمة.....
الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج	
132	1. عرض النتائج
132	أ- الفرضية الأولى.....
133	ب- الفرضية الثانية.....
133	ت- الفرضية الثالثة.....
135	ث- الفرضية الرابعة.....
136	ج- الفرضية الخامسة.....
136	ح- الفرضية السادسة.....
137	2. مناقشة النتائج.....
137	أ- مناقشة الفرضية الأولى.....
137	ب- مناقشة الفرضية الثانية.....
138	ت- مناقشة الفرضية الثالثة.....
138	ث- مناقشة الفرضية الرابعة.....
138	ج- مناقشة الفرضية الخامسة.....
139	ح- مناقشة الفرضية السادسة.....
139	3. صعوبات البحث.....

140	4. التوصيات و المقترحات.....
141	خاتمة.....
المراجع	
142	المراجع باللغة العربية.....
142	المراجع باللغة الفرنسية.....
146	المراجع باللغة الانجليزية.....
150	الملاحق.....

الرقم	العنوان	الصفحة
1	جدول يوضح تصنيف ضغط الدم المقاس بالمليمتر الزئبقي للراشد	13
2	خطوات قياس الضغط باستعمال المضغط و السماعه	15
3	القيم الطبيعية لضغط الدم حسب طريقة القياس.	21
4	القيم الطبيعية لضغط الدم باختلاف العمر	22
5	جدول الفحوصات التي يعتمد عليها لتشخيص ارتفاع ضغط الدم	24
6	جدول يوضح بعض الأضرار التي تلحق بالأجهزة المستهدفة بالضغط	30
7	جدول للاحتياجات الغذائية لمريض ارتفاع ضغط الدم	33
8	استعمالات أدوية الضغط	37
9	أنواع عدم الالتزام حسب دراسة إكلينيكية (Munzenberger,Souville,Moatti,1996)	44
10	معدلات الالتزام في ظروف طبية مختلفة أو في علاجات مختلفة	54
11	عيوب بعض الطرق التي تقيس الالتزام	66
12	جدول يلخص أهم النقاط المتعلقة بالنموذج المعرفي	70
13	جدول يلخص بعض الاستراتيجيات التي تحسن الالتزام الصحي.	77
14	العوامل التي تؤثر في التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم و التدخلات اللازمة لتحسينه	84
15	بعض الوسائل المتاحة لتحسين التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم	86
16	المهارات الخاصة التي تهدف إليها تربية المرضى	94
17	القدرات التي يكتسبها المريض خلال برنامج للتربية العلاجية، مهما كان نوع المرض، شرط أو مكان التطبيق	95
18	طرق و نشاطات التعلم المستعملة خلال جلسات التربية العلاجية الجماعية	98
19	مواقع الكترونية للتربية العلاجية	103
20	الاختيارات المتاحة لتنفيذ التربية العلاجية	104
21	بعض الاستراتيجيات التعليمية المقترحة لتحسين الالتزام	110
22	مثال عن الأهداف التعليمية لحصة تدريبية للقياس الذاتي لضغط الدم	115
23	مفتاح تصحيح استبيان مستوي التربية الصحية	121
24	معامل الثبات لاستبيان الالتزام الصحي	122
25	معامل ثبات استبيان التربية الصحية.	123

الصفحة	العنوان	الرقم
123	نتائج الصدق الذاتي للاستبيانين.	26
124	نتائج حساب الصدق لاستبيان الالتزام الصحي.	27
125	نتائج حساب الصدق لاستبيان التربية الصحية.	28
125	ملخص للتغيرات المجرات على الاستبيانين .	29
127	برنامج الحصة التعليمية المقدمة للعينة التجريبية.	30
128	خصائص العينة النهائية.	31
129	خصائص العينة التجريبية و العينة الضابطة.	32
130	نسب العينة حسب الأماكن	33
132	نتائج الفرضية الأولى	34
133	نتائج الفرضية الثانية	35
133	نتائج تحليل التباين للفرضية الثالثة	36
134	نتائج شيفي مأخوذة من برنامج SPSS	37
135	نتائج تحليل التباين للفرضية الرابعة	38
136	نتائج اختبارات للفرضية الخامسة	39
136	نتائج اختبارات للفرضية السادسة	40

الصفحة	العنوان	شكل رقم
16	وضعية القياس باستعمال المضغاط الالكتروني	1
18	كيفية وضع جهاز القياس المتنقل	2
25	ارتفاع ضغط الدم بدلالة العمر،الجنس،العرق لعينة من الأمريكيين في الفترة من 1960_1975	3
31	مراحل العلاج لمريض ارتفاع ضغط الدم	4
32	التكفل بمريض ارتفاع ضغط الدم الخفيف إلى المتوسط (Rapport OMS 1996)	5
36	شكل يوضح الآليات الفسيولوجية لأدوية الضغط.	6
45	العلاقة المتبادلة بين مختلف أنواع الالتزام	7
67	عناصر النموذج المعرفي	8
71	نموذج المعتقد الصحي و السلوك الصحي الوقائي	9
72	ملخص لنموذج الاعتقاد الصحي في التنبؤ و شرح السلوك المرضي	10
73	المشاركة في سلوك تعزيز الصحة.	11
100	إدماج عملية التربية العلاجية مع العملية العلاجية للمريض	12
108	إدارة عدم الالتزام و تربية المريض	13

ملخص الدراسة باللغة العربية:

تناولت الدراسة الحالية موضوع تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم على تحسين التزامهم الصحي. و قد تمت الدراسة على عينة من المصابين بارتفاع ضغط الدم، تكونت من 120 فرد تتراوح أعمارهم من 30 إلى 100 سنة و بمتوسط عمر يقدر بـ 59,35. حيث تم تقسيم العينة إلى عينة تجريبية تكونت من 63 فرد و عينة ضابطة 57 فرد، و تم إجراء تطبيق قبلي، يقيس درجات الالتزام الصحي باستبيان معد من طرف الباحثة، و تطبيق بعدي يقيس نفس الخاصية و بنفس الأداة و ذلك بعد إخضاع العينة التجريبية لعملية تعليم معززة بمطوية تحوي معلومات مكتوبة تخص ارتفاع ضغط الدم.

و قد أكدت النتائج أن مستوى التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم ضعيف، كما أن تعليم المرضى يحسن درجة التزامهم الصحي. كما أوضحت النتائج اختلاف مستويات الالتزام لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم باختلاف المستوى التعليمي و وجود المضاعفات أو عدمها، فيما انعدمت الفروق في الالتزام الصحي بين الجنسين، و بين مختلف المستويات الاقتصادية. و على العموم تبين الدراسة حاجة مرضى ارتفاع ضغط الدم إلى تعليم صحي.

RESUME EN FRANCAIS

L'objectif de cette étude était d'examiner l'impact de l'éducation des malades hypertendus sur leur compliance médicale. L'échantillon de l'étude se composait de 120 patients hypertendus, âgés de 30 à 100 ans, L'âge moyen étant de 59,35 ans. L'échantillon total est divisé en un échantillon expérimental de 63 patients hypertendus et un échantillon de contrôle de 57 patients. Un pré-test d'évaluation de compliance médicale est appliqué à l'ensemble des patients, et un post-test du même questionnaire a été réalisé après avoir soumis l'échantillon expérimental à une éducation, renforcée par un dépliant qui contenait des informations sur l'hypertension artérielle.

Les résultats ont confirmé que le niveau d'éducation des patients souffrant d'hypertension artérielle est faible, et que l'éducation du patient améliore le degré de sa compliance.

Les résultats ont montré aussi, des différences statistiquement significatives dans le niveau de compliance chez les personnes souffrant d'hypertension artérielle en fonction de leur niveau d'éducation et de la présence de complications ou non ; par contre le niveau de compliance ne diffère pas entre les deux sexes, et entre les différents niveaux économiques.

Enfin, les résultats montrent qu'il existe un besoin manifeste d'éducation sanitaire pour les hypertendus.

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية الذي نشر سنة 2003، يعتبر حل مشكلة عدم الالتزام تطور أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي (Gérard Reach , Hôpital Avicenne, Laboratoire) .
P1. (de pédagogie de la Santé, éducation et observance , 2006).
 فالالتزام بالأدوية يشكل عاملا حاسما في صحة ورفاهية المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم. و يمكن أن يتأثر قبول المرضى النصائح الطبية والمعلومات من خلال معتقداتهم الذاتية و معلوماتهم عن الصحة، ولذلك فمن الضروري أن يؤخذ عامل الالتزام بعين الاعتبار عند تقديم المشورة الصحية أو العلاج الطبي.

كل الدلائل تشير إلى أن الالتزام بالعلاج و فعالية الدواء عاملان مهمان في تعزيز استقلال و مسؤولية المريض ، والسماح له باستعادة الصحة والشفاء ، و بالتالي يكون تحسين الالتزام من الضروريات القصوى في عملية الرعاية الصحية للمرضى. ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال دمج عملية التربية الصحية في العلاج الطبي مما تؤدي إلى إقامة شراكات بين مقدمي الرعاية والعناية الصحية و المريض. إن تعليم المريض من هذا المنظور، هو عملية نشطة وديناميكية تتطلب توفر الوسائل الكافية و تخطيط مناسب لحاجات المريض، مما يشكل عامل حاسم في تحسين نوعية حياة المريض و تكيفه مع المرض المزمن.

في هذا الإطار تحاول الدراسة الحالية الكشف عن بعض العلاقات المرتبة بالالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم الذي يهدد ما نسبته 35 بالمائة من المجتمع الجزائري و كذا التركيز على الدور الهام الذي يلعبه تعليم المرضى في تحسين الالتزام الصحي لهذه الفئة من المرضى

و سعيا لتحقيق أهداف البحث، تم تناول هذا الموضوع في إطارين. إطار نظري و إطار ميداني في ستة فصول. حيث يتناول **الفصل الأول** تحديد إشكالية البحث و فروضه و أهميته و أهدافه بالإضافة إلى تحديد المصطلحات الأساسية للبحث و كذا إدراج بعض الدراسات السابقة.

و قد اشتمل الإطار النظري على ثلاثة فصول ، يتناول **الفصل الثاني** منها التعريف بمرض ارتفاع ضغط الدم و العوامل التي تؤدي للإصابة به بالتركيز على أهمية العوامل النفس اجتماعية في الإصابة و كذا التطرق للأعراض و العلاج و مضاعفات المرض و في الأخير التطرق لبعض المقترحات

العلمية لإدارة هذا المرض. و **يتناول الفصل الثالث:** فيتناول : الالتزام الصحي من حيث المفهوم والعوامل المؤثرة فيه و وسائل قياسه و خصوصيته في حالات الأمراض المزمنة و بالأخص مرض ارتفاع ضغط الدم و من ثم التطرق إلى خطورة عدم الالتزام الصحي و وسائل تحسينه و **الفصل الرابع يتناول:** مفهوم التربية الصحية و القائمين عليها مركزا على أهميتها و مختلف الوسائل التي تعتمد عليها و في الأخير توضيح علاقتها بالالتزام الصحي و خصوصية هذه العملية عند مريض ارتفاع ضغط الدم.

أما الإطار الميداني للبحث، فقد اشتمل على فصلين، **يتناول الفصل الخامس** إجراءات الدراسة و ذلك بالتطرق للمنهج المتبع و عينة الدراسة و مجالات الدراسة الزمنية و المكانية و كذا الأدوات المستخدمة و طريقة تطبيقها. **أما الفصل السادس و الأخير فيتناول** عرض و تحليل النتائج حسب فروض الدراسة ثم مناقشة النتائج و تفسيرها و عرض لصعوبات البحث و بعض التوصيات و المقترحات.

الفصل الأول

إشكالية الدراسة و متطلباتها

1. إشكالية الدراسة:

شهدت السنوات الأخيرة ارتفاع ملحوظ في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة و ارتفاع التكاليف الصحية المتعلقة بها، حيث تشير الإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي 50% من الأفراد يعانون من حالة من حالات المرض المزمن. و تشير الأرقام إلى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و 83% من الوصفات الطبية، و 80% من أيام الإقامة في المستشفى، و 66% من الزيارات للأطباء، و 55% من الزيارات لأقسام الطوارئ، هي من نصيب المرضى المزمنين (شيلي تايلور، 2008، ص 616).

و يعد فرط ضغط الدم احد المشكلات الصحية المزمنة التي تصيب على الأقل 35% من الجزائريين وهذا حسب الإحصاءات التي أجرتها الجمعية الجزائرية لمرضى ارتفاع ضغط الدم (SAHA) لسنة 2003 (Ait Hamlat, A. 2007). إن هذه الإصابة تحتل المرتبة الثالثة من ناحية الخطورة و التسبب في الوفيات في الجزائر والعالم بعد سوء التغذية و التدخين حيث تؤدي إلى 30 بالمائة من الوفيات. و يعد مرض ضغط الدم من أهم الأمراض المزمنة التي أصبحت تهدد الصحة العمومية و تتقل كاهلها كما تتسبب في الإصابة بأمراض و تعقيدات أخرى أكثر خطورة مثل داء السكري و السمنة و أمراض القلب و الشرايين و الإصابة بسكتة الدماغ و القلب و العجز الكلوي (حسين بوجمعة، 2008). كما أن عدم علاج ارتفاع ضغط الدم يؤثر سلبا على الوظائف المعرفية للفرد لذا كان من الضروري تشخيص و علاج ارتفاع ضغط الدم مبكرا.

من هنا فان التدخلات المتعلقة بتحسين تعامل و تكيف الفرد مع هذا المرض ، وكذا تخفيض التكاليف الصحية المتعلقة به باتت على درجة من الأهمية بالنسبة للمهتمين بالصحة. ومن المشكلات العالية الخطورة و البالغة التعقيد فيما يخص هذه التدخلات ، خصوصا ما يتعلق بالالتزام المرضى بالبرامج الطبية بعيدة المدى . الذي يعد مشكلة واردة لدى جميع المرضى المصابين بأمراض مزمنة، فحسب المنظمة العالمية للصحة:

" عدم الالتزام بعلاج الأمراض المزمنة يشكل مشكلة لافتة في جميع أنحاء العالم و يقدر متوسط عدم الالتزام على المدى الطويل بعلاج الأمراض المزمنة في البلدان المتقدمة بـ 50 بالمائة. في البلدان النامية، تكون المعدلات أقل، و لا يمكن إنكار أن العديد من المرضى يجدون صعوبة في إتباع التوصيات العلاجية" (المنظمة العالمية للصحة، 2003) (Madhu)

(Davies, Faiz Kermani, 200), P7

إذ تشير الأبحاث إلى مستويات عالية من عدم الالتزام لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، و تعتبر مستويات عدم الالتزام بالعلاج من المشكلات الرئيسية التي تواجه محاولات إدارة ارتفاع ضغط الدم، و الناتج بصورة رئيسية عن عدم وجود أعراض للمرض، مما يؤدي إلى عدم إتباع العلاج بصورة منتظمة. بالإضافة إلى ذلك ، تعود حالات عديدة من عدم الالتزام إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض، حول مرضه و طريقة تعامله معه، أضف إلى ذلك مضاعفات العقاقير المزعجة مما يضعف التزامه الصحي و يعرضه للمخاطر الصحية (شيلي تايلور، 2008).

كما نوهت البحوث إلى أهمية توعية المريض و تزويده بالمعلومات المتعلقة بمرضه في تحسين التزامه و تكيفه مع البرامج العلاجية. إذ أن عملية تعليم المريض تعتبر كأحد الحلول المنطقية لتزويد المريض بالمعلومات اللازمة و تغيير أفكاره الخاطئة حول المرض و بالتالي تغيير سلوكه نحو الالتزام بتناول الأدوية و التقيد بالحمية و حتى تغيير نمط حياته ليتناسب مع متطلبات مرضه . و بالتالي كان من الواجب الاهتمام بهذه النقطة الأخيرة في بيئتنا لمعرفة مدى التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم من ناحية و محاولة التحقق من تأثير تعليم المرضى في إحداث الفرق في التزامهم ببرامج العلاج من ناحية أخرى. و ذلك في ضوء التساؤلات التالية:

1. ما مدى تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص تحسين التزامهم الصحي؟
2. ما هو مستوى التربية الصحية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم؟
3. هل هناك فروق دالة إحصائية في التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم تتعلق بمستوى التعليم، المستوي الاقتصادي ، الجنس و وجود مضاعفات؟

2. أسباب اختيار الموضوع: كانت هناك جملة من الأسباب دفعت بالباحثة لإجراء هذه الدراسة منها:

- قلة اهتمام القائمين بالرعاية الصحية بعملية تعليم المرضى.
- تزايد نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم بالجزائر.
- فضول الباحثة للتطرق للموضوع بالدراسة، إضافة إلى تشجيع بعض الأساتذة للباحثة لتناول هذا الموضوع بالدراسة.
- أهمية الموضوع و متغيراته
- حداثة الموضوع على مستوى التراب الوطني

3. أهمية البحث و أهدافه:

1. **أهمية البحث:** لكل بحث أهمية علمية و أخرى عملية لذلك قسمت أهمية هذا البحث إلى:

- أهمية علمية: و تتمثل في :
 - تتمثل أهمية الدراسة في حداثة المتغيرات حيث ربطت بين مفهومين حديثين نسبيا الالتزام الصحي و التربية الصحية.
 - لهذا البحث أهمية بالغة تتمثل في إثراء الدراسات الخاصة بتحسين حياة مرضي ارتفاع ضغط الدم .
- أهمية عملية: و تتمثل في :
 - بناء استبيان لقياس الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.
 - إعداد مطوية تشمل على المعلومات التي تفيد مريض ارتفاع ضغط الدم في الحصول على معلومات تساعده في تحسين حياته.
 - تحسين التزام مرضي ارتفاع ضغط الدم مما يؤدي على المدى البعيد للتحكم في المضاعفات المتعلقة بهذا المرض و منه تعايش أفضل مع المرض.
 - محاولة تنظيم برنامج تربوي مبسط يهدف لتقديم المعلومات الضرورية لمريض ارتفاع ضغط الدم حول الوسائل المثلى للتعایش مع ازمان المرض .
 - لفت نظر المؤسسات الصحية لأهمية التربية الصحية للمرضى و خصوصا فيما يتعلق بتخفيض التكاليف الصحية على المدى البعيد.

2. أهداف الدراسة: من بين الأهداف التي تطمح هذه الدراسة إلى تحقيقها:

- التعرف على مدى الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.
- معرفة مدى تأثير التربية الصحية في تحسين الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- إعداد مطوية تشمل المعلومات الضرورية لمرضى ارتفاع ضغط الدم.

4. فروض البحث:

- توجد فروق بين مرضى ارتفاع ضغط الدم الذين تلقوا تربية صحية و الذين لم يتلقوا تربية صحية.
- نتوقع انخفاض درجات استبيان التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم منخفض.
- تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي باختلاف المستوي التعليمي للمرضى.
- تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي باختلاف المستوي الاقتصادي للمرضى.
- تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي باختلاف الجنس.
- تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي بالنسبة لوجود مضاعفات أو انعدامها.

5. المفاهيم الأساسية للبحث:

- ارتفاع ضغط الدم: تبنت الباحثة نفس التعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية OMS يكون ضغط الدم مرتفعاً عند تجاوز معدل الضغط الانقباضي 140 mmHg و/أو تجاوز معدل الضغط الانبساطي 90 mmHg ، و ذلك بمعدل ثلاثة قياسات مأخوذة لمرضى مستلق في سرير بعد 15 دقيقة من الراحة، وهذا خلال شهر (Jean-Christophe Charniot, 2002,P155). حيث يعرف الضغط الانقباضي بأنه ذلك النشاط الناتج عن انقباض تجاويف القلب، و هو حساس لكميات الدم المتدفقة من القلب و لقدرة الشرايين على التمدد من أجل احتواء الدم. و يعتبر هذا الأخير غير عادي عندما يكون أكبر من 135 مم زئبقي عندما يتم قياسه خلال فترات مختلفة بغض النظر عن عمر الشخص. أما الضغط الانبساطي: فيمثل مستوى الضغط في الشرايين عندما يكون القلب مسترخياً ، و هو مرتبط بمدى مقاومة الأوعية الدموية لتدفق الدم (محمد زايد، 2009).

- **مريض ارتفاع ضغط الدم:** بالنسبة للباحثة مريض ارتفاع ضغط الدم هو كل فرد تم تشخيص ارتفاع ضغط الدم (سواء أساسي أو ثانوي) لديه لمدة تساوي أو تزيد عن السنة و يتلقى علاجاً تحت إشراف طبي.
- **مستوي التعليم:** يقصد به الطور الدراسي الذي وصل إليه الفرد و تقسمه الباحثة إلى:
 - أمي: الأشخاص الذين لم يتلقوا تعليماً
 - ابتدائي: الأشخاص الذين لم يتجاوزوا الطور الابتدائي من التعليم.
 - متوسط: الأشخاص الذين لم يتجاوزوا الطور المتوسط من التعليم.
 - ثانوي: الأشخاص الذين لم يتجاوزوا الطور الثانوي من التعليم.
 - جامعي: الأشخاص الذين تلقوا تعليماً جامعياً.
- **الالتزام الصحي:** يعرف بدرجة و مدى انضباط سلوك الفرد في ميدان تناول الأدوية الموصوفة و إتباع الحمية و تغيير نمط الحياة، و بالتالي الالتزام الصحي لا يتعلق بالالتزام بتناول الدواء فحسب بل يتعدى إلى الالتزام بمواعيد الفحوصات و التحاليل و إتباع نظام غذائي يتناسب مع المرض و كذا تغيير نمط الحياة، و يتم قياس هذا المتغير باستبيان أعدته الباحثة خصيصاً لذلك، يضم عبارات تقيس سلوك الفرد المتعلق بالالتزام بتناول الدواء، الالتزام بزيارة الطبيب الفحوصات و تغيير و الالتزام بتغيير نمط الحياة .
- **تعليم المرضى:** هو مجموع النشاطات التي يتم من خلالها نقل معلومات بصفة منظمة و ممنهجة لتزويد الأفراد بمعلومات صحية صحيحة و العمل على تقديم المشورة و حشد المهارات اللازمة لتغيير سلوكيات المريض و هذا بهدف جعل حياة المريض أفضل و أسهل للتعايش مع المرض و العلاج.

6. الدراسات السابقة :

يتم فيما يلي إدراج الدراسات التي لها علاقة بالدراسة الحالية، مرتبة حسب درجة التقارب مع الدراسة، و ذلك في حدود إطلاع الباحثة، و هي:

- دراسة Saounatsou M , O Patsi , Fasoï G , M Stylianou , Kavga A , O Economou , Mandi P , M Nicolaou التي قدمت بمعهد أثينا لتكنولوجيا التربية، و التي كان الغرض منها دراسة علاقة تربية المريض مع علاجه و ربطها بالمتغيرات الخارجية: سنوات الدراسة و مدة العلاج. حيث تم اختبار هذه الفرضية مع " أفراد مصابين بارتفاع ضغط الدم تلقوا تعليم حول أهمية الدواء و العواقب المترتبة على عدم أخذ الجرعة المحددة أظهرت مزيدا لاحترام الأدوية الموصوفة مقارنة بالذين لم يتلقوا تعليما ". و تكونت عينة الدراسة من 40 مريض بارتفاع ضغط الدم، و ذلك باستخدام اختبار بعدي في المجموعتين الضابطة و التجريبية. و قد أظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات الامتثال في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة، و وجود علاقة ايجابية بين سنوات الدراسة و الالتزام، و علاقة سلبية بين مدة العلاج و الالتزام (Saounatsou M et al , 2001).

- دراسة الباحثين الإيرانيين Hadi N, Rostami Gooran N التي بينت فعالية البرامج التعليمية في تحسين الالتزام بالأدوية الخافضة للضغط، حيث تم تعليم 150 مريض مصاب بارتفاع ضغط الدم خلال مرحلتين: الأولى مقابلة تعليمية مباشرة في العيادة و التي تم فيها شرح كيفية التعامل مع مشكلة أخذ الأدوية. ثم تم تقسيم الحالات عشوائيا إلى أربع مجموعات: الأولى تلقت تعليما عبر الهاتف، الثانية عبر الهاتف بالإضافة إلى كتيب تعليمي، الثالثة بالكتيب التعليمي فقط و ضابطة. و قد تم قياس الالتزام باستبيان موحد قبل و بعد التعليم. فمن أصل 150 مريض خضع للمرحلة الأولى لم يتبقى سوى 58 في نهاية الدراسة. و كان معدل الالتزام في مرحلة ما بعد التعليم أعلى منه قبله و ذلك بدلالة إحصائية عند 0.05 ، كما خلص البحث إلى التعليم المباشر على أساس مشكلة المريض هو علاج فعال لتحسين الالتزام (Hadi N, Rostami Gooran N, 2006).

- دراسة Sclar DA, Chin A, Skaer TL, Okamoto MP, Nakahiro RK, Gill MA المتعددة العوامل، و التي وجهت برنامج للتربية الصحية مصمم لتعزيز الالتزام يوميا لـ 453 مريض مسجل في منظمات الحفاظ على الصحة (HMOs). و تم تصنيف المرضى بشكل عشوائي إلى عينة ضابطة و تجريبية. حيث تلقى أفراد المجموعة التجريبية طلبا لإدراج المعومات و إمدادات من دواء atenolol كافية لمدة 30 يوما، و كذا رسالة تعليمية حول ارتفاع ضغط الدم، و معلومات عن التغذية و تغيرات نمط الحياة، و توضيحا لمحتوى البرنامج. قبل الموعد المقبل يتم ملئ الوصفة المقررة و الاتصال هاتفيا بكل مريض للاستفسار حول تجربته مع العلاج و كذا التأكيد على أهمية الالتزام بالعلاج، و هكذا تم التعامل مع المرضى شهريا بنفس الطريقة خلال فترة 180 يوما ، و تم تقييم للالتزام بعدد الجرعات المأخوذة من atenolol خلال 180 يوما و كانت النتائج دالة لصالح المجموعة التجريبية (Sclar DA, Chin A, Skaer TL, Okamoto MP, Nakahiro RK, Gill MA, 1991).

- دراسة الباحثين الزبير و السويلم التي حققت في التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم ، معرفة المرضى و المفاهيم الخاطئة حول ارتفاع ضغط الدم، في عينة عرضية لـ 190 مريض بمتوسط عمر 49 سنة، ممن يحضرون لمراكز الرعاية الصحية الأولية لمدينة الخبر بالمملكة العربية السعودية. فمان الامتثال الكلي بنسبة 34,2 %، و كان الالتزام أقل لدي المرضى أقل من 55 سنة بالمقارنة مع الأكبر سنا (26.2% مقابل 8.5 %). كان أيضا أقل لدي المتعلمين منه لدى الأميين (30.4% مقابل 38,1 %)، كما يعتقد حوالي 44% من المرضى بأن عليهم التوقف عن العلاج عندما يحسون بالسيطرة على ضغط الدم، و يعتقد 66.3% منهم أن الضغط النفسي هو أهم عامل نفسي مسبب لارتفاع ضغط الدم. و تشير النتائج الى أن هناك حاجة للتعليم الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم (L.S. Al-Sowielem and A.G. Elzubier, 1998).

- دراسة Waleed M. Sweileh, Ola Aker, & Saed Hamooz حول معدل الانضباط الدوائي بين المرضى ذوي الأمراض المزمنة. هدف هذه الدراسة هو قياس مدى الالتزام الدوائي لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة المسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية في شمال فلسطين. تمت معاينة 321 مريضا باستخدام استبيان مدرج لقياس الانضباط الدوائي. النتائج أشارت إلى أن هنالك 6.5 % عدم انضباط، 52.4 % انضباط

ضعيف، 42.1 ٪ انضباط دوائي جيد. نسبة الانضباط الدوائي له علاقة مع نسبة الأمية، عدم الوعي الصحي و الدوائي في العينة التي تمت دراستها. مكان الإقامة و الجنس ليس لهما تأثير على نسبة الانضباط الدوائي في حين أن العمر و مستوى التعليم و نوع المرض لهما تأثير على مدي الانضباط الدوائي. مرضى السكري كان لديهم نسبة انضباط دوائي أعلى من مرضى ارتفاع ضغط الدم (Waleed M. Sweileh, Ola) (Aker, & Saed Hamooz, 2005).

- دراسة Patel RP , SD Taylor حول العوامل التي تؤثر في التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم، حيث تم إجراء مسح لعينة من 102 مريض أمريكي مصاب بارتفاع ضغط الدم في جامعة ميتشيغان و مراكز و عيادات ارتفاع ضغط الدم.و ذلك باستعمال أسئلة عبر الهاتف لتقييم تصورات المرضى و الضبط المدرك و التزام المرضى. و أسفرت النتائج أن معظم المرضى ملتزمين بالعلاج (67.7%)، و تم إيجاد علاقة عكسية بين الضبط المدرك و الالتزام بالعلاج، إذ أنه كلما كان تصور المريض حول السيطرة على ارتفاع ضغط الدم أكبر كلما كان الالتزام بالدواء أقل (Patel RP , SD Taylor, 2002).
- دراسة ADOUBI K.A, DIBY K.F, NGUETTA R, YANGNI-ANGATE K.H., ADOH A.M حول عوامل الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم بالكوديفوار Côte d'Ivoire حيث كان الهدف من الدراسة معرفة مستوى الالتزام بالعلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم و العوامل المرتبطة بتدني مستوى الالتزام بالعلاج. و قد تمت الدراسة على عينة من 332 مريض يتلقى العلاج منذ أكثر من 6 أشهر، و ذلك باستعمال مقياس لتقييم الالتزام (TEO). أظهرت نتائج الدراسة أن 26.8 ٪ من العينة لديهم مستوى جيد من الالتزام و 53.8 ٪ لديهم مستوى متوسط أما 19.6 ٪ لديهم مستوى ضعيف. أما بالنسبة للعوامل فقد ارتبط تدني الالتزام بالعلاج بالإناث و صغر السن و غياب التأمين الصحي و بوجود التعقيدات الوعائية و القلبية (Patel RP , SD Taylor, 2002).
- دراسة Ghannem H, Ben Abdelaziz A, Bouabid Z, Harrabi I, Gaha R. حول مدى توافق مدركات المريض و الطبيب بالنسبة لخطورة المرض على عينة من 290 مريض بارتفاع ضغط الدم بمدينة سوس بنونس و التي تضمنت قياس لمدى التزام

المرضى بالرجوع إلى اقتناء الدواء الموصوف و الالتزام بالمواعيد الدورية مع الطبيب و كانت أيد 85% من العينة الاعتقاد بأهمية العلاج فيما لم تتعدي نسبة المرضى الملتمين ال 45% (Ghannem H, Ben Abdelaziz A, Bouabid Z, Harrabi I, Gaha R. , 2002).

- دراسة Horne and Weinman سنة (2002) التي تناولت المعتقدات حول المرض و الدواء و مستوى الالتزام بتناول الدواء بالنسبة ل 100 مريض بالربو. أظهرت النتائج أن عدم الالتزام يرتبط بالشك في فعالية الدواء و كذا الاعتقادات الخاطئة حول نتائج المرض و مضاعفاته (Jane Ogden , 2004, p70).
 - دراسة Mullen et al (1985) حول 70 مريض للبحث في علاقة الالتزام و المعرفة و ذلك بالاعتماد على ستة عوامل (مستوى التوافق مع البرنامج العلاجي و أهدافه، تكيف البرنامج مع معارف و معتقدات المريض، الفروق الفردية، التغذية الراجعة، التعزيز، سهولة البرنامج) حيث بينت أهمية التربية العلاجية و أهمية التعزيز و سهولة العلاج في زيادة فعاليتها (Susan Ayers et al, 2007 , P356).
- الدراسات المدرجة تعالج إما العوامل التي تؤثر في الالتزام مريض ارتفاع ضغط الدم أو تأثير التربية الصحية على التزام مريض ارتفاع ضغط، و كذا تأثير مختلف طرق التربية على تحسين التزام مريض ارتفاع ضغط. فيما تحاول الدراسة الحالية أن تشمل دراسة الفروق في التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم المتعلقة بمستوى التعليم، المستوي الاقتصادي، الجنس و سنوات اللآزمان من جهة، و من جهة أخرى دراسة تأثير تعليم مريض ارتفاع ضغط على تحسين التزامه الصحي.

الفصل الثاني

ارتفاع ضغط الدم

يسير الدم عبر الجسم داخل الشرايين ، ناقلاً الأكسجين إلى الأنسجة و الأعضاء المختلفة ثم يعود ، بعد أن تستخدم الأنسجة و الأعضاء الأكسجين ، نحو القلب عن طريق الأوردة يقوم القلب عندئذ بضخ الدم نحو الرئتين ، حيث يعاد تحميله بالأكسجين ثم يعود إلى القلب ليضخه داخل الشرايين مجدداً . و ضغط الدم هو القوة التي يطبقها الدم على جدران الشرايين أثناء جريانه عبر الجسم . أي أن ارتفاع ضغط الدم يحدث حين تتدفق كميات كبيرة من الدم عبر الشرايين، فتضغط بشدة على جدرانها، و هو يحدث استجابة لمقاومة الشرايين الصغرى لتدفق الدم (**IAN B WILKINSON,**) **(W STEPHAN WARING, JOHN R COCKCROFT,2003)**. و يعرض هذا الفصل كل ما يخص مرض ارتفاع ضغط الدم بدأ بالتعريف إلى الأسباب وصولاً للعلاج.

1. تعريف ارتفاع ضغط الدم:

يمكن أن يعرف ارتفاع ضغط الدم بأنه "حالة ارتفاع الضغط أين يكون استعمال العلاج المضاد لارتفاع ضغط الدم أحسن من عدمه"، حيث يركز هذا التعريف على مقدار الأضرار المتعلقة بالنظام القلبي، في حالة عدم علاج ارتفاع ضغط الدم على المدى البعيد (**Gregory Y. H. Lip,**) **(2003,P31)**.

و قد ظهر مصطلح ارتفاع ضغط الدم في نهاية القرن التاسع عشر، ليعبر عن حالة عيادية أين يكون ضغط الدم أعلى من المعدل الطبيعي (**Henri Kulbertus , 1998 , P28**). فحسب منظمة الصحة العالمية OMS يكون ضغط الدم مرتفعاً عند تجاوز معدل الضغط الانقباضي 140 mmHg و/أو تجاوز معدل الضغط الانبساطي 90 mmHg ، و ذلك بمعدل ثلاثة قياسات مأخوذة لمريض مستلق في سرير بعد 15 دقيقة من الراحة، وهذا خلال شهر (**Jean-Christophe Charniot, 2002,**) **(P155)**. حيث يعرف الضغط الانقباضي بأنه ذلك النشاط الناتج عن انقباض تجاويف القلب، و هو حساس لكميات الدم المتدفقة من القلب و لقدرة الشرايين على التمدد من أجل احتواء الدم. و يعتبر هذا الأخير غير عادي عندما يكون أكبر من 135 مم زئبقي عندما يتم قياسه خلال فترات مختلفة بغض النظر عن عمر الشخص. أما الضغط الانبساطي: فيمثل مستوى الضغط في الشرايين عندما يكون القلب مسترخياً ، و هو مرتبط بمدى مقاومة الأوعية الدموية لتدفق الدم (**محمد زايد، 2009**)

2. تصنيف ارتفاع ضغط الدم:

يمكن تصنيف ارتفاع ضغط الدم حسب السبب الذي يرجع إليه:

- ارتفاع ضغط الدم الأساسي: يعتبر ارتفاع ضغط الدم أساسيا أو أوليا، إذا لم يكن هناك سبب واضح للإصابة ، أين يجب على المريض تعاطي أدوية ارتفاع ضغط الدم. وهو يمثل نسبة 95% من المصابين بارتفاع ضغط الدم.
- ارتفاع ضغط الدم الثانوي: و يمثل 5% الباقية من عدد المصابين، حيث يعود سبب الإصابة إلى خلل عضوي يمكن التعرف عليه (Claude Lemaire, Joséphine, Bézard, et al 2005 ,P12).

كما يمكن تصنيفه على أساس قيم الضغط الانبساطي و الانقباضي، المأخوذة في الظروف الملائمة للقياس في العيادة. والجدول الموالي يوضح التصنيف الذي أوردته منظمة الصحة العالمية (OMS) و الجمعية الأوروبية لارتفاع ضغط الدم سنة 1999، والذي صادقت عليه التوجيهات الحديثة للجمعية الأوروبية لارتفاع ضغط الدم Société européenne d'hypertension سنة 2003.

الضغط الانقباضي	الضغط الانبساطي	الصف
120>	80>	الضغط المثالي
129_120	84_80	الضغط العادي
139_130	89_80	الضغط العادي المرتفع
159_140	99_90	ارتفاع ضغط الدم من الدرجة الأولى (légère)
179_160	109_100	ارتفاع ضغط الدم من الدرجة الثانية (modérée)
180≤	110≤	ارتفاع ضغط الدم من الدرجة الثالثة (sévère)
140≥	90>	ارتفاع ضغط الدم الانقباضي المعزول Hypertension systolique isolée

جدول رقم 1: جدول يوضح تصنيف ضغط الدم المقاس بالميليمتر الزئبقي للراشد (Xavier Jean-Yves Le Sophie Digeos-Hasnier, Girerd,2004,P4 Heuzey).

3. وبائية المرض:

تصنف المنظمة العالمية للصحة (OMS) في تقريرها لسنة 2002 ،ارتفاع ضغط الدم من بين العوامل العشرة التي تؤدي إلى مخاطر مرضية لجسم الإنسان، و هو الثاني بعد التبغ من حيث الضرر. و يعد المسؤول عن 6% من الوفيات في العالم، إذ يصيب من 25% إلى 30 % من الراشدين في البلدان الصناعية ،و ترتفع هذه النسبة لتصل إلى 70 % لدى فئة المسنين (Constantin J.Pournaras, 2008). أما بالنسبة للجزائر، فيصيب 30% من الجزائريين ابتداء من سن 26 سنة حسب الإحصاءات المقدمة من جمعية ارتفاع ضغط الدم (SAHA) (Teggueur Kaddeur ,2007).

4. قياس ارتفاع ضغط الدم:

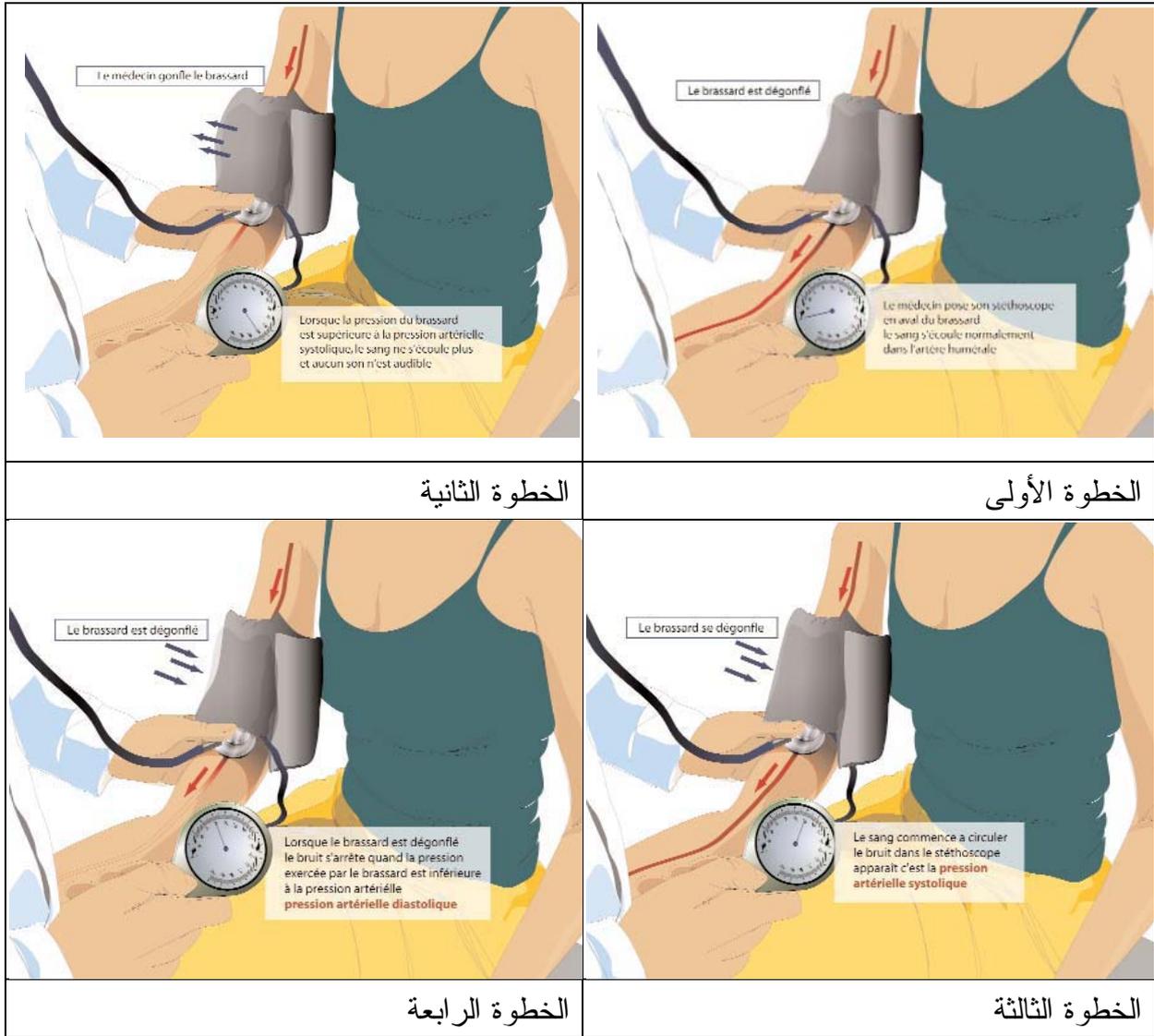
يتغير ضغط الدم باستمرار، لذا لا بد من تكرار القياس لتأكيد تشخيص ارتفاع ضغط الدم ، و عدم الاكتفاء بقياس واحد أو عدد غير كاف من القياسات، و هناك عدة تقنيات لقياس ضغط الدم:

- **استعمال المضغط و السماع:** وهي التقنية التي تستعمل في العيادات و المستشفيات، حيث يتكون الجهاز من حزام داخله كيس يتم تعبئته بالهواء بواسطة مضخة هوائية يدوية و يتصل بالكيس جهاز قياس (سواء كان سائل - زئبق - أو على شكل عداد) ؛ كما تستخدم سماعة الأذن لسماع صوت جريان الدم أثناء القياس . تتمثل شروط قياس ارتفاع ضغط الدم باستعمال المضغط sphygmo_manomètre في:

 - (1) أن يكون المريض في حالة راحة على الأقل ل 5 دقائق.
 - (2) أن يكون حجم شريط الذراع Brassard مناسب لمحيط الذراع
 - (3) أن يكون عمود الزئبق على تواز مع نظر المعالج.
 - (4) إفراغ المضغط من الهواء قبل الاستعمال.
 - (5) وضع شريط القياس فوق الكوع ب3 سم
 - (6) تحديد الشريان العضدي بواسطة اللمس.
 - (7) ملئ المضغط بالهواء دفعة واحدة و بسرعة.
 - (8) وضع السماعة على الشريان العضدي .

- 9) تخفيض الضغط ببطء أي بمقدار 2 ميليمتر زئبقي في الثانية.
- 10) عند سماع صوت تدفق الدم تحدد أولاً قيمة الضغط الانقباضي (القيمة العليا) ، ثم قيمة الضغط الانبساطي (القيمة السفلى) فنقول مثلاً : قيمة ضغط الدم

Quatrième Conférence de Consensus en) مم زئبق 80/120
 médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgence
 (Médicales, 1994



جدول رقم 2: خطوات قياس الضغط باستعمال المضغط و السماعة (GlaxoSmithKline,)

(2010P 9 /1

- **استعمال مضغاط الكتروني:** هذا النوع بسيط يمكن لأي مريض استخدامه بسهولة، في حالة القياس الذاتي لضغط الدم، و الشكل الموالي يمثل الوضعية المناسبة للقياس بعد فترة من الراحة.



شكل رقم 1: وضعية القياس باستعمال المضغاط الالكتروني(Comité)

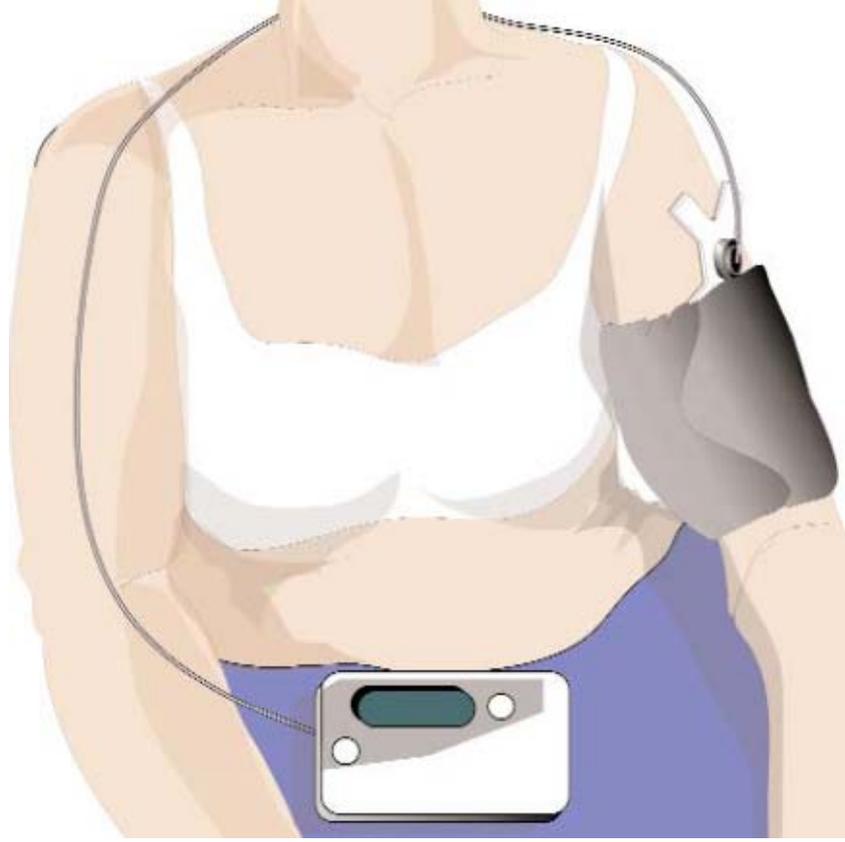
(Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle, 2006, P5).

- **القياس الذاتي للضغط:** يسمح القياس الذاتي بقياس الضغط في المنزل من طرف المريض نفسه. و هو يسمح بتأكيد التشخيص الطبي قبل مباشرة العلاج و كذا مساعدة الطبيب في متابعة المريض خلال تلقي العلاج ، حيث يتم القياس باستعمال الآلات المصادق عليها طبيا ،و ذلك حسب القاعدة الثلاثية (ثلاثة قياسات في الصباح ، ثلاثة قياسات في المساء، كل ثلاثة أيام) . فحسب توصيات المختصين لسنة 2003، القياس الذاتي للضغط يسمح للطبيب بالحصول على معلومات كاملة لاتخاذ القرار المناسب لحالة المريض، كما تزيد من تفيد المريض بالعلاج (Xavier Girerd, Sophie)
(Jean-Yves Le Heuzey, Digeos-Hasnier, 2004

في بعض الحالات يكون القياس الذاتي للضغط صعب أو غير ملائم للحالة الصحية للمريض ، و ذلك في حالات معينة : كحالات النساء الحوامل و الأطفال أو عندما يكون المريض يعاني من اضطرابات في الذاكرة أو عدم انتظام ضربات القلب،و أيضا في حالات رداءة أجهزة القياس الذاتي للضغط (Nicolas POSTEL-VINAY,)
(Guillaume BOBRIE, 2008).

- **القياس المتنقل MAPA La mesure ambulatoire MAPA** : ولقد طُوِّرت وسائل حديثة لمتابعة ضغط الدم على مدى طويل بطريقة آلية إلكترونية لتسجيل الضغط عن طريق كمبيوتر وتحليل النتائج بعد ذلك . فالقياس المتنقل للضغط ليس للاستعمال داخل العيادة الطبية، لكنها تستعمل في الحالات التالية:
 - اختلاف قياس الضغط من زيارة لأخرى أو خلال الزيارة الواحدة.
 - عندما تكون هناك مضاعفات على الجهاز القلبي.
 - عندما تكون هناك مقاومة لأدوية ارتفاع ضغط الدم.
 - في حالة وجود تأثير نفسي للعيادة والطبيب .

و تستعمل طريقة MAPA خصوصا لتقييم طريقة تغير ضغط الدم ليلا، وذلك للبحث عن التغيرات غير العادية، مثلا في حالة السكري غير المستقر، عند مرضى الفشل الكلوي المزمن أو في الحالات التي يتعذر فيها القياس الذاتي لضغط الدم . و يعمل هذا الجهاز على أخذ و تخزين قياسات الضغط خلال 12 إلى 24 ساعة ، حيث تم تزويد الجهاز بشريط للعضد ، يأخذ القياس كل ربع ساعة نهارا و كل نصف ساعة ليلا . حيث يحمل المريض الجهاز في حزامه، خلال كل نشاطاته اليومية (العمل، التسوق، النوم،.....)، حيث على المريض الحرص على تسجيل أوقات تناوله للطعام و الأدوية في دفتر يومي ، كما على المريض تلقي تعليم مناسب لوضع حزام الذراع بالطريقة الصحيحة و كذا التزود برقم هاتف في حالة التعرض لأي مشكلة ، حيث يتم فيما بعد تحليل النتائج المخزنة في الجهاز بالاستعانة بالدفتر اليومي للمريض (Jean-Paul Belon, 2009).



شكل رقم 2: كيفية وضع جهاز القياس المتنقل (GlaxoSmithKline, 2010)

(P 11)

- **أهمية القياس المنزلي** إن الحضور إلى عيادة الطبيب لقياس مقدار ضغط الدم يتأثر بشكل كبير بمدى توفر الفرصة لذلك ومدى حرص المريض على تلك المتابعات. كما أن دقة القياس أثناء الحضور إلى العيادة يتأثر بعوامل نفسية لدى المريض نفسه عند رؤية الطبيب، وهو ما يُعبر عنه طبيياً بارتفاع ضغط الدم عند رؤية الرداء الأبيض (للطبيب أو الموظف الصحي). كما يتأثر بمدى الفرصة الزمنية التي بمقدور الطبيب إعطائها للحديث مع مريضه أثناء مواعيد العيادات المزدحمة. كما يتأثر بالانفعالات المتعددة الأسباب التي قد تنتاب المريض قبل حضوره إلى العيادة.

تؤكد رابطة القلب الأميركية أن قياس ضغط الدم في المنزل يساعد في قياس القراءات الحقيقية، والتي تُمكن معرفتها الطبيب من تصور مقدار ضغط الدم خلال فترة طويلة. ولذا يعتبر كثير من الأطباء أن من أكثر الطرق دقة في متابعة مرضى ارتفاع ضغط الدم هو اعتماد اللجوء إلى القياس المنزلي لضغط الدم وتسجيل قراءاته المتكررة خلال الأسابيع أو الشهور السابقة للحضور إلى عيادة الطبيب، إذا ما تم وفق الإرشادات الطبية الخاصة بذلك.

وتقول نشرات الأكاديمية الأميركية لأطباء الأسرة إن قياس ضغط الدم في المنزل وحفظ القراءات في سجل خاص، سيُظهر للطبيب وللمريض كيفية تغير قراءات مقدار ضغط الدم خلال اليوم. و منها يستطيع الطبيب أن يستخدم تلك القراءات في تقويم مدى تحكم الأدوية في ضبط مقدار ضغط الدم. بالإضافة إلى أن قياس المريض لضغط دمه يجعله أكثر اهتماماً بمتابعة حالته الصحية. كما ويؤكد الباحثون أن القياس المنزلي لضغط الدم جزء مهم من متابعة ومعالجة ارتفاع ضغط الدم. و نبهت إلى أن أخذ قياس القراءات في المنزل يُعطي فرصة لمعرفة المقدار الحقيقي لضغط الدم حينما يكون المرء مرتاحاً في منزله. وهو ما يُمكن بالتالي من معرفة مدى قدرة الأدوية على معالجة الارتفاع في ضغط الدم، كما ويُسهل التنبه إلى حصول أي تداعيات له. و يُشدد الباحثون على أمرين، الأول هو ضرورة تعلم وإتقان المريض، أو أفراد أسرته، كيفية قياس ضغط الدم بدقة في حال اعتماد تلك الطريقة. والثاني عدم افتراض أن القياس المنزلي والاطمئنان إلى أن القراءات طبيعية لا يعني البتة عدم الحاجة إلى المتابعة لدى الطبيب، لأن معالجة ومتابعة ارتفاع ضغط الدم لا تعني مطلقاً فقط ضبط القراءات تلك ضمن المعدلات الطبيعية، بل متابعة الأدوية وتأثيراتها على أعضاء الجسم، و أيضاً هناك تداعيات ارتفاع ضغط الدم ومتابعة الأعضاء المستهدفة بالضرر. و هي أمور قد تحصل حتى لو كانت قراءات ضغط الدم طبيعية جداً بالمعالجة. و من العناصر المهمة لقياس ضغط الدم في المنزل بشكل صحيح :

- بغض النظر عن وسيلة قياس ضغط الدم التي يختارها المريض، وفق المراجعة مع الطبيب المتابع، فإن من الضروري استخدامها بطريقة صحيحة والتدريب على ذلك. و لذا فإن من الواجب أخذ تلك الوسيلة، لقياس الضغط، إلى الطبيب للتأكد من أنها تصلح للقياس ولتعلم الطريقة الصحيحة تلك.
- قبل البدء باستخدام جهاز قياس ضغط الدم لأول مرة، يجب التأكد من فحص الطبيب أو المريض لدقة ذلك الجهاز في قياس الضغط. والقيام بإجراء القياس تحت مرأى الطبيب أو الممرض.
- القيام بقياس ضغط الدم في أوقات ثابتة، مثل في الصباح أو في المساء. وذلك لكي تتم الاستفادة من قراءة القياسات في الأيام المنفرقة.
- استخدم نفس العضد كلما قمت بقياس ضغط الدم. أي إما العضد الأيمن أو الأيسر. مع ملاحظة أن بعض الأجهزة الرقمية لقياس ضغط الدم مصممة لقياسه في العضد الأيسر.

- عدم قياس ضغط الدم مباشرة عند الاستيقاظ من النوم. بل يجب الانتظار على الأقل ساعة أو أكثر. و لو كان المريض من الذين يقومون بتمارين رياضية في الصباح، يجب قياس ضغط الدم قبل البدء بتلك التمارين.
- تجنب تناول الطعام أو المشروبات المحتوية على الكافيين لمدة 30 دقيقة قبل القيام بقياس ضغط الدم.
- تجنب قياس ضغط الدم حينما تكون متوتراً أو غاضباً. وخذ قسطاً من الراحة قبل قياس ضغط الدم.
- الذهاب إلى الحمام للتبول قبل قياس ضغط الدم. لأن المثانة الممتلئة تعمل على رفع مقدار ضغط الدم لدى الإنسان.
- الجلوس بكل ارتياح وهدوء على الكرسي عند قياس ضغط الدم. وعدم وضع ساقاً على ساق أو كاحلا على الآخر. وإسناد الظهر تماماً على الكرسي.
- وضع الذراع بكل ارتياح في مستوى القلب، على طاولة أو المسند الجانبي للكرسي. أو وضع وسادة تحت الذراع ليصل إلى مستوى القلب.
- عدم التكلم أثناء قياس ضغط الدم.
- وضع الشريط القماشي لجهاز الضغط على جلد العضد مباشرة، وليس على الملابس. كما يجب الحرص على عدم رفع الكم الضيق بالأصل إلى أعلى العضد ليتسبب بالتالي في ضيق وشد ضاغط على أعلى العضد، لأن ذلك سيُعطي قراءة غير دقيقة لضغط الدم.
- إجراء القياس لمرتين خلال القراءة الواحدة، بفصل فيما بينهما حوالي 3 دقائق (القياس المنزلي لضغط الدم.. أبسط طرق المتابعة وأكثرها فائدة: تصورات طبية جديدة حول أهميته، 2007).

- القيم الطبيعية لضغط الدم: تختلف القيم الطبيعية للضغط حسب الطريقة المستعملة في القياس، والجدول الموالي يلخص القيم الطبيعية لضغط الدم بناء على الأداة المستعملة.

أداة القياس	قيمة الضغط
القياس في العيادة الطبية	90/140
القياس الذاتي من طرف المريض	80/135
القياس باستعمال MAPA (خلال 24 ساعة)	85/125

جدول رقم 3: القيم الطبيعية لضغط الدم حسب طريقة القياس (Xavier Girerd,)
(Sophie Jean-Yves Le Heuzey, Digeos-Hasnier, 2004 ,P11)

و يتأثر تحديد قيمة ضغط الدم ببعض العوامل التي تغير من القيمة الحقيقية تغيرا زائفا و هذا يفسر أحيانا اختلاف قيمة القياس من طبيب لأخر فمثلا:

- إذا كان الشخص مضطربا تكون قيمة ضغط الدم أعلى من قيمته الحقيقية.
- لو كان الشخص واقفا أثناء القياس فان القيمة تتغير عن القيمة الحقيقية بحكم مفعول الجاذبية، فتنخفض قيمة الضغط الانقباضي بحوالي 10_15مم، بينما ترتفع قيمة الضغط الانبساطي بحوالي 5 مم، و لذلك يجب أن يكون الشخص ممددا بالفرش عند القياس.
- تختلف قيمة الضغط من ذراع إلى أخرى بصفة طبيعية و ذلك بحوالي 10 مم، وتكون القيمة بالذراع اليمنى أعلى عادة منها بالذراع اليسرى لذا يجب أخذ المتوسط.
- كما يختلف ضغط الدم باختلاف العمر، فمن الطبيعي أن ترتفع قيمة ضغط الدم بدرجة بسيطة مع التقدم في العمر لأن الشرايين تفقد بعض المرونة أو تتصلب، و هذا الارتفاع لا ينتج عنه غالبا أي أضرار. و الجدول الموالي يوضح اختلاف قيمة ضغط الدم _ بصفة طبيعية _ مع التقدم في العمر.

السن	الضغط الانقباضي	الضغط الانبساطي
5	85	60
10	100	65
15	110	70
20	118	78
25	120	80
30	122	82
35	124	84
40	127	86
45	130	88
50	133	90
55	138	92

الجدول رقم 4: القيم الطبيعية لضغط الدم باختلاف العمر (أيمن الحسيني، 1993، ص ص 30/29).

5. أعراض ارتفاع ضغط الدم:

غالباً ما يكون بلا أعراض و علامات (لهذا يدعى بالقاتل الصامت)، و يتم اكتشافه بالصدفة في بعض الحالات، لكن عند ارتفاع ضغط الدم قد تظهر أعراض شائعة مثل:

- الصداع خاصة في الصباح.
- الدوار " الدوخة " .
- اضطراب الرؤية.
- ضيق التنفس أحيانا .
- أعراض هبوط أو فشل عضلة القلب و تورم الأطراف السفلية، وسرعة خفقان القلب.
- أعراض التهاب المجاري البولية و احمرار البول.
- طنين الأذن.
- نزيف الأنف (R. H. Swanton, S. Banerjee, 2008, P485) .

6. تشخيص ارتفاع ضغط الدم:

يتم التشخيص من خلال التاريخ الصحي و الفحص السريري و قياس ضغط الدم. فقياس ضغط الدم باستخدام جهاز قياس الضغط هو الطريقة الأساسية لتشخيص ارتفاعه. إذ يجب التأكد من

ارتفاع ضغط الدم من خلال إجراء اختبار متكرر للضغط وغالباً ما يتم تكرار الفحص في نفس وقت زيارة الطبيب بعد (5-10) دقائق و من خلال زيارات لاحقة. كما يقاس ضغط الدم من خلال أوضاع مختلفة أثناء الوقوف أو الجلوس أو الاستلقاء و يوصى بقياسه في وضع الجلوس لإمكانية متابعة ارتفاع ضغط الدم.

و لتأكيد التشخيص، يكون من المفيد تسجيل ضغط الدم كل 42 ساعة باستخدام جهاز أوتوماتيكي بالنسبة لبعض المرضى، أو استعمال أجهزة قياس الضغط المنزلية لقياس الضغط في البيئة الطبيعية مقارنة بقياسه في العيادة لتفادي عامل الرهبة من الطبيب و المستشفى.

بمجرد تشخيص ارتفاع ضغط الدم يلزم إجراء فحوصات معينة و هذا من خلال إجراء فحص بدني شامل للبحث عن سبب يمكن معالجته وأيضاً لتقييم تأثيرات ارتفاع ضغط الدم على الأعضاء التي عادة ما تتلف بسببه(الأعضاء المستهدفة). ومن الفحوصات التي يوصى بإجرائها للبحث عن سبب ارتفاع ضغط الدم و تأثيراته ما يلي:

- صورة كاملة للدم تحدد كمية كريات الدم الحمراء وصفائح الدم وكريات الدم البيضاء .
- يقاس أيضاً الكرياتينين واليوريا لمعرفة عمل الكلى، والصوديوم و البوتاسيوم وحامض اليوريك. و كذلك قياس نسبة البروتينات في البول، و الكاتيكولامينات و أيضاً الخلوي.
- قياس السكر (صائماً) لمعرفة وجود مرض السكري من عدمه .
- قياس المواد الدهنية في الدم (الكولسترول) .
- عمل تخطيط كهربائي للقلب (ECG) لمعرفة تأثير ارتفاع ضغط الدم على عضلة القلب بصورة تقريبية .
- فحص البول لمعرفة مدى وجود الزلال فيه، الذي يدل على تأثير الكلى أو كون الكلى هي السبب خاصة عند ظهور صفائح دم حمر في البول مما يشير إلى مرض أولي في الكلى .
(Jean Di Matteo, 1999 Claude Le Feuvre, André Vacheron).

Créatinine plasmatique, (فحص البول) (bandelette urinaire, +/- sédiment)	البحث عن خلل في الكلى	كل في الحالات
نسبة البروتينات ذات الوزن الخفيف في البول Microalbuminurie		
Rapport albumine(mg)\créatinine (mmol)>2.5(homme) et >3.5 (femme)		
فحص الكالسيوم ≥ 3.5 ميلي مول/لتر	البحث عن Hyperaldostéronisme	
الكولستيرول ≥ 6.5 ميلي مول/لتر	الأخطار الوعائية القلبية Risque cardiovasculaire	
LDL-cholestérol $>4 \text{ mmol.l}^{-1}$ LDL-cholestérol $<1 \text{ mmol.l}^{-1}$ (homme) et 1.2 mmol.l^{-1} (femme) Triglycérides $>1.7 \text{ mmol.l}^{-1}$		
نسبة السكر في الدم الحساسية للجلوكوسيد ≤ 5.6 السكر $\leq 7 \text{ mmol.l}^{-1}$ حمض البول		
	فحص الكالسيوم و TSH	
	تخطيط كهربائي للقلب ECG	
Echographie cardiaque فحص الموجات فوق الصوتية للقلب Doppler carotidien فحص الموجات فوق الصوتية للأوعية الدموية Echographie rénale فحص الموجات فوق الصوتية للكلى Imagerie cérébrale صورة للدماغ		الفحص المعمق

جدول رقم 5: جدول الفحوصات التي يعتمد عليها لتشخيص ارتفاع ضغط الدم (Constantin)

(Pournaras, Société Française d'Ophtalmologie, 2008, P 319)

7. أسباب ارتفاع ضغط الدم:

أ- عوامل الخطر: رغم أنه لا يمكن حصر سبب مباشر لارتفاع ضغط الدم الأساسي، إلا أنه يمكن إدراج بعض العوامل التي يعتقد أنها تزيد من احتمال الإصابة و منها:

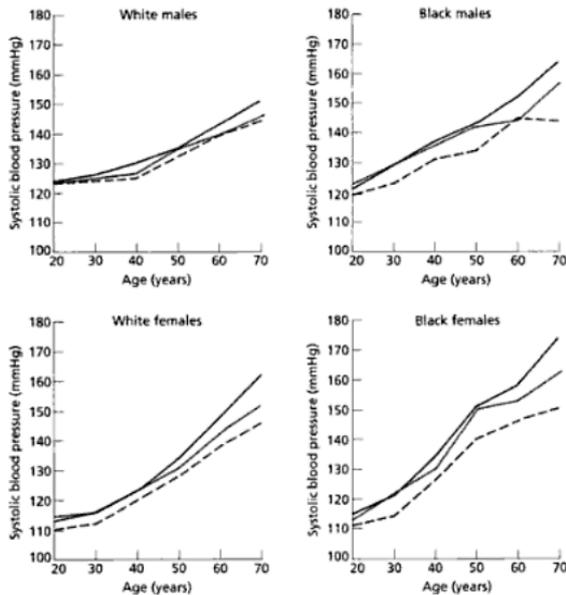
● السن و الجنس: تزيد نسبة الإصابة مع التقدم في العمر، كما أن الرجال معرضون للإصابة أكثر من النساء في مرحلة النشاط الجنسي، و تتساوي احتمالات الإصابة بين الجنسين بعد سن اليأس.

● التدخين: صار من المؤكد أن التدخين يساعد على الإصابة بتصلب الشرايين، و حدوث الجلطات الدموية والى إفراز مادة البترسين التي تضيق الشرايين التاجية و هذا قد يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، من ناحية أخرى يزيد النيكوتين من إفراز هرمون الأدرينالين و النور أدرينالين من الغدة جار الكلوية مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم. بالإضافة إلى تأثيره عن طريق LDL-cholestérol و HDL-cholestérol بسبب أول أكسيد الكربون.

● الوراثة: تزيد السوابق العائلية بالنسبة للأمراض القلبية الوعائية من نسبة الإصابة. حيث بينت الدراسات أن وجود إصابة لدي أحد الوالدين على الأقل تضاعف بثلاثة مرات نسبة الإصابة لدى الأبناء. يبقى هذا الاحتمال نفسه مهما كان العمر، لكنه يزيد عند إصابة الأب قبل سن 55 و قبل 65 سنة بالنسبة للأم . بينت دراسة Framingham أن موت الوالد العائد إلى الأمراض التاجية بالدرجة الأولى يرفع من خطر الإصابة بنفس فئة المرض إلى 30% بالنسبة للابن، خصوصا عندما يتم ذلك قبل سن 60 سنة (Antoine Lemaire, 2009).

● العرق: خطر الإصابة بالضغط الدموي المرتفع لدي أشخاص من أصل أفريقي _ كاريبي (الزنوج) و جنوب آسيوي أكثر من غيرهم

و الشكل الموالي يوضح ذلك.



شكل رقم 3: ارتفاع ضغط الدم بدلالة العمر، الجنس، العرق لعينة من الأمريكيين في الفترة من 1960 _ 1975 (John Douglas Swales, 1995, P 6)

● السمنة: الأشخاص ذوو الوزن الزائد أكثر عرضة لارتفاع ضغط الدم، فهناك علاقة بين مؤشر كتلة الجسم (Indice de masse corporel) و الضغط الانقباضي و الانبساطي، فمن المحتمل أن يأكل السمان كمية أكبر من الملح في مقابل كمية أقل من البوتاسيوم، أي يزيد الخطر بسبب العوامل الغذائية. كما قد يتعلق الأمر بما يدعى بمقاومة الأنسولين التي ترتبط بدورها بالتبادلات الخلوية للصدويوم و بتوازن الملح و الماء في الكلية، فقد بينت التحاليل أن معظم الأشخاص ذو الوزن الزائد لديهم مقاومة للأنسولين (Graham MacGregor, Gareth Beevers, 1999).

Graham A. MacGregor, 1999.

الضغط النفسي: منذ سنين و العلاقة بين الضغوط النفسية و ارتفاع ضغط الدم تثير اهتمام العلماء و دراستهم (icnry & Cassel ,1969) . إذ يرتبط ارتفاع ضغط الدم بالصراعات الاجتماعية المزمنة، و بضغوط العمل ، خصوصا حين تجتمع متطلبات العمل القاسية مع ضعف الإحساس بالسيطرة (Pickering & al.,1996). كما اتضح أن الأماكن المزدحمة ذات الضغط و الضوضاء العالية ، تؤدي إلى ارتفاع في معدل ضغط الدم. ثم إن الجماعات التي تهجر من مناطق ريفية إلى المدينة، يظهر لديها معدلات أعلى من ضغط الدم. كما أن هناك ارتباط بين ضغوط العمل و البطالة من جهة و ارتفاع ضغط الدم من جهة أخرى (Pickering & al ,1996). و في ما يخص النساء فقد وجد أن ارتفاع ضغط الدم يرتبط بزيادة المسؤوليات العائلية ، و أن الزيادة في المسؤوليات العائلية مع ضغوط العمل لها علاقة أيضا بارتفاع ضغط الدم لدى النساء اللواتي يشغلن مناصب رفيعة المستوى (Brisson & al.,1999)

فقد أظهرت الدراسات المخبرية التي عمدت إلى تعريض الأفراد إلى مثيرات ضاغطة مثل الضوء الساطع أو انحباس النفس لفترة طويلة ، و بصورة ثابتة ، حدوث زيادة في استجابات معدل ضغط الدم (Gridler & al , 1996). و قد يختلف دور الضغوط النفسية في نشوء ضغط الدم المرتفع و تطوره، عند الأشخاص ذوي الخطورة العالية عنه عند الأشخاص الذين ليس لديهم مثل هذه العوامل. فالأشخاص الذين ليست لديهم أية إشارات سابقة على وجود ضغط الدم ، يظهرون استجابات ضغط الدم واسعة وثابتة للضغوط عندما يكون عليهم القيام باستجابة سلوكية نشطة لهذه الضغوط (Sherwood, Hinderliter, & Lijht, 1995)، بينما يظهر الأشخاص من ذوي ضغط الدم الحاد النمط نفسه مع أنهم يظهرون أيضا استجابات قلبية وعائية مبالغ بها

للضغوط ، و بعمر صغير نسبيا (K.Mathews, Woodall,& All , 1993). و تكون استجابة ضغط الدم قوية عندما يتعرض هؤلاء لمثيرات ضغط مخبرية، مقارنة بذوي ضغط الدم الطبيعي (Toumisto,1997). (شيلي تايلر، 2008)

أما الأشخاص الذين تم تشخيص ارتفاع ضغط الدم لديهم فقد أظهروا استجابات ضغط دم كبيرة لمدى واسع من الضغوط ، سواء السلبية منها التي لا تتطلب استجابة سلوكية أو النشطة التي تتطلب هذه الاستجابة (Fredlickson & Mathews , 1990) ولعل الاستجابة لهذا المدى الواسع من المثيرات الضاغطة تتسجم مع فكرة أن النشاط السمبثاوي الزائد له دوره في تطور ارتفاع ضغط الدم.

و تشير النتائج أيضا إلى أن العوامل التي تساعد الأفراد عادة على مواجهة الضغوط، قد لا تكون نفسها بالنسبة لذوي ضغط الدم المرتفع. فالأشخاص الذين لا يشعرون بالسيطرة الشخصية على الحوادث الضاغطة يظهرون نشاطا سمبثاويا أقل . و لا يبدو أن هذا ينطبق على ذوي ضغط الدم المرتفع . اذ يبدو أن الأفراد الذين يعانون من ضغط الدم المزمن ، لديهم حساسية للضغوط (Seefrederikson, Robson ,& Ljungdell,1991).

• الكحول: وجدت الدراسات الابدئومولوجية علاقة موجبة بين تناول الكحول و ارتفاع ضغط الدم، فقد وجدت دراسة في مناطق بريطانية أن 10 % من حالات ارتفاع ضغط الدم (الضغط \leq 160 / 95 mmHg) يشربون الكحول. فالكحول يؤثر مباشرة في ارتفاع ضغط الدم ، كما يؤثر على الجهاز السمبثاوي و يزيد من إفراز الكورتيكويدات.

• التمارين البدنية: يزيد معدل ضغط الدم خلال التمارين أو النشاط الجسدي، لكن الأشخاص الذين يمارسون نشاط منتظم يكون لديهم ضغط دم معتدل، فالدراسات الحديثة تبين أهمية التمارين الرياضية في الحفاظ على صحة جيدة.

• الإفراط في تناول الملح: يحتوي ملح الطعام على الصوديوم الذي تؤدي زيادته إلى رفع معدل ضغط الدم و ذلك من خلال زيادة حجم السوائل في الدم، اختلال نسب رنين الصوديوم ، وفشل رنين في خفض زيادة الصوديوم داخل الخلايا، انتباج خلايا بطانية الشرايين التي تقلل من القطر الداخلي للشرايين ،ارتفاع الكالسيوم داخل الخلايا مما يؤدي إلى تقلص العضلات الملساء،

و بالتالي ارتفاع ضغط الدم (D. Gareth Beevers, Gregory Y. H. Lip, Eoin)

(O'Brien, 2007).

ب- أسباب ارتفاع ضغط الدم الثانوي: الأسباب التي تؤدي لارتفاع ضغط الدم الثانوي قد تتعلق بأحد الأجهزة التالية:

• الكلية: مثل التهاب الكلية المزمن أو الحاد، اعتلال الكلية الخلالي المزمن néphropathies ، ومرض الكلى المتعدد الكيسات polykystose rénale ، وضمور الكلى من جانب واحد ، استسقاء الكلية hydronéphrose ، ورم إفراز الرنين، و ضيق الشريان الكلوي .

• الغدد الصماء: ورم نخاع الغدة الكظرية phéochromocytome ، متلازمة كوشينغ ، تضخم

قشرة الكظر (Claude Le Feuvre, André Vacheron,). syndrome de Conn

(Jean Di Matteo, 1999) متلازمة المبيض المتعدد الكيسات، متلازمة الأيض (داء

السكري ، والسمنة).

• الأدوية: بعض الأدوية مثل الكورتيكويدات، vasoconstricteur nasaux (Jacques)

(Quevauvilliers, Léon Perlemuter, Gabriel Perlemuter , 2005

• أسباب أخرى: مثل ضيق أو تقلص الشريان الأبهر، تسمم الحمل، توقف التنفس أثناء النوم،

اضطرابات الجهاز العصبي المركزي (ارتفاع الضغط داخل القحف، Dysautonomie

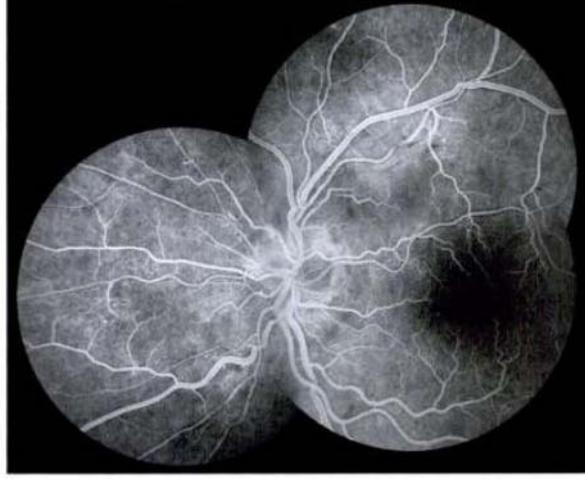
(Euan A Ashley and Josef Niebauer, 2004) (familiale

8. مضاعفات ارتفاع ضغط الدم : إذا أهمل علاج ارتفاع ضغط الدم فإنه ينبغي حدوث

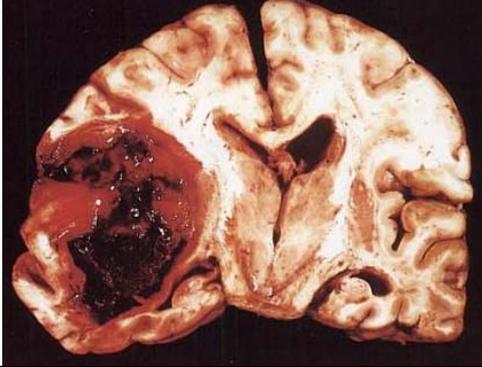
عواقب وخيمة بأعضاء مختلفة من الجسم و هذا يشمل:

- الشرايين: تصلب الشرايين مع خطر: ضيق، تمدد، و تمزق الأوعية الدموية.
- القلب: نقص تروية القلب cardiopathie ischémique: الذبحة الصدرية ، تضخم البطين الأيسر : المرتبطة بزيادة مخاطر موت القلب والأوعية الدموية ، مع اضطرابات الإيقاع troubles de rythme
- فشل القلب : وعلى وجه الخصوص مع خلل أو نقص التروية الانقباضي ischémique ou par dysfonction systolique.

- المضاعفات العصبية السكتة الدماغية AVC ischémiques et lacunes، السكتة الدماغية النزفية AVC hémorragiques، الخرف الوعائي : تحت تأثير السكتة الدماغية عادة متكررة، ارتفاع ضغط الدم الدماغية : صداع مع ارتفاع ضغط الدم داخل الجمجمة مع اختلال الدورة الدموية الدماغية المرتبط بورم دماغي ، أعراض ضعف الوعي . crises convulsives ، troubles de conscience
 - المضاعفات الكلوية: nephroangiosclerosis التي قد تقدم إلى الفشل الكلوي، athéromateuse، ضيق الشريان الكلوي.
 - البصر: يقيم اعتلال الشبكية الناتج عن ارتفاع ضغط الدم في 4 مراحل
 - ترهف، تصلب، تمزق الشرايين
 - ظهور علامة التصالب signe du croisement
 - الإفراز و/ أو النزيف œdème papillaire
 - ارتفاع ضغط الدم الخبيث : التكهن بملتزمة ارتفاع ضغط الدم الشديد (الضغط الانبساطي في كثير من الأحيان <130) مع التأثير على الأعضاء المستهدفة : اعتلال الشبكية المرحلة 3 أو 5 في قاع العين، فشل البطين الأيسر، ارتفاع ضغط الدم الدماغية، الفشل الكلوي الحاد : néphro-angioisclérose maligne ، الأعراض المتوقعة ترتبط غالبا مع الوهن ، وفقدان الوزن ، وكثرة التبول ، والجفاف والعطش
- (Alexandre Somogyi, David Berville, 2007, P33)**
- و الجدول الموالي يحوي صور لأهم الأضرار و التلف الذي يلحق ببغض الأعضاء التي يستهدفها ارتفاع ضغط الدم

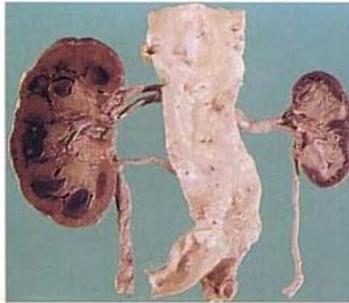


صورة لأوعية عين مريض بعمر 45 سنة، توضح الأضرار التي تلحق بشرايين العين و النزيف الذي يحدث بها
(Constantin Pournaras, Société Française d'Ophtalmologie, 2008,P 331)



صورة لنزيف في الدماغ
(Graham Mac Gregor, Gareth Beevers,
(Graham A. Mac Gregor,1999, P 6

صورة للصدر بأشعة X توضح تضخم شاذ في القلب نتيجة
ارتفاع ضغط الدم الشديد (Gareth Beevers,
Graham A. Mac Gregor ,P
(Gregor,1999, 10



الأضرار التي تلحق بالكلى و تضيق الشريان الكلوي (Graham Mac Gregor, Gareth Beevers,
(A. Mac Gregor,1999, P13

جدول رقم 6 جدول يوضح بعض الأضرار التي تلحق بالأجهزة المستهدفة بالضغط

9. استراتيجيات علاج ارتفاع ضغط الدم:

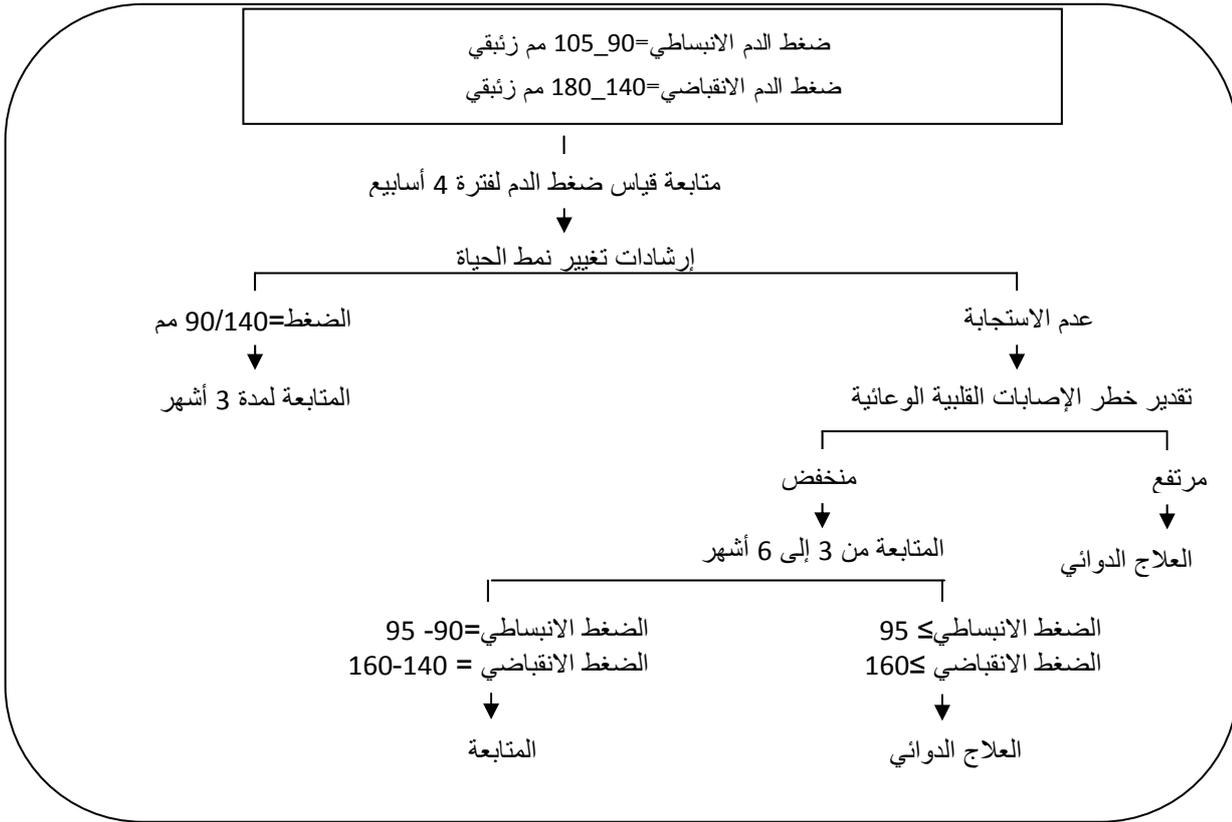
- **الأهداف:** يهدف علاج ارتفاع ضغط الدم إلى خفض معدل الإصابات بالأمراض و الوفيات القلبية الوعائية لدى المرضى ارتفاع ضغط الدم ، والتي تتضمن :
 - الحفاظ على أرقام ضغط الدم أقل من 140 مم بالنسبة للضغط الانقباضي و 90 مم بالنسبة للضغط الانبساطي.
 - منع وكشف وعلاج المضاعفات الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم .
 - اكتشاف وإدارة عوامل الخطر القابلة للتغيير.
 - تحسين مستوى الالتزام الصحي لدى المريض.

وينبغي تطوير الوقاية الأولية من ارتفاع ضغط الدم بين عامة الناس كنهج مكمل للأهداف السابقة. عن طريق الحد من انتشار ارتفاع ضغط الدم، حيث يمكن أن نقلل من عدد مرضى ارتفاع ضغط الدم المتكفل بهم. بالإضافة إلى ذلك ، تعديل نمط الحياة لدى المصابين بارتفاع ضغط دون التعارض مع أسلوب الحياة أو العادات الغذائية للمرضى (**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2000**).

- **توصيات المنظمة العالمية للصحة:** الشكلاان المواليان يوضحان المراحل التي توصي بها المنظمة العالمية للصحة OMS في علاج المريض المصاب بارتفاع ضغط الدم.



شكل رقم 4: مراحل العلاج لمريض ارتفاع ضغط الدم (Jean-Paul Belon, 1998, P4)



شكل رقم 5: التكفل بمرضى ارتفاع ضغط الدم الخفيف إلى المتوسط حسب تقرير OMS لسنة 1996 (Jean-Paul Belon, 1998, P5)

العلاج اللادوائي (تغيير نمط الحياة): تغيير نمط الحياة بالنسبة لمرضى ارتفاع ضغط الدم واجب في كل الحالات سواء كان ضغط الدم خفيف أو معقد ، و تزيد فعالية تغيير نمط الحياة إذا أخذت في إطار التربية الصحية التي توجه لإعطاء معلومات حول ارتفاع ضغط الدم و أخطاره على القلب و الأوعية ، و كذا تحديد الأهداف اللازمة لتكيف المريض.

يمكن أن تنظم التغييرات في جدول زمني على المستوى الفردي، كما يمكن أن تعد بالمتابعة مع الطبيب لتناسب احتياجات كل فرد، و هي تتضمن:

- التقليل من استهلاك الملح (NaCl) حتى 6 غرامات في اليوم.
- التقليل من الوزن في حالة زيادة الوزن حسب مؤشر كتلة الجسم indice de masse corporelle الذي لا يجب أن يتعدى 25Kg/m^2
- ممارسة نشاط بدني منتظم، يتوافق مع الحالة الصحية للمريض، على الأقل 30 دقيقة ثلاثة مرات في الأسبوع.

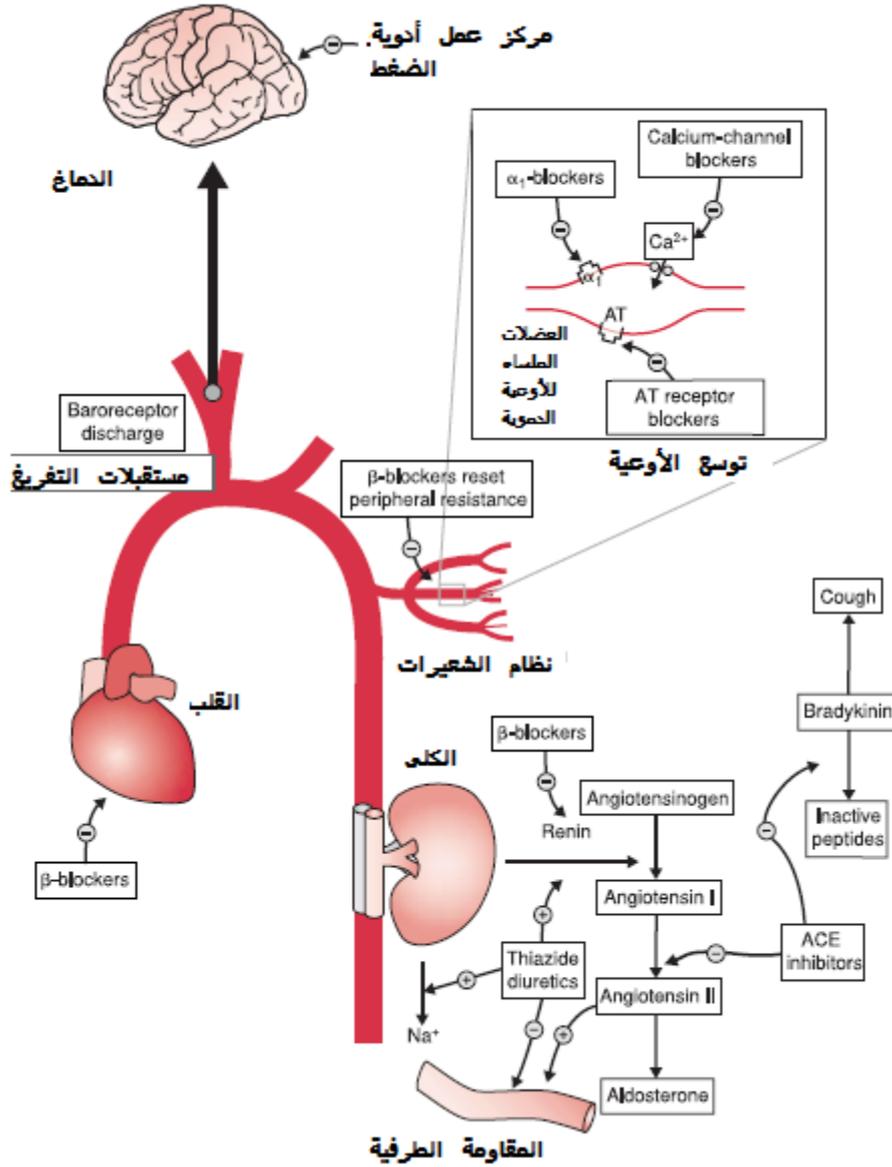
- التقليل من استهلاك الكحول ، أي أقل من ثلاثة كؤوس في اليوم بالنسبة للرجال و أقل من كأسين بالنسبة للنساء.
- التوقف عن التدخين
- الالتزام بنظام غذائي غني بالخضروات و الفواكه، و قليل الدسم المشبعة(الدسم من أصل حيواني) (Jean-Paul Belon, 2009) . و الجدول الموالي يتضمن بعض النسب الخاصة بالنظام الغذائي لوقف ارتفاع ضغط الدم Dietary Approaches to Stop Hypertension DASH حسب توصيات المعهد الأمريكي للقلب و الرئة و الدم.

أهمية كل مجموعة غذائية بالنسبة لنظام DASH	مثال و ملاحظات	القياسات	الكمية في اليوم			المجموعة الغذائية
			2600 حريرة	2000 حريرة	1600 حريرة	
مصادر الطاقة الرئيسية والألياف	كامل القمح والخبز ولفات المعكرونة من القمح الكامل ، الكعك والخبز ، دقيق الشوفان والأرز البني ، والمعجنات الفشار غير مملح	شريحة خبز 1 أوقية + الحبوب الجافة 1 / 2 كوب أرز مطبوخ ، المعكرونة ، أو الحبوب	-10 11	8-6	6	الحبوب
مصادر غنية من البوتاسيوم ، والمغنيسيوم ، والألياف	البروكلي ، الجزر ، الملفوف ، الفول الأخضر ، البازلاء ، واللفت ، والفاصوليا ، البطاطس ، والسبانخ ، الكوسا والبطاطا الحلوة ، طماطم	1 كوب الخضار الورقية الخام 1 / 2 كوب قطع الخضار المطبوخة أونصة 1 / 2 كوب عصير الخضروات	6-5	5-4	4-3	خضروات
مصادر هامة من البوتاسيوم ، والمغنيسيوم ، والألياف	لتفاح ، والمشمش ، الموز والبلح والعنب ، البرتقال ، والمانجو ، البطيخ ، الدراق ، الأناناس ، الزبيب ، الفراولة واليوسفي	1 كوب متوسط من الفاكهة المجفف 1 / 4 كوب فاكهة 1 / 2 كوب الفواكه الطازجة أو المجمدة ، أو المعلبة 1 / 2 كوب عصير الفاكهة	6-5	5-4	4	الفواكه
مصادر غنية للطاقة ، المغنيسيوم ، والبروتين والألياف	للوز والبندق ، مختلط المكسرات والفول السوداني والجوز ، بذور عباد الشمس والفول السوداني زبدة الفول السوداني زبدة الفول السوداني والعدس والبازل	1 / 3 كوب أو 1 و 2 / 1 أوقية المكسرات 2 ملاعق كبيرة زبدة الفول السوداني 2 ملاعق كبيرة البذور 1 / 2 كوب طهي البقول (الفاصوليا الجافة والبازل)	1	5-4 في الأسبوع	3 في الأسبوع	لمكسرات ، والبذور والبقوليات

المصادر الرئيسية للكالسيوم والبروتين	1 (%) الحليب أو اللبن خالي من الدهون ، الجبن منخفض الدسم ، أو أو زبادي مجمد قليلة الدهون	1 كوب حليب أو زبادي 2 / 11 أوقية جبن	3	3-2	3-2	حليب قليل الدسم و مشتقاته
مصادر غنية من البروتين والمغنيسيوم	نزع الدهون من اللحم ؛ شواء ، مشوي ، أو صيد ، وإزالة الجلد من الدواجن	1 أوقية اللحوم المطبوخة ، الدواجن ، أو السمك 1 بيضة †	6	6 أو أقل	6-3	اللحوم ، الدواجن ، و السمك
27 بالمائة من الحريرات في الدهون	زيوت (مثل الكانولا والذرة ،الزيتون ، أو القرطم) ، قليلة الدهون	1 ملعقة شاي لينة سمن 1 ملعقة صغيرة زيت نباتي 1 ملعقة مايونيز	3	3-2	2	الدهون والزيوت
وينبغي أن تكون منخفضة الدهون	الجيلاتين بطعم الفاكهة والفاكهة لكمة ، الحلوى الصلبة ، والهلام ، شراب الفيقب ، وشربات والسكر	1 ملعقة من السكر 1 ملعقة مربى أو هلام 1 / 2 كوب شربات ، الجيلاتين 1 كوب عصير الليمون	2 ≥	5 في الأسبوع	0	الحلويات والسكريات

جدول رقم 7: جدول للاحتياجات الغذائية لمريض ارتفاع ضغط الدم (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Institute, 2006, P 4

- العلاج الدوائي: لا يكون تغيير نمط الحياة كافيا لتعديل الضغط لدي معظم المرضى، فبعض المرضى يحتاجون لأكثر من دواء للسيطرة على ارتفاع الضغط لديهم، و هناك أربع مجموعات رئيسية من أدوية الضغط، و من المهم التعرف على آلية عملها و مواقع تأثيرها و التي يلخصها الشكل رقم 7.



شكل رقم 6: شكل يوضح الآليات الفسيولوجية لأدوية الضغط.

- مُحصرات البيتا (les β-bloquants) وقد استخدمت منذ عقود في علاج ارتفاع ضغط الدم، وهي واحدة من الفئات القليلة التي أثبتت أنها تخفض معدل الوفيات. تعمل بسد مستقبلات البيتا على القلب مما يؤدي إلى خفض نبضات القلب وكذلك تؤثر على الجهاز العصبي لتقليل إفراز الكلى للرينين Renin . و من موانع استخدامها الربو و الحساسية و كذا فشل القلب، و من آثارها الجانبية ضعف الانتصاب و مع ذلك تبقى لها مزايا كبيرة ، خاصة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية و القلق .

- مدرات البول (Diurétiques) وهي تعمل عن طريق تثبيط امتصاص كلوريد الصوديوم في الأنبوب الصغير البعيدة. وهذا يؤدي في البداية إلى زيادة في فقدان الصوديوم وانخفاض في حجم البلازما. ومع ذلك ، فإن حجم البلازما يستقر ، مما يؤدي إلى انخفاض المقاومة الطرفية الكلية ، أي أنها تعمل على تقليل امتصاص الكلى للملح و من ثم التخلص من السوائل في الجسم مما يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم ، فهي مهمة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من زيادة في حجم البلازما، مع مراعاة مراقبة مستويات البوتاسيوم بشكل منتظم عند استعمالها.
- مُثَبِّطَاتُ إنزِيمِ تَحْوِيلِ الأَنْجِيوتَنْسِينِ (ACE Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) وهو نوع من حاصرات مستقبلات أنجيوتنسين 1 ، و مضادات الألدوستيرون و الذي يهدف إلى تضيق الشريان الكلوي و بالتالي التحكم في وظيفة الكلى من خلال تعديل مستويات البوتاسيوم. كما أنها تحسن مقاومة الأنسولين. يمكن أن تسبب السعال كما لا ينصح بها للنساء اللواتي يردن الإنجاب.
- ضواد أنجيوتنسين 2 (AngiotensinII antagonists) و هي تعمل بسد مُسْتَقْبَلَاتِ الأَنْجِيوتَنْسِينِ على الأنسجة ومن ثم منعه من تقليص جدار الشرايين الطرفية التي إذا تقلصت ترفع ضغط الدم مثال لوسارتان (Losartan).
- ضواد الكالسيوم (inhibiteurs calciques) وهي تعمل بسد قنوات الكالسيوم للعضلات الناعمة في جدار الأوعية مما يؤدي إلى استرخاء جدرانها و بالتالي تقلل من المقاومة الطرفية للدم و من ثم ضغط الدم .
- مُحَصِّرَاتُ أَلْفَا (les alpha bloquants) أصبحت محصرات alpha1 (مثل prazosin و doxazosin) أكثر استعمالا في علاج ارتفاع ضغط الدم. فرغم الآثار الجانبية (الخفقان ، ونقص ضغط الدم الوضعي أحيانا). إلا أن لها آثار مفيدة على الدهون ومقاومة الأنسولين ، وعدم وجود آثار سلبية على القدرة الجنسية كباقي أدوية الضغط الأخرى ، وهي تعمل للحد من المقاومة الطرفية من خلال منع تفعيل الجهاز السمباثاوي لمستقبلات A1 - على الأوعية المقاومة. يمكن البدء بأي دواء من النوعيات المذكورة أعلاه مبدئياً لوحده أولاً ثم التغيير حسب استجابة المريض. مع أن الاختيار الأفضل يكون محصرات البيتا أو مدرات البول و التي تلقى قبول جيد لدى معظم المرضى، إذا كان ضغط الدم مستقر نستمر على نفس العلاج و إذا لم يكن كذلك تزداد

جرعة الدواء أو يضاف إليه دواء آخر أو يُغير إذا كان له آثار جانبية لا يتحملها المريض. المهم هو الوصول إلى الضغط المطلوب. فيما يلي خلطات الأدوية الأكثر فاعلية:

- مدرات البول مع مُثبّطات انزيم تحويل الأنجيوتنسين.
- ضوادر الكالسيوم مع مُثبّطات انزيم تحويل الأنجيوتنسين.
- مُحصرات البيتا مع ضوادر الكالسيوم. (Euan A Ashley and Josef)

(Niebauer,2004)

و الجدول الموالي يوضح أهم استعمالات كل صنف من أدوية الضغط

كبير السن، ارتفاع ضغط الدم الانقباضي	مدرات البول، مُثبّطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين الطويلة المدى
مريض الكلى و السكري من النمط 1 ابتداء من مرحلة ظهور البروتينات في الدم.	مدرات البول، مُثبّطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين
مريض الكلى و السكري من النمط 2 ابتداء من مرحلة ظهور البروتينات في الدم.	مدرات البول، مُثبّطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين
مريض الكلى المصاب السكري	مدرات البول، مُثبّطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين
مريض القلب بعد الجلطة IDM	مدرات البول، مُحصرات البيتا
الأمراض التاجية	مُحصرات البيتا، مُثبّطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين الطويلة المدى
القصور القلبي الانقباضي	مدرات البول، مُثبّطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين، مُحصرات البيتا،
انتفاخ البطن الأيسر	ضوادر أنجيوتنسين 2 ، مدرات البول
مخلفات النزيف الدماغي	مدرات البول و/أو مُثبّطات إنزيم تحويل الأنجيوتنسين،

جدول رقم 8 : استعمالات أدوية الضغط (Jean-Yves Artigou, Société française de

(cardiologie, Jean-Jacques Monsuez,2007, P 400

■ مقاومة العلاج: HTA rebelle ou résistante

نتحدث عن مقاومة العلاج عند استعمال ثلاثة من أدوية الضغط، بمقدار كافي على

الأقل نظرياً، و لمدة كافية(شهر) دون الحصول على النتائج المرغوبة. و قد ترجع مقاومة

العلاج إلى أحد الأسباب التالية:

- تأثير القميص الأبيض
- خطأ تقني في أخذ القياسات

- عدم التزام المريض بالعلاج و هو وارد في كثير من الحالات.
- في حال استثناء هذه الأسباب يجب البحث في:
- إمكانية وجود ارتفاع ضغط ثانوي
- عدم الالتزام
- تداخل الأدوية
- زيادة الوزن
- تناول الكحول بكميات كبيرة
- التدخين
- زيادة السوائل بسبب العلاج بمدرات البول ، الإفراط في تناول الصوديوم، الفشل الكلوي.

تكون مضاعفة العلاج في هذه الحالة بإضافة دواء رابع أو خامس مع تعديل الجرعات، و في بعض الحالات استبدال دواء بآخر قد يؤدي إلى تخفيض الضغط. (François Jan, 2004)

- اختيار العلاج: رغم أهمية العلاج الدوائي الذي أكدته الكثير من الدراسات منها: دراسة : United States Public Health Services Study (USPHS) سنة 1977 و دراسة Medical Research Council Trial (MRC) سنة 1985 التي تؤكد على أهمية العلاج المبكر في خفض مستوى الوفيات و المرضية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم (Michael A. Weber , 2001) ، إلا أن تغيير نمط الحياة يساعد كثيرا في تحسين نتائج العلاج الدوائي ، حيث يؤكد Toms على أهمية الالتزام بعادات صحية تتعلق بخفض الوزن و التقليل من تناول الملح و الكحول و التخلي عن التدخين و ممارسة نشاط بدني ثابت، الذي يمكن أن يساعد في انتظام الضغط لدى المريض ليس فقط في الوقت الحالي و إنما في المساهمة في تقليل المضاعفات على المدى البعيد (Norman, M. Kaplan C. Venkata S. Ram ,1995). فتعديل الضغط يحتاج إلى:

- الالتزام بنمط حياة صحي
- يحتاج إلى علاج مدي الحياة
- يحتاج إلى تقليل الآثار الجانبية، و تعديل عوامل الخطر
- يحتاج إلى متابعة منتظمة و دائمة (Léon Perlemuter, Gabriel 2008 Perlemuter)

خلاصة:

يعتبر ارتفاع ضغط الدم من الأمراض المزمنة التي يمكن منعها أو تقليل نسبة المضاعفات الصحية الناتجة عنها، إذ يعتبر هذا المرض من أبرز أسباب الوفاة أو الإعاقة المزمنة الناجمة عن السكتات الدماغية أو الأزمات القلبية أو الفشل الكلوي. ورغم توفر العلاج الدوائي، إلا أن الإصابة بارتفاع ضغط الدم تقتضي المتابعة المستمرة و إجراء تغييرات هامة بنمط الحياة مما يقتضي التزاما مستمر من طرف المريض، و هذا ما يدعى بالالتزام الصحي للمريض، هذا المفهوم الذي سيتم التعرض إليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

الالتزام الصحي

تتطلب معظم الأمراض المزمنة العلاج المستمر، المتابعة الطبية المستمرة، فرض قيود على النشاطات للسيطرة على الوضع أو لمنع المضاعفات. مع ذلك فإن معظم المرضى الذين يعانون من مرض مزمن يفشلون في متابعة التوصيات الموصوفة، ما يعرض رفايتهم للخطر. إهمال تناول الأدوية كما هو منصوص عليه أو الانخراط في السلوكيات التي يحتمل أن تسبب مضاعفات يمكن أن يؤثر على التشخيص الطبي، والقدرات الوظيفية للمريض. السلوكيات التي تتعلق بإتباع العلاجات التي تهدف إلى السيطرة على الأعراض أو المرض أو منع حدوث مضاعفات أو منع تطور المرض هي سلوكيات مهمة تنما مثل العلاج نفسه (Donna R. Falvo, (3rd edition), 2005, P 17). و الالتزام هو احد هذه السلوكيات، و يعالج هذا الفصل كل التفاصيل المتعلقة بسلوك الالتزام في المرض المزمن و يركز أكثر على هذا السلوك لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم.

1. تعريف الالتزام/ عدم الالتزام الصحي:

• التعريف اللغوي:

الامتثال أو الالتزام *Compliance* كلمة انجليزية، يعرف قاموس أكسفورد معناها الأساسي بـ "حالة أو حقيقة الاتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير"، أما الامتثال في الفيزياء فله معنى خاص "خاصية المادة للخضوع لتشوه مرن عند التعرض لعمل قوة ما"، و في الطب له معنى ثانوي يتمثل في "قدرة عضو على التمدد استجابة للضغط الممارس عليه" (The New Oxford Dictionary of English (NODE).1998).

كلمة *Compliance* لا وجود لها في اللغة الفرنسية، و تترجم إلى "acquiescement ; conformité ; complaisance ; servilité". و هذا يختلف نوعا ما عن المعنى الطبي للكلمة، و لهذا اقترح الأطباء الفرنسيين ترجمة الكلمة بـ "observance" و التي يعرفها Le Petit Robert بـ: "عملية الالتزام بعادة، أو ممارسة بقاعدة ما من الناحية الدينية، الطاعة (للحكم أو القاعدة)" و هذا قريب من الاستعمال الطبي للكلمة (Alain Bottéro, 2002, P 9).

أما قاموس Larousse فيعرف كلمة "observance" بـ: "عملية إتباع تعليمات، عادة، سلوك، التقيد بقواعد توجيهية" (Larousse, 1990) و بالتالي احترام التعليمات و التوجيهات التي يحددها الطبيب. و للاقتراب من المعنى الاصطلاحي يجب أن ننتقل إلى معجم للمصطلحات الطبية حيث يرد في قاموس Lexicon of Psychiatry, Neurology and

Neurosciences التعريف التالي للالتزام "درجة تزامن و توافق سلوك الفرد مع التوصيات الطبية " (Ayd F.J, 2000 as cited in Alain Bottéro, 2000, P 9)

• **التعريف الاصطلاحي:**

عندما نتكلم عن عدم الالتزام يتبادر للذهن في المقام الأول الالتزام بتناول الدواء. في الواقع ، يجب أن ندرك أن كل توجيهات الطبيب يجب إتباعها ، وليس فقط الأدوية مثل (الجرعة اليومية، ومدة العلاج) المنصوص عليها ، ولكن أيضا توصيات أخرى مثل تلك التي تتعلق بإتباع الحمية ، وممارسة النشاط البدني اليومي ، السيطرة على الوزن أو نسبة السكر في الدم أو ضغط الدم ، مراقبة INRlors في العلاج المضاد للتخثر traitement anticoagulant ، أو ببساطة شرب ما يكفي من المياه في حالة مشاكل متعلقة بالكلى ، وأداء اختبارات إضافية قبل الزيارة القادمة ، أو مجرد الحفاظ على مواعيد الزيارات الطبية بانتظام (, Gérard Reach , Hôpital Avicenne, Laboratoire de pédagogie de la Santé, (éducation et observance , 2006, P1).

و بالتالي اختلفت و تنوعت التعريفات حسب الاستعمال وبالرجوع إلى التراث العلمي يمكن سرد التعريفات التالية:

- يعرف (Haynes et al 1979) الالتزام بـ:"مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية و الطبية(من حيث تناول الأدوية و إتباع الحمية أو تغييرات أخرى تخص نمط الحياة) " (Anthony James Curtis , 2001, P77)
- "مدى توافق سلوك المريض مع توصيات مقدمي الرعاية الصحية" و هو تعريف واسع يعطي تصور أفضل إذ لا يحدد السلوكيات المقترنة بتحسين النتائج الطبية. و هذا حسب (Lee M.) (Rand,1993;Vitolins,Rand,Rapp,RibiesSevick,2000) Cohen,Dennis E. McChargue, Frank L. Collins, Frank L. (Collins (Jr.),2003 , P208
- الالتزام الصحي في مجال الصحة هو حقيقة الامتثال للقواعد التي يضعها المختصين في الصحة و إتباع إرشاداتهم الطبية (Baudier, 1994).
- بالنسبة لـ Morris et Schulz (1992) يعرف الالتزام الصحي بأنه درجة إتباع المريض للتوصيات الطبية فيما يتعلق بالنظام الغذائي، ممارسة الرياضة أو الدواء.

▪ في تقرير Delfraissy لسنة 2002 يعرف الالتزام بأنه "سلوك الشخص بأخذ الدواء بالانضباط و الانتظام الأمثل وفقا للشروط و الشروح التي يحددها الطبيب: إتباع دقيق لكيفية أخذ الدواء فيما يتعلق بالجرعات، الشكل، طريقة التعاطي، نوعية الجرعة لكل يوم، احترام الفترات الفاصلة بين الجرعات و الوجبات الغذائية، المشروبات، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدواء " (Aurélie Gauchet, 2008, P22)

و لعدم الالتزام أشكال متعددة:

- عدم الحضور للفحص أو التأخر عنه.
- عدم البدء في العلاج الموصى به.
- عدم إكمال التوصيات السلوكية أو الواجبات المنزلية الموصى بها (مثلا: زيادة النشاط البدني، تغيير الحمية، تمارين الاسترخاء).
- عدم أخذ الدواء كما هو موصوف (مثلا: أخذ كمية زائد أو ناقصة ، عدم أخذه في الوقت المناسب).
- إنهاء العلاج قبل الأوان (William T. O'Donohue, Eric R.) (Levensky, 2006).

2. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية للالتزام:

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية الذي نشر سنة 2003 ، يعتبر حل مشكلة عدم الالتزام non-observance (non-adherence في المفردات الأنجلوساكسونية) تطور أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي . (Gérard Reach , Hôpital Avicenne, Laboratoire de pédagogie de la Santé, éducation et observance , 2006) فدراسة استعمال الأدوية لها أهمية إكلينيكية، اقتصادية، و أكاديمية. الاستهلاك غير المنتظم، الإنقاص أو الإفراط في الأدوية يضعف الصحة و يمدد فترة المرض. بعض الأدوية يجب أن تؤخذ لفترة طويلة بعد اختفاء الأعراض، البعض الآخر يكون خطرا إذا زادت مدة تناوله، و تكون غير فعالة إذا لم يتم تناول الحد الأدنى من الجرعة العلاجية. يختلف استهلاك الدواء من توقعات المختصين، و الوصفات الطبية التي تمثل المعايير التنظيمية ، و بالتالي يمكن أن تؤثر في فعالية العلاج على الأفراد و في التجارب السريرية.

الالتزام يؤثر على شحنات كبيرة من المستحضرات الصيدلانية، ففي الولايات المتحدة، بلغت 47,4 مليار دولار، أو ما يقارب 1 % من الناتج القومي الإجمالي للبلاد في تلك السنة . و تروج شركات الأدوية للالتزام في إعلاناتها بوصفه إستراتيجية لزيادة حصتها في السوق : إبراز السمات الايجابية للالتزام (بما

في ذلك خفض التكاليف، تقليل الجرعات، تقليل الآثار الجانبية، الفعالية العلاجية) معنيين بذلك زيادة استخدام المنتجات و إيرازها و بالتالي تعزيز صورة الايجابية للشركة بين الأطباء و العامة. لا يزال الالتزام يجلب قدرا كبيرا من الاهتمام في كل من المجالات العلمية، الطبية و الاجتماعية: اعتبارا من ماي 1995 وجدت أكثر من 11600 بحث و مقالة باللغة الانجليزية في الفهارس الطبية و غيرها من المراجع. فقد نشرت 22 مقالة باللغة الانجليزية قبل سنة 1960 و 850 في 1978، و تضاعف عدد المقالات حول الالتزام بين عامي 1966 و 1985 . و لا يزال عدد المقالات حول الالتزام هائلا: فقد تم نشر 700 مقالة حوله في سنة 1994 وحدها. (David S. Gochman, 1997)

3. أنواع عدم الالتزام الصحي:

- هناك أنواع مختلفة من عدم الالتزام، ففي ما يتعلق بالعملية المعرفية للالتزام يمكن أن يقسم إلى :
- **عدم الالتزام غير المنتظم l'observance erratique :** و يتعلق بنمط الحياة وظروف الحياة اليومية و تداخلاتها.
 - **عدم الالتزام اللاواعي l'observance inconsciente :** و يتعلق بإتباع الوصفات و التعليمات الطبية، كاستعمال الخاطئ للأدوية و الأجهزة .
 - **عدم الالتزام المتعمد non-observance délibérée :** و يتعلق بإنكار المرض، الخوف من الآثار الجانبية للأدوية و رفض الشروط المتعلقة بالأدوية... (J. de Blic, Groupe de Recherche sur les Avancées en PneumoPédiatrie (GRAPP), 2007)

من ناحية أخرى يمكن تصنيف عدم الالتزام حسب تردد اخذ الدواء من طرف المريض، حيث يعتبر النسيان حالة عرضية بالنسبة للمريض الملتزم. اخذ الأدوية مجتمعة شائع أيضا، و التي تزيد لدي المريض الذي يقرر تعديل الوصفة الأولية مع حياته. فهو يحترم عدد من الأدوية التي تؤخذ يوميا دون اعتبار للوقت و تردد جرعات أخذها. مثل هذا السلوك قد يكون له آثار وخيمة على صحة المريض و فعالية الدواء.

التوقف الوقتي يتعلق أساسا بصعوبات متابعة أخذ العلاج الذي يرتبط باقتناع المريض به و قبوله منذ البداية. هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في فهم الغرض من الدواء أو لا يرغبون أساس في العلاج قد يرجع هذا على سبيل المثال للاكتئاب .

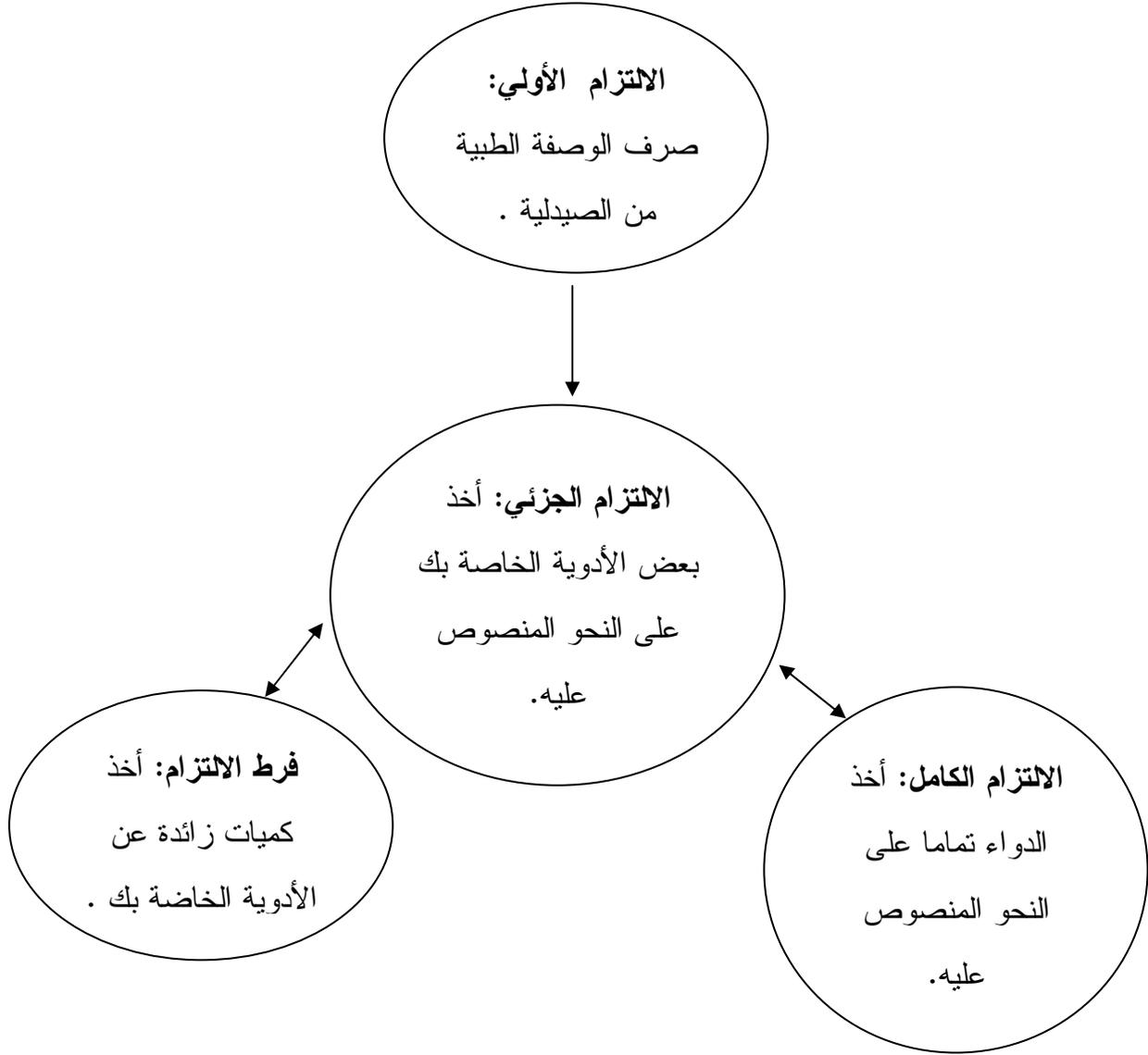
و أخيرا، بعض المرضى يأخذ عدد أكبر من الأدوية المحددة من قبل الطبيب.هم نفس أنواع المرضى الذين يقررون وقف دواء أو زيادة جرعات دواء آخر. ويستند هذا القرار على الآثار الجانبية والتحسينات المثبتة. و الجدول الموالي يبين خصائص كل نوع.

نوع عدم الالتزام	الخصائص
التوقف الكلي arrêts définitifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ اشد أنواع عدم الالتزام حدة ▪ الأكثر ملاحظة
التوقف الوقتي arrêts momentanés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ سلوك متعمد من طرف المريض(مثلا خلال عدة أسابيع) ▪ أكثر صعوبة للقياس من طرف الطبيب
النسيان oublis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ السلوك الأكثر شيوعا و صعب الملاحظة من طرف الطبيب ▪ معظم المرضى ينسون أدويتهم دائما أو أحيانا
الجرعات المجمعة prise groupées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ سلوك أقل شيوعا ▪ اخذ كل الأدوية على دفعة أو دفعتين يوميا بدل ثلاث مرات

جدول رقم 9 : أنواع عدم الالتزام حسب دراسة إكلينيكية (Munzenberger,Souville,Moatti,1996)

(Aurélie Gauchet, 2008)

هناك تصنيف آخر يعتمد علي درجة الالتزام الصحي، حيث يدرج هذا الأخير أربع أنواع للالتزام يوضحها الشكل الموالي:



شكل رقم 7: العلاقة المتبادلة بين مختلف أنواع الالتزام (Jack E. Fincham ,2005 , P16)

4. تفسير عدم الالتزام بالنسبة للمريض:

يمكن الكشف عن عدم الالتزام خلال الفحص، فعلى الطبيب طرح السؤال حول مدى التزام المريض بالعلاج الموصوف. و يمكن تقدير مدى التزام المريض بالنظر إلى النقاط التالية:

- الالتزام بمواعيد الفحص.
- السؤال غير المباشر للمريض " فد يقول بعض المرضى بأنه يصعب عليهم أخذ الدواء بانتظام يوميا، ما نفهمه، يحدث أن تؤجل أو تنسى أخذ الدواء عندما تكون مسافرا مثلا؟"
- يمكن استعمال استمارات و جداول ذات استعمال ذاتي لمتابعة أخذ الدواء و مقارنة ذلك بالجرعات الموصوفة.

و يمكن تفسير و ترجمة عدم التزام المريض بما يلي:

- رفض المرض خصوصا عندما يكون مزمن و مصحوب بآلام حادة " لا أتناول الدواء، إذن أنا لست مريض".
- رفض العلاج بتجاهله أو بسبب نقص المعلومات حول مرضه و تبرير العلاج الموصوف.
- الخوف من الأعراض الجانبية و خبرات الاستشفاء المتعلقة بالعلاج الكيميائي مثلا.
- الخوف من عدم الشفاء:
 - إحباط و يأس المريض عندما يعتقد أن مرضه غير قابل للشفاء
 - حالة من الاكتئاب، و التي ترتبط بأمراض خطيرة (السرطان...) أو أمراض تسبب ألم مزمن أو متكرر.
- الرغبة في عدم الشفاء حقيقة، بسبب الفوائد التي تعود على المريض : التوقف عن العمل، التهرب من المسؤولية،"حالة المرض" مع ما مع ما تحمله من اهتمام المحيط، الأطباء، و المجتمع.
- رفض الطبيب، لا سيما في حالات عدم فعالية العلاج و/أو سوء العلاقة طبيب_مريض، و من ذلك:
 - عندما يشعر المريض بعدم الفهم اتجاه مرضه و الأدوية الموصوفة له.
 - عند عدم وجود علاقة ثقة بما فيه الكفاية مع الطبيب و فشل الطبيب عن الكشف عن رمزية الأعراض: المريض يعبر عن الخلل الجسدي "أنا مريض"، المريض يبحث بطريقة شعورية أو لاشعورية عن التعبير عن معاناته العميقة ("أنا مريض" " سأصبح

أسوء، أشعر بتدني مستمر، بالإعاقة". عدم الثقة و العدوانية، مصدر لعدم الامتثال، يمكن أن تعبر عن العلاقة العلاجية.

- رفض المحيط الذي لا يفهم المريض، و الذي لا يأخذ المريض على محمل الجد(مريض مسن، غير صالح، غير قابل للشفاء...).
- رفض التبعية و التدهور بالنسبة للمرض، العلاج، الطبيب و تعبر عن طلب المريض لتمكينه و استقلاليتته، الاستفادة من التعليم الصحي الجيد الذي يساعد على تحسين إدارة المرض و علاجه (Patrice Queneau, Gérard Ostermann ,2004).

5. أسباب عدم الالتزام الصحي:

من الخطأ الاعتقاد أن لا مبرر للمرضى لرفض العلاج. بعض الأسباب التي يقدمها المرضى مشروعة جدا. القائمة التي تتبادر للذهن، هي إجابة السؤال: "لماذا يرفض المرضى تناول دوائهم؟"، و الرد يكون:

- لأنهم لا يحتاجون إليها؛
- نظرا للآثار الجانبية غير السارة؛
- نقص التفسير و الشرح؛
- لأن موقف الطبيب معهم كان موقف ازدراء و استهزاء؛
- لأننا لا نقدم أي شيء آخر غير الأدوية ؛
- لأن معظم الناس لا تأخذ الأدوية الخاصة بهم؛
- لأنهم ضد الأدوية ؛
- لأن هناك من نصحهم بهذا؛
- لأنهم يخشون من الآثار المتوقعة من العلاج؛
- لأنهم على قناعة بأنهم ليسوا مرضى؛
- لأنهم يعتقدون أنهم يتناولون السم... (Jérôme Palazzolo, 2004)

اقترحت منظمة الصحة العالمية OMS (2003) مؤخرا، خمسة أبعاد لتحليل أسباب عدم الالتزام و هي:

- المريض (ما هي الموارد التي يعيها المريض للعلاج؟)
- المرض (كيف يعبر عن هذا المرض وما أثره على نوعية حياة المريض؟)
- العلاج (التعقيد، المدة، والآثار الجانبية المحتملة؟ الفوائد المحتملة؟)
- نظام الرعاية الصحية (توفر و اتساق عملية التكفل بالمرضى)

▪ الظروف الاجتماعية والاقتصادية (الوصول إلى موارد الدعم المادي والاجتماعي، و الرعاية
(الخ). (Jean Calop, Samuel Limat, Christine Fernandez, 2008)

أ- العوامل المتصلة بالمريض:

هناك عدة عوامل _ من وجهة نظر المريض_ تتدخل في الالتزام بالعلاج. فمن اجل الالتزام
بالعلاج يجب على المريض:

- أن يعرف ماذا يفعل
- أن يملك المهارة اللازمة لذلك
- أن يعتقد انه يستطيع أن يفعل ذلك
- أن يعتقد بأنه من المفيد القيام بذلك
- أن يعتقد أن الالتزام بالعلاج آمن
- أن يعتقد أن فوائد الالتزام بالعلاج تفوق المساوئ
- أن يملك الرغبة في الالتزام

• تتوفر لديه الموارد اللازمة (Gérard Reach , 2006)

و يمكن التطرق إلى النقاط التالية فيما يخص العوامل المتعلقة بالمريض:

▪ **الجنس و العمر:**فيما يخص العمر فان معظم الدراسات تظهر عدم وجود ارتباط بين السن و
الالتزام (Haynes et al 1979) (Jack E. Fincham, 2007 , P15).لكن دراسة
Gibson تبين أن الالتزام ينخفض مع التقدم في العمر، حيث يكون مرتفعا لدي الرضع و
الأطفال الصغار بنسبة 77 % ، ومؤخرا، في دراسة Walders وجد أن الالتزام يكون بنسبة
46% فيما يخص أجهزة الاستنشاق لدي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 8 و 16سنوات و
أن الالتزام يتناسب عكسيا مع السن و في فترة المراهقة و يتأثر باشتراك الآباء و الأمهات في
تقديم العلاج. (J. de Blic, GRAPP, 2007) و يعتبر كبار السن أكثر عرضة لعدم
الالتزام بسبب توفر كل الأسباب المساعدة على عدم الالتزام:

- تعدد الأمراض و بالتالي تعدد الأدوية (30% من المسنين يتناولون أكثر من ثلاثة
أدوية).
- الاضطرابات المعرفية(مصدر لعدم الفهم).
- الاعتماد على المحيط.

- العجز الجسدي (الاضطرابات البصرية و السمعية،نقص الرشاقة، الرعشة،...) .
- تكرار المضاعفات الجانبية (تفاعل الأدوية، العجز الكلوي،...) (André)

(Grimaldi,Julie Cosserat , 2004

بالنسبة للجنس، بعض الدراسات تبين أن النساء و الرجال متساوين في الالتزام، على سبيل المثال دراسة (Monane et al 1996) فيما يخص تناول أدوية الضغط، و دراسة (Similarly, lynch et al 1992) حول الالتزام بالتمارين بالنسبة لمرضى ارتفاع الكولسترول. فيما تبين دراسات أخرى أن النساء أكثر التزاما في تناول أدوية الشيزوفرينيا (Sellwood and Tarrier 1994) (Julia Russell, 2005)

■ **السلالة:** يظهر التراث العلمي تأثير العرق على الالتزام من خلال الاختبارات التشخيصية (strzelezyk & Dignan 2002). حيث يذكر strzelezyk & Dignan سنة 2002 أن المرأة الأمريكية من أصل إفريقي أكثر عرضة لعدم الالتزام للتصوير الشعاعي للثدي. في الدراسات السريرية ، وجد أن المرأة الأمريكية من أصل إفريقي أكثر عرضة للتسرب من المشاركة في دراسة حول الالتزام بعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي بالمقارنة مع القوقازيين (Dunbar-Jacob et al 2004). رغم هذا تبقى العلاقة بين الالتزام و العرق بحاجة لمزيد من الدراسة. (Ilene Morof Lubkin,Pamala D. Larsen, 2006)

■ **الدعم الاجتماعي: الأسرة و الأصدقاء:** و هو متغير آخر يرد ذكره في الدراسات المتعلقة بالالتزام، فقد وجد أن الأطفال المصابين بالربو يزيد التزامهم في حال حصلوا على الدعم الاجتماعي (Spector,1985). (Ilene Morof Lubkin,Pamala D. Larsen,)
 (2006) وجد Bovbjerg et al (1995) أن الأشخاص الذين لديهم دعم ينصاعون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم. كذلك Sherbourne et al (1992) وجد أن توافق مرضى السكري يكون أفضل لدي الأفراد الذين يملكون دعما اجتماعيا. و يفيد Tanner and Feldman سنة 1997 أن الأفراد الذين لديهم علاقات هامة كالشريك مثلا يكونون أكثر التزاما فيا يخص مواعيد الاستشارات. هذا و يجب الإشارة إلى أن الدعم لا يكون ايجابي إلا بوجود قدر من الاستقلالية لدي المريض (Julia Russell, 2005)

■ السمات و المعتقدات:

لقد أظهرت بعض الدراسات بوضوح أن الفرد ذاته يظهر مستويات مختلفة من الالتزام في حالات مختلفة (Lutz et al 1983, Orme and Binik 1989). مع ذلك تؤكد إحدى الدراسات أن بعض المحددات الشخصية تخفض الالتزام بالاستشارات الطبية. فقد استخدم Christensen et al (1997) مقياس للخصائص الشخصية مثل الغضب و الشك لمرضى غسل الكلى، حيث ارتبطت الدرجات المرتفعة بعدم الالتزام مع التوصيات المتعلقة بالنظام الغذائي و الأدوية. عدم الالتزام هو أيضا من سمات الأفراد الذين تستند آليات التكيف لديهم على التجنب (Sherbourne et al 1992): أفراد يميلون إلى اللجوء إلي توظيف استراتيجيات مثل "سيحدث شيء ما" "قد تخنفي ببساطة" .

بعض التغيرات المؤقتة في الحالة العاطفية للفرد تؤثر في زيادة أو تخفيض الالتزام، فالمريض المتفائل أكثر إتباعا للتوصيات الطبية (Leedhan et al 1995) على عكس المريض المكتئب الذي يكون أقل التزاما (Carney et al 1995). و بالمثل في دراسة (Cipher et al 2002) حول المرضى الذين يعانون من الألم المزمن، إذ وجد أن قمع المشاعر السلبية مثل الغضب يزيد من الالتزام في حين أن تضخيم تلك المشاعر السلبية يؤثر على الالتزام سلبا. كما أن المرضى يميلون لأن يكونوا أكثر التزاما عند الاعتقاد في خطورة المرض وفقا لنموذج صحة الاعتقاد.

■ يشير مركز الضبط **Locus de contrôle** إلى اعتقاد الفرد في مسؤوليته عن النتائج الصحية (مركز ضبط داخلي)، أو أنها بسبب عوامل خارجة عن إرادته (مركز ضبط خارجي). الأفراد ذو الضبط الداخلي يشعرون بأن لديهم خيار شخصي و هم أكثر إتباعا للتوصيات لأن هذا يمكنهم من بسط سيطرتهم على الوضع. فقد وجد Koski-Jannes 1994 أن المشاركين في برنامج العلاج من إدمان الكحول ذو الضبط الداخلي منهم كانوا أكثر حفاظا على الامتناع عن تناول الكحول. مع هذا فالمحددات الشخصية لا تضمن الالتزام. و حتى عندما يختار الناس بأنفسهم مواعيدهم مع الطبيب، قد لا يحضرون بالضرورة حيث يقدر Deyo & Inui 1980 أن حوالي 15% إلى 60% من المواعيد لا يرد عليها. (Julia (Russell, 2005

لا تزال العلاقة بين القلق و التوتر من جهة و الالتزام من جهة أخرى متغيرة عبر عدد من الدراسات، و العلاقة الدقيقة لا تزال غير مفهومة تماما (DiMatteo et al, 2000). يمكن أن يتراوح القلق من الذعر إلى السلوك القهري و القلق العام حول الصحة، غالبا ما يشترك القلق مع الاكتئاب، و له آثار فريدة من نوعها يصعب تحديدها (Mineka, Watson, & Clark, 1998)، فالاضطرابات مثل الغضب، الخوف، القلق، و الشعور بالذنب تؤثر سلبا (Watson et al, 1995)، و بالتالي تؤثر سلبا على السلوكيات الصحية و الالتزام بالتوصيات الطبية (Ng & Jeffery, 2003). فالقلق كثيرا ما يميز تجربة العديد من المرضى، الذين يخشون من تطور مرضهم بحيث يمنعهم من أن يعيشوا حياتهم كما يحلو لهم. و الكثير من القلق أيضا إزاء عدم القدرة على العمل و عدم تحمل مسؤوليات الأسرة، و كذا سوء مستقبلهم المالي، و تأثير المرض على مظهرهم (Peyrot et al, 2005). فالأسى *déstressé* النفسي يؤثر على تصورات المرضى للدعم و يساهم في التفاعلات الاجتماعية السلبية، و يحد من الدعم الاجتماعي المادي و العاطفي المتاح لهم (Alferi, Sally A.) (Carver, Antoni, Weiss, & Duran, 2001, Coyne, 1976). (Shumaker, Judith K. Ockene, Kristin A. Riekert, 2009).

■ **المعرفة:** المرضى الأقل إطلاعا عن مرضهم و الدواء الخاص به، يكونون أقل التزاما بالحماية في أمراض السرطان ، التليف الكيسي *cystic fibrosis* و السكري (Gudas et al 1986, Tebbi et al 1990, La Greca et al 1991). في المقابل، المعرفة لا تشكل فرقا في الالتزام بالنسبة لمرضى الكلى (Beck et al 1980). و هناك صورة مختلفة فيما يخص معارف الأهل حول مرض و علاج أطفالهم. فلا علاقة لمعرفة الأم بمرض السكري بالالتزام طفلها في مرحلة المراهقة بينما يؤثر ذلك ايجابيا في مرحلة ما قبل المراهقة. (Michael A. Rapoff, 1999)

إن الإلمام بمخاوف و معتقدات المرضى، تمكن من التزود بمعلومات واقعية لتصحيح المعلومات الخاطئة . أظهرت دراسة Schwartz et al ، أن 21 % من المرضى الذين يرتكبون أخطاء كبيرة فيما يخص الالتزام، لديهم غموض في البيانات المتعلقة بمرضهم و علاجهم، فمعرفة هذه المعلومات تؤثر على قراراتهم. و يبين Peck أن التعليم المتمركز حول المريض يحسن كثيرا من تعاطي الأدوية. كما يفيد McCallum أن الرسائل التعليمية الموجهة

لمرضى ارتفاع ضغط الدم الخاضعين للعلاج الدوائي تكون أكثر تحفيزاً على الالتزام عندما تكون الرسائل واقعية و ذات مصداقية بالنسبة للمرضى، فالمرضى بحاجة لمعرفة المرض و تأثير العلاج عليهم. المرضى بحاجة أيضاً إلى معرفة عواقب عدم الالتزام، لكن بطريقة لا تسبب القلق و الخوف للمتعلم (Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare, 2005).

■ **فعالية الذات:** يرى Bandura أن المعرفة غير كافية للقيام بالسلوك ، على المرء أن يكون على ثقة بأنه قادر على أداء سلوك معين. و يسمى هذا الاعتقاد بالكفاءة أو الفعالية الذاتية. الفعالية الذاتية هي نتاج كل من فعالية التوقعات (تصور الفرد حول قدرته أو قدرتها على تحقيق مستوى معين من الأداء)، و نتائج التوقعات (تقييم الفرد للنتائج المحتملة لسلوك معين). و قد أظهرت مئات الدراسات أن الفعالية الذاتية تمكن من التنبؤ بمدى إمكانية انخراط الناس في سلوك معين. الناس الذين لا يعتقدون أنهم يستطيعون التوقف عن التدخين، على سبيل المثال، يكونون أكثر عرضة للانتكاس، و بالمثل، النساء اللواتي يشعرن بالقابلية لأداء الفحص الذاتي للثدي يزيد احتمال قيامهن بذلك. ترتبط الفعالية الذاتية بالالتزام بالدواء و ممارسة الرياضة، مع ذلك، من المهم التأكيد أن الكفاءة الذاتية ترتبط بسلوك محدد. و هكذا، فالشخص يكون قادر على أداء سلوك معين و لكن ليس آخر (Hayden B. Bosworth, Eugene Z. Oddone, Morris Weinberger, 2006).

يشير Payne and Walker (1996) إلى أن الأشخاص الذين لديهم تدني احترام الذات و انخفاض الكفاءة الذاتية لا يقيمون أفكارهم الخاصة ، و بالتالي يكونون أكثر التزاماً بالتوصيات الطبية لأنهم يقيمون ما يقوله لهم الأطباء أكثر من أولئك الذين يكون احترام الذات لديهم مرتفع. (Philippe Harari, Karen Legge, 2001)

المفاهيم السابقة تلخص العوامل ذات الصلة بالمرضى و التي تتدخل في تحديد الالتزام، فاختيار الالتزام يرجع في الواقع إلى أولويات مختلفة، قد يستند هذا الخيار على حجج واعية، لكن أيضاً قد يرجع لأسباب غير واعية، كما أن عملية الاختيار في حد ذاتها قد تكون واعية أو غير واعية. و هكذا، عدم الالتزام قد يعبر عن رغبة واعية أم غير واعية في الانتحار.

ب- العوامل المتصلة بالمرض:

تؤثر صورة المرض في الالتزام ، و يزيد خطر عدم الالتزام في الأمراض التي يرافقها ضعف في الإدراك، مشاكل بصرية و حالات الاكتئاب. في الحقيقة عدم الالتزام وارد في كل الأمراض، بالنسبة للسكري، ارتفاع ضغط الدم، الكولسترول، السمنة و القلب يمكن إدراج العوامل المتصلة بالمرض في:

- ازمان المرض
- عدم وجود أعراض، أو كونها لا تشكل انزعج فوري
- أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها
- عدم وجود خطورة للمرض، كما يحسها المريض بشكل ذاتي

إن عدم وجود أعراض يشكل نقطة مهمة، فالمريض قد لا يشعر بالمرض حتى يدرك أن لديه مشكلة صحية، أضف إلى ذلك أن غياب الأعراض لا يسمح للمريض بتقييم فعالية العلاج.
(Gérard Reach, 2006).

استنادا إلى تقرير منظمة الصحة العالمية. يفيد DiMatteo's (2004) ، و التراث العلمي أن للالتزام يختلف باختلاف الظروف الصحية (انظر الجدول 2.2). قد يكون هذا التقرير مبالغ فيه وغير قابل للتعميم لكونه العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب_مريض المعتمدة على التوصيات الطبية. و قد تراوحت النسب من 5 إلى 96 باختلاف المرض.

المرض/العلاج	نسبة عدم الالتزام %
العلاج المناعي في عمليات زرع الأعضاء الصلبة immunosuppressant therapy in solid organ transplantation	70_5
الربو	43_20
مضاد التخثر anti coagulation	50_30
اضطرابات الدماغ بما في ذلك الصرع seizures/brain disorders including epilepsy	96_30
نقص المناعة المكتسب HIV	95_30
الاضطرابات الوعائية القلبية بما فيها ارتفاع ضغط الدم	80_40

76_40	السكري
70_40	الاكتئاب
96_46	اضطرابات الدم(عدا اللوكيميا)
76_54	اضطرابات النوم
89_55	التهاب المفاصل
82_57	المرحلة النهائية لأمراض الكلى
76_61	الأمراض الرئوية
82_62	اضطرابات العين
84_64	اضطرابات التوليد و أمراض النساء
87_66	أمراض الجهاز التناسلي و الأمراض المنتقلة عبر الجنس STDs
86_67	اضطرابات الجلد
80_68	الأمراض المعدية
83_69	اضطرابات الأذن، الأنف، الحنجرة، و الفم
84_76	السرطان
86_74	اضطرابات الجهاز الهضمي

جدول رقم 10: معدلات الالتزام في ظروف طبية مختلفة أو في علاجات مختلفة (Jack E.

(Fincham, 2007,PP 35-36)

ت-العوامل المتصلة بالعلاج:

إن معرفة خصائص العلاج، خصوصاً المدة، التعقيد، الآثار الجانبية، تسمح بتقدير خطر عدم الالتزام. ففي دراسة تتعلق بالسكري من النمط 2 تفيد أن الالتزام يتأثر بـ:

- العلاج بالأقراص بدلاً من الحقن
- عدم ظهور فوائد العلاج على الفور
- وجود آثار جانبية للعلاج
- العلاج بتغيير نمط الحياة
- العلاج طويل الأمد
- العلاج الوقائي بدلاً من العلاجي
- العلاج يؤثر على نوعية الحياة

و ينبغي التأكيد على أهمية تعقيد العلاج. فعلى سبيل المثال ، أظهرت الدراسة أن نسبة عدم الالتزام تعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد، 25 % عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية، و 35% عندما يفوق العدد 5 أدوية ، و هذه الحالة الأخيرة شائعة في الوقاية من مخاطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية ، ويعتمد تفسير تأثير العلاج على الالتزام على النقاط التالية:

- الانتقاء (اتفاق المعلومات الجديدة مع المعتقدات القائمة)
- النسيان (عدم استخدام المعلومات)
- الخطأ (الاستخدام بشكل خاطئ)
- التأخير (تأجيل الاستخدام)
- التقريب (أخذ الدواء مرة واحدة في اليوم أفضل من لا شيء)

تمثل مدة العلاج سبب رئيسي لعدم الالتزام، خصوصا الأمراض المزمنة، تلك التي لا تهدد حياة المريض بطريقة مباشرة، وعندما يكون الدواء وقائي أكثر منه علاجي. فبالنظر لطول مدة المرض، يجب الأخذ بعين الاعتبار الوقت الذي ستغرقه التعامل اليومي مع الدواء و التدخل في نوعية حياة المريض.

الآثار الجانبية للعلاج (يمكن للمريض الإطلاع عليها في النشرة المرفقة بالدواء دون أن يتفهم أنها يجب أن تدرج لأسباب قانونية) لها دور واضح ،خصوصا عندما تتعدم الأعراض في المرض، فمن الممكن أن نلاحظ أن الآثار النافعة للدواء لا تظهر إلا بعد أسابيع، فيما تظهر الأعراض الجانبية مباشرة بعد بداية العلاج .

هناك جانب آخر مرتبط بعملية اخذ الدواء في حد ذاتها، رغم أن العملية قد تكون بسيطة جدا، فالالتزام يكون أفضل في حالات أخذ الدواء بالحقن عنه في حالات أخذه عن طريق الفم، كما يكون أحسن عندما يكون العدد موافق لعدد الوجبات (3 مرات) منه عندما يؤخذ مرة واحدة ،أضف إلى هذا شكل و لون و طعم الدواء نفسه. (Gérard Reach , 2006)

ث- العوامل المتصلة بنظام الرعاية الصحية

يجب الأخذ بعين الاعتبار تنظيم عملية الرعاية و ظروف الممارسة الطبية التي قد لا تسمح بالالتزام الصحي ، فسواء تعلق الأمر بالمستشفيات العامة أم العيادات الخاصة ، ينبغي توفير الشروط و الوقت اللازمين من أجل الرعاية :

- توفر الطبيب
- الوقت المستغرق لتقديم الشرح و التفسير للمريض (في كثير من الأحيان يكون وقت الاستشارة قصير)
- تنظيم و مدة و أجال المواعيد الطبية
- تواتر الاستشارة
- تناسق الرسائل الصحية فيما بين الفريق الطبي
- حقيقة أن الطبيب المعالج ليس نفسه دائما(تعدد الأطباء)
- اهتمام الفريق المعالج بالالتزام الصحي

إذ يمكن للمرء لاعتراف بسهولة لأهمية دور التصور الذي يكونه المريض عن كون المعالج شخص ودي و مقرب، يعامله باحترام و تقدير، و يشاركه باتخاذ القرارات. إن توقعات المرضى تدور حول الإصغاء إليهم، تقديم الرعاية و الاهتمام بحالتهم، تقديم التفسيرات لهم، محاولة تحفيزهم، و أخيرا بناء علاقة ثقة بهم. (Gérard Reach , 2006)

كما قد يرجع عدم الالتزام إلى الخبرات السابقة المتعلقة بالأخطاء الطبية. نشر المعهد الأمريكي للطب سنة 2000 (IMO , 2000) تقريرا عن الخطر المتزايد على صحة المرضى بسبب الأخطاء الطبية. فقد احتوى التقرير على دراسة Utah و Colorado و آخرون في نيويورك و التي وجدت أن الأحداث السلبية تقع بنسبة 2,3 إلى 3,7 % من المستشفيات، و تقدر أن من 44000 إلى 98000 أمريكي يموتون سنويا بسبب الأخطاء الطبية (David F.Marks, Michael Murray, Brian Evans,Carla Willig, Cailine Woodall, Catherine M.Sykes, 2005). مثل هذه المعلومات قد تجعل المريض لا يلتزم بالعلاج لاحتمال الخطأ الطبي، خصوصا إذا تعرض قريب لحادث يتعلق بخطأ طبي.

تشير الأدلة أن النتائج الطبية تؤثر على التزام المريض بالعلاج، و ذكرت احدي الدراسات أن نتائج العلاج لا تكون ذات أهمية في التأثير على التزام المريض عندما يكون هناك نوع من

التحالف القوي بين المريض و الطبيب (alliance) و بالعكس، عند انخفاض هذا التحالف و في وجود نتائج مثلى يكون هناك التزام معتدل (Peter M. Miller, Peter Michael Miller,) (2009).

كل علاقة طبيب-مريض Relation médecin-malade فريدة، فيجب أن تحدد لكل علاقة طبيب-مريض مجموعة فريدة من التوقعات و أساليب حل مشكلة مشتركة (Shawn Christopher Shea, 2006). تعتبر نوعية العلاقة مع المعالج مهمة، فهي نتيجة التواصل بين الطبيب و المريض، لكنها تعبر في نفس الوقت عن تجربة المريض في مواجهة مرضه أو علاجه (André Grimaldi, Julie Cosserat , 2004). فقد وجد أن اعتقاد المريض في اهتمام الطبيب به و نوعية الاتصال القائم بينهما يؤثر بوضوح في التزام المريض، أضف إلى ذلك وضوح الرسالة الطبية و بساطتها لتسهيل وصول المعلومة للمريض و إمكانية تذكرها من طرف المريض (Philippe Harari, Karen Legge, 2001) ، كلها عوامل ترتبط بالممارس نفسه لتحفيز المريض على الالتزام.

ج- العوامل المتصلة بالظروف الاقتصادية و الاجتماعية:

العوامل الاقتصادية و الاجتماعية: يمكن للوضع الاجتماعي و الاقتصادي، مستوى التعليم و الدخل أن تؤثر بشدة على الالتزام. قد يكون من الصعب أو من المستحيل تغيير نمط الحياة، في سياق الضعف الاجتماعي و الاقتصادي. و يمكن لعوامل مثل: نقص وسائل النقل، عدم الاعتماد على نظام الرعاية الطبية و عدم كفاية تغطية التأمين الطبي أن تهدد عملية الالتزام. فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل، قلة التعليم، تدني الحالة الاجتماعية و الاقتصادية من المرجح أن يواجهوا تحديا أكبر في تحقيق السلوك الصحي الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع و الوضع الاجتماعي و الاقتصادي المرتفع (Sally A. Shumaker, Judith K. Ockene, Kristin A. Riekert, 2009).

يمكن للأعباء و التكاليف المالية وحدها أن تكون بمثابة حاجز أمام الحصول على خدمات الرعاية الصحية، الأجهزة، أو الأدوية الضرورية لإدارة المرض المزمن. عائق اقتصادي رئيسي آخر هو نقص الموارد، بما في ذلك عدم كفاية النقل أو صعوبته، عدم توفر الرعاية للأطفال، ضياع الوقت في الوظائف ذات الأجور المتدنية، عدم توفر الأمن الوظيفي. و قد تم مؤخرا الربط بين المستوي الاجتماعي و الاقتصادي من جهة و الالتزام بالعلاج بالهرمونات

البديلة من جهة أخرى. الأمية قد تساهم في زيادة المشاكل المتعلقة بإدارة المرض المزمن. في بعض الدراسات، ارتبطت الأمية الصحية بعد الالتزام بالأدوية المضادة للفيروسات (Wolf & Paasche-Orlow & al, 2007) و كذا مع الالتزام بأدوية نقص المناعة المكتسب (Paasche-Orlow & al, 2006).

بعض العوائق التي تحول دون الالتزام الصحي ترتبط بعجز نظم الرعاية الصحية على إدارة الأمراض المزمنة. كمثال، بعض الأفراد ذوي الأمراض المزمنة يقصدون الطوارئ للحالات غير الطارئة طلبا للرعاية فيما لا تتوفر هذه الأخيرة على الرعاية الأولية الملائمة لإدارة الأمراض المزمنة.

■ **العوامل الثقافية:** هناك اهتمام بالغ بالطرق التي تؤثر بها الثقافة على السلوكيات الصحية و تفاعل المرضى مع مقدمي الرعاية الصحية. فالثقافة تؤثر على خبرة الكبار و الصغار في طريقة التفسير، الاستجابة و علاج المرض.

بسبب التغير الديمغرافي و تدفق المهاجرين إلى الولايات المتحدة ، ظهرت دراسات حول سلوكيات الجماعات الثقافية المختلفة ، بعض هذه الدراسات كشفت ارتباط الأقليات بالمشاكل الصحية. على سبيل المثال، ارتبطت ظروف الأقليات بانخفاض الالتزام بأدوية الربو. كما وجد انخفاض الالتزام و ارتفاع معدل انتشار المعتقدات السلبية حول أدوية الربو لدى الأقليات القوقازية. تؤثر اللغة على الاستفادة من الرعاية الصحية و القدرة على تكوين علاقات بالقائمين عليها. القواعد الثقافية المختلفة قد تؤثر في عملية الالتزام. على سبيل المثال، وصمة الإصابة بالسل في العائلات اللاتينية تكون عاملا في ضعف الالتزام الدوائي (Cabrera, Morisky, Chin 2002, Hovell et al 2003). كما يتأخر اللاتينيين في التماس الرعاية الصحية بسبب اللجوء إلى المعالجين و الأدوية الشعبية (Talamantes, Lawler, Espino, 1995, Zucherman Guerra, Dorssmen, Foland, Gregory, 1996). و قد يتصل التأخر في استخدام الرعاية الصحية بقضايا التأمين الصحي، حواجز اللغة و الهجرة.

يجد المهاجرين الآسيويين صعوبة في التقبل و القيام بالحماية. في دراسة ل Jaynes and Rankin سنة 2001 وجد أن المهاجرين الصينيين عاجزين في الرعاية الذاتية و استراتيجيات التعامل مع السكري. و بالمثل في دراسة Lm and Meleis 1999 ، حيث وجد

أن النساء الكوريات تتجاهلن أعراض سن اليأس إلى أن تتفاقم (Pamala D.)
(Larsen, Ilene Morof Lubkin, 2009).

و هكذا أصبح من المهم للقائمين على الرعاية الصحية معرفة تأثير الثقافة على سلوك الالتزام،
فهناك حاجة للتمييز بين تأثير الفقر، الوضع الاجتماعي و الاقتصادي، الثقافة أو التفاعل بينها
جميعا على سلوك الالتزام.

6. نتائج عدم الالتزام الصحي:

تتمثل أهمية الالتزام الصحي في ارتباطها مباشرة بنتائج العلاج، فعدم الالتزام يخلف مخاطر صحية و
اقتصادية سواء مباشرة أو غير مباشرة، لا تتعلق بالفرد وحده بل تتعداه إلى العائلة، المجتمع، النظام
القائم على الرعاية و حتى إلى الدولة بصفة عامة.

أ- النتائج الاقتصادية:

- تتخفف فعالية الرعاية الصحية بسبب عدم الالتزام (Smith, 1985). حيث يتم إهدار المال
على الأدوية غير المستخدمة أو غيرها من العلاجات التي لا يتم إتباعها. يزيد عدم الالتزام أيضا
من التعيينات و الفحوصات التي لا لزوم لها و يرفع من عدد الزيارات إلى غرف الطوارئ و
الاستشفاء. فعلى سبيل المثال: تقدر التكاليف المرتبطة بأمراض الالتهابات المقاومة للأدوية ما
بين 100 و 200 مليون دولار سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية (Gibbons, 1992)
(Michael A. Rapoff, 1999). و تقدر تكلفة عدم الالتزام في الولايات المتحدة
الأمريكية (بما في ذلك المرضى الكبار و الأطفال) بـ 100 مليار دولار سنويا (Berg,
Dischler, Wagner, Raia, & Palmer-Shevlin, 1993). و تتعلق التكاليف الناتجة
عن عدم الالتزام لدي الراشدين المصابين بأمراض مزمنة، بتضاعف تكاليف العلاج الناجمة
عن الاستشفاء و بمدة الاستشفاء و النفقات المتعلقة بالرعاية الصحية (Pamala D.)
(Larsen, Ilene Morof Lubkin, 2009, Sclar et al 1991, Hull, Bartus,
& Schweizer, 1992)
- تتنوع التكاليف المرتبطة بعدم الالتزام و تشمل:
التكاليف المباشرة:

- تكلفة الوصفات الطبية الأولية، و التي لا تسفر عن نتائج العلاج المطلوب، أو غير المستخدمة.
- تكلفة الوصفات الإضافية، التي قد لا تكون ضرورية في حال تم الالتزام بالأدوية الأولية. في كثير من الأحيان تفوق تكلفة الأدوية الموصوفة في المرة الثانية الأولى.
- الزيارات الإضافية للأطباء
- زيارات عرف الطوارئ
- الاستشفاء
- اختبارات تشخيصية إضافية
- التمريض المنزلي
- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية الصحية الإضافية المترتبة عن عدم مراقبة المرض المزمن، مثل إعادة التأهيل بعد الإصابة بنوبة قلبية.

التكاليف غير المباشرة:

- فقدان الإنتاجية.
- التغيب.
- فقدان الأرباح (من المرضى خلال المرض، لصناعة الأدوية و الأدوية المباعة في الصيدليات، للأطباء عندما يتسرب المرضى من نظام الرعاية الصحية)
- الوفاة المبكرة و العجز (Jack E. Fincham, 1995)

ب- النتائج الطبية:

- يحتمل أن ينجم عن عدم الالتزام آثار صحية خطيرة (Rapoff, 1999). و يفيد Bauman و آخرون سنة 2002 أن المرضى غير الملتزمين بعلاج الربو تتفاقم حالتهم، ارتفاع حالات الاستشفاء لديهم، الغياب عن المدرسة، نقص الأداء، و يقضوا المزيد من الأيام يعانون من سوء التنفس و عدم القدرة على ممارسة الأنشطة. أظهرت التجارب حول التحكم في مضاعفات السكري أن الحفاظ على نسبة معتدلة من السكر في الدم و ذلك بتكثيف العلاج في البداية و الإبطاء من المضاعفات على المدى البعيد (مثل العمى) و هذا يتطلب مستوي عالي من الالتزام بعلاج السكري (DCCT Research Group, 1994). و يرتبط عدم الالتزام بمضاعفات

الفيروسات في علاج نقص المناعة مما يؤدي إلى تعقد الحالة الصحية و تطور المرض
Judith K. Ockene, Sally A. Shumaker,) (Steele & Grauer , 2003)
(Kristin A. Riekert, 2009). إذ يؤدي عدم الالتزام إلى عجز بيولوجي و مناعي و
يؤدي إلى مقاومة الدواء. و ما قد يزيد الخطورة ، تطور مقاومة الدواء، و التي يحتمل أن
تؤدي إلى عدوى مقاومة الفيروس للدواء و بالتالي الحاجة إلى مراجعة العلاج **(World
Health Organization , 2008)**

- يمكن لفشل الالتزام أن يؤثر على نوعية حياة المرضى و عائلاتهم. على سبيل المثال، يمكن
للأطفال غير الملتزمين بأدوية الربو أن يتعرضوا لأزمات تقلب في الوظيفة الرئوية و التي
بدورها يمكن أن تحد من أنشطتهم اليومية (Cluss, Epstein, Galvis, Fireman,)
(Friday, 1984). أيضا، سوء الالتزام لدي المصابين بالأمراض المزمنة يمكن أن يزيد من
حالات الاستشفاء أو بقائهم في المنزل لمدة قصيرة ومتكررة، و بالتالي التأثير السلبي على
أدائهم الأكاديمي و الاجتماعي.
- القرارات السريرية: يمكن للاختلاف في الالتزام أن يؤثر سلبا في القرارات الطبية . إذا كان
الطبيب يجهل مشاكل الالتزام، يمكن أن يرجع فشل العلاج إلى عدم كفاءة الدواء و بالتالي يقوم
بوصف أدوية أكثر فعالية بمزيد من الآثار الجانبية. كما يمكن أن يتخذ إجراءات أكثر خطورة
للحد من عدم نجاح العلاج.
- و العكس، قد يتم إرجاع فشل العلاج إلى عدم الالتزام، و التالي الفشل في تعديل العلاج في
حال عدم فعالية الدواء. على سبيل المثال، بالنسبة لوصف أدوية للمراهقين (الأنسولين) هناك
حاجة إلى تعديلها استجابة لمراحل النمو خلال و بعد البلوغ (Barnard, 1986). في حال
إرجاع سوء النتائج إلى عدم الالتزام، فانه يكون من الخطأ عدم تعديل العلاج في هذه المرحلة.
- التجارب السريرية: يمكن الالتزام أن يؤثر التجارب السريرية للعلاجات المستقبلية. ففي تجربة
سريرية لمقارنة دواء جديد (مجموعة أ) مع دواء وهمي (مجموعة ب). تتم مطابقة خصائص
المرضى (مثل السن، الجنس، مدة المرض) و يوزعون عشوائيا على المجموعتين. إذا كان
للمرضي في المجموعة أ التزام أقل من الالتزام الأمثل، فان الفوائد العلاجية و الآثار الجانبية
للدواء الجديد يمكن أن يساء تقديرها (Urquhart, 1989). **(Michael A. Rapoff, 1999, pp11-12)**

7. قياس الالتزام

إجراء تقييم لسلوك الالتزام ضروري للتخطيط لفعالية و كفاءة العلاج، و ضمان أن التغييرات الصحية تعزي للنظام العلاجي المقترح. بالإضافة إلى القرارات المتعلقة بتغيير التوصيات، الأدوية، و/أو أسلوب الاتصال كاستدعاء المريض للمشاركة كل هذا يعتمد على قياس صحيح و موثوق للالتزام. بالطبع ليس هناك "قاعدة ذهبية" لقياس سلوك الالتزام (Farmer, 1999; Vitolins et al, 2000). و مع ذلك هناك عدة استراتيجيات (Lee M. Cohen, Dennis E. McChargue, Frank L.) (Collins, Frank L. Collins (Jr.), 2003). و يمكن تصنيف المقاييس المتداولة إلى مقاييس ذاتية و أخرى موضوعية تفصل كالتالي:

أ- **المقاييس الموضوعية:** تتفوق المقاييس الموضوعية على الذاتية لكونها اقل عرضة للتزوير و التلاعب من قبل المريض. رغم أن المقاييس الموضوعية تخفف العبء على المريض، إلا أنها مكلفة و غالبا ما تكون غير ممكنة أو متاحة للكثير من السلوكات المهمة، لاسيما النظام الغذائي و ممارسة الرياضة.

- **الملاحظة المباشرة للعلاج:** الملاحظة المباشرة للعلاج تتطلب حضور المريض للعيادة لأداء السلوك المنصوص عليه تحت الإشراف المباشر للمعالج. ويوفر هذا النهج اليقين الكامل لتوقيت السلوك، و لكنه مكلف و يحتاج لجهد. و هو مستعمل بكثرة لضمان الالتزام بدواء السل (Davies, 2003, Mukherjee et al, 2004) و استخدم أيضا في الالتزام بعلاج المضاد للفيروسات كما في علاج نقص المناعة المكتسب (Lucas, Flexner, & Moore, 2002. Mitty, Macalino, Taylor, Harwell, & Flanigan, 2003). كما يمكن استخدام هذا المبدأ عندما يتم الإعداد لإنقاص الوزن و ذلك مثلا مخيم يستمر لأسبوع حيث يراعى فيه الوجبات الغذائية المنصوص عليها و كذا الالتزام بالحضور لممارسة التمارين.
- **القياس البيوكيميائي:** يتم هذا القياس عن طريق أخذ السوائل من الجسم كمصل الدم، البول، اللعاب و نواتج التنفس. و يمكن تقدير مستويات الدواء (مثلا مستويات الثيوفيلين theophylline, Weinstein & Cuskey, 1985, levels) و إضافة علامات للدواء و الغذاء قصد مراقبتهما، أو منتجات الأيض للسلوك (مستويات فيتامين أ). كما يمكن للقياس البيوكيميائي أن يتحقق من حدوث السلوك و السماح

بحساب الاستجابة للجرعة، و التي قد تكون عدوانية، تغير في الشخصية، أو تغيير قصير المدى في السلوك.

- **التسجيلات الطبية، الصيدلانية و التأمينات:** تعتبر السجلات الطبية، الصيدلانية و التأمينية وسيلة مفيدة لتتبع السلوك المتعلق بنظام الرعاية الصحية، مثل وصفات الدواء، الإعفاءات، إجراءات الفحوصات (تصوير الثدي بالأشعة السينية)، و زيارة الطبيب. دقة هذا القياس تعتمد على بيانات دقيقة، حديثة و متكاملة و التي يكون من السهل من خلالها حساب التزام المريض من خلال تتبعه عند تلقي الخدمات الصحية.
- **قياس الدواء:** كما يوحي الاسم، يقتضي هذا القياس عد الدواء بين الزيارة و الأخرى، حيث يكون الفرق هو الكمية المستهلكة خلال الفترة الفاصلة، على الرغم من كون الطريقة تبدو سهلة ، إلا أن هذه العملية الحسابية يمكن أن تتأثر ب:
 - الحصول على عبوات الأدوية خلال الفترة الفاصلة
 - وجود أدوية غير مستخدمة من وصفات طبية سابقة في البيت و التي لم تكن مدرجة في الفرز.
 - نسيان إحضار الدواء عند القياس خلال زيارة الطبيب.
- **القياس الإلكتروني:** القياس الإلكتروني للسلوك (على سبيل المثال:مراقب مستوي السكر في الدم) يعتبر معيار جيد لقياس التزام المريض.من مزاياه القياس الدقيق و الآني للسلوك في وقته، مع كمية كبيرة من المعلومات دون إزعاج للمريض. مع هذا تبقى هذه الطريقة في القياس مكلفة و تحتاج للوقت من أجل تحليل البيانات (William T. O'Donohue, Eric R. Levensky, 2006). كما توجد طريقة أخرى تتعلق بعلم الأدوية التي يمكن أن تجهز بشرائح الكترونية تعمل على تسجيل وقت و تاريخ كل جرعة أوتوماتيكيا عند أخذ الجرعة من العبوة، و يمكن تطبيق هذه التقنية لتغليف مختلف الأدوية (Lora E. Burke, Ira S. Ockene , 2001).

ب- **المقاييس الذاتية:** تعتبر الأكثر شيوعا في البحث و الممارسة السريرية. و هي تستخدم لكونها سهلة ، منخفضة التكلفة، و إمكانية تطبيقها على أي سلوك، و قد أظهرت الأبحاث أن تقييم الالتزام لدى نفس المريض_ باستعمال مقياس ذاتي يعطي نتائج أعلى من التقييم بواسطة المقياس الموضوعي

(DiMatteo, 2004; Riekert & Rand, 2002). لهذا فالمقاييس الذاتية تميل إلى الزيادة في

نسبة الالتزام. و يمكن إدراج البعض منها مثل:

- **سجلات المريض اليومية:** يمكن للسجلات أن تحوي أي سلوك يتعلق بتناول الدواء (النوع، التردد، المدة)، ممارسة التمارين، إتباع نظام غذائي (نوع و كمية الغذاء المستهلك)، حيث يتم الاستعانة بقوائم أو استمارات معدة مسبقا لتسجيل هذا النوع من السلوك. من عيوب هذه الطريقة أنها تخضع للمحيط الاجتماعي و تحتاج لمواظبة من طرف المريض كما أنها قابلة للتزوير من طرف المريض.
- **التقرير الذاتي للمريض:** هي أبسط طرق جمع المعلومات، غير مكلفة، قابلة للتنفيذ في كل أوضاع الرعاية الصحية. و هي تسمح بجمع معلومات أكثر تفصيلا عن الظروف المحيطة بعدم الالتزام أكثر من أي طريقة أخرى (Burke & Dunbar- Jacob, 1995). و يمكن أن يكون من خلال أسئلة بسيطة أو مقابلة أو حتى استبيان منظم.

يمكن لقياس الالتزام باستعمال التقرير الذاتي أن يكون غير صالح و غير موثوق به. إذ يمكن أن تكون المعلومات غير دقيقة، فالمريض قد لا يتذكر ما أخذه من أدوية، أو يختلط عليه ما أخذ بالضبط من الجرعات. قد تكون هناك أسباب أخرى لعدم الالتزام كالمستوى الاقتصادي و عدم الارتياح لفريق الرعاية الصحية لذا يوصى بطرح أسئلة لا تتضمن حكما مسبقا للحصول على إجابات صادقة فيما يخص الالتزام (Berg & Arnstein, 2006).

و قد حاولت العديد من الدراسات تحديد دقة قياس الالتزام بالتقارير الذاتية و ذلك مقارنة بغيرها، فوجد أن معظم المرضى يبالغون في الإفادة بنسبة الالتزام لديهم (Bender, Milgrom, Rand, & Ackerson, 1998; Dunbar-Jacob et al, 2000; Liu et al, 2006). على الرغم من ذلك يبقى هذا النوع من القياس الأكثر شيوعا في تقييم الالتزام الصحي لدى المرضى.

بسبب تكلفة الطرق الموضوعية للقياس و كذا عدم إمكانيةها في بعض الحالات، لذا فمن المرجح استعمال التقرير الذاتي لقياس الالتزام و يمكن مناقشة النقاط التالية:

- **الدواء:** وضعت المئات من المقاييس لتقييم الالتزام بالدواء. و أبسطها أن يطلب من المريض " كم عدد المرات التي نسيت فيها تناول الدواء، مع إدراج جدول زمني للأدوية المتناولة خلال تلك الفترة؟". و يعتبر مقياس موريسكي الأكثر استعمالا (Morisky,)

(Green, & Levine, 1986). و يتكون المقياس من أربعة بنود بإجابة (نعم/لا) و هي: " هل سبق لك و أن نسيت تناول الدواء؟" " هل تهمل أخذ الدواء؟" " عندما تشعر بالتحسن، هل تتوقف عن أخذ الدواء؟" " أحيانا تشعر بالسوء عند أخذ الدواء، هل تتوقف عن أخذ الدواء؟" . و قد استخدم مقياس موريسكي لتقييم الالتزام الدوائي لعدد من الأمراض (Shalansky, Levy, & Ignaszewski, 2004)، الربو (Erichson et al, 2001)، السكري (Krapek et al, 2004)، نقص المناعة المكتسب (Fairley et al, 2003; Gao & Nau, 2000; Pratt et al, 2001) و قد أثبتت كفاءته بالمقارنة مع غيره من المقاييس.

- **النشاط البدني:** هناك أبعاد مختلفة للنشاط البدني، بما في ذلك السرعات الحرارية، الوزن، المرونة، والقوة، وتأثير كل بعد على النتائج الصحية (خطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية، خطر ترقق العظام) (Kriska & Caspersen, 1997)، و لهذا لا يوجد مقياس واحد. قدمت مجلة الطب و الرياضة و النشاط البدني عدد خاص سنة 1997 لوصف استبيانات النشاط البدني (Pereire et al, 1997). و يمكن و ذكر على سبيل المثال مقياس النشاط البدني (PAR; Blair et al, 1985)، الذي يقيم الأداء مراعاة للمدة، الشدة، و حجم النشاط البدني إذ يتم طرح أسئلة تتعلق بنوع و صعوبة التمارين الممارسة.

- **الحمية:** كما هو الحال بالنسبة للنشاط البدني، هناك أبعاد متعلقة بالتغذية و التي يمكن أن تؤثر على النتائج الصحية مثل السرعات الحرارية، الدهون المشبعة، الكوليسترول، الألياف، الخضروات و الفواكه، الكالسيوم، الكحول، السكر و الصوديوم، لهذا فمن المعقد إجراء تقييم شامل لكل هذه العناصر، و كمثال نذكر مقياس تكرر الطعام (food frequency questionnaires FFQ) و الذي يعتبر من أفضل المقاييس الخاصة بالالتزام المتعلق بالحمية (O'Neil, 2001; Schatzkin et al, 2003) (William T. O'Donohue, Eric R. Levensky, 2006).

في الأخير يبقى استعمال أكثر من طريقة و ارد لقياس الالتزام. و يشير Gordis 1979 و غيره، أنه من الممكن أن تتأثر النتائج السريرية بعوامل أخرى غير الالتزام، و بالتالي لا يجب الاعتماد على النتائج السريرية وحدها لتقييم الالتزام، و إنما يجب إيجاد تدابير محدد،

صالحة، و موثوق بها لقياس سلوك الالتزام في حد ذاته أفضل من الاعتماد على النتائج السريرية للعلاج (Bruce A. Thyer, Walter W. Hudson, journal of Social Service Research, 1987). و يبقى لكل نوع من القياس عيوبه و محاسنه و الجدول الموالي يبرز عيوب بعض الطرق في قياس الالتزام الصحي.

طريقة القياس	العيوب
تقرير المريض	يمكن أن يكذب المريض أو ينسى
نتائج العلاج	تكون دقيقة إذا كان العلاج نفسه فعالا و له نسبة التزام عالية
تقدير الطبيب	عادة غير دقيق، يميل باتجاه الالتزام.
تقدير الصيدلي	تكون دقيقة في حال إعادة الحصول على الأدوية، كما تحتاج إلى حالة مثالية للمقارنة مع بقية الحالات
عد الحبوب و زجاجات الأدوية	تخضع لتزوير المريض، لا تعكس التغيرات اليومية
القياسات الميكانيكية (تسجل عدد و وقت الجرعات عند فتح العبوة)	لا تقيس بالضرورة الاستعمال الفعلي
المقابلات مع الأسرة	موثوق بها إلى درجة معقولة إذا كان أفراد الأسرة يتابعون العلاج.
فحص مصل الدم	دقيقة فيما يتعلق بمستويات الدم، و لكن الفحوصات غير متوفرة لجميع العقاقير، و تستغرق وقتا و تكون مكلفة
فحص البول	وقت أخذ العينة مهم، إذ يجب معرفة نمط امتصاص و إفراز الدواء

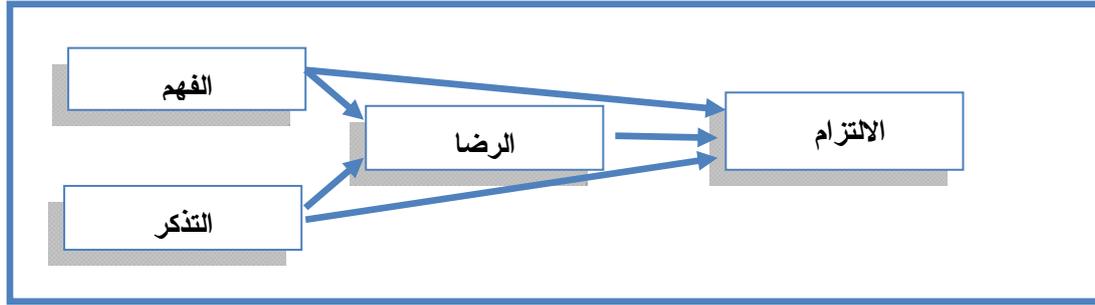
جدول رقم 11: عيوب بعض الطرق التي تقيس الالتزام (Mickey C. Smith, Albert I. Wertheimer, 1996, P331)

8. النظريات المفسرة للالتزام:

هناك العديد من النظريات التي تفسر السلوك الصحي بصفة عامة، و في السنوات الأخيرة تم تفعيل عدة دراسات اربطها بسلوك الالتزام الصحي ، و يمكن التركيز على النظريات التالية:

أ- النموذج المعرفي:

طور Ley (1981, 1989) فرضية النموذج المعرفي للالتزام، و التي مفادها أنه يمكن التنبؤ بالالتزام من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، فهم المعلومات المعطاة و التذكير بالمعلومات. و الشكل الموالي يبين مختلف عناصر النموذج المعرفي.



شكل رقم 8 : عناصر النموذج المعرفي

▪ **رضا المريض:** درس (Ley 1988) مدي رضا المرضى عن الفحص الطبي، و استعرض 21 دراسة للمرضى في المستشفى و وجد أن 41 بالمائة من المرضى غير راضين عن علاجهم و 28 بالمائة غير راضين عن المعاملة العامة. وجد في الدراسة التي قام بها Haynes et al 1979 و Ley 1988 أن مستويات رضا المرضى تتوافق مع نوعية الاستشارة، و لاسيما الجوانب العاطفية (الدعم العاطفي و التفاهم)، الجوانب السلوكية (التفسير الكافي، وصف الأدوية)، الكفاءة (التشخيص، ملائمة الإحالة) للقائم على الرعاية. و يذكر Ley (1989) أن الرضا يرتبط كذلك بمحتوى الفحص و أن المرضى يريدون معرفة أكبر قدر من المعلومات الممكنة، حتى لو كانت سيئة، على سبيل المثال، في دراسة حول تشخيص السرطان، أن المريض يكون راضيا عندما يعطي التشخيص بالسرطان بدلا من حمايته من هذه المعلومة. كما يرى Sala et al. (2002) أن استخدام النكتة و الفكاهة أثناء الفحص يزيد من رضا المريض. و يمكن تحسين رضا المرضى بتعليم الأطباء لتحسين الاتصال مع المرضى.

يتصل رضا المريض بمجموعة من المتغيرات المهنية و بالمريض نفسه. و يستخدم بشكل متزايد في تقييم النتائج الصحية بافتراض أن المريض الراضي يكون أكثر صحة. و رغم عدم وجود اتفاق حول ما هو رضا المريض؟ (see Fitzpatrick 1993)، إلا أن بعض

الدراسات تشير إلى أن رضا المريض يرتبط بالالتزام المريض بالنصيحة المعطاة خلال الاستشارة.

■ **الفهم:** اختبرت دراسات عديدة مدي فهم المرضى لمضمون الاستشارة الطبية. قام Boyle سنة 1970 باختبار مدى معرفة المرضى لتعريف الأمراض المختلفة، و ذكر أنه عند إعطاء قائمة، فقط 85% يعرفون بشكل صحيح التهاب المفاصل، 77% يعرفون بشكل صحيح اليرقان، 52% يعرفون بشكل صحيح الخفقان palpitations و 80% يعرفون بشكل صحيح التهاب الشعب الهوائية . كما بحث Boyle عن تصورات المريض لموقع الأجهزة و وجد أن فقط 42% يعرفون موقع القلب بشكل صحيح، 20% يعرفون موقع المعدة بشكل صحيح و 49% يعرفون موقع الكبد بشكل صحيح. و يشير هذا بشكل واضح إلى تدني فهم مضمون الاستشارات. من الدراسات التي بحثت في فهم المرض من حيث السببية و الجدية، دراسة Roth (1979) الذي سأل المرضى عن سبب الإصابة بقرحة المعدة، و وجد إجابات متنوعة مثل مشاكل الأسنان و اللثة، الغذاء، مشاكل الجهاز الهضمي كإفراز حمض المعدة. سئل المرضى أيضا عن سبب سرطان الرئة، و وجد أنه على الرغم من فهم العلاقة السببية بين ارتفاع الإصابة بالسرطان و سلوك التدخين، فقط 50% من المرضى يعتقدون أن سرطان الرئة سببه التدخين. ذكر Roth كذلك أن 30% فقط من المرضى يعتقدون أن ارتفاع ضغط الدم يمكن علاجه بالأدوية.

إذا كان الطبيب يقدم النصح للمريض و يوحى له بإتباع برنامج علاجي خاص، فيما لا يفهم المريض أسباب المرض، موقع الجهاز المصاب و العمليات التي ينطوي عليها العلاج، فإن هذا النقص في الفهم من المحتمل أن يؤثر على التزام المريض بتلك النصيحة.

■ **تذكر المريض:** فحص الباحثون أيضا عملية استرجاع المعلومات المقدمة خلال الفحص الطبي. درست Bain (1977) عينة من المرضى، فوجدت أن 37% منهم لا يتذكر اسم الدواء، 23% لا يذكر عدد الجرعات و 25% لا يمكنهم تذكر مدة العلاج. في دراسة أخرى لـ Crichton et al. (1978) وجد أن 22% من المرضى ينسون نظام العلاج الموصى به من قبل الطبيب. في دراسة تحليلية حول تذكر معلومات الفحص الطبي، وجد Ley (1981, 1989) أن التذكر يتأثر بالعديد من العوامل. على سبيل المثال: القلق، المعرفة

الطبية، المستوى الفكري، كما خلص إلى أن التذكر ليس له علاقة بعمر المريض على عكس بعض التوقعات التي تقر بتأثير الشيخوخة على الذاكرة (Jane Ogden, 2007).

ومن الأشياء التي تؤثر على التذكر ما يلي :

- تأثير الأولوية: المعلومات التي تعرض أولاً تكون أكثر تذكرًا (Ley and Spelman, 1967; Ley, 1972, 1982).

- أهمية المعلومة: المعلومات التي ينظر إليها على أنها مهمة أحسن تذكرًا من تلك التي ينظر إليها على أنها أقل أهمية. (Ley and Spelman, 1967; Ley, 1972)

- كمية المعلومات: كلما زاد عدد المعلومات كلما قل التذكر (Ley, 1972, 1982, 1988).

- يميل المرضى لنسيان المعلومات مع مرور الوقت، لكن ما يتذكره المريض بعد مدة قصيرة قد يميل إلى تذكره و الاحتفاظ به لفترة أطول (Ley, 1982, 1988). (Annabel Broome, Susan P. Llewelyn, 1995)

■ **توصيات تحسين الالتزام:** إن تحسين عملية الالتزام يتم من خلال تحسين عملية الاتصال بين الطبيب و المريض تهدف لما يلي:

- تحسين معرفة المريض
- تحسين التذكر
- زيادة رضا المريض
- زيادة التزام المريض
- تسريع شفاء المريض (Annabel Broome, Susan P. Llewelyn, 1995)

يمكن تحسين الاتصال من خلال المعلومات الشفهية و المكتوبة، و يقترح Ley 1989 أن النقاط التالية مهمة في إعطاء المعلومات الشفهية:

- التشديد على عملية الالتزام
- الاهتمام بالمعلومة التي تعطي أولاً.

- تبسيط المعلومات.
- تكرار المعلومات.
- أن تكون المعلومات محددة.
- إجراء مقابلات إضافية لمتابعة عملية الفحص.

بالإضافة إلى المعلومات الشفهية فإن المعلومات المكتوبة لها أهمية بالغة في تحسين الامتثال و هذا ما تؤكدته دراسة (Ley and Morris (1984) حول تأثير المعلومات الطبية المكتوبة و وجد أنها تحسن المعرفة بنسبة 90 بالمائة ، و تحسن الالتزام بنسبة 60 بالمائة و تحسن النتائج بنسبة 57 بالمائة من عينة الدراسة (Jane Ogden, 2007).

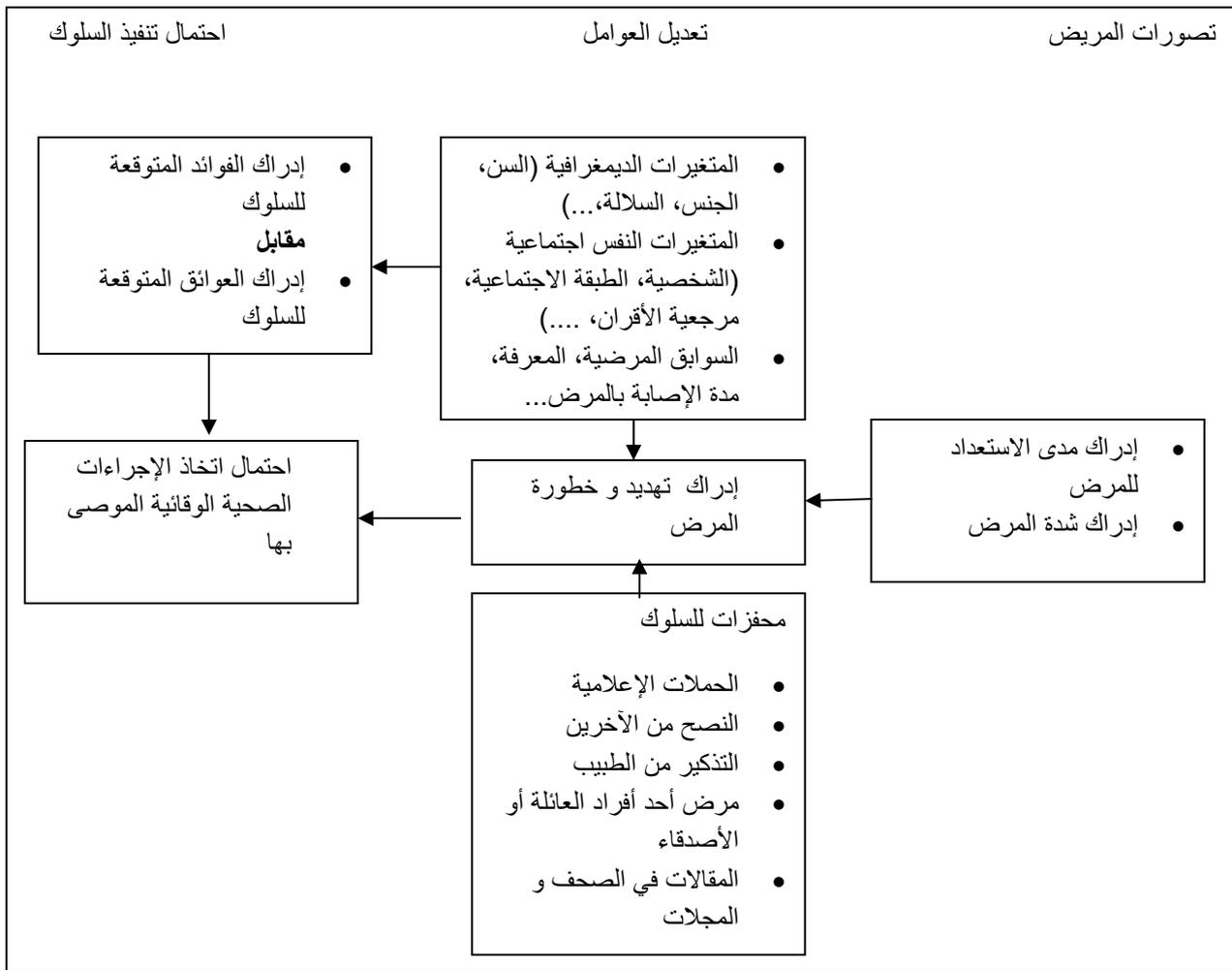
▪ يرى Ley 1982 أن للرضا تأثير مباشر على الالتزام، أما الفهم و التذكر فهما تأثير غير مباشر عبر تأثيرهما على رضا المريض. كما يمكن أن يكون لهذه العوامل الثلاثة تأثير مباشر على الالتزام (Annabel Broome, Susan P. Llewelyn, 1995). و يمكن إدراج أهم ما يتعلق بذا النموذج في الجدول الموالي:

<p style="text-align: right;">الفهم</p> <ul style="list-style-type: none"> • كثير من المرضى لا يفهمون المعلومات التي تقدم لهم بحيث لا يمكنهم الالتزام بها. • تحسين الفهم لا يرتبط دائما بتحسين الالتزام.
<p style="text-align: right;">الرضا</p> <ul style="list-style-type: none"> • عندما يكون المريض راض يميل إلى أن يكون ملتزما، لن هذا بدوره يتأثر بالفهم و التذكر. • الرضا و الاتصال الفعال يرتبطان بالأطباء.
<p style="text-align: right;">الذاكرة</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا يمكن للمريض الالتزام عندما لا يمكنه تذكر المعلومات. • تذكر المعلومات يختلف حسب نوعها_ تذكر النصائح المتعلقة بالأدوية أحسن منها المتعلقة بالحمية أو التمارين_. • تكرار عدد من العوامل تؤثر على قدرة المريض على التذكر: كثرة المعلومات، استخدام المصطلحات، أفكار غير مألوفة و الفهم.

جدول رقم 12: جدول يلخص أهم النقاط المتعلقة بالنموذج المعرفي (Julia Russell,)
(2005, P104).

ب- نموذج القناعة الصحية:

يعتبر نموذج القناعة الصحية من النماذج النظرية الأكثر شيوعاً في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، إذ يعتمد عليه في تفسير الممارسات الصحية الوقائية. حسب هذا النموذج فإن احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها. كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات و الايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط. و ينفذ السلوك الوقائية عندما تكون شدة المرض و خطورته مرتفعتين و يكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض عالي، و تكون الفوائد المتوقعة



شكل رقم 9: نموذج المعتقد الصحي و السلوك الصحي الوقائي (Ilene Morof Lubkin, Pamala D. (Larsen, 2006, P224).

من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة (عثمان يخلف، 2001). و الشكل السابق يوضح مساهمة نموذج المعتقد الصحي في تفسير السلوك الصحي الوقائي، و مجموع المواقف و المعتقدات المتعلقة به، و دافع الصحة. و قد عدل مرة أخرى لشمول دور السلوكات المتعلقة بالمرض، و الشكل الموالي

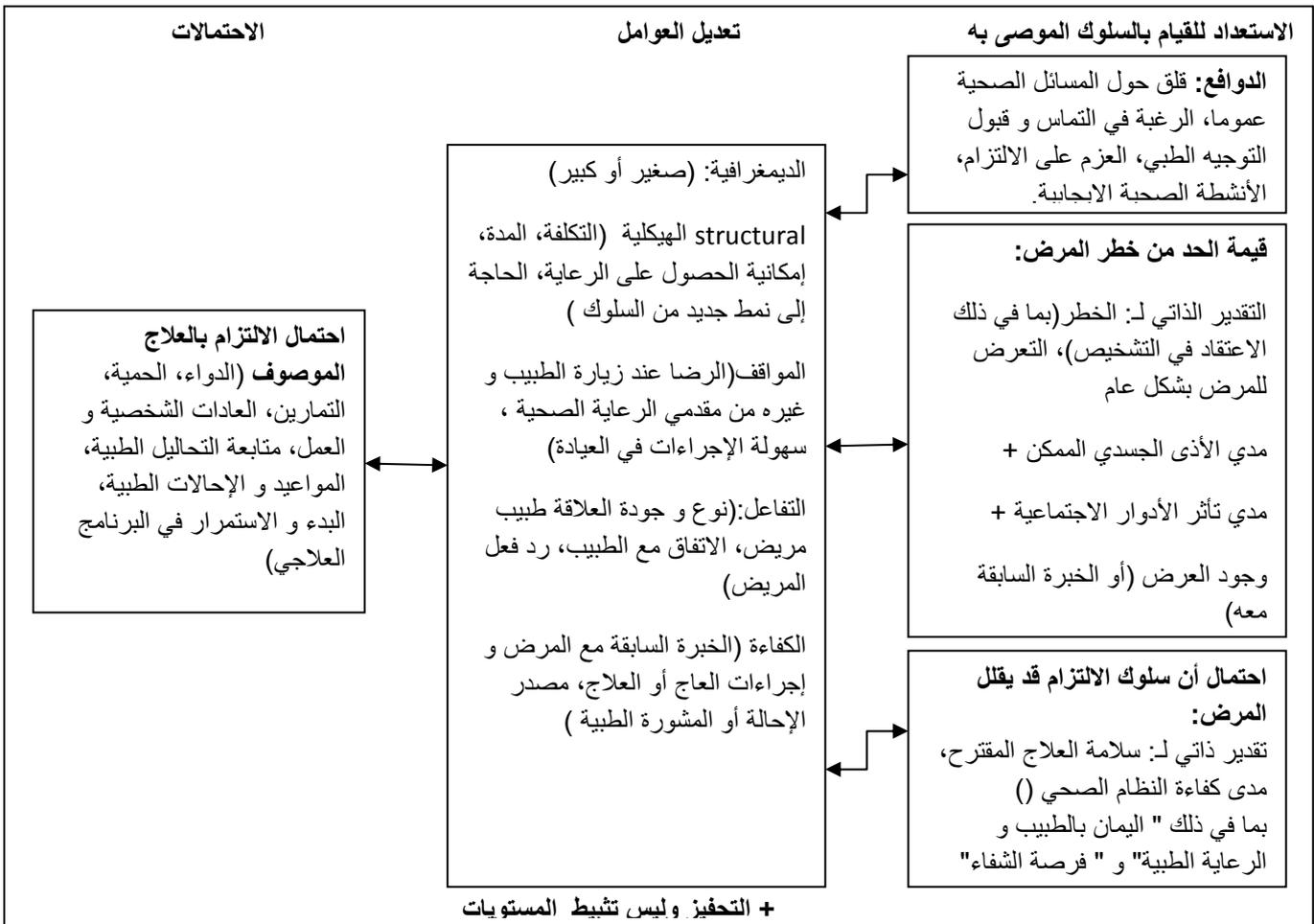
يوضح تعديل العوامل التي تعكس مدي استعداد الفرد للقيام السلوكيات التي تؤثر في الالتزام في الأمراض المزمنة.

يقترح نموذج المعتقد الصحي أن القيام بالإجراءات الصحية الموصى بها يخضع لـ:

- تصور شدة المرض
- تقدير الفرد حول أن القيام بالإجراءات الموصى بها سيقفل الخطر(الفوائد المدركة)
- تصور العوائق التي تعيق إتباع التوصيات

يستخدم هذا النموذج كثيرا في شرح العلاقة بين العادات سلوك الالتزام. و قد أظهرت الأبحاث التي تستخدم هذا النموذج أن التنبؤ بالسلوكيات الصحية يكون أكثر سهولة من التنبؤ بأخذ الدواء (Horne & Weinman,1998). ارتباط المعتقدات الصحية بالالتزام يكون متواضع عند قياسه، و من المسلم به عموما أن المعتقدات الصحية لا تنتبأ بالالتزام (Dunbar, 1990)

(Ilene Morof Lubkin,Pamala D. Larsen, 2006).

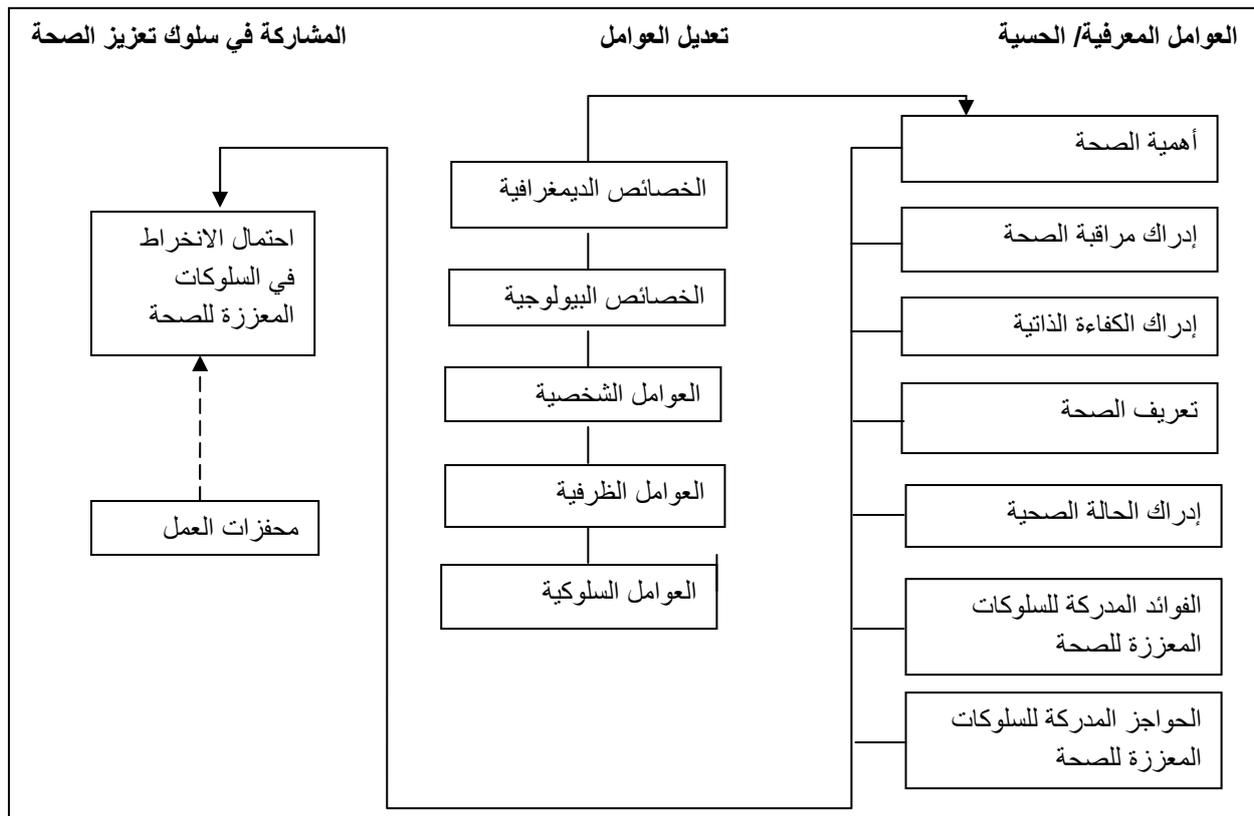


شكل رقم 10 : ملخص لنموذج الاعتقاد الصحي في التنبؤ و شرح السلوك المرضي (Ilene

.(Morof Lubkin,Pamala D. Larsen, 2006 ,p225

ت- نموذج تعزيز الصحة:

نموذج للتمريض اشتق من نموذج المعتقدات الصحية (Pender,1996). يعرف بندر الصحة بوصفها هدف و يعتقد أن الرغبة في الصحة تؤدي إلى الاشتراك في الأنشطة التي تعزز الصحة.و قد نظم بندر المفاهيم في إطار الخصائص الفردية و الخبرات ، السلوك المدرك، نتائج السلوك (شكل رقم: 11). تعزيز نمط الحياة الشخصي وسيلة لتقييم سلوكيات تعزيز الصحة.



شكل رقم 11: المشاركة في سلوك تعزيز الصحة (Ilene Morof Lubkin, Pamala D. Larsen, 2006, P227).

ث- نموذج مراحل التغيير:

طور نموذج مراحل التغيير من قبل Prochaska و DiClemente سنة 1983. و يهدف إلى دراسة و توقع عملية التغيير، و يضم هذا النموذج ثلاث ثوابت: مراحل التغيير، عملية التغيير، و مستويات التغيير. الفرضية الأساسية لهذا النموذج أن الأفراد يمرون في مراحل مختلفة، عند رغبتهم في تبني سلوكيات صحية معينة، مع أو دون مساعدة. و تعتبر عملية التغيير دوامة من الانعكاس و السلوك الصحي و وضع الفرد في موقف للانتقال إلى الخلف لتأمل السلوك الصحي. كما يعتبر هذا

النموذج أن الفعالية الذاتية و صنع القرار من العوامل الرئيسية في عملية التغيير، و لكن هذه العوامل تؤثر في مراحل مختلفة من عملية التغيير. و تشمل مراحل التغيير ما يلي:

- **مرحلة ما قبل الوعي:** لا نية لتغيير السلوك.
- **مرحلة الوعي:** النظر في الإجراءات المستقبلية.
- **مرحلة ما قبل التنفيذ:** وضع جدول زمني و التخطيط للتنفيذ.
- **مرحلة التنفيذ:** الانخراط في تغيير السلوك.
- **مرحلة الاحتفاظ:** اعتماد التغيير، تجنب الانتكاس.

تم تطبيق هذا النموذج في البداية في علاج سلوك الإدمان، و قد كانت الرؤية محدودة فيما يخص تطبيقه في الالتزام الصحي في الأمراض المزمنة. و قد تم اعتماد هذا النموذج سريريا في سلوكيات صحية مختلفة دون وجود قاعدة من الأدلة الداعمة. و قد تم تطبيقه في العقد الماضي على الألم، الربو المزمن، الاكتئاب، الفشل الكلوي. تشير دراسات الالتزام أن هذا النموذج يطبق للشروع في سلوك جديد، لكن لا يتم الاحتفاظ بالالتزام على المدى البعيد. لذا هناك حاجة للمزيد من البحث لتطبيق هذا النموذج سريريا.

ج- الإدارة الذاتية:

تشير الإدارة الذاتية إلى " performance of preventative or therapeutic health care professionals " القدرة الوقائية أو العلاجية للمختصين في الرعاية الصحية " (Holroye & Creer, 1986, Preface) و ينطوي على تعلم مهارات و سلوكيات جديدة. بدأ السلوك الجديد يعتمد على افتراضات معينة: أن يكون للفرد دافع للتغيير، فقط الفرد_ وحده_ يمكنه أن يغير من سلوكه، و السلوكيات الصعبة لا يمكن رصدها إلا من قبل الفرد وحده دون غيره. و تترجم هذه الافتراضات إلى ثلاثة خطوات:

- الرقابة الذاتية و التي تنطوي على اهتمام متعمد لسلوك الفرد.
- التقييم الذاتي و ذلك بمقارنة السلوك المطلوب و السلوك الفعلي و تقييمه.
- تعزيز الذات حيث يحفز الفرد نفسه لتصحيح أي اختلاف في السلوك و إحداث التغيير، و لكن هذا يعتمد أيضا من التعزيزات لردود الفعل العاطفية، المعرفية و الفردية خلال التقييم الذاتي.

و تعتبر الإدارة الذاتية أساس مهم لتنفيذ المهام المتعلقة بالأمراض المزمنة. إذ يصف Lorige 1999 فعالية برنامج الإدارة الذاتية التي استهدفت مجموعة متنوعة من الأفراد المصابين بـ: القلب، الرئة، و الجهاز العصبي أو العضلي. فلـ 952 من المشاركين خلال سبعة أسابيع، تم تخفيض العجز و إظهار تحسن في التحكم بأعراض المرض (Ilene Morof .Lubkin,Pamala D. Larsen, 2006).

ح- النظرية الاجتماعية المعرفية لبندورا:

و تتعلق هذه النظرية بالفعالية الذاتية، فكما سبق الإشارة على المرء أن يكون على ثقة بأنه قادر على أداء سلوك معين. و يسمى هذا الاعتقاد بالكفاءة أو الفعالية الذاتية. تعتبر الفعالية الذاتية نتاج كل من فعالية التوقعات (تصور الفرد حول قدرته أو قدرتها على تحقيق مستوى معين من الأداء)، و توقعات النتائج (تقييم الفرد للنتائج المحتملة لسلوك معين) (Hayden B. Bosworth,Eugene Z. Oddone,Morris Weinberger, 2006, P15). النظرية الاجتماعية المعرفية (Bandura, 1982, Bandura & Simon, 1977) تشير إلى أن التغيير في السلوك مبني على اعتقاد الشخص بأنه يمكن أن يكمل بنجاح السلوك المطلوب. هذا الاعتقاد ضروري ليكون الشخص على استعداد للانخراط في سلوك معين. على سبيل المثال: يمكن أن يشعر الشخص أنه عرضة للمرض، يفهم كيفية تغيير سلوكه ليكون أكثر صحة، يعتقد أن السلوك الجديد سيقال من احتمال وقوع المرض، و يشعر بدعم من البيئة الاجتماعية. مع ذلك إذا كان الشخص يفتقر إلى قناعة في قدرته على التغيير، فإنه حسب النظرية الاجتماعية المعرفية يتوقع أن لا ينجح هذا الشخص في أداء السلوك.

فيما يتعلق ببناء معتقد الشخص عن قدرته على التغيير أو ما يسمى "الفعالية الذاتية perceived self-efficacy" و تعديلها من خلال أربع مصادر للمعلومات:

- الأداء أو تحقيق النجاح في المهام السابقة.
- التقليد أو مراقبة الغير ينفذ المهمة.
- الإقناع اللفظي.
- الحالة الفسيولوجية مثل القلق و الاسترخاء.

تتنبأ النظرية الاجتماعية المعرفية بتأثير الفعالية الذاتية على الالتزام و ذلك بطرق متعددة، بما في ذلك الاختيار المباشر للسلوك، الأفكار، ردود الفعل العاطفية، و أداء السلوك (Ilene Morof
.Lubkin,Pamala D. Larsen, 2006)

9. تحسين الالتزام

من المنفق عليه عالميا أن على المرضى المصابين بأمراض مزمنة الالتزام بالتوصيات الصحية(منظمة الصحة العالمية، 2003). من أجل تعزيز الالتزام بالعلاج، هناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التي يمكن توظيف من قبل مقدمي الرعاية الصحية، سواء كانت تعليمية، تنظيمية أو سلوكية.

• تعليم المرضى:

ينبغي أن تشمل التدخلات التعليمية تقييما لمستوى المريض التعليمي، الثقافي، و تحديد أهداف محددة. ينبغي أن تقدم المعلومات في أجزاء سهلة، مع معلومات إضافية لتعزيزها في لقاءات لاحقة. كما يجب التركيز على القضايا الرئيسية في إدارة المرض مع تحديد أهم الجوانب اللازمة للحفاظ على الصحة.

يعتمد المريض في كثير من الأحيان على أفراد الأسرة لتفسير تفاصيل العلاج في المنزل، و قد يشعرون بالحرج إزاء نقص المعرفة الصحية لديهم (Williams et al, 2007). لذلك ينبغي إشراك أفراد الأسرة و من يكون قادر على مساعدة المريض في الدورات التعليمية مع المريض. مع التركيز في العملية التعليمية ليس فقط على المعلومات الخاصة بالمرض و لكن أيضا على المهارات اللازمة لتسيير العلاج (Burke & Dunbar-Jacob, 1995).بالإضافة إلى تبسيط نظام العلاج قدر الإمكان.

يجب استخدام وسائل مكية حسب مستوي المريض ، كمستوى اللغة و القراءة في المواد المكتوبة، و الحرص على تبسيط المعلومة قدر الإمكان، و بالتالي يجب الحرص على استخدام وسائل موجهة لأكبر عدد من المرضى، و توفير وسائل تعليمية أخرى: مثل أشرطة الفيديو، أشرطة صوتية، التعليم بمساعدة الحاسوب.

• تحسين المعرفة و الفهم:

يجب أن تكون الأهداف التربوية أوسع من اكتساب المعرفة وحدها، فالالتزام يعتمد على مشاركة المتعلم و ليس فقط الاستماع و القراءة و استيعاب المعلومات. لا بد للأطباء من تشجيع المرضى للمشاركة في الرعاية الصحية الخاصة بهم. إن مرونة نظام الرعاية الذاتية تمكن المرضى من

العيش في درجة من الاستقلال الذاتي و الذي قد لا يكون خيارا في نظام العلاج المقنن، حتى عندما يتم تكييفه إلى حد ما. بالإضافة إلى مرونة التعليمات يجب إتاحة بعض الحرية في اتخاذ خيارات مدروسة، مما يعزز خيار الاستقلال و تحسين نوعية الحياة (Rapley, 1997).

• **الاستراتيجيات السلوكية لتحسين الالتزام:**

تعتبر الاستراتيجيات السلوكية محاولة لتحسين الالتزام مباشرة باستخدام تقنيات مختلفة. و يمكن استخدام هذه الاستراتيجيات منفردة أو مجتمعة، لتحقيق النتائج المرجوة. و يعتقد أن الالتزام يزيد عند المرضى بإشراكهم في تقرير كيفية تنفيذ العلاج الموصوف (Ilene Morof .Lubkin,Pamala D. Larsen, 2006).

جذب الانتباه
▪ جعل الرسائل أكثر وضوحا.
تحسين الفهم
▪ استخدام تعليمات بسيطة و التركيز على النقاط المهمة.
▪ تدعيم الفهم بمعلومات مكتوبة
▪ التأكد من أن المريض لديه المهارات اللازمة لإتباع الإرشادات الطبية
تحسين التذكر
▪ تقديم المعلومات ببطء، و بكميات صغيرة
▪ البدء بالنقاط المهمة في الأول و تكرار النصائح و المعلومات
تحسين عملية تنفيذ العلاج
▪ استخدام الحوافز و تعزيز سلوك الالتزام الصحي
▪ تكييف العلاج للأفراد لتحسين التزامهم
▪ الحفاظ على برنامج علاجي بسيط و قصير
▪ تشجيع الدعم الاجتماعي للمريض
▪ وضع أهداف علاجية يمكن تحقيقها لتعزيز الكفاءة الذاتية

جدول رقم 13: جدول يلخص بعض الاستراتيجيات التي تحسن الالتزام الصحي.

- **تشجيع الفعالية الذاتية:** إن تحسين ثقة المريض في اعتقاده حول إمكانية الالتزام بالعلاج يزيد من احتمال التزامه بالعلاج.

- **تحسين المساندة الاجتماعية:** إن إقحام العائلة و الأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الالتزام بالعلاج. اهتمام محيط المريض بأدويته و مواعيد زيارته للطبيب و حميته الغذائية يساعد المريض على تقبل العلاج و الالتزام به (Julia Russell, 2005) .

• **تكييف العلاج**

يجب فهم وجهات نظر المرضى و إمكاناتهم الحقيقية من خلال الحوار و الإصغاء للمريض عند وصف أو تجديد العلاج، مع الحرص على توضيح الجوانب المتعلقة به، و كذا الأخذ في الاعتبار الجوانب النفسية و الوظيفية. كما يجب الأخذ بعين الاعتبار معتقدات المريض المتعلقة بتقبل المرض و فائدة العلاج و تأثيراته الجانبية ، إذ يجب التعامل معها دون تهديد أو تخويف للمريض (UnaformeC, 2006).

أدنى مشاركة للمريض في وضع إستراتيجية للالتزام، تقتضي تكييف العلاج لسلوكيات المريض اليومية، و ذلك لأن هذه العملية قد تساعد على الالتزام الجاد (Burke & Dunbar-Jacob, 1995). إدماج أنشطة العلاج مع الأنشطة الروتينية، و هذا ما يدعي طقوسا، هو وسيلة هامة لتخصيص العلاج و تعزيز الخطة العلاجية. الجدول الزمني اليومي المتكون من : مواعيد تناول الطعام، النظافة، الاستيقاظ، البرامج التلفزيونية المفضلة و غيرها ، يمكن أن تحدد الطقوس التي يمكن استخدامها لدمج السلوكيات الصحية في الحياة اليومية.

• **تبسيط العلاج:**

من الممكن أن يكون المريض غير قادر على إدارة تعقيدات العلاج الموصوف، و بالتالي يجب التفاوض حول تبسيط العلاج أكثر لتحسين الالتزام. و كقاعدة عامة ينبغي تقليل عدد الأدوية و تخفيض عدد الجرعات إلى الحد الأدنى قدر الإمكان.

• **تحسين التذكير:**

عملية التذكير أو تحسين الذاكرة تكون ذات فائدة عندما يتعلق فشل سلوك الالتزام بنسيان المريض لإجراء أو أكثر من إجراءات العلاج. الأجندة، المنبه، ملصقات للتذكير بمواعيد الدواء و الغذاء كلها إجراءات قد تكون مفيدة. فصل الجرعات اليومية يمكن أن يساعد الأشخاص الذين يعانون من تذكر إذا ما كانوا قد تناولوا جرعة معينة أم لا.

يمكن تعزيز الالتزام من خلال التدخل في إطار الرعاية الصحية المهنية و ذلك بالتركيز على يوميات المريض أو التقارير الذاتية و تحسيس المريض بقيمة الالتزام.

تعتبر المكالمات الهاتفية مفيدة في تذكير المرضى بتوصيات الرعاية الصحية، و تشجيع الالتزام لدى المسنين (Cargill, 1992)، و في التدخل الفعال في تعزيز الالتزام و حفظ القرارات المتعلقة بالعلاج في حالات الطوارئ (komoroski, Graham & Kirby, 1996). و قد استخدم Bosworth و آخرون سنة 2008 التدخل عبر الهاتف مع مرضى ارتفاع ضغط الدم و قد وجدوا تغيير كبير في سلوك أخذ الدواء. لا يستعمل الهاتف للتذكير فقط، بل يسمح أيضا بإعادة جدولة مواعيد الفحص عند الحاجة لذلك (Crespo-Fierro, 1997). هناك طريقة حديثة، تتمثل في استخدام الرسائل النصية مثلا مع مراهقي السكري، و ذلك لتعزيز الكفاءة الذاتية و الالتزام بالعلاج الطبي (Franklin, Waller, Pagliari, & Greene, 2006).

• تعزيز استراتيجيات التكيف:

على مقدمي الرعاية الانتباه لما يوحيه المرضى من استجابات عاطفية التي تتداخل مع تعلم السلوكيات الصحية، إذ ترتبط ظروف القلق و الحرمان و الاكتئاب مع مستويات منخفضة من الالتزام. ينبغي أن تفسر هذه الردود العاطفية و على المريض أن يتعلم التكيف معها و بالتالي فإن التعديل في نهج العلاج قد يكون أكثر فعالية.

• التدخلات الثقافية:

إن الاتصال بين المريض و أسرته و مقدمي الرعاية قد يختلف و يؤثر على العملية التفاعلية. بالإضافة إلى ذلك، يجب دمج المكونات الثقافية في الاستراتيجيات المقترحة. هناك بعض الأساسيات المتعلقة بالثقافة في تقديم الرعاية الصحية بغرض تحسين الالتزام بالعلاج. يعترف Flaskerud (2007) أن أخذ الثقافة بعين الاعتبار يقع على عاتق مقدمي الرعاية الصحية. لذلك فعلى كل مقدم للرعاية الصحية توفير الممارسات التالية:

- السؤال عن الممارسات الصحية التي يمكن أن تتداخل مع نظام العلاج.
- التماس الفهم من المريض عندما يقول شيء لا تفهمه
- الاعتراف للمرضى بأنه قد تكون هناك إضافات متعلقة بالتقاليد و الثقافة و الاستفسار عنها.
- الإصغاء بعناية للاتصال اللفظي و غير اللفظي.

للتفاعل الفعال بين أشخاص من ثقافات مختلفة "الترجمة الثقافية" قد تكون هناك حاجة إلى وسيط أو مترجم ثقافي و التعلم و التعرف على الطقوس التاريخية و القواعد المتعلقة بالصحة لدي فئة

معينة. كما يجب تقييم السلوكيات الصحية في السياق الثقافي للمريض لتحديد الأولويات و العقبات البيئية و درجة المعرفة و المهارة (Ilene Morof (George,2001) (Lubkin,Pamala D. Larsen, 2006).

- **تعليم القائمين على الرعاية الصحية:** هناك مبادئ عملية لتحسين العلاقة طبيب_مريض، إذ يمكن للطبيب تعلم مختلف تقنيات الاتصال الخاصة (اللفظية وغير اللفظية) التي يمكن أن تحسن من عملية الاتصال بين المريض و الطبيب. كما يمكن تدريب الطبيب لتطوير صفات التعاطف، الإصغاء الفعال، التواصل غير اللفظي، التشجيع و التفاوض. فنوعية الاتصال بين الطبيب و المريض هي مفتاح الالتزام الصحي (J. de Blic, GRAPP, 2007).

10. الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم

أثبتت التجارب السريرية أن علاج ارتفاع ضغط الدم الخفيف و المتوسط يمكن أن تقلل من خطر الإصابة بالجلطة الدماغية بنسبة 30% إلى 40%، و احتشاء عضلة القلب بنسبة 15% . العلاج الفعال يمنع الكثير من العواقب المكلفة التي تنتج عن ارتفاع ضغط الدم غير المعالج. و من أمثلة فوائد العلاج: خفض مخاطر فشل القلب، خفض حالات الخرف، الحفاظ على وظيفة الكلى، الوقاية من العمى لدى مرضى السكري المصحوب بارتفاع ضغط الدم. في الكثير من الدراسات يعتبر المريض غير ملتزم إذا لم يأخذ 80% من الأدوية الخافضة لارتفاع ضغط الدم، و يعتبر عدم الالتزام من الأسباب الرئيسية لضغط الدم غير المسيطر عليه، فمن 20% إلى 80% من المرضى الذين يتلقون العلاج حقيقة يمكن أن يكونوا ملتزمين.

أ- الالتزام الدوائي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم:

على الرغم من توفر العلاج الفعال، إلا أن أكثر من نصف المرضى الذين يتلقون علاج ارتفاع ضغط الدم يكونون خارج الرعاية للعام الأول من التشخيص. و أولئك الذين يكونون تحت إشراف طبي لا يأخذون سوى 80% من الأدوية الموصوفة لهم. بسبب عدم الالتزام بالعلاج المضاد لارتفاع ضغط الدم، ما يقارب 75% من المرضى به لا يمكنهم السيطرة على ضغط الدم لديهم.

تتراوح تقديرات مدى التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم بالعلاج الدوائي بين 50 % إلى 70 % . و هذا يختلف بحسب مجموعة الدراسة، مدة المتابعة، و الوسائل المستخدمة لتقدير الالتزام. على سبيل المثال، الدراسات التي تعرف الالتزام بأنه تناول 80% من الأدوية الموصوفة يوميا، تشير إلى أن الالتزام يتراوح من 52% إلى 74% ، في دراسة أخرى التوقف عن تناول الدواء يتراوح من 43% إلى 88%. إضافة إلى ذلك، تشير التقديرات إلى أن ما يتراوح من 16 إلى 50% من المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم يتوقفون عن تناول الأدوية الخافضة لضغط الدم خلال السنة الأولى من العلاج، و أولئك الذين لا يزالون يواصلون العلاج على المدى الطويل، من المنتشر بينهم ترك جرعة من الدواء. و تختلف هذه الأرقام لدى المرضى ذو التشخيص الحديث، و أولئك المصابين به لمدة من الزمن. و قد يعود الاختلاف أيضا لطريقة قياس الالتزام المستخدمة: حساب النسبة المئوية لعدد الأدوية المتناولة، التسرب من العلاج، مواعيد الزيارات الفائتة، أو القياس المباشر لضغط الدم و تسجيله و من ثم مقارنته بالهدف العلاجي (World Health Organization, 2003).

كما تعتبر مدرات البول فعالة في علاج الأمريكيين من أصل إفريقي، و الالتزام بها يكون أعلى لأن مثل هذه العلاجات منخفضة التكلفة، لها آثار جانبية أقل، و يمكن أ، تعطى مرة واحدة في اليوم. و يمكن تحسين الالتزام الدوائي إذا كان مقدم الرعاية الصحية يختار نظام مبسط للأدوية و يبتعد عن وصف الأدوية التي تنتج آثار جانبية لا تطاق. و ينبغي تجنب العلاج باستعمال عدة أدوية، و الجرعات اليومية المتعددة كلما كان ذلك ممكنا (Jo Gulledge,Shawn Beard,Health

and Administration Development Group, 1999)

ب- تأثير الالتزام على السيطرة على ارتفاع ضغط الدم:

يرتبط الالتزام الجيد بالسيطرة على ضغط الدم و تخفيض مضاعفات ارتفاع ضغط الدم. في إحدى الدراسات، التثقيف الصحي لـ 400 مريض فقير من المناطق الحضرية، مصاب بارتفاع ضغط

الدم لمدة 5 سنوات ، أسفر عن حدوث تحسن الالتزام ، و الذي كان مرتبطا بسيطرة أفضل على ضغط الدم و خفض كبير في معدل الوفيات ذات الصلة بارتفاع ضغط الدم (أقل من 53,2%). كما وجد في دراسة أخرى، أن عدم الالتزام بتناول مثبتات البيتا يؤدي إلى ارتفاع مضاعفات الإصابة بمرض الشريان التاجي بـ 4_5 مرات أكثر من أولئك الملتزمين.

ت- الالتزام بالعلاج غير الدوائي:

بينت العديد من الدراسات أهمية العلاج غير الدوائي في خفض ضغط الدم، بما في ذلك الحد من تناول الملح مع الغذاء، تقليل الوزن، الاعتدال في تناول الكحول، و زيادة النشاط البدني. بشكل عام، فإن الإشراف الجيد و التشجيع لمجموعة من المرضى الذين يتلقون العلاج في ما يخص الاعتدال في تناول الملح، ينتج عنه في معظم الحالات التزام جيد بالحمية. و رغم قلة المعلومات في هذا الشأن، إلا أن الالتزام بالتغيرات في نمط الحياة غالبا ما يساعد على خفض ضغط الدم. حيث يفترض أن المشاكل المرتبة بالالتزام غير الدوائي تشابه تماما تلك المتعلقة بالالتزام بالأدوية الخافضة للضغط (World Health Organization, 2003). رغم أن التغيرات قد تكون طفيفة بالنسبة لقياس الضغط في البداية بعد تخفيض الوزن، و على العموم ، معدلات الالتزام بالحمية الغذائية تكون منخفضة ، على الرغم من أن نتائج الدراسات تظهر ارتباطا بين زيادة الالتزام بخسارة الوزن و انخفاض خطر المضاعفات القلبية (Robert E. Kowalski, 2007).

ث- العوامل التي تسهم في الالتزام:

نصف المرضى يوقفون علاج ارتفاع ضغط الدم في السنة الأولى من العلاج، و هم الأكثر عرضة لعدم الالتزام. كما أن الالتزام ينخفض مع الوقت عندما تستمر قراءات الضغط في الارتفاع. ينتج عدم الالتزام عن حقيقة أن ارتفاع ضغط الدم يكون دون أعراض في غالب الأحيان: كيف يمكن إتباع نصائح الطبيب في غياب الشعور بالمرض؟ بالإضافة إلى الاعتقاد الخاطئ بان ارتفاع ضغط الدم هو نتيجة لـ" التوتر العصبي و الإجهاد" ما يمنع اعتباره مرض وعائي قلبي في حد ذاته. يجب أن يكون للمريض معلومات جيدة حول مرضه و ذلك للمشاركة في علاجه و التكفل به، فمن الضروري أن يتفهم مرضه و يكون على دراية بالآثار المترتبة عنه و بالتالي المساعدة في تحسين التزامه.

يمكن تفسير عدم الالتزام بالخوف من الآثار الجانبية، إجراء الاختبارات التشخيصية و زيارات المتخصصين، انعدام الثقة بالطبيب، سوء فهم المرض و العلاج، نقص الحوافز، المعلومات الخاطئة من المحيط، و على نحو متزايد منتديات و مواقع الانترنت.

يكون عدم الالتزام كذلك نتيجة لوجود علاقة علاجية بين الطبيب و المريض، تفنقذ للثقة. و بالتالي يجب التخطيط لمناخ موات للعلاج الفعال على المدى البعيد، يكون أساسه الثقة المتبادلة، و فد يكون من المفيد وضع "عقد للأهداف **contrat d'objectifs** " تجمع كل من المريض و أهله من جهة و الطبيب من جهة أخرى.

خلال العملية العلاجية، غالبا ما يتم الجمع بين أكثر من دواء للتحكم في الضغط، مما قد يزيد عدد الجرعات و الآثار الناتجة عن كل دواء، مما ينقص من الالتزام. بالمثل، من الصعب الالتزام بالقواعد المتعلقة بتغيير نمط الحياة: خصوصا أن التغييرات تمس عدد من النقاط المترابطة، كالحمية الغذائية و النشاط الرياضي و غيرها (Xavier Girerd, Antoine Lemaire, 2009) . و الجدول الموالي يلخص بعض العوامل التي تؤثر على الالتزام لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.

ارتفاع ضغط الدم	العوامل التي تؤثر على الالتزام	التدخلات اللازمة لتحسين الالتزام
العوامل الاجتماعية و الاقتصادية	(-) سوء الحالة الاقتصادية و الاجتماعية، الأمية، البطالة، محدودية إمدادات الأدوية، ارتفاع تكلفة الدواء.	تأهيل العائلة، التأمين الصحي للمريض، ضمان عدم انقطاع الأدوية، توفير خدمات صحية بأسعار معقولة
العوامل المرتبطة بالنظام الصحي و مقدمي الرعاية.	(-) انعدام المعرفة و التدريب لمقدمي الرعاية الصحية لإدارة الأمراض المزمنة، عدم كفاءة العلاقة بين مقدمي الرعاية الصحية و المريض، نقص المعرفة و عدم كفاية الوقت لإجراء الفحوصات و انعدام الحوافز. (+) علاقة جيدة بين المريض و الطبيب	تحسين العلاقة طبيب_مريض، التدريب في مجال تعليم المرضى على استخدام الأدوية، تقييم و متابعة العلاج، تقييم الالتزام، الاختيار الجيد للأدوية، التدريب على مهارات الاتصال، التمويل و الإدارة الجيدة للأدوية: تطوير عقاقير أفضل، المشاركة في برامج التنقيف الصحي، تطوير أدوات لقياس الالتزام الصحي.
العوامل	(+) فهم التوصيات الطبية المتعلقة بارتفاع	التعليم على استخدام الأدوية

	ضغط الدم.	المرتبطة بالمريض
تبسيط العلاج.	(-) تعقيد العلاج، مدة العلاج، الآثار الجانبية للعلاج. (+) دواء وحيد بجرعات بسيطة، تقليل التغيرات في الأدوية الخافضة للضغط، استخدام أصناف الأدوية الحديثة.	العوامل المرتبطة بالعلاج

جدول رقم 14: العوامل التي تؤثر في التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم و التدخلات اللازمة لتحسينه
(World Health Organization, 2003)

ج- تحسين الالتزام لدي مرضى ارتفاع ضغط الدم:

الالتزام بعلاج ارتفاع ضغط الدم هو عقبة رئيسية لتحقيق السيطرة الكافية على ضغط الدم لدى المرضى. فالمريض بحاجة لتغيير نمط حياته و تطبيق التوصيات الموصى بها من قبل الأطباء و التي غالبا ما لا يتقبلها المريض و محيطه. العادات الغذائية والنشاط تخضع لتغييرات جذرية، هذه التغييرات تتطلب تطوير مهارات جديدة مثل قراءة ملصقات الأطعمة، معرفة طرق الطبخ، الالتزام بالخيارات الغذائية المناسبة خارج المنزل، إدارة الوقت. الاستراتيجيات التي تحسن الالتزام تساعد على التحكم بضغط الدم لكنها يجب أن تشمل المريض و مقدمي الرعاية الصحية في نفس الوقت (أنظر الجدول) و قد تشمل:

- **الهدف العلاجي:** تحديد الهدف العلاجي لمريض الضغط، و متابعة تحقيق الهدف و كذا مناقشة الصعوبات المتعلقة بالتوصيات و النظام المنصوص عليه و تقديم ملاحظات حول التقدم المحرز.
- **المتابعة:** و ذلك بتتبع حضور المريض لمواعيد المتابعة، جدولة مواعيد الفحوصات و التأكيد عليها خلال الزيارة أو عبر الهاتف.
- **مناقشة استراتيجيات علاجية جديدة مع المريض و إشراكه في عملية اتخاذ القرار.**

- **تبسيط العلاج:** و ذلك بتبسيط الجرعات و اختيار أدوية بتكلفة أقل و فعالة في نفس الوقت، و تجني تعدد الأدوية و تقليل عدد مرات أخذ الأدوية قدر الإمكان (مرة واحدة) (Khatib, Oussama M.N, Mohamed Sayed El-Guindy, 2005)
- **تكيف العلاج:** توقيت الأدوية (عادة في الصباح في وقت محدد)، الحد من عدد الأقراص و الجمع بين الأدوية، دراسة ملف المريض لتكييف الجرعات و الوصفات و الزيارات، خصوصا بالنسبة لكبار السن.
- **البرامج المؤسسية و التجارية:** البرامج التجارية التي تديرها المصانع الصيدلانية (الخط الساخن المجاني، إرسال ممرض للمنزل، التذكير عبر الهاتف و الرسائل القصيرة) و هي طريقة مطبقة في الولايات المتحدة الأمريكية. أما البرامج المؤسسية ، و التي تتم في إطار قانوني محدد - المستشفيات، الدراسات الإكلينيكية،...- و هي لا تزال محدودة و لا تشمل سوي عدد قليل من المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم. يبقي دور الجمعيات و رابطات المستهلكين و شركات التأمين و سائل الإعلام التي يمكن أن تساهم في تحسين الامتثال و الحد من مخاطر انعدامه.
- **تعزيز القياس الذاتي للضغط:** و هو أداة للطبيب، في نفس الوقت وسيلة لجعل المريض يشارك في التكفل بمرضه .
- **التعليم الصحي:** يبغى أن تكون عملية تعليم المريض واضحة الأهداف، و ذلك بما يتفق مع التوصيات العلاجية، و المعلومات المرتبطة بالمريض، و يجب أن تضمن الفهم الجيد للمعلومات من قبل المريض. و بالتالي يجب الحرص على متابعة المريض و تجهيز الوسائل و الجداول الزمنية اللازمة للتعليم الصحي. و يمكن إشراك الأقارب و الزوج إذا لزم الأمر (Xavier Girerd, Antoine Lemaire, 2009). و تتضمن عملية التعليم معلومات حول ارتفاع ضغط الدم و مضاعفاته و علاجه، و وصف المضاعفات المحتملة لانقطاع العلاج و عدم التحكم بضغط الدم، و ذلك انطلاقا من معلومات المريض و تصوراته للمرض. كما و قد تتطور إلى التفاوض حول الحمية و التمارين و تخفيض الوزن. فالتربية الصحية يمكن أن تأخذ منحى التخصص و التكيف لكل مريض في إطار العلاقة العلاجية طبيب-مريض (Jean-Jacques CRAPPIER, 2002).

على الطبيب أن يساعد المريض على تحسين الالتزام و ذلك بـ:

- لا يسأل المريض إذا كان يأخذ العلاج يوميا و لكن يطلب منه تكرار اسم الدواء و أوقات الجرعات.
- يطلب منه الحصول على الأدوية.
- شرح الأدوية و الجرعات و تأثيرها لأهل المريض.
- تجنب الجرعات التي لا لزوم لها
- التحقق من الجرعات و العلاجات التي يأخذها المريض في المنزل-Cohen) Solal,Damien Logeart, 2006)

الوسائل المتاحة لتحسين التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم:

- تزويد المريض وثائق مكتوبة(عن طريق البريد، في قاعة الانتظار، خلال الفحص).
- تعليم المريض القياس الذاتي للضغط.
- تدريب متخصص للأطباء
- الاستعانة بفريق طبي غير الطبيب المعالج: الصيدلي، الممرض، طبيب العمل، عيادات تخصص ارتفاع ضغط الدم.
- الاتصال بالعائلة
- تدريب و تعليم المرضى.
- الإدارة الالكترونية لملفات المرضى.
- كراس المتابعة
- تحسين مواعيد الفحص و تسهيل الحصول على العلاج

جدول رقم 15: بعض الوسائل المتاحة لتحسين التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم (André Grimaldi,Julie Cosserat ,2004, P164)

خلاصة

للاللتزام تأثير بالغ في فعالية و نجاح العلاج، و السيطرة على الضغط و يمكن الإشارة و التركيز على النقاط الهامة التالية :

- التحقق من صحة و توحيد وسائل قياس الالتزام الدوائي و اللادوائي المتعلق بارتفاع ضغط الدم.
- وضع استمارات صحية و موثوق بها للحصول على معلومات عن عوامل الالتزام.
- التحقق من المؤشرات النوعية المرتبطة بالالتزام مرضى الضغط بالأدوية الخافضة للضغط.
- تحديد العوامل التي تؤثر في التزام مريض الضغط و التي تتعلق بمعتقدات المريض.
- فهم مبادئ و آليات تغيير سلوك الالتزام .
- تطوير تدخلات ترمي إلى تشجيع الالتزام بالأدوية الخافضة للضغط.
- تطوير أدوات و موارد لتحسين الالتزام و إدارته و من ثم التحكم بارتفاع ضغط الدم.
- تحديد التكاليف و التعقيدات المتصلة بارتفاع ضغط الدم - المرتبطة أيضا بالتعقيدات الناتجة عن عدم الالتزام - و إدارة القضايا ذات الصلة باحتياجات المرضى، مؤسسات الرعاية و الحكومات

(World Health Organization, 2003).

في الأخير، يحتاج المريض للمشورة و الدعم و المعلومات من العاملين في مجال الرعاية الصحية من أجل أن يكونوا قادرين على فهم أهمية السيطرة على ضغط الدم ، لاستخدام أدويتهم، لمعرفة كيفية التعامل مع الجرعات اليومية، التعامل مع تقوية الجرعات و الأحداث السلبية و ما يجب القيام به عند وقوعها . تقاسم هذه المسؤولية مع مقدمي الرعاية الصحية هو أمر لا بد منه. لذا على مقدمي الرعاية تعليمه لتحسين مهاراته في التعامل مع ارتفاع ضغط الدم و تحسين التزامه بالعلاج، و هذا ما سيتم مناقشته في الفصل القادم.

الفصل الرابع

التربية الصحية

كما سبق الإشارة في الفصل السابق، ضمان نتائج العلاج تتطلب التزام المريض بالعلاج الفعال. و لهذا على المريض أن يكون على دراية بالعلاج و تفاصيل الالتزام به، فالعديد من المرضى يعانون من فقر المعلومات الأساسية حول المرض، الدواء و العلاج. فمن الواضح أن المرضى لا يستطيعون الالتزام بالعلاج الذي لا يعرفونه و لا يفهمونه، فالمعرفة هي أساس للالتزام بالعلاج، و هذا ما سيتم التعرض له في التفاصيل المدرجة في هذا الفصل. و تجدر الإشارة إلى وجود أسباب عديدة تجعل عملية تعليم المريض مهمة و من بينها:

- تغيير طبيعة المرض و انتشاره في المجتمع.
 - مشاركة المريض هو مفهوم جديد في مجال الرعاية الصحية و لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال التربية العلاجية للمريض.
 - تشير الأبحاث إلى فعالية التدخلات المرتكزة على تعليم المريض.
 - تشير الأدلة البحثية إلى أن المرضى يرغبون في الحصول على تعليم حول مشاكلهم الصحية
- .(Vivien E.Coates, 1999)**

1. تعريف التربية العلاجية:

كتمهيد للتربية العلاجية يمكن أن نذكر بتعريف التربية الصحية التي تعتبر مفهوم أوسع و أشمل للوصول إلى وجه الاختلاف بينها و بين التربية العلاجية الموجهة للمصابين للمرضى المصابين بأمراض مزمنة

أ- تعريف التربية الصحية:

التربية الصحية تسهل عملية تعديل السلوكيات الصحية. و يتم تعريف التربية الصحية بعدة طرق، و فيما يلي نذكر بعض التعاريف، منها:

- يعرفها Downie, Fyfe, and Tannahill (1990) بأنها " نشاط لنقل المعلومات يرمي إلى تعزيز الصحة الايجابية و منع أو تقليل اعتلال الصحة لدي الأفراد و الجماعات من خلال التأثير على المعتقدات و المواقف و السلوك من قبل القائمين عليها و المجتمع بصفة عامة".

- تعرفها اللجنة المشتركة لمصطلحات للتربية الصحية و الوقاية " the 2000 Joint Committee on health education and promotion terminology "

بأنها: "أي مزيج من خبرات التعلم المخطط لها و المبنية على أساس نظري سليم، و هي توفر للأفراد و الجماعات و المجتمعات الفرصة لاكتساب المعلومات و المهارات اللازمة لاتخاذ القرارات الصحية الجيدة".

• تعريف منظمة الصحة العالمية 1998 "تضم فرص بناء وعي للتعلم تتطوي على بعض أشكال الاتصال التي تهدف إلى تحسين المعرفة الصحية، بما في ذلك تحسين المعرفة، تطوير المهارات الحياتية التي تساعد في الحفاظ على صحة الفرد و المجتمع".

• يعرفها Green and Kreuter (2005) بأنها "مزيج من الخبرات التعليمية المخططة التي تهدف إلى تأهيل و تمكين و تعزيز السلوكيات الطوعية المفضية إلى صحة الأفراد، الجماعات، أو المجتمعات" (Manoj Sharma, John A.) . (Romas, 2011, PP 6-7

• في تعريف آخر للمنظمة العالمية للصحة أورده عثمان يخلف: تعتبر التربية الصحية السلاح الأقوى للصحة العامة، وهي تمثل مجالاً صحياً هاماً يعمل على تحقيق مفهوم الصحة العامة من خلال نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية، وهي تسعى في الواقع إلى تزويد الأفراد بمعلومات صحية صحيحة و تحثهم على تبني سلوكيات صحية ايجابية كما أنها تزود الأطفال بمهارات اتخاذ القرار في المواقف الحياتية و الصحية المختلفة (عثمان يخلف، 2001، ص 13).

• إمداد الأفراد بالمعلومات الصحية التي تؤثر في مفاهيمهم و عاداتهم الصحية مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم الصحي تغيراً ايجابياً.

• تزويد بكل ما يحتاجه من معلومات و خبرات صحية حتى يتمكن من المشاركة ايجابياً في حل مشكلاته الصحية (نادية محمد رشاد، 1992 ، 14).

ب-تعليم المصاب بالأمراض المزمنة:

تعليم المريض المصاب بمرض مزمن يتعلق بـ:

• الاستقلالية: و ذلك في الأمراض المزمنة من أمثلتها السكري، ارتفاع ضغط الدم، باركنسون، القلب،...

• خصوصية متابعة المرض المزمن: فالمريض يستفيد من المعلومات التي يقدمها أخصائي الصحة المتعلقة بالتوصيات و القرارات المتعلقة بصحته. إن المرض المزمن يتطلب معلومات مفصلة تهدف إلى الحصول على بعض الاستقلالية للمريض. و كذا الحصول على موافقة المريض للتكفل به و ضمان التزامه بالعلاج و التقيد به.

تعرف منظمة الصحة العالمية لأوروبا في تقرير نشر سنة 1996، التربية العلاجية للمريض بـ " كل عملية تهدف إلى مساعدة المرضى للحفاظ على المكاسب أو المهارات التي يحتاج إليها المريض لإدارة حياته بشكل أفضل خلال إصابته بالمرض المزمن. و هي تشمل أنشطة منظمة، بما في ذلك الدعم النفسي و الاجتماعي، مصممة لجعل المرضى أكثر وعياً و معرفة بمرضهم، بالعلاج و بتنظيم العمليات الإستشفائية، و السلوكيات المتعلقة بالصحة و المرض. و هذا بهدف مساعدة المريض و عائلته لفهم مرضه و العلاج، و كذا التنسيق لتحمل مسؤولية الرعاية الخاصة به، من أجل المساعدة على صيانة و تحسين نوعية حياة المريض. " (Emmanuelle Rial-Sebbag,) (Agnès Thomas, 2008,P5)

و قد أوردت الهيئة العليا للصحة La haute autorité de santé في أحدث تقرير لها أن التربية العلاجية هي جزء لا يتجزأ من العلاج و التكفل بالمريض، في ما يتعلق بالحياة اليومية للمريض و البيئة النفسية و الاجتماعية للمريض، و تشمل قدر الإمكان العائلة و الأقارب و أصدقاء المريض، و هي جزء من التكفل على المدى الطويل، يجب أن تكون مهيكلة ، منظمة، تتم بوسائل تعليمية مختلفة، يقوم بها مختلف المهنيين في الصحة المدرسين على عملية التعليم العلاجية وفي قطاعات مختلفة، تضم كذلك العمل في إطار شبكة (Pierre Simon, 2007, P253).

التربية الصحية تسمح للمريض باكتساب المهارات العلاجية لتطبيقها على حالته. التدريب هو عملية نشيطة تسمح بتغيير و تحويل يترجم بتغيير في السلوك. و عنصر الوقت له أهمية مضاعفة:

- من أجل عملية التعلم
- تقبل المريض للمرض المزمن (الحداد)

المرض المزمن هو انقطاع نهائي عن نمط الحياة السابق قبل المرض_ للمريض و طلب للعلاج الدائم لتفادي تدهور الحالة الصحية. إدراك هذا الواقع و فهمه هو جزء من النهج التعليمي للمريض. أن يصبح المريض مسئول عن علاجه يمكنه الشعور ببعض السيطرة، الحصول على مزيد من الاستقلالية ، أقل اعتمادا على مقدمي الرعاية الصحية و بالتالي تقبل حالة الإزمان. قد يكون هذا السبب الذي يجعل المرضى الذين يتقبلون المرض هم الذين يعالجون بشكل أفضل.

يعتمد هذا التعلم على نقل القدرة من مقدمي الرعاية الصحية إلى المرضى و عائلاتهم. فهي عملية حقيقية للتدريب و التعلم. و يتوقف دافع المريض للجوء لعملية التعلم على قدرته على التنبؤ بفائدة التربية العلاجية(هذا يعني أن الفائدة تفوق المعوقات النفسية، الاجتماعية و المالية المرتبطة بالمرض و علاجه).

إن تفرد كل مريض يفرض على القائمين بالصحة تكييف العادات المتعلقة بالتعاطف، التركيز على المتعلم لفهم واقعة و تصوراته التي غالبا ما تكون بعيدة عن آراء الواقع الطبي الحيوي. يمكن للتقييم المشترك للوضع على أساس تفسيرات المريض لإظهار الحاجة للتعلم، لأن البيانات المتاحة عادة للمريض لا تسمح له بتوسيع نطاق الموارد و الاحتمالات المتاحة للعلاج. و بالتالي يصبح المعالج مورد لمشروع التعلم و مرافق للتقدم نحو تحقيق الأهداف العلاجية.

إن هذا النوع من التعليم يتناسب أساسا مع الوقاية من الدرجة الثانية (تجنب المضاعفات الناجمة عن مرض موجود) أو الوقاية من الدرجة الثالثة (مراقبة المضاعفات و تجنب الإعاقة). فهي تختلف عن التربية الصحية في الوقاية من الدرجة الأولى ، إذ أن التربية الصحية تعتمد على التعليم الموجه لجمهور واسع لتجنب حدوث المرض أساسا (الوقاية من أمراض القلب و الأوعية الدموية، الإدمان، التدخين، السكري،...) (Marc

.(Antonello,Dominique Delplanque, 2009)

2. فوائد التربية العلاجية:

للتربية العلاجية فوائد كثير بالنسبة للمريض و القائمين على الرعاية الصحية، فالتعليم الفعال للمريض له القدرة على:

- زيادة رضا المريض
- تحسين نوعية حياة المريض
- ضمان استمرارية الرعاية الطبية
- تخفيض قلق المريض
- فعالية الحد من مضاعفات المرض، و الإصابة بالمرض
- تشجيع الالتزام بالعلاج
- زيادة استقلالية المريض في ممارسة الأنشطة اليومية
- تمكين المريض من المشاركة الفعالة في التخطيط لعملية الرعاية الصحية (Susan

(Bacorn Bastable, 2006, P09)

- تحسين العلاقة طبيب-مريض: فالمريض لم يعد موضوع العلاج، بل أصبح شريك في فريق العلاج، فهو عنصر فعال في وضع تصور لحل المشكلات المتعلقة بالمرض و التكيف معه (Louis Monnier, 2010, P 394).
- تحسين نتائج العلاج و زيادة مسؤولية المريض في الرعاية الخاصة به في المنزل_ خارج المستشفى و العيادة_.
- تقليل تكاليف العلاج (Donna R. Falvo , (3rd edition), 2004, P21).

3. أهداف التربية العلاجية:

عينت منظمة الصحة العالمية سنة 1998، مجموعة من الخبراء لتحديد الإطار المفاهيمي لتعليم المرضى، و كذا من أجل العمل على مجموعة من التوصيات لضمان جودة التربية العلاجية. و قد أقر هؤلاء الخبراء أن التربية العلاجية تهدف إلى تدريب المريض على التكيف مع المرض، و الإدارة الذاتية للعلاج و المرض المزمن، و تمكينهم من التعامل مع التغيرات الناتجة عن المرض. كما أنها تساعد على خفض تكاليف الرعاية الطويلة بالنسبة للمرضى و

المجتمع. فهي هامة من أجل تحسين الإدارة الذاتية للمرضى و كذا تحسين نوعية رعاية المرضى على المدى الطويل، هذا مع عدم استثناء المرضى الذين يعانون من مرض حاد. هناك حاجة لتعزيز دور أسر المرضى في الرعاية الصحية على المدى الطويل. فالتربية العلاجية تسلط الضوء على الدور التربوي و النفسي للأسرة و المريض للالزمة للعلاج على المدى الطويل: من أجل الرفاهية المستدامة للمريض على أعضاء الأسرة تفهم الصعوبات التي يواجهها المريض و أن مساعدته لها أهمية بالغة للمريض (**Geneviève Thomas, 2003**).

تستند عملية التعليم العلاجي للمريض على نماذج نظرية التعلم. يعرف **Houssaye** التعلم بعملية اكتساب قدرة جديد، سواء كان الاكتساب واعي أو غير واعي. التعلم عملية نشطة، يختار فيها المتعلم المعلومات طبقا لأهميتها بالنسبة له. المتعلم يفكر قبل، أثناء و بعد العملية، و خلال تفكيره يقوم يحشد تمثيلات و معارف من مصادر مختلفة، و هناك ثلاثة أنواع من المعرفة التي يمكن أن يكتسبها المتعلم:

- **المعرفة Savoir** : المعرفة، التوازن، الوقت، الطاقة، الوظيفة، الذاكرة، الهوية، التطور. هذه المعرفة تتعلق بتنظيم الفرد، و هذا يتوافق مع معرفة المرض و علاجه.
- **الدراية Savoir faire (الإجراءات)**: النمذجة و المحاكاة، التبرير، التحكم بالمعلومة، الطريقة التجريبية ، توضيح المواقف و المشاكل، هذه المعرفة تتوافق مع التعلم التقني.
- **المعرفة الكيفية Savoir être (العادات)**: الثقة بالنفس، الرغبة في التواصل و الانفتاح على المحيط، الرغبة في البحث و التعلم، الفضول، روح النقد (**Jean Calop, Samuel Limat, Christine Fernandez, 2008**).

و على هذا الأساس تكون الأهداف الخاصة لتعليم المرضى هي (أنظر الجدولين المواليين):

- اكتساب و تحسين قدرات و مهارات المريض على الرعاية الذاتية: منها ما يتعلق بالحفاظ على حياة المريض، هذا الاكتساب يكون مكيف حسب الاحتياجات الخاصة لكل مريض.
- اكتساب مهارات التكيف: و التي تعتمد على الخبرة و التجربة السابقة للمريض، و هي جزء من المهارات النفس اجتماعية.

مهارات الرعاية الذاتية Les compétences d'autosoins
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تخفيف الأعراض. ▪ الأخذ بعين الاعتبار المتابعة الذاتية، القياس الذاتي. ▪ تكيف جرعات الأدوية، و التحضير للعلاج الذاتي. ▪ تنفيذ إجراءات العلاج. ▪ تغيير نمط الحياة (نظام غذائي متوازن، ممارسة نشاط رياضي،...) ▪ الوقاية من المضاعفات التي يمكن تفاديها. ▪ التعامل مع المشاكل التي يسببها المرض. ▪ إشراك المحيطين به في إدارة المرض، علاجه، و التعامل مع الآثار الناتجة عنه.
مهارات التكيف Les compétences d'adaptation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ معرفة الذات و الثقة بالنفس. ▪ إدارة انفعالات المريض و الإجهاد الناتج عن المرض. ▪ تطوير المهارات الشخصية و مهارات الاتصال. ▪ تطوير مهارات اتخاذ القرار و مهارات حل المشكلات. ▪ تحديد أهداف لتحقيقها. ▪ مراقبة و تقييم الذات من أجل إحداث تطور

جدول رقم 16: المهارات الخاصة التي تهدف إليها تربية المرضى (Haute Autorité

de Santé, 2007).

القدرة	الأهداف الخاصة (مثال)
معرفة احتياجاته، تحديد الأهداف بالتعاون مع المعالجين، إخبار المحيط	التعبير عن أهدافه، قيمه، معارفه، مشاريعه، توقعاته، انفعالاته، (التشخيص التعليمي)
الفهم، الاتصاح	فهم جسمه، مرضه، توضيح الفسيولوجيا المرضية، التأثير الاجتماعي و العائلي للمرض، توضيح أساسيات العلاج.
التعرف، التحليل، القياس	التعرف على العلامات التي تنذر بالأعراض المبكرة للمرض، تحليل مواضع الخطر، نتائج الفحوصات. قياس نسبة السكري، ارتفاع ضغط الدم، معدل التنفس،....
المواجهة، اتخاذ القرار...	المعرفة، تطبيق الإجراءات لمواجهة الأزمة (ارتفاع السكري، انخفاض السكري، أزمة ربو،...)، اتخاذ القرار في الحالات الطارئة.
حل مشكلة طبية يومية لإدارة المرض و المريض، حل مشكل وقائي.	ضبط العلاج، تكيف جرعات الأنسولين. تحقيق توازن غذائي يومي، أسبوعي. الوقاية من الحوادث و الأزمات. تعديل البيئة، و نوعية الحياة الملائمة للصحة (النشاط البدني، إدارة الضغوط...)
التطبيق، العمل	تطبيق التقنيات (حقن الأنسولين، المراقبة الذاتية للسكري، استعمال الرذاذ، تهوية الغرفة،...)، تطبيق إجراءات الطوارئ.
التكيف، التعديل	تكيف العلاج لمواقف الحياة (السفر، الرياضة، الحمل،...) تعديل العلاج أو الحمية، إدخال التقنيات الحديثة في إدارة المرض.
استعمال وسائل، نظام العلاج، الحصول على حقوقه	معرفة أين و متى موعد الزيارة الطبية، بمن يتصل، البحث عن المعلومة المفيدة. الحصول على حقوقه (العمل، الدراسة، التأمينات،...).

جدول رقم 17: القدرات التي يكتسبها المريض خلال برنامج للتربية العلاجية، مهما كان نوع

المرض، شرط أو مكان التطبيق (André Grimaldi, Julie Cosserat, 1998, P134).

4. طرق و مراحل التربية العلاجية:

أ- التربية العلاجية الفردية : تكون موجهة للمريض و لمن حوله، و ذلك من خلال شبكة الرعاية الصحية (مرضى السكري، القلب، الايدز،...)، أو من خلال جمعيات، هياكل خاصة (السجن). و يتم اختيار الهدف، الوقت و المكان الذي تتم فيه (عيادة خاصة، مؤسسة رعاية، مكان قريب من المريض،...) مع هذا فالمخطط العام لتنفيذ التربية العلاجية للمرضى يتم على نفس النحو، و يمكن تلخيص خطواته في:

■ الخطوة الأولى: التشخيص التعليمي

يقوم المختص في الرعاية الصحية الذي يقوم بالتكفل بالمريض المصاب بمرض مزمن، بسؤال المريض عن الكيفية التي يتعامل بها مع مرضه، و ما يمكن تقديمه لتحسين أو تغيير سلوكياته. خلال هذه المرحلة يطلب من المريض إعطاء وجهات نظره حول حالته، و يمكن أن يتم هذا خلال جلسة أو أكثر في مكتب الطبيب، في العيادة أو المستشفى. و عادة تتم بطرح أسئلة دقيقة على المريض:

- ماذا يعرف المريض عن مرضه؟
- ما تأثير المرض على الحياة اليومية، و كيف يواجهه؟
- ما هي الصعوبات التي يواجهها؟
- ما هي التصورات التي يضعها المريض حول المرض؟
- ما هو تأثير المرض على الأسرة، الحياة المهنية، الاجتماعية، المشاريع...؟

■ الخطوة الثانية: برنامج التعليم

يتم وضعه مع المريض أو فريق الرعاية الصحية المعالج للمريض، و تحدد أولويات التعلم التي على المريض تعلمها ليحل مشاكله في حياته اليومية. على سبيل المثال التصرف خلال الأزمات، مراقبة معدل ضربات القلب،... حيث يتم وضع برنامج فعلي و التخطيط للعملية التعليمية بالتفاوض مع المريض.

▪ الخطوة الثالثة: الدورات الفعلية للتربية

و هو يتضمن سلسلة من الدورات، فردية أو جماعية، بشكل عام تستمر لـ 45 دقيقة، يتم خلالها نقل المهارات للمريض، و تتنوع الأساليب المستخدمة، و تكييفها مع الظروف حسب الحاجة (المحاكاة، اللعب، تبادل الخبرات،...).

▪ الخطوة الرابعة: تقييم العملية التعليمية

خلال هذه المرحلة يتم التحقق من النمو الحاصل في معرفة المريض، تحسن سلوكه، تطور المعلومات الطبية، التحسن في نوعية الحياة، التقييم الذاتي و تحسن الالتزام. حيث يتم استعمال هذه المعلومات لاحقا في عملية التكفل و العلاج و تبادلها مع مختلف المهنيين العاملين على الرعاية الصحية للمريض (Pierre Hecquard, 2009).

ب- التربية العلاجية الجماعية: و هي تجميع لعدد من المرضى (من أبع إلى ثمانية

مرضى)، تتم بنفس خطوات الأولى، و مع أنها تبدو صعبة التحقيق للوهلة الأولى، إلا أن شروط الممارسة تتطور، و الشبكات الصحية يمكن أن توفر الظروف اللازمة لتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالتربية العلاجية الجماعية. وهي تمكن المرضى من التعرف معا عن علاقات علاجية جديدة، العلاج، و تحليل التحديات التي تطرحها حالتهم، و محاولة الوصول إلى مستوى أفضل و إيجاد حلول مع مقدمي الرعاية.

و هناك عدة ايجابيات للتربية العلاجية الجماعية ، فهي تسمح للمريض بأن يفهم أنه ليس وحيد، و أن هناك آخرين يعيشون نفس الصعوبات و يواجهون نفس العراقيل في إدارة مرضهم و علاجهم. هذه المعرفة تسمح بتقاسم خبرتهم بـ " العيش مع المرض". الشراكة في المرض، أخذ الدواء و التعامل مع المعالجين تسمح بتبادل الخبرات، تحرير انفعالاتهم، التعبير عن خيبتهم، و كذا عن نجاحاتهم، و تمتعهم بالحياة. تعتبر الجماعة إذن كدعم، مكان أين لا أحد بحاجة للاختباء و أين يمكن إيجاد مصدر للتحفيز. الجماعة تحسن من قدرات المريض الاجتماعية، التواصل و التضامن. وهي تنمي المهارات الاجتماعية خصوصا بالنسبة لبعض الأمراض التي يتأثر فيها المريض بنظرة الآخرين كالسمنة، الصرع،...

إن عملية التربية العلاجية الجماعية تسمح للمريض بتعلم تقنيات شرح المعلومات، إعادة صياغة ادراكاته، التدرب على أخذ القرارات في الحالات الحرجة، تبادل المعلومات،... (André Grimaldi, Julie Cosserat, 1998) و هي تعتمد على تقنيات يمكن

تلخيصها في الجدول الموالي:

التعليقات و اقتراحات	الطريقة
<p>المشاركة النشطة لكل أعضاء الجماعة أساسية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الشرح باستعمال لغة بسيطة و باستعمال وسائل للتوضيح. • المناوبة بين التساؤلات و الإجابات. • جذب انتباه المشاركين، تقديم ردود فعل ايجابية. • استعراض ما ذكر و الطب من المشاركين التلخيص كل على طريقته. • تعزيز المعلومات المكتسبة و توضيح النقاط الغامضة. • مراجعة المواضيع الغامضة. 	<p>العرض التفاعلي (بين مسير العرض و المشاركين) présentation interactive entre l'animateur et les participants</p>
<p>تشجع هذه الطريقة على تبادل المعلومات و المفاهيم التي تسمح بالتعمق في بعض المواضيع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاركة جميع الأعضاء. • الربط بين خبرات المشاركين. • تجنب المواجهة و المعارضة من خلال تشجيع التبادل البناء(التوضيح، إعادة التوجيه، التركيز على الجوانب المهمة، الاحترام) 	<p>التبادل أو المناقشة الجماعية échange ou discussion de groupe</p>
<p>مهم لتطوير القدرات و محاكاة الثقة بالنفس.</p> <p>يجب أن نسمح للمشاركين بالملاحظة، ممارسة أو تعديل التقنيات المختلفة و إدماجها في الحياة اليومية للمريض:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شرح التقنيات و جعل المشاركين يقومون بممارستها. • استعمال التغذية الراجعة مع تشجيع المشاركين و التصحيح البناء. 	<p>الشرح و الممارسة Démonstration et pratique</p>
<p>ينخرط المشاركون في المجموعة للإدماج الفعلي للقدرات و المعلومات، ومن المهم احترام هذا العقد لضمان استيعاب المعلومات و تطبيقها في الحياة اليومية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اقتراح حلول من طرف المشاركين • اقتراح أنشطة يمكن ممارستها في المنزل و ضمان متابعة لها، اقتراح تحديات على المدى القصير، المتوسط و الطويل. 	<p>عقد التعلم contrats d'apprentissage</p>

جدول رقم 18: طرق و نشاطات التعلم المستعملة خلال جلسات التربية العلاجية الجماعية

(Christian Préfaut, Grégory Ninot , 2009 ,P361)

5. إدماج تربية المريض في العملية العلاجية للمرض المزمن:

يمكن اعتبار تعليم المريض كجزء مكمل للرعاية و العلاج المقدمين للمريض خصوصا أنها لا يمكن أن تفصل عن العلاج فهي تخفف من أعراض الألم و الوقاية من المضاعفات و التعامل مع مواطن الضعف النفسية و الاجتماعية و أولويات المريض (**Haute Autorité de Santé, 2007**).



6. مستويات التربية العلاجية:

يحدد Dekkers أربع مستويات للتربية العلاجية، و هو يرى أنها كما يلي:

- تقديم معلومات للمريض (حيث يتم التركيز على المحتوى و من أمثلة ذلك معلومات عن التدابير المتاحة، طبيعة المرض، تكاليف العلاج، ...)
- تدريب المريض (يتم التركيز على نقل الخبرة من المعالج للمريض، الجانب الوظيفي للمريض خلال التشخيص و العلاج، مثل المعلومات المتعلقة بتناول الدواء و تحضيره، تحضير المريض للتخدير و للعملية، كيفية التحضير للاختبارات التشخيصية، ...)
- تعليم المريض (يتم التركيز على التعلم، وهذا يتطلب جهد منهجي و تركيز على المريض ، مثل تعليم المريض إدارة المرض المزمن و علاجه، تغيير نمط حياة المريض و التعامل مع المضاعفات المحتملة، ...)
- دعم المريض (يتعدى إلى الجانب الإنساني للمريض، يرتبط مع اتصال فعال يهدف إلى جعل المريض احتمالاً، و الاهتمام بالجوانب النفسية للعلاج و المرض و نتائجه، الاتصال مع العائلة،....) (Karin van Ballekom, Entraction ltd,)

(Centre d'Education du Patient a.s.b.l., 2008

7. القائمين بالتربية العلاجية:

يمكن التمييز بين نوعين من القائمين و المتدخلين عي عملية التربية العلاجية: المحفزين و الفاعلين (les promoteurs et les acteurs).

بالنسبة للمحفزين لعملية التربية، دور جمعيات المرضى بالغ الأهمية في دعم التربية العلاجية للمريض، نشر الرسائل التعليمية، و المشاركة في تدريب القائمين على التربية و تنظيم الوسائل اللازمة للتربية. تعتبر الجمعيات الصحية، المؤسسات، دور الصحة، الأقسام الإستشفائية، و المرافق الصحية بشكل عام المروجين المحتملين لهذه العملية.

أما الفاعلين، فهم المنفذون الفعليين لعملية التربية، فعملية التربية العلاجية تتطلب فريق متعدد التخصصات مدربين على عملية التربية العلاجية من العاملين في مجال الصحة (طبيب، صيدلي، ممرض، أخصائي العلاج الطبيعي، اختصاصي التغذية، طبيب الأسنان، المختص

النفسي،...) بالإضافة إلى أخصائيين من خارج المجال الصحي (المريض نفسه، رابطات المرضى أو ممثلي المرضى و العاملين الاجتماعيين).

فالتربية العلاجية ليست عملية محددة تنسب إلى مهنة صحية معينة. بدلا من ذلك تحتاج لفريق متعدد التخصصات، حيث خصوصية كل عضو تسهم في إثراء التربية العلاجية (Jean Calop, Samuel Limat, Christine Fernandez , 2008, P1278). كما أنها تحتاج لقدرات خاصة ، على مقدم التربية العلاجية أن يمتلكها سواء فرديا أو ضمن فريق، و من هذه القدرات:

- تكيف أدائه مع المريض و المرض (حاد أو مزمن).
- تكيف أدائه مع كل مريض بشكل فردي، مع أسرته و أحبائه.
- تكيف مستمر لدوره و للإجراءات المتعلقة بفريق العلاج و مع من يعمل.
- التعاطف مع المرضى.
- تحديد الاحتياجات الذاتية و الموضوعية للمرضى.
- الأخذ بعين الاعتبار الحالة العاطفية للمرضى و خبراتهم و تمثيلاتهم للمرض و علاجه.
- مساعدة المرضى لإدارة نمط حياتهم.
- اختيار الوسائل المناسبة للتربية العلاجية.
- استخدام هذه الأدوات و دمجها لرعاية المريض و عملية التعلم.
- أخذ بعين الاعتبار البعد التربوي، النفسي، الاجتماعي في عملية التربية العلاجية على المدى البعيد.
- تقييم التربية العلاجية و أثارها العلاجية (الإكلينيكية، البيولوجية، النفسية، البيداغوجية، الاجتماعية، الاقتصادية). و إجراء التحسينات حسب الحاجة.
- تقييم و تحسين بصفة مستمرة أداء مقدمي الرعاية الصحية.
- تعليم و نصح المرضى للتعامل مع الأزمات، و التعامل مع العوامل التي تتدخل في الإدارة العادية للمرض (Geneviève Thomas, 2003, P29).

8. أساليب و أدوات التربية العلاجية:

تتنوع الأدوات و التقنيات التي تستخدم خلال عملية تعليم المرضى:

- **تقنيات الاتصال المرتكزة على المريض:** (الإصغاء الفعال، مقابلة تحفيزية خلال إجراء التشخيص التعليمي و خلال المتابعة الطبية، الشروع في إجراء تغيير سلوك المريض، دعم و تحفيز المريض)
- **التقنيات البيداغوجية:** مثل العروض التفاعلية، دراسة الحالة، حلقات النقاش، المحاكاة المبنية على أساس تحليل حالة أو دفتر المتابعة، حصص تطبيقية، نشاطات رياضية، لعب الأدوار، أدلة وثائقية.
- **أدوات مختلفة:** ملصقات، صور، أشرطة صوتية، فيديو، أقراص مدمجة، مطويات، تمثيلات للحياة اليومية،.... (HAS, institut national de

(prévention et d'éducation pour la santé ,p3

بالإضافة إلى هذه الوسائل، أصبحت شبكة الانترنت وسيلة ناشطة لتعريف المرضى بما يحتاجونه للتعامل مع حالة الإزمان و كذا تعليمهم. و في ما يلي بعض المواقع الناشطة في عملية التربية العلاجية للمرضى:

الموقع	الهيئة
http://www.sete2009.org	LA SETE, Société d'Education Thérapeutique Européenne
http://www.smbh.univ-paris13.fr/smbh/present/present_.html	L'UFR Léonard de Vinci à Bobigny: Premier établissement d'enseignement supérieur en France à vocation expérimentale dans le domaine de la santé et de la médecine,
http://www.education-patient.net/index.php	La Fondation Recherche et Formation pour l'Education des Patients
http://www.ipcem.org/	IPCEM, Education thérapeutique du Patient
http://www.cram-nordpicardie.fr/Sante/EducationPatient/Presentation.html	Le CERFEP, Centre régional de ressources et de formation à l'éducation du patient
http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educ_pat1.htm	Centre d'Education du Patient
www.ephora.fr	Ephora

جدول رقم 19: مواقع الكترونية للتربية العلاجية (CRES, 2009 , P13) .

كما يمكن إدراج أمثلة مفصلة لما يمكن اختياره لتنفيذ عملية تربية المريض في الجدول رقم 20، و الذي يتضمن أيضا مقارنة لهذه الطرق:

ما إذا نختار؟	كيفية الاستعمال	مثال	الأدوات	المزايا	العيوب
الحوار وجها لوجه	لا بد أن يكون موجه و ليس مقيد. ليس نقاشا و لا محادثة	الحوار ممرضة-مريض	المطويات، المخططات،...	يسمح بإنشاء علاقة بالمريض، التركيز على النقاط المهمة،...	مشكل علائقي، أو إحراج حسب تناول المشكلة
العمل في إطار فريق مصغر (أقل من 12 شخص)	عمل مهيكّل، الأهداف محددة مسبقا، يسمح بالتبادل المثمر و يشجع التواصل	اجتماع عمل، مناقشة موضوع معين	جهاز عرض، صور، ملصقات، وثائق منسوخة، diapositives،...	مشاركة كل الأعضاء يمكن أن تصل إلى نوع من المحاكاة	عدم النظام إذا كان الفريق لا يدار بطريقة جيدة
العمل ضمن فريق	تدخل مدروس، يجب أن يكون مهيكّل	تعليم الشباب، الملتقيات، التجمعات العامة	فيديو، حاسوب، جهاز عرض الصور،...	تسمح بإعطاء معلومات لعدد كبير من الأشخاص	لا تسمح بالتبادل، تتطلب أماكن خاصة، لا تسمح بالاستجابة الفورية

جدول رقم 20: الاختيارات المتاحة لتنفيذ التربية العلاجية (-) Lucien Aubert, Jean-

(Louis San Marco, 2007, P68)

9. العوامل التي تؤثر في التربية العلاجية:

إن التعامل مع المرض و لاستجابة له ترتبط بعدة عوامل، لاسيما العادات السلوكية و المعرفية مع خصوصية البيئة الاجتماعية و المادية. فعادة ما ترتبط إدارة المرض وفقا للمعايير الثقافية، و التصورات الخاصة لشدة المرض. فكل مريض يستجيب للمرض بطريقة خاصة و يمكن إدراج العوامل التالية في التأثير على عملية التربية العلاجية للمريض:

- **السن:** ينبغي تكيف التعليم بحسب السن، إذ ينبغي مراعاة احتياجات الأطفال العاطفية، عمليات التفكير، تصورات الطفل للمرض كعقاب، و اللغة. كما يجب مراعاة عدم تقبل

المراهقين للنصح و انتماءاته لجماعة ما في عملية التربية العلاجية. بالنسبة لكبار السن يجب مراعاة تعقيدات الذاكرة و الحالة الجسدية في عملية التعلم.

- **العرق:** يتضمن العرق الخصائص الاجتماعية، اللغوية، الفسيولوجية، كالأمريكيين من أصل إفريقي، الآسيويين، القوقازيين،... فبرامج التربية الصحية الخاصة بالمصابين بالايذ لا تكون ذات فعالية مع الأمريكيين من أصل إفريقي.
- **العائلة:** إن للعائلة تأثير كبير على فعالية التعليم، فكيف للعائلة أن تؤثر على صحة فرد منها و استجاباته للمرض. ضم العائلة و الأفراد المهمين للمريض في الدورات التربوية يسهل الالتزام الصحي، فهم العملية العلاجية، و الثقة و الدعم اللازمين لإدارة المرض.
- **الحالة الاقتصادية و الاجتماعية:** إن الانتماء إلى طبقة متدنية اجتماعيا و اقتصاديا يؤثر سلبا في الالتزام بالعلاج و الحصول عليه، و انعدام المعلومات حول الوسائل المتاحة للمنتمين لمثل هذه الطبقة مما يقتضي تكييف العملية التعليمية لتناسب مع احتياجاتهم.
- **الإزمان:** عند التحضير لعملية التربية على المسؤول الأخذ بعين الاعتبار عدد سنوات الإصابة، فعادة ما يتطلب التكيف مع حالة الإزمان وقت طويل لتقبل التشخيص و شروط العلاج و تطور المرض و التغيرات المرافقة له (Richard D. Muma, 1996).

10. شروط التربية العلاجية: هناك بعض النقاط التي يجب الالتزام بها خلال عملية

تربية المريض و تتمثل في:

- أن تكون مركزة على المريض: أخذ قرارات مشتركة، احترام ما يفضله المريض، الحرص على مصلحة المريض.
- أن تكون قائمة على أساس علمي: (التوصيات المهنية، المؤلفات العلمية، آراء المهنيين القائمين على الصحة) و كذا الارتكاز على خبرات المرضى و أسرهم، و ذلك من حيث الموارد التعليمية.
- أن تكون جزء لا يتجزأ من عملية العلاج و التكفل بالمريض.
- أن تهتم بالحياة اليومية للمريض، و العوامل الاجتماعية، النفسية و البيئية.

- أن تكون عملية مستمرة: و ذلك بأن تتكيف مع تطور المرض، و أسلوب حياة المريض، و أن تكون جزء من إدارة المرض على المدى البعيد.
- أن ينفذها القائمين على الصحة و المدربين على عملية التربية العلاجية للمرضى ، التقنيات البيداغوجية، و العمل ضمن فريق لتنسيق مختلف الإجراءات.
- أن تستند إلى تقييم احتياجات المريض و محيطه (التشخيص التعليمي).
- أن يتم بناؤها مع المريض، و أن يشترك فيها أكبر عدد ممكن من أقارب المريض.
- تكيفها مع الوضع الثقافي و التعليمي للمريض و مراعاة أسلوبه و قدراته في التعلم.
- أن تعرف من حيث المحتوى و الأنشطة، أن تكون منظمة، و أن تنفذ بالاعتماد على وسائل تعليمية مختلفة:

- استخدام تقنيات الاتصال التي تركز على المريض.
- جلسات جماعية أو فردية، أو بالتناوب، استنادا على أساسيات التعلم لدى الراشد أو الطفل.
- الوصول إلى مجموعة متنوعة من الجمهور ، مع الأخذ بعين الاعتبار الثقافة، العرق ، الموقع الجغرافي، الموارد المحلية و درجة تطور المرض.
- استخدام التقنيات البيداغوجية المختلفة، التي تشرك المرضى في عملية نشطة للتعلم و ربط محتوى البرنامج التعليمي مع التجربة الشخصية للمريض.
- أن تعتمد على متخصصين من مهن مختلفة، الترابط و التكامل بين تخصصات و قطاعات مختلفة.

- أن يتم تقييم تطور الفرد خلال العملية التعليمية (Haute Autorité de Santé,) (2007).

11. التربية العلاجية لتحسين الالتزام:

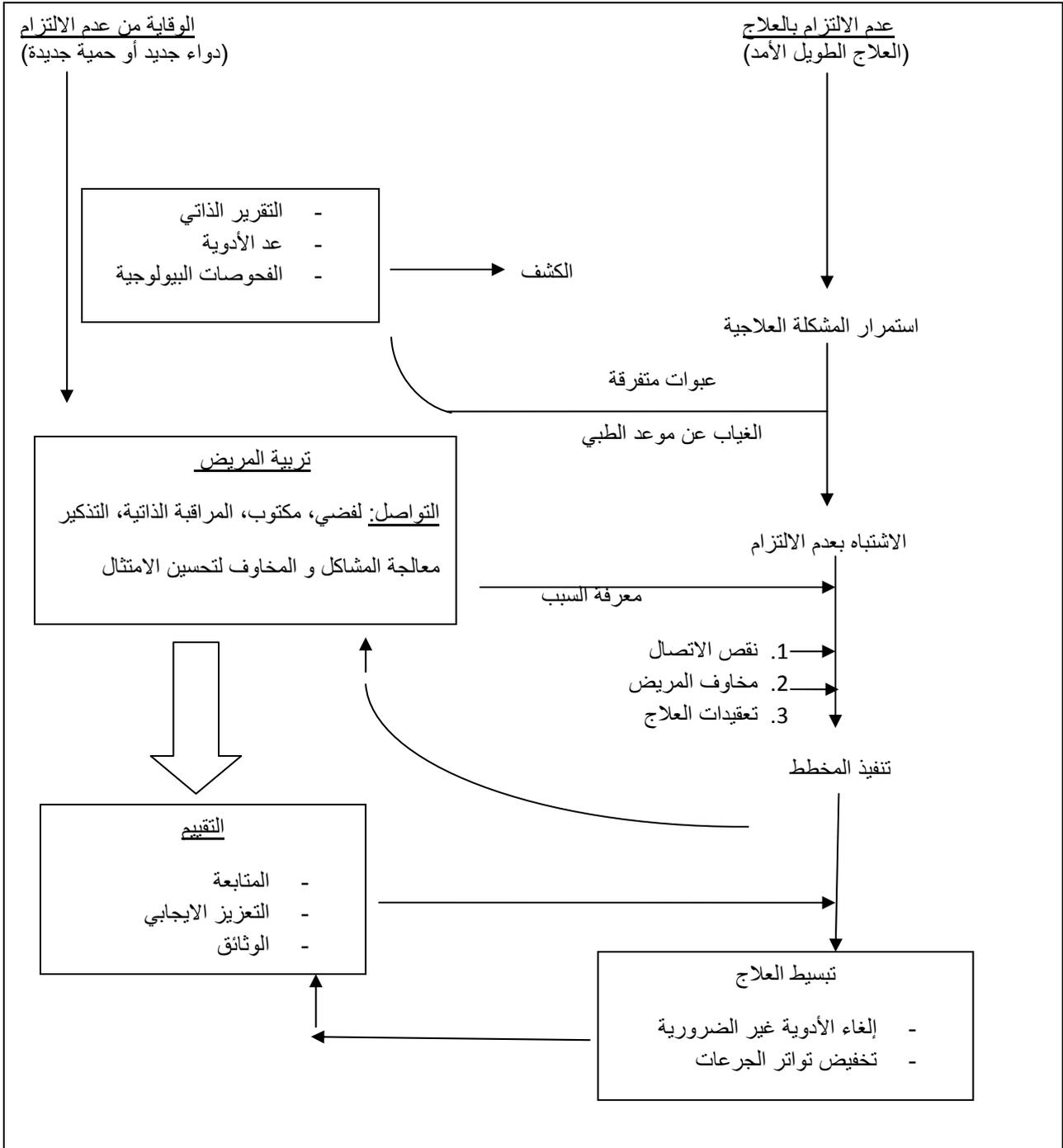
تعليم المريض حول حالته و العلاج و المخاطر و المنافع هو جزء أساسي من عملية رعاية المريض. تعليم المريض هو عامل رئيسي في عملية الالتزام لأن المرضى غير قادرين على متابعة التوصيات التي ليست لديهم المعرفة و الفهم الكافي بها. مع أن المعرفة و الفهم ليست مؤشرا كافيا لضمان الالتزام.

على الرغم من أن نقل المعلومات هو جزء من العملية التعليمية، لكن الأهداف التعليمية تشمل أكثر من إعطاء المعلومات، و هي تشمل إجراءات اكتساب المعرفة، دمج المعرفة في حياتهم من خلال تعلم المهارات، السلوكيات ، أو العادات. و بالتالي لتكون فعالة يجب أن تتعدى توجيه المرضى و توزيع المطبوعات، لكن تتعدى إلى المهارات السريرية التي تكون مهمة في التزام المريض. كما قد تشمل عمليات سريرية دقيقة كجمع المعلومات، تخصيص التعليمات، الدعم، التقييم، متابعة المريض، و تنفيذ الخطة العلاجية.

▪ أهمية التربية العلاجية في تحسين الالتزام

يقدم المهنيين الصحيين للمرضى معلومات حول حالتهم و العلاج المخصص لها، فضلا عن معلومات تتعلق بالوقاية من المرض أو مضاعفات المرض. يختلف نوع و كمية المعلومات، فمع تغير الثقافة، و أجواء الرعاية الصحية مما يحد من الوصول للمعلومات و المشاركة في اتخاذ القرارات الصحية الخاصة بهم، استقلالية المريض، و المشاركة الفعالة في إدارة المرض. إن فعالية التعليم تزيد من تحمل مسؤولية المريض في الرعاية الصحية الخاصة به في المنزل، و بالتالي تحسين النتائج، احتواء التكاليف، و زيادة مشاركة المريض في اتخاذ القرارات و المسؤولية في الرعاية الصحية (Donna R. Falvo , 2004).

تقتضي عملية إدارة عدم الالتزام في حالات الإزمان الاعتماد على أربع خطوات: الكشف، تحديد أسباب عدم الالتزام، وضع و تنفيذ خطة و أخيرا التقييم. و الشكل الموالي يوضح كيفية استعمال عملية التربية العلاجية لإدارة عدم الالتزام الصحي.



شكل رقم 13: إدارة عدم الالتزام و تربية المريض (Richard D. Muma, 1996, P34)

▪ **الاستراتيجيات المستخدمة في تحسين الالتزام**

الجدول الموالي يلخص أهم النقاط التي تتعلق بالاستراتيجيات التي تعتمد على تعليم المريض لتحسين التزامه بالعلاج.

المعايير الموصى بها فيما يخص المعلومات المتعلقة بالالتزام

- اسم و جرعة الأدوية.
- العلاقة مع العلاج(المصاريف و المنافع)
- إجراءات الالتزام (مثلا كيفية أخذ الدواء)
- الآثار المتوقعة
- المخاطر المرتبطة بالانقطاع عن العلاج قبل نهاية المدة العلاجية.
- أهمية الالتزام بالعلاج للمدة المحددة للعلاج
- استراتيجيات حل المشاكل المرتبطة بالالتزام

بعض المبادئ التوجيهية التي تزيد من الالتزام

- المعلومات الشفهية:
 - استخدام المعلومات الواضحة و المباشرة للتخاطب
 - استخدام كلمات بسيطة، تجنب اللغة التقنية، الجمل القصيرة و التركيز على التعليمات المحددة
 - التأكد من أهمية المعلومات على الصعيد الشخصي للمريض، كإدراج اسم المريض.
 - تحديد الغرض من المواد المستخدمة.
 - التركيز على السلوكيات أو الأفعال بدلا من الحقائق غير السلوكية
 - تحديد عدد المفاهيم
 - استخدام أمثلة لتوضيح المفاهيم التقنية
 - تلخيص الأفكار الرئيسية
- المعلومات المكتوبة:
 - تنظيم المعلومات بحيث تكون سهلة القراءة
 - استخدام عناوين واضحة، العناوين في شكل سؤال قد تكون فعالة
 - استخدام الكثير من المساحة البيضاء، فكبر النص يزعج القارئ
 - استخدام النقاط، فالقوائم تكون سهلة الفهم و التذكر
 - استخدام الحروق الكبيرة و الصغيرة
 - تغيير خصائص الخط للدلالة على المعلومات الهامة
 - تقديم نماذج من الأسئلة و الأجوبة لزيادة التفاعل
 - استخدام الرسوم التوضيحية لتعزيز أو شرح أجزاء معينة من النص بطريقة مختلفة
 - استخدام منبهات اللون، التسطير، السهام لمساعدة العين للتركيز على المعلومات الهامة
 - تسليم المعلومات المكتوبة للمريض شخصيا باليد.

تحسين الاتصال مع المرضى

- الانتباه للمريض
- استخراج مخاوف المريض المباشرة و الأساسية عن المرض و العلاج، و التعبير عن استعدادك لتعديل العلاج مراعاة لمخاوف المريض
- توفير الطمأنينة للتخفيف من حدة مخاوف المريض
- إشراك المريض باستخدام أسئلة مفتوحة و بلغة بسيطة
- الحصول على معلومات من المريض تخص المشاكل المتعلقة بأوقات الجرعات أو الآثار الجانبية للأدوية و ذلك بغرض تكييف نظام الدواء بما يتوافق مع احتياجات المريض.
- استخدام التعزيز المناسب اللفظي و غير اللفظي عندما يبدي المريض إستراتيجية مناسبة للالتزام.
- مراجعة خطة العلاج على المدى الطويل بحيث يعرف المريض ما يمكن توقعه مع مرور الوقت، و التعرف على الظروف التي قد يعدل من أجلها الطبيب العلاج، و كذا تقييم نجاح العلاج.

الأسئلة التي على مقدمي التربية طرحها لتقييم الالتزام

- هل تم شرح فوائد العلاج و الالتزام و تكاليف عدم الالتزام للمريض وما مدي فهمها من طرف المريض؟
- هل للمريض أفكار خاطئة حول العلاج يجب معالجتها قبل تقديم معلومات دقيقة جديدة؟
- هل المريض لديه مهارات التذكر؟
- هل يمكن للمريض قراءة اسم الدواء و متى و كيف يأخذه؟
- هل تم شرح الآثار الجانبية للمريض بطريقة غير مهددة؟
- هل يغفل المريض الفحوصات و المواعيد الطبية؟ قد يكون هذا مؤشرا قويا على عدم التزام المريض.
- كيف يجب أن يكون أسلوب حياة المريض و كيف يمكن جعلها أكثر أو أقل ملائمة للالتزام بالعلاج؟
- طرح أسئلة لتقدير مستوي المعرفة المرتفع للمريض:
- قل ما هو نظام الحمية الخاص بك و كيف ستتبعه؟
- على سلم من 1(أقل) إلى 10 (أكبر)، كيف تقيم درجة معرفتك بنظام الحمية و العلاج؟
- هل تثق في كونك قادر على الالتزام بالعلاج؟
- ما هي المشاكل التي قد تواجهك في إتباع خطة العلاج؟

جدول رقم 21: بعض الاستراتيجيات التعليمية المقترحة لتحسين الالتزام (William

(T. O'Donohue, Eric R. Levensky, 2006

12. التربية العلاجية لمريض ارتفاع ضغط الدم:

كما رأينا سابقاً، ارتفاع ضغط الدم عادة يكون دون أعراض قبل و بعد العلاج، و لا يمكن تقييم خطره إلا بعد حدوث التعقيدات. بعد تأكيد التشخيص، يكون للعلاج هدف تعديل ضغط الدم إلى المستويات الطبيعية. تكون ردة الفعل الطبيعية للمريض هي اعتبار أنه شفي، و بالتالي الانقطاع عن الدواء، و هو خطأ فادح، إذ أن معدلات ضغط الدم تعود للارتفاع ما إن ينقطع المريض عن الدواء. من هنا على القائمين على الرعاية الصحية إيصال المعلومات التي تتعلق بكون ارتفاع ضغط الدم مرض مزمن يقتضي العلاج مدى الحياة، و الالتزام بالعلاج الدوائي يومياً، و كذا التغييرات المرافقة له فيما يخص نمط الحياة (**Antoine Lemaire, 2009,P66**). المعلومة هي حق أساسي للمريض، واجب على كل أخصائي الصحة كل في إطار اختصاصه و ضمن القواعد المهنية. المعلومات يجب أن تقدم تفسيراً للحالة الصحية للشخص و العلاج، كما يجب أن تكون واضحة و مفصلة.

عملية تعليم المريض تتعدى إلى تغيير العادات، تعلم مهارات جديدة، و بالتالي تحويل المريض من السلبية إلى شخص نشط و ايجابي. يتطلب هذا التغيير من المعالج تغيير عاداته من أجل إيجاد علاقة شراكة حقيقية بين المعالج و المريض (**Jean-Yves Artigou,Société française de cardiologie, Jean-Jacques Monsuez , 2007**).

قبل الإقدام على العملية التعليمية للمريض، على مقدم الرعاية الصحية معرفة حالة المريض الحالية. "إن تقبل المرض المزمن هو عملية طويلة يمر بها كل شخص عند مواجهة هذا الواقع الجديد " التعليم المتاح للمريض يجب أن يأخذ بعين الاعتبار المراحل المختلفة التي يمر بها المريض، و قد وصفت هذه المراحل Anne Lacroix سنة 1998، اقتباساً عن عملية الحداد التي ذكرت في عمل **Kubler-Ross** . و يمكن تسليط الضوء على العمليتين التاليتين:

- إما أن المريض لديه حالة من التجنب، و بعبارة أخرى عملية من التدمير النفسي. تدخل المعالج ضروري لتراجع المريض عن حالة الإنكار هذه. و هذا ما يفسر في كثير من الأحيان إهمال العلاج و بالتالي يجب تحفيز المريض لأخذ العلاج.

- المريض يتقبل مرضه، و بالتالي هو قادر على إدارة مرضه و أدويته يوميا و التعامل مع أثارها المختلفة الشخصية، العائلية، المهنية و الاجتماعية (**Christian Boissier**, 2004).

▪ فوائد التربية العلاجية لمريض ضغط الدم

استعرض Muzzuca 1982، عدد كبير من الدراسات التي تقيم فوائد تعليم المرضى المصابين بأمراض مزمنة لاسيما التدخلات الموجهة للتعامل مع مشاكل العلاج على المدى البعيد. و أظهرت البحوث فعالية التربية الصحية في علاج ارتفاع ضغط الدم و ذلك بالاعتماد على التدخلات التالية:

- استشارة وجزيرة يناقش خلالها الفرد ما يتعلق بالعلاج على المدى القصير.
- جلسة مناقشة مع أحد أفراد الأسرة تتعلق بتصورات و مشاكل علاج ارتفاع ضغط الدم.
- مناقشة جماعية للمرضى حول مشاكل علاج ارتفاع ضغط الدم.

في السنة الخامسة كانت نسبة الوفيات المتعلقة بارتفاع ضغط الدم أقل ب 53 بالمائة مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تدار بشكل طبيعي. فالنقاش المفتوح حول قضايا المرضى و أفكارهم هو الخطوة الأساسية لتقديم المعلومات الصحية المناسبة (**Ray Fitzpatrick, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler, James Thompson**, 1984).

▪ مكونات برنامج تربية مريض ارتفاع ضغط الدم:

ينبغي لمرضى ارتفاع ضغط الدم تلقي العناية الشاملة، و هذا بالاهتمام بالتدبير غير الدوائية (الغذاء، التدخين، التمارين) و التي تتطلب الشرح و التدريب. بالإضافة إلى التدخلات الطبية التقليدية، يبدو التعليم وسيلة ناجعة لتحسين الالتزام بالعلاج. و في هذا الإطار تؤكد منظمة الصحة العلمية فعالية النقاط التالية في تعليم المرضى:

- تدريب المريض حتى يتمكن من اكتساب المعرفة الكافية من أجل تحقيق التوازن بين حياته و التحكم الأمثل في المرض.
 - التربية العلاجية للمريض هي عملية مستمرة و جزء لا يتجزأ من العلاج الطبي.
 - التربية العلاجية للمريض تشمل التحسيس، المعلومات، التعلم، الدعم النفسي و الاجتماعي المتعلقين بالمرض و العلاج.
 - يسمح التدريب أيضا للمريض و أسرته بالتعاون الفعال مع مقدمي الرعاية الصحية
- .(Nicolas Postel-Vinay, Guillaume Bobrie, 2003)**

إن المعلومات المتعلقة بالعلاج وحده ليست كافية، بل يجب أن تتعدى إلى المعلومات المتعلقة بالتغييرات المتعلقة بنمط الحياة ، و التعقيدات الناجمة عن عدم الالتزام بالعلاج و غيرها من تفاصيل الرعاية الصحية لمريض ارتفاع ضغط الدم. و يمكن أن يشمل تعليم المريض الاستراتيجيات التالية:

- تحديد المعارف، العادات، المعتقدات و الخبرات
- تعليم المريض عن المرض و العلاج
- التدريب على الحمية
- تقديم التعزيز اللازم
- تعزيز الدعم الاجتماعي و النفسي
- التعاون مع مختلف الأخصائيين (Joseph L. Izzo, Henry Richard Black, Theodore L. Goodfriend, Council for High Blood Pressure Research, 2003)

▪ أهمية القياس الذاتي في عملية تعليم المريض

بالإضافة إلى ما سبق ذكره، القياس الذاتي لضغط الدم هو عمل تطوعي يسمح بإشراك المريض في عملية الرعاية الصحية. و تري منظمة الصحة العالمية أنه "شراكة جدية" بين الطبيب و المريض. ففراءة النتائج هي دعم للحوار بين الطبيب و المريض و تمنح للمريض فرصة لتقييم الآثار المترتبة على العلاج، كما يمكن أن يكون مفيدا في الوقاية من الخطر الذي عادة ما يكون دون أعراض.

ففي دراسة عشوائية سنة 1988 لـ 112 مريض ارتفاع ضغط الدم، قارنت آثار تعليم المريض على السيطرة على ضغط الدم لديهم. بعد عام من تعليم المرضى، لم تتحسن السيطرة على ضغط الدم فحسب، بل إن الجماعة التي تلقت تدريب على القياس الذاتي في المنزل (أو تقنيات أخرى لتحسين الامتثال بالإضافة إلى التعليم) كانوا أكثر تحكما في المرض.

تضم الحصة التعليمية شرح مبسط لمفهوم لضغط الدم، مفهوم الضغط الانبساطي و الانقباضي، تقلب ضغط الدم: و جوده و تأثيره و تقييم فعالية العلاج على تشخيص ارتفاع ضغط الدم ، و كذا معدل ضربات القلب. ينبغي شرح و تعريف ضغط الدم "الطبيعي" و ارتفاع ضغط الدم بشكل جيد. إذ يجوز لنقص المعلومات في هذا الصدد أن يؤدي إلى سوء فهم كبير، كما ينبغي التركيز على نصح المريض بمناقشة نتائج قياس الضغط مع الطبيب، و تجنب التفسير الذاتي، و التحذير من التكيف التلقائي للعلاج (دون الرجوع للطبيب). و كذا إعطاء إرشادات عن الوقاية من المخاطر الوعائية القلبية و غيرها من مضاعفات ارتفاع ضغط الدم. و الجدول الموالي يعطي فكرة عن برنامج حصة تعليمية موجهة لمرضى ارتفاع ضغط الدم.

التدريب على القياس الذاتي في حصة من 45 دقيقة

تقنيات القياس

- شراء آلة صالحة للقياس
- معرفة استعمال الآلة (التركيب على الذراع، تغيير البطاريات، القراءات،...)
- القياس في الشروط المناسبة (الوضعية المناسبة، الراحة، الأوقات، عدد مرات القياس)
- نقل و إرسال نتائج القياس (على الورق، الكترونيا، عبر الهاتف أو الانترنت)

التعامل مع نتائج القياس

- فهم حدود الإدارة الذاتية
- لا لتفسير الذاتي للنتائج
- لا للتكيف العلاج دون استشارة الطبيب
- معرفة الفرق بين القياس الخاطئ و القياس الصحيح

الأهداف المعرفية
<ul style="list-style-type: none"> - معلومات حول ارتفاع ضغط الدم - الضغط الانبساطي و الانقباضي - قوة ضغط الدم - المعايير، عتبة العلاج، هدف العلاج
<p>معرفة مفهوم الخطر العام، و معرفة وجود عوامل خطر أخرى</p> <ul style="list-style-type: none"> - السكري - التبغ - ارتفاع الكوليسترول - العجز الكلوي - السمنة - التاريخ العائلي و الشخصي
<p>معرفة الأخطاء الغذائية التي يجب تجنبها</p> <ul style="list-style-type: none"> - الملح - الكحول - الدهون - الحريرات (مفهوم الوزن المستقر)
<p>تحسيس للالتزام بالعلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> - معرفة أسماء الأدوية - مفهوم العلاج المنتظم، دون نسيان، منفصلة عن الأعراض و قياس ضغط الدم

جدول رقم 22: مثال عن الأهداف التعليمية لحصة تدريبية للقياس الذاتي لضغط الدم

(Nicolas Postel-Vinay, Guillaume Bobrie, 2003, pp147-155).

خلاصة:

تعليم المريض هو عامل مهم في التكفل بالمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة. قد يكون من الضروري إدماج عملية التربية العلاجية مع العلاج. مع العلم أن عملية التربية العلاجية تكون مهيكلية و تنفذ وفقا للإجراءات الموصى بها و المعايير المناسبة لكل حالة. مع احترام وضع أهداف على المدى القصير أو الطويل لتغيير تعامل المريض مع المرض و لتحسين التزامه بالعلاج و تغييرات الحياة للتكيف مع المرض و تحسين نوعية حياة المريض و بالتالي ضمان التحكم في الأعباء النفسية، الاجتماعية، الصحية و الاقتصادية للمرض.

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة

يهدف هذا الفصل إلى توضيح الخطوات التي أتبعتها الباحثة في الدراسة الميدانية، بدأ بالدراسة الاستطلاعية و أدوات الدراسة إلي خصائص العينة و حدودها المكانية و الزمانية.

1. الدراسة الاستطلاعية:

أ- المنهج المستخدم: اقتضى البحث في هذه المرحلة استعمال المنهج الوصفي لأنه يلائم البحث و لأن الظاهرة المدروسة لا يمكن أن تحدث في مختبر ، حيث يقوم هذا المنهج على جمع كل ما يتعلق بالظاهرة موضوع الدراسة باستخدام الملاحظة و المقابلة و الاستبيانات، ثم تصنيف المعلومات في جداول و إعدادها للاستقراء و استخلاص النتائج (عبد الفتاح محمد دويدار، 2000 ، ص 274).

ب- إجراءات الدراسة الاستطلاعية: قامت الباحثة قبل التطبيق الميداني النهائي بعدة خطوات تمهيدية للدراسة النهائية و التي تهدف إلى:

- تحديد خصائص العينة
 - تحديد خصائص المقاييس التي سيتم تطبيقها لاحقاً
 - التعرف على الأماكن التي سيتم انتقاء عينة البحث منها
- قامت الباحثة بالمرحلة الأولى من التحضير للدراسة الاستطلاعية و ذلك بتجهيز الأدوات اللازمة للبحث و ذلك بـ:
- تحديد الاستبيانات اللازمة و المحاور التي تتضمنها بما يتوافق مع أهداف الدراسة و فروضها.
 - كتابة عبارات الاستبيانات بالاعتماد على ما ورد في الجانب النظري للدراسة و توجيهات الأساتذة و الأطباء الذين لهم علاقة مباشرة بالظاهرة المدروسة. و قد كتبت العبارات بحيث تصف سلوكاً يمارسه المفحوص فعلياً، أو على شكل سؤال مفتوح يقوم المفحوص بالإجابة عليه.
 - إعداد مطوية خاصة بتعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم بما يتوافق مع أهداف الدراسة و ذلك بالاعتماد على التراث العلمي في هذا المجال و كذا أخذ بعين الاعتبار آراء الأطباء الذين لهم الفضل الكبير في التأكد و التحقق من صحة المعلومات و تبسيطها للمتلقى (المفحوص).
 - بعد الانتهاء من تحضير محتوى المطوية، تم الاتصال بمختص في مجال الطباعة و لإشهار لتحضير التصميم النهائي للمطوية و طبع 200 مطوية و تجدر الإشارة إلى أن التكلفة الإجمالية للمطوية الواحدة بلغت 250 دج.

■ تم الاتصال بثمانية أساتذة وأطباء في مجال الدراسة لإجراء تحكيم للمقاييس و الحصول على الاستشارة فيما يخص صياغة العبارات.

بعد الانتهاء من تحضير الأدوات، قامت الباحثة في المرحلة الموالية بإجراء اتصالات هاتفية و عبر البريد الإلكتروني¹ مع أكثر من 100 عيادة خاصة، و التنقل إلى المستشفى الجامعي لمدينة باتنة، و نقاوس، و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التابعة لدائرة نقاوس بغرض تحديد موعد لمقابلة مع أطباء عامين و مختصين لطرح إشكالية البحث و الاستبيانات و المطوية قيد الاستخدام في الدراسة، و كذا لمناقشة إمكانية التطبيق الفعلي لإجراءات الدراسة. حيث تم الرد على ما نسبته 10 بالمائة من مجموع الطلبات. بعد تجديد مواعيد لمقابلات مع الأطباء سواء في العيادات الخاصة أو المستشفيات، تنقلت الباحثة حسب المواعيد المسطرة مرفقة بعرض تقني تضمن إجراءات البحث ، الأدوات اللازمة للبحث، أهمية البحث و طبيعته و الهدف منه، و عرض مالي في حال اقتضت الحاجة لذلك و الذي قدر مبدئياً بـ 500 دج للفرد .

في نهاية هذه المرحلة، تمكنت الباحثة من التعاقد مع 7 أطباء، رفض غالبيتهم تلقي أجر عن الدراسة. بالإضافة إلى ذلك تم إجراء تطبيق أولى على عينة استطلاعية الهدف منه مراجعة صياغة بنود المقاييس و وضوحها و كذا حساب الخصائص السيكومترية الاستبيانات المستخدمة.

ت- العينة الاستطلاعية للبحث

تم التطبيق الأولي على عينة استطلاعية تكونت من 60 شخص مصاب بارتفاع ضغط الدم، (22 رجال، 38 نساء تم اختيارهم بطريقة قصدية . تم تطبيق على نصفهم (13 رجال، 17 نساء) استبيان "الالتزام الصحي لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم"، أما النصف الآخر (9 رجال و 21 نساء) فطبق عليهم استبيان "التربية الصحية لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم"، وقد تم إدخال هذه العينة مع العينة النهائية.

¹ نسخة من نموذج الطلب الإلكتروني موجودة في الملاحق رقم 1

ث- حدود الدراسة الاستطلاعية:

- **الحدود المكانية:** تم انتقاء العينة الاستطلاعية من الأماكن السابقة الذكر (العيادات الخاصة، المستشفيات) في مدينتي باتنة و قسنطينة.
- **الحدود الزمانية:** استغرقت مدة الدراسة الاستطلاعية كاملة 7 أشهر من جانفي إلى جوان 2011 ، و تم تطبيق الاستبيانات في الفترة الممتدة من ماي إلى جوان 2011.

ج- أدوات البحث: قامت الباحثة بتحضير و استعمال الأدوات التالية:

- **استبيان "الالتزام الصحي لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم**
أعد المقياس بهدف قياس الانضباط الصحي لدي مرضى ارتفاع ضغط الدم و يتضمن المقياس 30 بنداً موزعة على ثلاثة محاور أساسية بالإضافة محور المعلومات العامة، وتتوزع البنود على مختلف المحاور كالتالي:

▪ المحور 1: الالتزام بتناول الدواء و يضم العبارات (1،2،5،6،11،12،17،

18،23،22)

▪ المحور 2: الالتزام بزيارة الطبيب و الفحوصات و يضم العبارات (3،4،9،10،

15،16،21،26)

▪ المحور 3: تغيير نمط الحياة و يضم العبارات

(7،8،13،14،19،20،24،25،27،28،29،30)

تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الأربع. وذلك بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة، وهي قليلاً، أحياناً، كثيراً، دائماً،

مفتاح التصحيح: تصحح بنود المقياس كالتالي: قليلاً (1) أحياناً (2) كثيراً (3) دائماً (4) في

العبارات الموجبة و العكس أي: قليلاً (4) أحياناً (3) كثيراً (2) دائماً (1). العبارات السالبة هي

5،6،7،8،9،10،12،13،18،20،22،29، أما العبارات الباقية فهي موجبة. حيث تعد

الدرجة 30 أقل درجة و 120 أكبر درجة وتصنف درجات الإجابة كالتالي:

- الترام صحي ضعيف: أقل من 60 درجة
- الترام صحي متوسط: من 61 درجة إلى 90 درجة
- الترام صحي مرتفع: أكبر من 90 درجة

• استبيان "التربية الصحية لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم

أعد المقياس بهدف قياس مستوى التربية الصحية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم و هذا بهدف تقييم مدى معرفة المريض للمعلومات الضرورية التي تتعلق بمرضه. يتضمن المقياس ثمانية بنود بالإضافة محور المعلومات العامة.

تقدم الإجابة على كل بند بكتابة المعلومة التي يملكها المريض في الخانة المقابلة للبند أو بوضع العلامة (X) في الخانة المناسبة. و تعطي الدرجات حسب الجدول الموالي، حيث تعد الدرجة 0 أقل درجة و الدرجة 14 أكبر درجة وتصنف درجات الإجابة كالتالي:

- مستوى منخفض: أقل من 7 درجة في الإجابة على السؤال 1، 2، 3، 5
- مستوى متوسط: من 7 درجة إلى 10 درجة
- مستوى مرتفع: أكبر من 10 درجة

مفتاح التصحيح:

الرقم	السؤال	الإجابة	الدرجة
1	ما هو مرض ارتفاع ضغط الدم بالنسبة لك ؟	أن يكون معدل ضغط الدم غير طبيعي، أي أن يكون الضغط الانقباضي أكبر من 140 ملم زئبقي و معدل ضغط انبساطي أكبر من 90 ملم زئبقي	2
2	هل تعرف بأن مرض ارتفاع ضغط الدم مزمن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	1
3	ما ذا نعني بعبارة " مرض مزمن"؟	<ul style="list-style-type: none"> • يبقى دائماً،ليس له علاج في مدة زمنية محددة • أخذ الدواء بصورة دائمة مع المتابعة الطبية المستمرة 	2
4	أذكر على الأقل 4 من المضاعفات أو التعقيدات التي يمكن أن تنجم عن لإصابة بارتفاع ضغط الدم ؟	<ul style="list-style-type: none"> • نصف نقطة عند ذكر كل إجابة من الإجابات التالية: • المضاعفات الوعائية القلبية • المضاعفات المتعلقة بالكلية • الجلطة الدماغية • المضاعفات المتعلقة بالجهاز البصري 	2
5	لماذا يجب الالتزام بالعلاج (الهدف العلاجي لارتفاع ضغط الدم) ؟	<ul style="list-style-type: none"> • المحافظة على معدل ضغط دم انقباضي أقل من 140 ملم زئبقي و معدل ضغط انبساطي أقل من 90 ملم زئبقي(المحافظة على ضغط دم طبيعي) • الوقاية من الأعراض الجانبية 	2

1	<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم	هل ترى أن تناول دواء ارتفاع ضغط الدم بصفة مستمرة و منتظمة مهم؟	6
2	<p>نصف نقطة عند ذكر كل إجابة من الإجابات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الابتعاد عن الكحول و التدخين • الالتزام بحمية غذائية (الإنقاص من الملح، تجنب الإفراط في الأكل، تناول القهوة و الشاي) • ممارسة الرياضة بانتظام (30 دقيقة على الأقل كل أسبوع • الابتعاد عن التوتر و القلق و الضغط 	أذكر أهم تعديلات نمط الحياة التي تساعد على تحسين ارتفاع ضغط الدم؟	7
2	<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم	هل تطبق واحدة على الأقل من تعديلات نمط الحياة؟	8

جدول رقم 23: مفتاح تصحيح استبيان مستوي التربية الصحية

• **حساب الخصائص السيكومترية للاستبيانين:**

إن تحديد الخصائص السيكومترية يسمح بالتحقق من جودة الاستبيان، أي مدى توفر شروط الصدق والثبات في الاستبيان ، وهذا ما سيتم توضيحه بالنسبة لكلا الاستبيانين.

حساب الثبات:

يشير الثبات إلى إمكانية الاعتماد على أداة القياس، و هذا يعني أن الأداة تعطي نفس النتائج باستمرار إذا ما استخدمت أكثر من مرة تحت ظروف متماثلة(نفس الظروف) (فاطمة عوض صابر، ميرفت على، 2002 ، ص 165).

و قد استخدمت الباحثة طريقتين لحساب الثبات : طريقة إعادة التطبيق ، حيث يتم تطبيق الأداة على نفس المبحوثين مرتين متتاليتين الفارق بينهما لا يقل عن أسبوع و لا يزيد عن الشهر، بحيث يكون التطبيق تحت نفس الظروف بقدر الإمكان (فاطمة عوض صابر، ميرفت على، 2002، ص 166) ، ثم يتم حساب معامل الارتباط بين نتائج مرتي التطبيق. و قد تم استخدام هذه الطريقة لحساب ثبات استبيان الالتزام الصحي لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم. وقد استخدمت الباحثة برنامج الـ SPSS لحساب معامل الارتباط لبيرسون و الذي كان مساويا لـ 0,84 كما هو موضح في الجدول الموالي:

الارتباط

		التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
ارتباط Pearson	التطبيق القبلي	1,848**	1
Sig. (bilatérale)		,000	
N		30	30
ارتباط Pearson	التطبيق البعدي	1	,848**
Sig. (bilatérale)		,000	
N		30	30

**الارتباط دال عند 0.01 (bilatéral).

جدول رقم 24: معامل الثبات لاستبيان الالتزام الصحي

وهذا يشير إلى أن معامل الثبات المحسوب جيد (0.84)، وهو دليل على ثبات المقياس.

أما الطريقة الثانية فهي **طريقة التجزئة النصفية**، أين قامت الباحثة بتطبيق استبيان التربية الصحية لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم ثم تم تقسيم الاستبيان إلى فقراته الفردية والزوجية كما يلي: (1 3 5 7) E1 / (2 4 6 8) E2. ثم استخدمت درجات النصفين، في حساب معامل الارتباط بينهما، فنتج معامل ثبات نصف الاختبار (ر 1/2)، ويلى ذلك استخدام معادلة سبيرمان براون Spearman Brown لحساب معامل ثبات الاختبار كله. وقد قامت الباحثة باستخراج هذا المعامل، باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، فوجدته يساوي (0.66) وهو معامل ثبات يشير إلى ثبات الاستبيان، و الجدول الموالي يوضح ذلك.

الارتباط

			E1	E2
Rho de Spearman	E1	معاملات الارتباط	1,000	,661**
		Sig. (bilatérale)	.	,000
		N	30	30
E2	E2	معاملات الارتباط	,661**	1,000
		Sig. (bilatérale)	,000	.
		N	30	30

** الارتباط دال عند مستوى 0.01 (bilatéral)

جدول رقم 25 : معامل ثبات استبيان التربية الصحية

حساب الصدق: يقصد بالصدق أن تقيس الأداة ما وضعت لقياسه، و قد تم حساب الصدق بطريقتين:

معامل الصدق الذاتي و الذي يساوي الجذر التربيعي للثبات و النتائج الموضحة في الجدول الموالي تدل على أن الاستبيانين صادقين.

الاستبيان	الصدق الذاتي
استبيان " التربية الصحية "	$0.81 = \frac{1}{2} (0.66)$
استبيان " الالتزام الصحي "	$0.91 = \frac{1}{2} (0.84)$

جدول رقم 26 : نتائج الصدق الذاتي للاستبيانين.

صدق المضمون : يقصد به فحص محتوى الأداة فحوا منطقيا دقيقا بغرض تحديد ما إذا كان يغطي بالفعل عينة ممثلة للسلوك المراد قياسه ، أي تحليل المجال السلوكي المراد قياسه تحليلا يتيح الكشف عن عناصره و مكوناته (قديري محمود حنفي و العارف بالله محمود الغندور، 1997. ، ص 57).

تم عرض الاستبيانين على 8 محكمين في مجال التخصص أو أطباء ، وطلب منهم عن طريق " طلب تحكيم صلاحية الاستبيان" ¹ تحديد مدى شمولية الفقرات التي تم صياغتها لأبعاد المقياس في ضوء المعايير والتعريفات الإجرائية، كما طلب منهم تحديد مدى صلاحية كل عبارة لقياس ذلك البعد، ومدى ملاءمتها للتطبيق، والتعليق كلما تطلب الأمر.

¹ نموذج لطلب التحكيم موجود بالملحق رقم 2.

وقد تم حساب صدق المحتوى وفقا للمعادلة التالية:

$$ن م ص = (ع - ع) / ع حيث:$$

ع: عدد المحكمين الذين اعتبروا أن البند يقيس السلوك المراد قياسه.

ع: عدد المحكمين الذين اعتبروا أن البند لا يقيس السلوك المراد قياسه.

ع: عدد المحكمين الإجمالي.

و الجدولين المواليين يوضحان نتائج التحكيم لكل استبيان.

البنود/الاستجابة	تقيس	لا تقيس	ن م ص
17	8	0	1
18	8	0	1
19	7	1	0,75
20	8	0	1
21	7	1	0,75
22	7	1	0,75
23	8	0	1
24	7	1	0,75
25	8	0	1
26	8	0	1
27	8	0	1
28	8	0	1
29	8	0	1
30	8	0	1
31	8	0	1
مجموع ن م ص / عدد البنود			0,95

البنود/الاستجابة	تقيس	لا تقيس	ن م ص
1	8	0	1
2	8	0	1
3	8	0	1
4	8	0	1
5	7	1	0,75
6	8	0	1
7	8	0	1
8	8	0	1
9	7	1	0,75
10	7	1	0,75
11	8	0	1
12	6	2	0,5
13	7	1	0,75
14	8	0	1
15	8	0	1
16	8	0	1

جدول رقم 27: نتائج حساب الصدق لاستبيان الالتزام الصحي.

البنود/الاستجابة	تقيس	لا تقيس	ن م ص
1	5	2	0,42857143
2	7	0	1
3	7	0	1
4	7	0	1
5	5	2	0,42857143
6	7	0	1
7	7	0	1
8	6	1	0,71428571
مجموع ن م ص/ عدد البنود			0,82142857

جدول رقم 28 : نتائج حساب الصدق لاستبيان التربية الصحية.

من خلال هذه النتائج يتبين أن الاستبيانين يحملان صدقاً ظاهرياً جلياً، وملائمة للتطبيق على مجتمع الدراسة.

ولقد قامت الباحثة بتعديل بعض الفقرات في المقياسين، بناء على ملاحظات واقتراحات بعض أعضاء لجنة التحكيم، و الجدول الموالي يوضح التعديلات التي قامت بها الباحثة بالنسبة لكل مقياس:

التغيرات المجرات على المقياس بعد التحكيم	الاستبيان
<ul style="list-style-type: none"> تم تعديل العبارات رقم: 1، 3، 5، 6، 7، 9، 14، 20، 22، 24، 26، 27. بناءاً على توصيات المحكمين تم حذف العبارات رقم: 16، 21، 29 و استبدالها بالعبارة " أقوم بقاس ضغط الدم لدي دورياً (سواء في عيادة، مستوصف أو المنزل)." تم إضافة عبارة " أتحكم بنفسي أمام المأكولات الخارجة عن الحمية." 	استبيان الالتزام الصحي
<ul style="list-style-type: none"> تم تعديل العبارات رقم: 1، 5، 6، 7. تم تغيير ترتيب العبارتين 2، 3. تم تعديل مفتاح التصحيح. 	استبيان التربية الصحية

جدول رقم 29 : ملخص للتغيرات المجرات على الاستبيانين .

ح- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من نتائج في النقاط التالية:
- التعرف على الأماكن التي سيتم فيها الدراسة النهائية.
- التأكد من صلاحية الأدوات التي سيتم استخدامها في الدراسة النهائية.
- الاتفاق مع الأطباء الذين سيقومون بالتطبيق.
- عدم ظهور أي نوع من الصعوبات المتعلقة بفهم العبارات من طرف المفحوصين، سواء من ناحية اللغة أو فهم المعاني.
- حساب الخصائص السيكومترية للاستبيانين، حيث أكدت النتائج أن كل من المقياسين يتمتعان بصدق و ثبات مرتفعين.

2. الدراسة النهائية:

أ- المنهج المستخدم

- بالإضافة إلى المنهج الوصفي المذكور سابقا استخدمت الباحثة المنهج التجريبي: الذي يهدف إلى قياس أثر أحد المتغيرات المستقلة أو أكثر على متغير تابع محدد و ذلك من خلال التحكم أو السيطرة على كافة العوامل المحيطة بالظاهرة موضوع التجربة. يتضمن المنهج التجريبي عددا من الخطوات أهمها ملاحظة الظاهرة أو المشكلة موضوع الاهتمام و تعريف أبعادها أو أسبابها على شكل فرضيات قابلة للاختبار و مبنية على أسس نظرية قوية، و من ثم وضع تصميم التجربة و نوعها و مكان إجرائها، يليه اختيار عينة ممثلة للمجتمع. و تقسم العينة إلى مجموعتين واحدة منها يطلق عليها مجموعة المراقبة أو المجموعة الضابطة، و الأخرى المجموعة التي سيتم تعريضها للتجربة مع تحديد وسائل التجريب المناسبة (محمد عبيدات، محمد بونصار، عقلة مبيضين، 1999).
- فقد قامت الباحثة بتصميم تجريبي الهدف منه التحقق من الفرضية "توجد فروق بين مرضى ارتفاع ضغط الدم الذين تلقوا تربية صحية و الذين لم يتلقوا تربية صحية"، و ذلك حسب الخطوات التالية:

- بالنسبة للعينه الضابطة:
 - المرحلة الأولى: تطبيق استبيان الالتزام الصحي
 - المرحلة الثانية: إعادة تطبيق استبيان الالتزام الصحي، و تتم بعد فترة زمنية تتراوح من 20 يوم إلى 60 يوم .
- بالنسبة للعينه التجريبية:
 - المرحلة الأولى: و يتم خلالها:
 - تطبيق استبيان الالتزام الصحي
 - تقديم حصة تعليمية حسب ما يوضحه الجدول الموالي.
 - المرحلة الثانية: إعادة تطبيق استبيان الالتزام الصحي، و تتم بعد فترة زمنية تتراوح من 20 يوم إلى 60 يوم.
- تم القيام بالخطوات التجريبية السابقة في عيادة طبية، حيث يقوم الطبيب المعالج بتنفيذ الخطة التجريبية على المرضى الذين يخضعون للعلاج لمدة تزيد عن السنة. و هذا بهدف الحفاظ على العلاقة طبيب-مريض، و كذا لأن الطبيب المشرف على الحالة هو الأقدر على تقييم حالة المريض و تحديد المعلومات و التوصيات على المريض تلقئها.

هدف الحصة التعليمية: تقديم معلومات مبسطة حول ارتفاع ضغط الدم تهدف إلى تحسين الالتزام الصحي

الخطوات المتبعة:

- إجراء تشخيص تعليمي عن طريق تطبيق استبيان التربية الصحية المعد من طرف الباحثة
- تقديم المعلومات شفهيًا للمريض و التي تركز على:
 - مفهوم مبسط لارتفاع ضغط الدم
 - إيضاح مفهوم الإزمان و الربط بينه و بين ارتفاع ضغط الدم
 - الهدف العلاجي لمريض ارتفاع ضغط الدم
 - توعية المريض بأهمية العلاج الدوائي المستمر و دون انقطاع
 - التعقيدات و المضاعفات المرتبطة بارتفاع ضغط الدم
 - الحماية و تعديلات نمط الحياة الواجب إتباعها
- في الأخير يتم تسليم مطوية معدة مسبقًا تشمل معلومات مكتوبة لتعزيز فهم المريض، و يطلب من المريض الإطلاع عليها.

جدول رقم 30: برنامج الحصة التعليمية المقدمة للعينه التجريبية.

ب- العينة النهائية للبحث:

بلغ حجم العينة النهائية للبحث 120 فرد، بعد أن تم إلغاء 33 فرد عند معالجة البيانات لعدم إجابتهم على جميع البنود أو لعدم استيفائهم لجميع مراحل التجربة. و لقد تم اختيارهم بطريقة قصدية من العيادات الخاصة و المستشفيات. و الجدول الموالي يلخص بعض خصائص العينة.

الجنس	عدد الذكور: 47 عدد الإناث: 73
العمر	يتراوح عمر عينة الدراسة من 30 إلى 100 سنة وهذا بمتوسط حسابي للعمر يقدر بـ: 59,35
المستوي الاقتصادي ج د	ضعيف بنسبة 7,5 بالمائة. متوسط بنسبة 75,8 بالمائة. مرتفع بنسبة 15,8 بالمائة.
المستوى التعليمي و ل	أمي بنسبة 35,8 بالمائة ابتدائي بنسبة 23,3 بالمائة. متوسط بنسبة 23,3 بالمائة. ثانوي بنسبة 8,3 بالمائة. جامعي بنسبة 9,2 بالمائة.

ج

جدول رقم 31: خصائص العينة النهائية.

و قد تم تقسيم العينة إلى ضابطة و تجريبية و ذلك حسب الخصائص الموضحة بالجدول الموالي.

الخصائص/العينة	ضابطة	تجريبية
العدد الإجمالي	57	63
الجنس	الذكور: 24 الإناث: 33	الذكور: 23 الإناث: 40
السن	يتراوح عمر عينة الدراسة من 33 إلى 76 سنة وهذا بمتوسط حسابي للعمر يقدر بـ: 57,77	يتراوح عمر عينة الدراسة من 33 إلى 100 سنة وهذا بمتوسط حسابي للعمر يقدر بـ: 60,77
المستوي التعليمي	ضعيف بنسبة 5,3 بالمائة. متوسط بنسبة 73,7 بالمائة. مرتفع بنسبة 21,1 بالمائة.	ضعيف بنسبة 9,5 بالمائة. متوسط بنسبة 77,8 بالمائة. مرتفع بنسبة 11,1 بالمائة.
المستوى الاقتصادي	أمي بنسبة 42,1 بالمائة ابتدائي بنسبة 21,1 بالمائة. متوسط بنسبة 15,8 بالمائة. ثانوي بنسبة 12,3 بالمائة. جامعي بنسبة 8,8 بالمائة.	أمي بنسبة 30,2 بالمائة ابتدائي بنسبة 25,4 بالمائة. متوسط بنسبة 30,2 بالمائة. ثانوي بنسبة 4,8 بالمائة. جامعي بنسبة 9,5 بالمائة.

جدول رقم 32: خصائص العينة التجريبية و العينة الضابطة.

ت- **حدود الدراسة:** و يقصد بها حدود البحث ،أي المكان الذي أجري فيه البحث و كذا المبحوثين أو العينة التي خضعت للدراسة و الوقت الذي استغرقته هذه الدراسة ، و هي موضحة كما يلي:

الحدود البشرية: أجريت الدراسة على عينة قوامها 120 شخص مصاب بارتفاع ضغط

الدم لمدة لا تقل عن السنة سواء كان أساسي أو ثانوي و من كلا الجنسين.

الحدود المكانية: تم انتقاء العينة و التي أجريت عليها الدراسة النهائية من العيادات الخاصة

المتواجدة بمدينة باتنة، قسنطينة، الجزائر، بسكرة. و الجدول الموالي يوضح النسب حسب

الأماكن.

النسبة	المدينة
33,33%	الجزائر
22,5%	قسنطينة
25,83%	باتنة
18,33%	بسكرة

جدول رقم 33: نسب العينة حسب الأماكن

الحدود الزمانية : استغرق التطبيق النهائي للبحث حوالي خمسة أشهر (من شهر ماي إلى شهر سبتمبر) من سنة 2011، حيث تم تطبيق أدوات البحث حسب خطوات التجربة المنصوص عليها سابقا.

ث- أدوات البحث

تم تطبيق نفس أدوات البحث التي تم الحديث عنها في الدراسة الاستطلاعية، و ذلك حسب خطوات التجربة المنصوص عليها سابقا و هي:

- استبيان التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم.
- استبيان الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.

و التي تم التحقق من خصائصها السيكومترية، و عدم ظهور أي نوع من الصعوبات في فهم العبارات من طرف المبحوثين(نسخة الاستبيانين باللغة الفرنسية مدرجة في الملحقين 7 و 8).

بالإضافة إلى مطوية أعدت خصيصا لتعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم و التي توجد نسخة منها بالملحق رقم 6.

ج- المعالجات الإحصائية المستخدمة

قامت الباحثة باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS ، و الذي يعتبر من البرامج الشائعة الاستخدام في مجال تحليل البيانات الخاصة بالأبحاث و الدراسات الإنسانية (محمد عبيدات، محمد بونصار، عقلة مبيضيين، 1999). حيث قامت الباحثة بإدخال البيانات و إجراء بعض التحليلات الإحصائية الوصفية و الارتباطية و المتعلقة بالفروق. عالجت الباحثة البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية إحصائيا، باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS ، حيث قامت بما يلي:

- ترميز متغيرات الدراسة بطريقة واضحة، حتى لا يحدث خلط في دلالة الرموز المعطاة، وقامت الباحثة بتسجيل كل متغير والرمز الذي أعطى له في قائمة، لكي يتم الرجوع إليها عند الحاجة.
 - إدخال بيانات و درجات كل عبارة لكل استبان _المصححة مسبقا_ إلى الحاسب الآلي، وذلك بعد ترميز أفراد العينة حتى يمكن الرجوع إليها للتأكد من بياناتها عند الحاجة لذلك.
 - لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فروضها، استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية :
 - **النسبة المئوية:** لحساب النسبة المئوية لعدد أفراد العينة حسب المستوى التعليمي، الأماكن، المستوى الاقتصادي،...
 - **المتوسط الحسابي:** وقد تم استخدامه لحساب المتوسط عمر العينة و كذا متوسط عمر كل من الجنين في العينة .
 - حساب الثبات باستخدام معامل الارتباط لبيرسون و كذا معامل سبيرمان براون Spearman Brown لحساب ثبات الاختبار بالتجزئة النصفية. حيث أن قيمة معامل الارتباط تتراوح بين $1+$ و $1-$:
 - إذا كان معامل الارتباط موجبا فإننا نقول أن العلاقة طردية.
 - إذا كان معامل الارتباط سالبا فإننا نقول أن العلاقة عكسية.
 - كلما اقتربت قيمة الارتباط من $1+$ أو $1-$ كلما كان الارتباط قويا.
 - كلما اقتربت قيمة الارتباط من الصفر كلما كان الارتباط ضعيفا.
 - **اختبار"ت" للعينات المستقلة:**لحساب دلالات الفروق بين متوسطات الذكور و الإناث بالنسبة للالتزام الصحي، و كذا دلالات الفروق بالنسبة لوجود مضاعفات أم لا.
 - **تحليل التباين الأحادي ANOVA** لحساب دلالات الفروق في الالتزام الصحي بالنسبة للمستوى الاقتصادي و المستوى التعليمي. و كذا تم استخدام اختبار شيفيه **scheffe-test** لإظهار مصدر التباين في حال وجود فروق في النتائج.
- بالنسبة لتفسير قيمة ت ننظر إلى قيمة مستوى الدلالة (Sig.(2-sided) ، عندما تقل قيمة مستوى الدلالة عن (0.05) نرفض الفرضية ونقول أن هناك فروق بين المتوسطات، و عندما تزيد قيمة مستوى الدلالة عن (0.05) نقبل الفرضية ونقول انه ليس هناك فروق بين المتوسطات.

الفصل السادس

عرض و مناقشة النتائج

1. عرض النتائج:

بعد أن جمعت المعلومات، تتم تفرغها حسب ما سبق الإشارة إليه في الفصل السابق، و تم التعامل معها إحصائياً للتحقق من الفرضيات.

أ- الفرضية الأولى:

- **التذكير بالفرضية:** توجد فروق بين مرضى ارتفاع ضغط الدم الذين تلقوا تربية صحية و الذين لم يتلقوا تربية صحية.
- **النتائج:** للتحقق من صحة الفرضية الأولى، قامت الباحثة بالخطوات التالية:
 - حساب الفروق باستعمال T-test في التطبيق القبلي للعينتين التجريبية و الضابطة.
 - حساب الفروق باستعمال T-test في التطبيق البعدي للعينتين التجريبية و الضابطة.

الدالة	قيمة مستوى الدالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	
غير دالة	0,753	0,315	14,95 15,41	87,96 88,84	57 63	التطبيق القبلي العينة الضابطة العينة التجريبية.
دالة	000'0	5,115	14,44 11,17	87,89 99,88	57 63	التطبيق البعدي العينة الضابطة العينة التجريبية.

جدول رقم 34: نتائج الفرضية الأولى

- **تحليل الجدول:** نلاحظ أن قيمة مستوى الدالة في الاختيار القبلي للالتزام الصحي للعينة الضابطة و التجريبية تساوي 0.753 أي أنها أكبر من 0,05 و بالتالي لا توجد فروق في الالتزام الصحي بين العينة الضابطة و التجريبية. أما قيمة الدالة في الاختبار البعدي بين العينتين الضابطة و التجريبية فتساوي 0.000 و هي أقل من 0.05 و هذا يعني أنه توجد فروق دالة.

ب- الفرضية الثانية:

- التذكير بالفرضية: نتوقع انخفاض درجات استبيان التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم منخفض.
- النتائج: للتحقق من صحة الفرضية الثانية، قامت الباحثة بحساب النسب المؤوية للمختلف الفئات التي سبق ذكرها لتصنيف مستوي التربية للمريض، و هذا للعينة التجريبية التي تكونت من 67 مصاب بارتفاع ضغط الدم. و الجدول الموالي يلخص النتائج المتحصل عليها.

النسبة المؤوية	مستوي التربية الصحية
84.1	ضعيف
11.1	متوسط
4.8	مرتفع

جدول رقم 35 : نتائج الفرضية الثانية

- تحليل الجدول: نلاحظ أن نسبة 84.1 % لهم مستوى ضعيف، أي أن النسبة الأكبر من مرضي ارتفاع ضغط الدم لا يعرفون المعلومات الأساسية عن المرض.

ت- الفرضية الثالثة:

- التذكير بالفرضية: تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي باختلاف المستوي التعليمي للمرضى.
- النتائج: قامت الباحثة بدراسة الفرضية الثانية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA و النتائج موضحة في الجدول الموالي:

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوي الدلالة	الفروق
بين المجموعات خلال المجموعات	4 115	5790.62 21494.69	1447.65 186.91	7.74	0.000	توجد فروق

جدول رقم 36: نتائج تحليل التباين للفرضية الثالثة.

Comparaisons multiples

COMPLIANCE MEDICALE

Scheffe

(I) niveau éducatif	(J) niveau éducatif	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
analphabètes	primaire	-15,59385*	3,31996	,000	-25,9882	-5,1995
	moyen	-12,55814*	3,31996	,009	-22,9525	-2,1638
	lycée	-10,15814	4,79977	,351	-25,1855	4,8693
	université	-17,10359*	4,61937	,011	-31,5662	-2,6410
primaire	analphabètes	15,59385*	3,31996	,000	5,1995	25,9882
	moyen	3,03571	3,65387	,952	-8,4040	14,4755
	lycée	5,43571	5,03651	,883	-10,3329	21,2043
	université	-1,50974	4,86490	,999	-16,7411	13,7216
moyen	analphabètes	12,55814*	3,31996	,009	2,1638	22,9525
	primaire	-3,03571	3,65387	,952	-14,4755	8,4040
	lycée	2,40000	5,03651	,994	-13,3686	18,1686
	université	-4,54545	4,86490	,928	-19,7768	10,6859
lycée	analphabètes	10,15814	4,79977	,351	-4,8693	25,1855
	primaire	-5,43571	5,03651	,883	-21,2043	10,3329
	moyen	-2,40000	5,03651	,994	-18,1686	13,3686
	université	-6,94545	5,97352	,852	-25,6477	11,7568
université	analphabètes	17,10359*	4,61937	,011	2,6410	31,5662
	primaire	1,50974	4,86490	,999	-13,7216	16,7411
	moyen	4,54545	4,86490	,928	-10,6859	19,7768
	lycée	6,94545	5,97352	,852	-11,7568	25,6477

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

جدول رقم 37 : نتائج شيفي مأخوذة من برنامج SPSS

- تحليل الجدولين: أعطت نتائج تحليل التباين قيمة دلالة مساوية لـ 0.000 عند درجة حرية 4، و هي أقل من 0.05، أي أنه الفرض الصفري غير مقبول و بالتالي توجد فروق دالة بين متوسطات المجموعات. و يفيد اختبار شيفي أن:
 - هناك فروق دالة بين الأميين و ذو المستوى الابتدائي، المتوسط و الجامعي لصالح المستوى الابتدائي، المتوسط و الجامعي.

- هناك فروق دالة بين ذو المستوي الابتدائي و الأميين لصالح المستوى الابتدائي، و ليست هناك فروق دالة بين ذو المستوى الابتدائي و ذو المستوى الثانوي، المتوسط و الجامعي.
- هناك فروق دالة بين ذو المستوي المتوسط و الأميين لصالح المستوى المتوسط، و ليست هناك فروق دالة بين ذو المستوى المتوسط و ذو المستوى الثانوي، الابتدائي و الجامعي.
- ليست هناك فروق دالة بين ذو المستوى الثانوي و ذو المستوى الابتدائي، المتوسط، الجامعي و الأميين.
- هناك فروق دالة بين ذو المستوي الجامعي و الأميين لصالح المستوى الجامعي، و ليست هناك فروق دالة بين ذو المستوى الجامعي و ذو المستوى الابتدائي، المتوسط و الثانوي.

ث- الفرضية الرابعة:

- التذكير بالفرضية: تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي باختلاف المستوي الاقتصادي للمرضى.
- النتائج: قامت الباحثة بدراسة الفرضية الثانية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي

ANOVA و النتائج موضحة في الجدول الموالي:

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوي الدلالة	الفروق
بين المجموعات خلال المجموعات	3 116	1280.84 25904,47	28'460 223,31	2.061	0.109	لا توجد فروق

جدول رقم 38: نتائج تحليل التباين للفرضية الرابعة.

تحليل الجدول: أعطت نتائج تحليل التباين قيمة دلالة مساوية لـ 0.109 عند درجة حرية 3، و هي أكبر من 0.05، أي أنه الفرض الصفري مقبول و بالتالي لا توجد فروق بين متوسطات المجموعات.

ج- الفرضية الخامسة:

- التذكير بالفرضية: تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي باختلاف الجنس.
- النتائج: للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق باستعمال اختبارات للعينات المستقلة و النتائج موضحة في الجدول الموالي:

الدالة	قيمة مستوى الدالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	
غير دالة	0,109	1,61	15,32 14,85	91,19 86,64	47 73	الالتزام الصحي الذكور الإناث

جدول رقم 39: نتائج اختبارات للفرضية الخامسة

- تحليل الجدول: قيمة ت تساوي 0.958 و هي قيمة أكبر من 0.05 و بالتالي لا توجد فروق دالة بين متوسطات الالتزام الصحي للذكور و الإناث.

ح- الفرضية السادسة:

- التذكير بالفرضية: تختلف درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي بالنسبة لوجود مضاعفات أو انعدامها.
- النتائج: تم التحقق من الفرضية السادسة بنفس الطريقة التي تم بها التحقق من الفرضية الخامسة، أي بتطبيق اختبارات للعينات المستقلة، و الجدول الموالي يتضمن ملخص لهذه النتائج.

الدالة	قيمة مستوى الدالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	
دالة	0,028	2,224	14,14 15,16	83,51 90,28	33 87	الالتزام الصحي وجود مضاعفات عدم وجود مضاعفات.

جدول رقم 40: نتائج اختبارات للفرضية السادسة

- تحليل الجدول: قيمة ت تساوي 0.028 و هي قيمة أقل من 0.05 و بالتالي توجد فروق دالة بين متوسطات الالتزام الصحي للمرضى الذين يعانون من مضاعفات و أولئك التي لا توجد لديهم مضاعفات لصالح المرضى الذين ليس لديهم مضاعفات.

2. مناقشة النتائج:

أ- مناقشة الفرضية الأولى: تشير النتائج المحصل عليها إلى صدق الفرضية الأولى أي أن عملية تعليم المرضى تحسن من التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم و هذا ما يتفق مع ما ورد في الفصل النظري الخاص بالالتزام الصحي، و هو ما يتفق أيضا مع الدراسات المدرجة في الفصل الأول من هذه الدراسة: دراسة الباحثين الزبير و السويلم، دراسة Sclar DA, Chin A, وآخرون، دراسة الباحثين الإيرانيين هادي و روستمي، دراسة Saounatsou M , O Patsi و آخرون. و التي أفادت جميعها أن تعليم المريض المصاب بارتفاع ضغط الدم و تزويده بمعلومات حول أهمية العلاج تحسن من التزامه بالعلاج. فمن خلال الاحتكاك المباشر مع المرضى و من خلال ما أدلى به الأطباء الذين شاركوا في الدراسة، يفتقر مرضى العينة إلى المعلومات الأساسية المتعلقة بارتفاع ضغط الدم، و بالتالي _ حسب ما جاء في التراث العلمي المدرج في الإطار النظري _ يكون مستوى الالتزام أقل، و من هنا تعمل عملية التربية الصحية للمريض بتزويد المريض بمعلومات هامة حول ارتفاع ضغط الدم، تحفزه على الالتزام بالعلاج.

ب- مناقشة الفرضية الثانية: تنص الفرضية الثانية إلى انخفاض درجات العينة على استبيان التربية الصحية، هذا الأخير الذي يقيس المعلومات الواجب على المصاب بارتفاع ضغط الدم أن يعرفها، و قد بينت النتائج أن أكثر من 84 بالمائة لديهم مستوى منخفض، كما و جدت الباحثة أن نسبة 82,5% لا يعرفون معني ارتفاع ضغط الدم، و أن 75 % منهم لا يستطيعون إعطاء مفهوم واضح للمرض المزمن، قد تكون هذه النتائج راجعة لكون نسبة الأمية مرتفعة في العينة. مع هذا فان دراسة الزبير و السويلم تشير إلى حاجة مرضى ارتفاع ضغط الدم إلى التعليم الصحي، و وجود معتقدات خاطئة ترتبط بالعلاج لدي هذه الفئة من المرضى. و قد يعود هذا الضعف إلى المستوى التعليمي المنخفض للعينة ما يقارب 60 بالمائة من العينة لم يتجاوزوا المستوى الابتدائي، و بالتالي يكون من الصعوبة على القائمين على الرعاية الصحية إيصال المعلومات المتعلقة بالمرض. كما يمكن أن يرجع ضعف مستوى التربية الصحية إلى القائمين على الرعاية الصحية أنفسهم، إذ يكتفي معظم الأطباء بتدوين الوصفة الطبية و شرح مواعيد الجرعات، فيما يهملون الجانب الأهم و هو إطلاع المريض عن حالته الصحية و

الشرح الدقيق لمتطلبات التعامل مع الإزمان و تغيرات الحياة التي على المريض إتباعها للتكيف مع الإصابة بارتفاع ضغط الدم.

ت-مناقشة الفرضية الثالثة: أسفرت نتائج الفرضية الثالثة عن وجود فروق دالة إحصائية في درجات الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم تتعلق بالمستوي التعليمي لصالح المتعلمين في المستوي الابتدائي، المتوسط و الجامعي في مقابل الأميين و هذا ما دعمته دراسة وليد صويلح و آخرون. فالمستوي التعليمي يساعد المريض على الحصول على المعلومات و كذا القدرة على فهم المعلومات المقدمة إليه ، و هذا ما أكده الأطباء المشرفين على البحث إذا أشار العديد منهم إلى الصعوبات المتعلقة بالمستوي التعليمي للمريض سواء في الالتزام بالعلاج أو في سهولة التواصل مع المريض بهدف تزويده بمعلومات صحية تتعلق بحالته الصحية.

ث-مناقشة الفرضية الرابعة: لم تتحقق الفرضية الرابعة التي مفادها وجود الاختلاف في درجات العينة في مقياس الالتزام الصحي باختلاف المستوي الاقتصادي للمرضى، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق راجعة للمستوي الاقتصادي ، ويمكن تفسير هذا بكون معظم العينة من نفس الطبقة الاقتصادية، فالعينة تنتمي إلى الطبقة المتوسطة بنسبة 75,8 % و قد تعارضت هذه النتيجة مع ما ينص عليه الجانب النظري فيما يتعلق بالانتماء إلى طبقة متدنية اقتصاديا و ارتباطها بعدم الالتزام، في هذه الدراسة قد يرجع انعدام الفروق أيضا إلى استعمال الاستبيان في قياس الالتزام، فالمرضى من خلال الاستبيان يميلون إلى إظهار الالتزام و هذا مشكل شائع في استعمال هذه الطريقة لقياس الالتزام(معظم العينة لها مستوي التزام متوسط أو مرتفع بنسبة 91%).

ج-مناقشة الفرضية الخامسة: تشير النتائج إلى عدم تحقق الفرضية الخامسة، أن انعدام الفروق بين الجنسين في درجات الالتزام الصحي ، و هذا ما يتوافق مع ما ورد في الجانب النظري، حيث أشارت الباحثة إلى أن بعض الدراسات تبين أن النساء و الرجال متساويين في الالتزام، على سبيل المثال دراسة (Monane et al 1996) فيما يخص تناول أدوية الضغط، و دراسة

(Similarly, lynch et al 1992) حول الالتزام بالتمارين بالنسبة لمرضى ارتفاع الكولسترول.

ح- مناقشة الفرضية السادسة: تؤكد النتائج صحة الفرضية السادسة، أي أنه توجد فروق دالة بين متوسطات الالتزام الصحي للمرضى الذين يعانون من مضاعفات و أولئك التي لا توجد لديهم مضاعفات لصالح المرضى الذين ليس لديهم مضاعفات، و هذه النتيجة منطقية لأن وجود مضاعفات يعني زيادة في عدد الأدوية و عدد الجرعات و بالتالي صعوبة الالتزام بالعلاج. و هذا ما يتوافق مع دراسة ADOUBI K.A, DIBY K.F, NGUETTA R, YANGNI- ANGATE K.H., ADOH A.M حول عوامل الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم و التي تؤكد نقص الالتزام في حال وجود التعقيدات الوعائية و القلبية.

3. صعوبات البحث: من بين أهم المشاكل و الصعوبات التي واجهت الباحثة في هذا البحث:

- صعوبة الحصول على عينة بحث و هذا يرجع إلى عدم تجاوب أخصائي الصحة.
- تتطلب الدراسات من هذا النوع وقتا و جهدا كبيرين، فقد أخذت الدراسة وقتا طويلا خصوصا في مرحلة إعداد الاستبيانات و المطوية الموجهة لتعليم المرضى، ذلك أن هذا العمل يتطلب أخذ و رد مع الأطباء لإعداد نماذج تتوافق مع احتياجات المرضى.
- بعض الهفوات في إعداد مطوية التربية الصحية المخصصة لمرضى ارتفاع ضغط الدم و المتعلقة بتكيفها على المجتمع الجزائري. إذ أن إعداد مثل هذه المطويات يحتاج لخبرات و تقنيات اتصال، و اختيار دقيق للعبارات و النماذج و الصور و كذا الألوان.
- الحاجة إلى فريق عمل متكامل يجمع العديد من الأخصائيين في مجال الرعاية الصحية، بالأخص عندما يتعلق الأمر بتربية المريض، هذا الأمر الذي كان من الصعب الحصول عليه.
- التكلفة المادية المرتفعة التي تلزم توفير فريق مساعد و منفذ للبحث و كذا تصميم مطويات لتعليم المرضى معدة ضمن إطار علمي مناسب، بالإضافة إلى توفير حاسوب و دفع اشتراك الهاتف و الانترنت على مدى سنتين، و التنقل المتواصل بين مختلف المدن للحفاظ على الاتصال المباشر مع الأطباء القائمين على الدراسة .

- نقص خبرة الطالبة في مجال البحث التجريبي و عدم التحكم في تقنيات الاتصال مع القائمين بتنفيذ الدراسة (الأطباء) مما أدى في بعض الحالات إلى الخروج عن إطار الشروط التجريبية للبحث و بالتالي خسارة جزء من العينة.
- أما في ما يخص الجانب النظري فتمثلت الصعوبة في عدم التمكن من اللغة الأجنبية الانجليزية مما تطلب من الباحثة مجهود و وقت مضاعفين لنقل و ترجمة المعلومات العلمية المدرجة باللغة الانجليزية، و كذا الإطلاع على اللغة التقنية في المجال الطبي لضمان الفهم السليم للمفردات الطبية التي تعاملت معها الباحثة.

4. التوصيات و المقترحات: استنادا إلى نتائج الدراسة أمكننا التوصل إلى جملة من الاقتراحات

الموجهة إلى الهيئات ذات الصلة بالرعاية الصحية و القائمين بالبحث العلمي، و المتمثلة في النقاط التالية:

- خلق مجال للشراكة بين القائمين على الرعاية الصحية و الباحثين في ميدان علم النفس الصحي للقيام في بحوث ذات أهداف عملية، تسهم في تحسين نوعية حياة المرضى المزمنين.
- بالنسبة للدراسة الحالية، من الضرورة إجراء دراسات معمقة، و ذلك بمنح الدراسة وقت أكبر، و باستعمال عينة أكبر، قد تشمل القطر الجغرافي ككل و لا تقتصر مناطق محدد.
- تحسيس القائمين بالرعاية الصحية بأهمية الالتزام الصحي و تحسينه، و ضرورة تعليم المرضى و تزويدهم بالمعلومات التي ترتبط بالإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.
- إنشاء مراكز تابعة للمستشفيات و العيادات لتقديم برامج خاصة بالتعليم المرضى المزمنين بصفة عامة فالدراسة الحالية تكشف عن ضعف واضح في مستوى المعلومات الصحية التي يمتلكها المرضى.
- ضرورة الاستفادة من خبرة الدول السابقة في مجال تعليم المرضى و التعامل مع عدم الالتزام لضمان تكفل أفضل بالمرضى المزمنين و التحكم في التكلفة المادية للتكفل بهم.
- ضرورة تحسيس الأطباء بعدم حصر عملهم في تشخيص المرض وكتابة الوصفة الطبية بل بالاهتمام لخصوصية المرض المزمن و التكفل بالمريض خصوصا فيما يتعلق بالكشف عن عدم الالتزام و الإشراف على رفع مستوى التربية الصحية للمرضى.

إن ارتفاع ضغط الدم من الأمراض المزمنة، الأكثر انتشارا في مجتمعا، و تكمن صعوبة التحكم به في عدم وجود أعراض محدد، و يعد هذا أهم سبب يجعل المريض يوقف العلاج و لا يلتزم بالإرشادات الدوائية و تغييرات الحياة اللازمة للتحكم بارتفاع ضغط الدم. و قد بينت الدراسة الحالية حاجة هذه الفئة من المرضى إلي عملية تعليمية، توعي المريض بمرض ارتفاع ضغط الدم و أهمية الالتزام بالعلاج و تغييرات الحياة التي على المريض إتباعها، و ذلك لتفادي المضاعفات المخيفة لارتفاع ضغط الدم بالدرجة الأولى و كذا تجنب التكاليف الناتجة عنها سواء بالنسبة للمريض، العائلة و المجتمع ككل.

إن التخطيط لبرنامج تعليمي موجه لمرضى ارتفاع ضغط الدم هو ضرورة قصوى، و مسؤولية مشتركة لكل لأخصائي الصحة. خصوصا إذا كان البرنامج موجه لتعزيز الالتزام الصحي، الذي يمثل الحلقة الأساسية في فعالية العلاج و تجنب المضاعفات المرعبة لمرض ارتفاع ضغط الدم: صحيا، اقتصاديا، و اجتماعيا. و بالتالي أصبح التكفل بمرضى ارتفاع ضغط الدم يقتضي إدراج برنامج تعليمي يهدف إلى تحسين الالتزام الصحي لهذه الفئة من المرضى.

المراجع باللغة العربية

1. أيمن الحسيني، (1993)، هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟ دواؤك الطبيعي من الغذاء و الأعشاب، المغرب، دار المعرفة، 29-30.
2. القياس المنزلي لضغط الدم.. أبسط طرق المتابعة وأكثرها فائدة: تصورات طبية جديدة حول أهميته، (14 يونيو 2007)، الرياض: «الشرق الأوسط»، العدد 10425،
2, from <http://www.aawsat.com/details.asp?section=15&article=423521&issueno=10425>
أفريل 2010، 15:30.
3. حسين بوجمعة، (2008-05-24) الجزائر: ثلث المصابين بارتفاع ضغط الدم يجهلون مرضهم ، يومية العرب، <http://www.alarab.com.qa/details.php?docId=13830&issueNo=151&secId=23>
4. عبد الفتاح محمد دويدار، (ط2)، (2000)، مناهج البحث في علم النفس، القاهرة ، دار المعرفة الجامعية ،ص.274.
5. عثمان يخلف، (2001)، علم نفس الصحة : الأسس النفسية و السلوكية للصحة، الدوحة، دار الثقافة ،31-32،13.
6. فاطمة عوض صابر، ميرفت على، (ط1)، (2002)، أسس و مبادئ البحث العلمي، مصر، مكتبة و مطبعة الإشعاع الفني، 165،166.
7. قدري محمود حنفي و العارف بالله محمود الغندور ،(ط2)، (1997). أصول القياس و البحث العلمي، الجزء الأول، القاهرة، المكتب العلمي للبحوث، 57.
8. شيلي تايلر، ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكرا داود، (2008)، علم النفس الصحي، ط1، عمان، دار الحامد، 616، 753
9. محمد زايد، (الجمعة 6 فبراير 2009)، أمل جديد لعلاج مرضى ضغط الدم، الرؤية، العدد 359 .
10. محمد عبيدات، محمد بونصار، عقلة مبيضيي، (1999)، منهجية البحث العلمي: القواعد و المراحل و التطبيقات، عمان ، دار وائل للنشر، 41،137.
11. نادية محمد رشاد، (ط2)، (1992)، التربية الصحية و الأمان، الاسكندرية، مصر، معارف،ص14.

المراجع باللغة الفرنسية:

12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), (2000), Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle , paris, ANAES : Service Communication et Diffusion,P15.
13. ADOUBI K.A, DIBY K.F, NGUETTA R, YANGNI-ANGATE K.H., ADOH A.M, (2006), facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en cote d'ivoire. , REV. INT. SC. MED. VOL. 8, N°2, PP 18-22.
14. Ait Hamlat, A. (23 Décembre 2007). 7 millions d'Algériens sont hypertendus. journal d'Expression.

15. Alain Bottéro, (2002), La compliance au long cours dans les schizophrénies, d'une nécessité à la réalité, Neuropsychiatrie : Tendances et Débats, N° 17, Paris, P19.
16. André Grimaldi, Julie Cosserat, (2004), La relation médecin-malade, Paris, Elsevier SAS, 165, 158, 164.
17. André Grimaldi, Julie Cosserat, (1998), La relation médecin-malade, Paris, Elsevier, 134. P145-145.
18. André Vacheron, Claude Le Feuvre, Jean Di Matteo, (3^{ème} ed), (1999), Cardiologie, Paris, Expansion scientifique publications, 668-670, 671.
19. Antoine Lemaire, (2009), Abord Clinique de L'hypertension, Paris, Springer-Verlag, 27-28, 66.
20. Alexandre Somogyi, David Berville, (2007), Cardiologie, Paris, Elsevier Masson, 66.
21. Ayd F.J, (2nd ed), (2000), Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences, Philadelphie Lippincott Williams & Wilkins. dans Alain Bottéro, (2002), La compliance au long cours dans les schizophrénies, d'une nécessité à la réalité, Neuropsychiatrie : Tendances et Débats, N° 17
22. Aurélie Gauchet, (2008), Observance thérapeutique et VIH: enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux, France, Editions L'Harmattan, 22, 24-25.
23. Christian Boissier, (2004), Recommandations thérapeutiques en médecine vasculaire, Paris, Masson, 157.
24. Christian Préfaut, Grégory Ninot, La réhabilitation du malade respiratoire chronique, Elsevier Masson, Paris, 2009, P361.
25. Claude Lemaire, Joséphine Bézard, et al, (2^{em} ed), (2005), MODULO pratique :soins infirmiers en cardiologie, France, Estem, P12.
26. Constantin Pournaras, Société Française d'Ophtalmologie, (2008), Pathologies vasculaires oculaires, Paris, Masson, 317-324, 319, 331.
27. Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle, (2006), Informations et conseils du Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle :vivre sans hypertension, France, Capital Image, P5.
28. Cohen-Solal, Damien Logeart, (2^{ème} édition), (2006), Guide pratique de l'insuffisance cardiaque, Paris, Elsevier Masson SAS, P50.
29. CRES, (2009, Mai / Juin / Juillet / Août), Education thérapeutique du patient :une sélection de sites web de référence pour en savoir plus, Priorités Santé, Bulletin d'information du Comité Régional d'Éducation pour la Santé Provence, n°25, P13.
30. Emmanuelle Rial-Sebbag, Agnès Thomas, (2^{ème} Edition), (2008), Apprentissage de l'exercice médical, Paris, édition ESTEM, P5.
31. François Jan, (2004), Thérapeutiques en cardiologie, Paris, Masson, P309.
32. GlaxoSmithKline, (07/01/2010), Dossier santé L'Hypertension Artérielle, Available on <http://www.gsk.fr>, 9-10, 11.
33. Gregory Y. H. Lip, (2003), Clinical hypertension in practice, Michigan, USA, Royal Society of

Medicine Press.

34. Geneviève Thomas, (2003), L'éducation du patient: structuration, organisation et développement, Bruxelles, éditions Kluwer ,29.
35. Gérard Reach , (2006), Clinique de l'observance: l'exemple des diabètes, Paris, Editions John Libbey Eurotext,26-27,31,32-33,34.
36. Gérard Reach , Hôpital Avicenne, Laboratoire de pédagogie de la Santé, éducation et observance , (2006),La non-observance thérapeutique :une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine,P1.
37. Haute Autorité de Santé, (Juin 2007), Éducation thérapeutique du patient :Définition, finalités et organisation, available on www.has-sante.fr
38. Henri Kulbertus , (1998) ,Sémiologie des maladies cardio-vasculaires, Paris, Masson,P28.
39. HAS, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN 15 QUESTIONS - RÉPONSES, available on <http://www.has-sante.fr>,p 3.
40. Jacques Quevauvilliers, Léon Perlemuter, Gabriel Perlemuter ,(7^{ème} Edition), (2005) , Dictionnaire médical de l'infirmière : encyclopédie pratique , Paris, Masson,469.
41. J. de Blic, Groupe de Recherche sur les Avancées en PneumoPédiatrie (GRAPP), (2007), Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique : Recommandations pour la pratique clinique , Paris, Elsevier Masson SAS,419-420, 420-421, 423.
42. Jean Calop, Samuel Limat, Christine Fernandez, (3^{ème} Edition),(2008) ,Pharmacie clinique et thérapeutique , Paris, Elsevier Masson,1274,1278 .
43. Jean-Christophe Charniot, (2002),Cardiologie, Paris, EETEM,155.
44. Jean-Jacques CRAPPIER, (2002),HYPERTENSION ARTERIELLE, Paris, UNAFORMEC,43.
45. Jean-Paul Belon, (7^{ème} Edition), (2009), Conseils à l'officine : Aide au suivi pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient , Paris, Elsevier Masson,63,68 .
46. Jean-Paul Belon, (1998), Thérapeutique pour le pharmacien : Cardiologie, Paris, Masson,4,5 .
47. Jean-Yves Artigou, Société française de cardiologie, Jean-Jacques Monsuez, (2007), Cardiologie et maladies vasculaires, Paris, Elsevier Masson SAS,400,335.
48. Jérôme Palazzolo, (2004), Observance médicamenteuse et psychiatrie, France, Elsevier SAS,30.
49. Karin van Ballekom, Entraction ltd, Centre d'Education du Patient a.s.b.l.,(février 2008),L'éducation du patient en hôpital : L'autonomie du patient de l'information à l'éducation, Belgique, Godinne,P10 .
50. Larousse, Petit Larousse illustré , (1990) , Paris , Editions Larousse.
51. Léon Perlemuter, Gabriel Perlemuter , (5^{ème} édition),(2008) ,Guide de thérapeutique , Paris, Masson,178.

52. Louis Monnier, (2010), Diabétologie, Paris, Elsevier Masson,P394.
53. Lora E. Burke,Ira S. Ockene , (2001),Compliance in healthcare and research, New York, Futura Publishing Company.
54. Lucien Aubert, Jean-Louis San Marco, (2007),Santé publique, Paris, Elsevier Masson,P68 .
55. Marc Antonello,Dominique Delplanque, (3^e édition), (2009), Comprendre la kinésithérapie respiratoire: Du diagnostic au projet thérapeutique, Paris, Elsevier Masson SAS,P244.
56. Mickey Stanley,Patricia Gauntlett Beare, traduit par F.Hallet, (2^{ème} édition), (2005), Soins infirmiers en gériatrie: Vieillesse normale et pathologique, Bruxelles, Boeck Université, PP 78-79.
57. Michael A. Weber , (2001), Hypertension medicine, USA, Humana Press,P4.
58. Nicolas Postel-Vinay,Guillaume Bobrie, (2003), Surveiller et soigner l'hypertension, Paris, ODILE JACOB,146,147,155.
59. Nicolas POSTEL-VINAY, Guillaume BOBRIE,(2008), Bien mesurer votre pression artérielle Paris, Unité d'hypertension artérielle Hôpital européen Georges-Pompidou,P11.
60. Patel RP , SD Taylor, (2002 Jan), Facteurs influant sur l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus, Ann Pharmacother, 36 (1) :40-5 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11816255>
61. Patrice Queneau, Gérard Ostermann , (2004) , Le médecin, le malade et la douleur , Paris, Masson ,PP 384-385.
62. Pierre Hecquard, (2009),L'Éducation Thérapeutique, France, ordre national des médecins, conseil national de l'Ordre,PP 7-8.
63. Pierre Simon, (2007), L'insuffisance rénale: prévention et traitements, Paris, Elsevier Masson,P253.
64. Quatrième Conférence de Consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgence Médicales, (15 avril 1994), L'hypertension artérielle au service d'accueil et d'urgence ,Nancy, SFUM,P2.
65. Saounatsou M , O Patsi , Fasoï G , M Stylianou , Kavga A , O Economou , Mandi P , M Nicolaou , (2001 Nov-Dec), L'influence de l'éducation du patient hypertendu en conformité avec leurs médicaments, Public Health Nurs,18(6):436-42, Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11737812>
66. Teggueur Kaddeur,(24 février 2007), L'Algérien, un hypertendu dès l'âge de 26 ans,EL Watan.
67. UnaformeC, (juin 2006), Observance : les leçons du « grand âge » valables à tout âge ?, Bibliomed, Numéro 431, France,Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, France.
68. Xavier Girerd, Sophie Digeos-Hasnier, Jean-Yves Le Heuzey, (3^{ème} ed), (2004), Guide pratique de l'hypertension artérielle, Paris, Masson,4,19,11.
69. Xavier Girerd, Antoine Lemaire, (2009), Abord Clinique De L'hypertension, Paris, Springer-

Verlag, P.62-63, 65.

المراجع باللغة الانجليزية

70. Ayd F.J,(2nd ed),(2000). Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences , Philadelphie Lippincott Williams & Wilkins .as cited in Alain Bottéro, (2002), La compliance au long cours dans les schizophrénies, d'une nécessité à la réalité , *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats,N° 17* , 9 ,80,91,83.
71. Annabel Broome, Susan P. Llewelyn, (2nd edition), (1995),Health psychology: process and applications, London, Chapman & Hall.
72. Anthony James Curtis , (2nd Edition), (2001), Health psychology, CANADA, Routledge,P77.
73. Bruce A. Thyer,Walter W. Hudson, journal of Social Service Research, (1987), Progress in behavioral social work, volume 10, Numbers 2/3/4, USA, Haworth Press,P97.
74. David S. Gochman, (1997), Handbook of health behavior research: Provider contents, (Volume 2, P110), New York, Plenum Press.
75. David F.Marks, Michael Murray, Brian Evans,Carla Willig, Cailine Woodall, Catherine M.Sykes, (2nd edition), (2005), Health psychology: theory, research and practice, London, SAGE Publications, P 303
76. Dennis Drotar, (2000), Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods, and interventions, New Jersey, Lawrence Erlbaum Association,P5.
77. D. Gareth Beevers,Gregory Y. H. Lip,Eoin O'Brien, (5th Edition), (2007), ABC of Hypertension, Australia, Blackwell Publishing Ltd,P316.
78. Donna R. Falvo, (3rd edition), (2005), Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability, USA, Jones and Bartlett Publishers,17,21.
79. Donna R. Falvo , (3rd edition), (2004), Effective patient education: a guide to increased compliance, USA, Jones and Bartlett Publishers Donna R. Falvo , (3rd edition), (2004), Effective patient education: a guide to increased compliance, USA, Jones and Bartlett Publishers,16-21.
80. Euan A Ashley and Josef Niebauer, (2004), Cardiology explained, USA, Remedica,79,83-86.
81. Gareth Beevers, Graham MacGregor, Graham A. MacGregor,(3rd Edition),(1999), Hypertension in practice, USA, Blackwell Science Inc,36,6,10,13.
82. Ghannem H, Ben Abdelaziz A, Bouabid Z, Harrabi I, Gaha R. ,(2002), Doctor-patient agreement in the appreciation of arterial hypertension severity, Arch Public Health,385-396.
83. Gregory Y. H. Lip, (2003), Clinical hypertension in practice, Michigan, USA,Royal Society of Medicine Press,P31.
84. IAN B WILKINSON, W STEPHAN WARING, JOHN R COCKCROFT,(1st ed), (2003),Your questions answered hypertension, China, Elsevier Science Limited,P16.
85. Ilene Morof Lubkin,Pamala D. Larsen, (6th edition), (2006),Chronic illness: impact and interventions , USA, Jones and Bartlett Publishers,232,224,224-226,225,227,228,211,177-

178,178-179.

86. Hadi N, Rostami Gooran N, (2006, April), Effectiveness of a Hypertension Educational Program on Increasing Medication Compliance in Shiraz, Shiraz E-Medical Journal, Vol. 7, No. 2, Retrieved from <http://semj.sums.ac.ir/vol7/apr2006/rdrugedu.htm>
87. Hayden B. Bosworth, Eugene Z. Oddone, Morris Weinberger, (2006), Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers, P15.
88. Jack E. Fincham, (1995), Advancing prescription medicine compliance: new paradigms, new practices, USA, Haworth Press, Inc, PP11-12.
89. Jack E. Fincham, (2005), Taking your medicine: a guide to medication regimens and compliance for patient and caregivers, USA, Haworth Press, 16, 354-36.
90. Jack E. Fincham, (2007), Patient compliance with medications: issues and opportunities, USA, Haworth Press, P15.
91. Jane Ogden, (3rd edition), (2004), Health Psychology, USA, Open University Press, 70, 77.
92. Jane Ogden, (fourth edition), (2007), Health Psychology, England, Open University Press, PP 74-76.
93. John Douglas Swales, (2nd ed), (1995), Manual of Hypertension, Paris, Blackwell Science, P6.
94. Jo Gullede, Shawn Beard, Health and Administration Development Group, (1999), Hypertension management: clinical pathways, guidelines, and patient education, USA, Aspen Publishers, P53.
95. Joseph L. Izzo, Henry Richard Black, Theodore L. Goodfriend, Council for High Blood Pressure Research, (2003), Hypertension primer: the essentials of high blood pressure, USA, American Heart Association, P401.
96. Julia Russell, (2005), Introduction to psychology for health carers, United Kingdom, Nelson Thornes Ltd, 108, 109, 104, 122-123.
97. 1 Khatib, Oussama M.N, Mohamed Sayed El-Guindy, (2005), Clinical guidelines for the management of hypertension, Egypt, World Health Organization, PP78-79.
98. Lee M. Cohen, Dennis E. McChargue, Frank L. Collins, Frank L. Collins (Jr.), (2003), The health psychology handbook: practical issues for the behavioral medicine, USA, Sage Publications, 208, 216-217.
99. Lora E. Burke, Ira S. Ockene, (2001), Compliance in healthcare and research, New York, Futura Publishing Company, P118.
100. L.S. Al-Sowielem and A.G. Elzubier, (1998), Compliance and knowledge of hypertensive patients attending PHC centres in Al-Khobar, Saudi Arabia, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Volume 4, Issue 2, Page 301-307, Retrieved from <http://www.emro.who.int/publications/emhj/0402/13.htm>
101. Madhu Davies, Faiz Kermani, (2006), Patient compliance: sweetening the pill, USA, Cower Publishing Company, P7.
102. Manoj Sharma, John A. Romas, (2nd edition, (2011), Theoretical Foundations of Health

Education and Health Promotion, USA, Jones & Bartlett Learning, PP 6-7.

103. Mickey C. Smith, Albert I. Wertheimer, (1996), Social and behavioral aspects of pharmaceutical care, USA, Haworth Press, P331.
104. Michael A. Rapoff, (1999) , Adherence to pediatric medical regimens, New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 14, 11-12.
105. Michael A. Weber , (2001), Hypertension medicine, USA, Humana Press.
106. Norman M. Kaplan, C. Venkata S. Ram , (1995), Individualized therapy of hypertension, New York, Marchel Dekker, PP 11-12.
107. Pamala D. Larsen, Ilene Morof Lubkin, (7th edition), (2009), Chronic illness: impact and intervention , United Kingdom, Jones and Bartlett Publishers, PP 470-471.
108. Peter M. Miller, Peter Michael Miller, (1st edition), (2009), Evidence-Based Addiction Treatment, USA, Elsevier, P35.
109. Philippe Harari, Karen Legge, (2001), Psychology and Health , USA, Heinemann, PP 51-52.
110. Ray Fitzpatrick, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler, James Thompson, (1984), The Experience of illness, London, Tavistock Publication, P29.
111. Richard D. Muma, (1996), Patient education: a practical approach, USA, Appleton & Lange & A Simon & Schuster Company, PP 11-13, 34.
112. Robert E. Kowalski, (2007), The Blood Pressure Cure: 8 Weeks to Lower Blood Pressure Without prescription drugs, New Jersey, John Wiley & Sons, P63.
113. R. H. Swanton, S. Banerjee (6th ed), (2008), Swanton's Cardiology: A concise guide to clinical practice, USA, Blackwell Publishing, P485.
114. Sally A. Shumaker, Judith K. Ockene, Kristin A. Riekert, (2009), The handbook of health behavior change, New York, Springer Publishing Company, 453, 445, 447.
115. Shawn Christopher Shea, (2006), Improving medication adherence: how to talk with patients about their medications, USA, Wolters Kluwer Health, P 10.
116. Sclar DA, Chin A, Skaer TL, Okamoto MP, Nakahiro RK, Gill MA (1991), Effect of health education in promoting prescription refill compliance among patients with hypertension, Clin Ther 13(4): 489-495.
117. Susan Bacorn Bastable, (2006), Essentials of patient education, USA, Jones and Barlett Publishers, P9.
118. Susan Ayers, Andrew Baum, Chris McManus, Stanton Newman , Kenneth Wallston, John Weinman, Robert West, (2nd edition), (2007), Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, New York , Cambridge University Press, P356.
119. The New Oxford Dictionary of English (NODE). (J Persall. Ed), (1998), Oxford, Clarendon Press.
120. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Institute, (2006), Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DSHH, USA, NIH

Publication,P4.

121. Vivien E.Coates, (1999),Education for patients and clients, USA, Routledge,P6.
122. Waleed M. Sweileh, Ola Aker, & Saed Hamooz, (2005), Rate of Compliance among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension, An-Najah Univ. J. Res. (N. Sc.), Vol. 19, Retrieved from www.najah.edu/researches/286.pdf
123. William T. O'Donohue, Eric R. Levensky, (2006), Promoting treatment adherence: a practical handbook for health care providers, USA, Sage Publications,4,18-22,24-25,91-95.
124. World Health Organization , (2008), HIV/AIDS care and treatment for people who inject drugs in Asia and the Pacific:an essential practice guide, Switzerland, WHO Press,P35.
125. World Health Organization, (2003),Adherence to long-term therapies: evidence for action, Switzerland, World Health Organization, 107-108, 108,112.

الملحق رقم 1: نموذج عن الطلب المرسل عبر البريد الإلكتروني

Objet : Etude sur l'hypertension

Bonjour

Je suis entraine de préparer un mémoire de magistère sur le thème « impact d'éducation thérapeutique sur l'adhérence médicale de malade hypertendu »

Pour réaliser une expertise dont les étapes sont les suivantes :

Echantillon N°1:

1 er phase

- Appliquer le teste de compliance médicale
- Appliquer le teste de niveau d'éducation
- Faire l'éducation selon le niveau de patient utilisant une proche

2 eme étapes (après 1 à2 mois)

- Réappliquer le teste de compliance médicale

Echantillon N°2:

1 er phase

- Appliquer le teste de compliance médicale

2 eme étapes (après 1 à2 mois)

- Réappliquer le teste de compliance médicale

Vous trouvez ci-joint tous les documents pour la réalisation d'expertise (**test de compliance, test d'éducation, déplions d'éducation**)

Afin de réussir cette expertise et puisque la relation médecin- malade à un impact sur le compliance de patient, et l'éducation doit être faite par le médecin lui même, alors je vous pris m'aider à réaliser cette expertise chez vous (même avec un paiement**)**

Bonne réception

Dans l'attente de votre réponse

Melle LAKEHAL RAFIKA

Mob : +213 (0)774 62 95 05

+213 (0)555 02 84 71

الملحق رقم 2: نموذج عن الطلب المرسل لإجراء التحكيم (الأول لتحكيم استبيان الالتزام الصحي و الثاني للتربية الصحية)

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية الآداب و العلوم الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية

عنوان المشروع

تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم

مشروع مقدم لنيل درجة الماجستير في علم نفس الصحة

إشراف الدكتور

رحال غربي محمد الهادي

إعداد الطالبة

لكحل رفيقة

السنة الجامعية 2009 - 2010

إلى الأستاذ الفاضل:

أرجو من سيادتكم المحترمة أن تقوموا بتحكيم مقياس الالتزام الصحي لدي
مرضى ارتفاع ضغط الدم المعد من طرف الطالبة الباحثة

1. التعريف بالموضوع و تحديد المشكلة:

تعتبر مستويات عدم الالتزام بالعلاج من المشكلات الرئيسية التي تواجه محاولات إدارة ارتفاع ضغط الدم ، و الناتج بصورة رئيسية عن عدم وجود أعراض للمرض، مما يؤدي إلى عدم إتباع العلاج بصورة منتظمة. بالإضافة إلى ذلك ، تعود حالات عديدة من عدم الالتزام إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض، حول مرضه و طريقة تعامله معه، أضف إلى ذلك مضاعفات العقاقير المزعجة مما يضعف التزامه الصحي و يعرضه للمخاطر الصحية (شيلي تايلور، 2008، ص753)(D.Meyer,Leventhal,&Gatmann 1985). و بالتالي فان عملية تعليم المريض تعتبر كأحد الحلول المنطقية لتزويد المريض بالمعلومات اللازمة و تغيير أفكاره الخاطئة حول المرض و بالتالي تغيير سلوكه نحو الالتزام بتناول الأدوية و التقيد بالحمية و حتى تغيير نمط حياته ليتناسب مع متطلبات مرضه.تدعى هذه العملية بالتربية الصحية و بالتالي يمكن طرح الأسئلة التالية:

1. ما مدي تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص تحسين التزامهم الصحي؟
2. ما هي أفضل الطرق لتعليم المرضى ؟
3. هل هناك فروق فيما يخص مستوى التعليم و الجنس و سنوات اللإزمان؟

2. فروض البحث:

- تحسن عملية التربية الصحية من الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.
- تؤثر عملية التربية الصحية المعدة وجها لوجه مع المرضى أكثر من طريقة التربية الصحية عن طريق المطويات.
- هناك فروق تتعلق بمستوي التعليم لمرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص الالتزام الصحي.
- هناك فروق بين الجنسين فيما يخص الالتزام الصحي .
- هناك فروق تتعلق بعدد سنوات الإلزمان لمرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص الالتزام الصحي .

3. أهداف الدراسة: من بين الأهداف التي تطمح هذه الدراسة إلى تحقيقها:

- التعرف على مدى الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.
- التعرف على مستوى المعلومات التي يملكها مريض ارتفاع ضغط الدم حول مرضه
- معرفة مدى تأثير التربية الصحية في تحسين الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- بناء برنامج تعليمي لنقل المعلومات الضرورية لمرضى ارتفاع ضغط الدم.

4. تعريف المتغير: عرف Haynes وآخرون سنة 1979 الانضباط الصحي على أنه «درجة و مدى

انضباط سلوك الفرد في ميدان تناول الأدوية الموصوفة و إتباع الحمية وتغيير نمط الحياة» (Jane Ogden , 2004.p 77),

5. التعريف الإجرائي للمتغير: يعرف الالتزام الصحي بمدى إتباع المريض لتوصيات و إرشادات

الطبيب، ليس فقط فيما يخص تناول الدواء (عدد الجرعات، مدة العلاج، كيفية تناول العلاج)، و إنما التوصيات الأخرى مثل تلك المتعلقة بالحمية والغذاء المناسب ، وممارسة النشاط البدني اليومي ، والمراقبة المستمرة للوزن ، أو ارتفاع ضغط الدم ، وإجراء المزيد من الفحوصات قبل الزيارة القادمة و الحضور إلى الطبيب في موعد.

6. وصف المقياس:

أعد المقياس بهدف قياس الانضباط الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم و يتضمن المقياس بندا موزعة على ثلاثة محاور أساسية بالإضافة محور المعلومات العامة ، وتوزع البنود على مختلف المحاور كالتالي:

المحور1: الالتزام بتناول الدواء و يضم العبارات (1،2،5،6،11،12،17،18،23،24)

المحور2: الالتزام بزيارة الطبيب و الفحوصات و يضم العبارات (3،4،9،10،15،16،21،22،27،28،29،

المحور3: تغيير نمط الحياة و يضم العبارات (7،8،13،14،19،20،25،26،30،31)

تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الأربعة ووضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة، وهي قليلا، أحيانا، كثيرا، دائما، وتصح بنود المقياس كالتالي: قليلا (1) أحيانا (2) كثيرا (3) دائما (4) في العبارات الموجبة و العكس أي: قليلا (4) أحيانا (3) كثيرا (2) دائما (1). العبارات السالبة هي: 5،6،7،8،9،10،12،13،18،20،23،30، أما العبارات الباقية فهي موجبة. حيث تعد الدرجة 31 أقل درجة و124 أكبر درجة وتصنف درجات الإجابة كالتالي:

• الترام صحي ضعيف: أقل من 62 درجة

• الترام صحي متوسط: من 63 درجة إلى 93 درجة

• الترام صحي ضعيف: أكبر من 93 درجة

7. نموذج المقياس

استبيان الالتزام الصحي لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم

إعداد: لكل رفيقة

من جامعة الحاج لخضر باتنة_ الجزائر

قسم علم النفس

السنة الجامعية 2010/2009

تعليمية الاستبيان: في إطار القيام بدراسة حول "تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي

لمرضى ارتفاع ضغط الدم"، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال

مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان.

الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، و أنها ستحضى بقدر عالي من السرية

و الائتمان.

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

المستوى الاقتصادي:.....المستوى التعليمي:.....

عدد سنوات الإصابة:.....أمراض أخرى(مضاعفات):.....

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لإجابتك:

الرقم	العبرة	قليلًا	أحيانا	كثيرا	دائما
1	أشتري أدويتي باستمرار قبل أن تنفذ الكمية المتبقية لدي				
2	احمل أدويتي معي عند السفر أو خلال غيابي عن المنزل				
3	أجري الفحوصات التي يطلبها الطبيب				
4	أعود للطبيب في حال شعرت بأي عرض غير عادي				
5	اعتقد أن لدي الكثير من الأدوية				
6	لا أتناول دوائي في بعض الأيام لاعتقادي بأنه يضرني أكثر مما ينفعي				
7	اشرب القهوة و المشروبات المنبهة				
8	أنا أدخن				

				لا أتذكر موعد زيارة الطبيب حتي يرتفع ضغطي	9
				لا أتذكر موعد زيارة الطبيب حتي ينفذ الدواء	10
				أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب	11
				ليس لدي احتياطي من الدواء = تنفذ أدويتي دون أن انتبه	12
				أتناول المأكولات المالحة	13
				اخفض وزني عندما يزيد	14
				التزم بمواعيد زيارتي للطبيب	15
				أقوم بقياس ضغط الدم في عيادة أو مستوصف	16
				أتناول دوائي في الوقت المحدد	17
				أتوقف عن تناول الدواء عندما أشعر بالتحسن	18
				أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي	19
				أضيف الملح إلى طعامي	20
				أقوم بقياس ضغط دمي في المنزل	21
				أسأل الطبيب عن حالتي و عن الأشياء التي تجعل ضغطي مستقر	22
				أنسى تناول دوائي	23
				أستشير طبيبي في حال أخذ أدوية ذات وصف شخصي	24
				أمارس الرياضة بصفة منتظمة	25
				أتناول وجبات غذائية خاصة بالحمية الخاصة بارتفاع ضغط الدم	26
				أعرف مواعيد زيارتي للطبيب	27
				استعمل دفتر لتسجيل ضغط دمي	28
				أعرف كيف استعمل مقياس الضغط الالكتروني	29
				أنا أتناول الكحول	30
				ابتعد عن الضغوط و التوتر	31

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية الآداب و العلوم الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية

عنوان المشروع

تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم

مشروع مقدم لنيل درجة الماجستير في علم نفس الصحة

إشراف الدكتور

رحال غربي محمد الهادي

إعداد الطالبة

لكحل رفيقة

السنة الجامعية 2009 - 2010

إلى الأستاذ الفاضل:

أرجو من سيادتكم المحترمة أن تقوموا بتحكيم مقياس مستوى التربية الصحية
لدي مرضى ارتفاع ضغط الدم المعد من طرف الطالبة الباحثة

1. التعريف بالموضوع و تحديد المشكلة:

تعتبر مستويات عدم الالتزام بالعلاج من المشكلات الرئيسية التي تواجه محاولات إدارة ارتفاع ضغط الدم ، و الناتج بصورة رئيسية عن عدم وجود أعراض للمرض، مما يؤدي إلى عدم إتباع العلاج بصورة منتظمة. بالإضافة إلى ذلك ، تعود حالات عديدة من عدم الالتزام إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض، حول مرضه و طريقة تعامله معه، أضف إلى ذلك مضاعفات العقاقير المزعجة مما يضعف التزامه الصحي و يعرضه للمخاطر الصحية (شيلي تايلور 2008، ص753)(D.Meyer,Leventhal,&Gatmann 1985) . و بالتالي فان عملية تعليم المريض تعتبر كأحد الحلول المنطقية لتزويد المريض بالمعلومات اللازمة و تغيير أفكاره الخاطئة حول المرض و بالتالي تغيير سلوكه نحو الالتزام بتناول الأدوية و التقيد بالحمية و حتى تغيير نمط حياته ليتناسب مع متطلبات مرضه. تدعى هذه العملية بالتربية الصحية و بالتالي يمكن طرح الأسئلة التالية:

1. ما مدى تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص تحسين التزامهم الصحي؟
2. ما هي أفضل الطرق لتعليم المرضى ؟
3. هل هناك فروق فيما يخص مستوى التعليم و الجنس و سنوات اللإزمان؟

2. فروض البحث:

- تحسن عملية التربية الصحية من الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.
- هناك فروق تتعلق بمستوي التعليم لمرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص الالتزام الصحي.
- هناك فروق تتعلق بمستوي التعليم لمرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص مستوى التربية الصحية
- هناك فروق بين الجنسين فيما يخص الالتزام الصحي .
- هناك فروق تتعلق بعدد سنوات الإلزمان لمرضى ارتفاع ضغط الدم فيما يخص الالتزام الصحي .

3. أهداف الدراسة: من بين الأهداف التي تطمح هذه الدراسة إلى تحقيقها:

- التعرف على مدى الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.
- التعرف على مستوى المعلومات التي يملكها مريض ارتفاع ضغط الدم حول مرضه
- معرفة مدى تأثير التربية الصحية في تحسين الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- بناء برنامج تعليمي لنقل المعلومات الضرورية لمرضى ارتفاع ضغط الدم.

4. تعريف المتغير: تعرف منظمة الصحة العالمية سنة 1996 التربية الصحية للمرضى على

النحو التالي : "هت العملية التي يهدف إلى مساعدة المرضى على الحفاظ على مكاسب أو المهارات التي يحتاجونها لإدارة حياتهم في حال مرض مزمن بشكل أفضل. فهو جزء من التكفل و الدعم الدائم للمريض.

وهي تتضمن أنشطة منظمة ، بما في ذلك الدعم النفسي والاجتماعي ، مصممة لجعل المرضى على علم بالمرض ، العلاج ، والسلوكيات المتعلقة بالصحة والمرض. لمساعدتهم (وأسرهم) على فهم

المرض والعلاج ، والعمل معا على تحمل المسؤولية في مجال الرعاية الخاصة بهم ، من أجل

المساعدة في تحسين نوعية حياتهم. " (Institut National de Prévention et)

(Education pour la Santé, 2007 ,p 8

كما تعرف أيضا على أنها عملية نشر الوعي الصحي و الثقافة الصحية، و هي تسعى لتزويد الأفراد بمعلومات صحية صحيحة و تحثهم على تبني سلوكيات صحية ايجابية (عثمان يخلف، 2001، ص13).

5. التعريف الإجرائي للمتغير: تعرف التربية الصحية على أنها عملية إعلام المريض و تزويده

بالمعلومات المتعلقة بمرضه ، مضاعفات المرض ، العلاج، و السلوكيات الصحية التي تساعد على التعايش مع المرض.

6. وصف المقياس:

أعد المقياس بهدف قياس مستوى التربية الصحية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم و هذا بهدف تقييم مدى معرفة المريض للمعلومات الضرورية التي تتعلق بمرضه. يتضمن المقياس ثمانية بنود بالإضافة محور المعلومات العامة

تقدم الإجابة على كل بند بكتابة المعلومة الصحية في الخانة المقابلة للبند أو بوضع العلامة (X) في الخانة المناسبة. و تعطي الدرجات حسب الجدول الموالي، حيث تعد الدرجة 0 أقل درجة و الدرجة 14 أكبر درجة وتصنف درجات الإجابة كالتالي:

- مستوى منخفض: أقل من 7 درجة في الإجابة على السؤال 1،2،3، 5
- مستوى متوسط: من 7 درجة إلى 10 درجة
- مستوى مرتفع : أكبر من 10 درجة

مفتاح التصحيح

الدرجة	الإجابة	السؤال	الرقم
2	أن يكون معدل ضغط الدم غير طبيعي، أي أن يكون الضغط الانقباضي أكبر من 140 ملم زئبقي و معدل ضغط انبساطي أكبر من 90 ملم زئبقي	عرف مرض ارتفاع ضغط الدم ؟	1
2	<ul style="list-style-type: none"> • يبقى دائماً،ليس له علاج في مدة زمنية محددة • احذ الدواء بصورة دائمة مع المتابعة الطبية المستمرة 	ما ذا نعني بعبارة " مرض مزمن"؟	2
1	لا <input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/>	هل تعرف بأن مرض ارتفاع ضغط الدم مزمن؟	3
2	<p>نصف نقطة عند ذكر كل إجابة من الإجابات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المضاعفات الوعائية القلبية • المضاعفات المتعلقة بالكلى • الجلطة الدماغية • المضاعفات المتعلقة بالجهاز البصري 	أذكر المضاعفات أو التعقيدات التي يمكن أن تنجم عن لإصابة بارتفاع ضغط الدم ؟	4
2	<ul style="list-style-type: none"> • المحافظة على معدل ضغط دم انقباضي اقل من 140 ملم زئبقي و معدل ضغط انبساطي أقل من 90 ملم زئبقي • الوقاية من الأعراض الجانبية 	ما هو الهدف العلاجي لارتفاع ضغط الدم ؟	5
1	لا <input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/>	هل تعتقد في أهمية تناول دواء ارتفاع ضغط الدم بصفة مستمرة و منتظمة؟	6
2	<p>نصف نقطة عند ذكر كل إجابة من الإجابات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الابتعاد عن الكحول و التدخين • الالتزام بحمية غذائية (الإنقاص من الملح) • ممارسة الرياضة بانتظام • الابتعاد عن التوتر و القلق و الضغط 	أذكر تعديلات نمط الحياة التي تساعد على تحسين ارتفاع ضغط الدم؟	7
2	لا <input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/>	هل تطبق واحدة على الأقل من تعديلات نمط الحياة؟	8

7. نموذج المقياس

استبيان الالتزام الصحي لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم

إعداد: لكل رفيقة

من جامعة الحاج لخضر باتنة_ الجزائر

قسم علم النفس

السنة الجامعية 2010/2009

تعليمية الاستبيان: في إطار القيام بدراسة حول "تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي

لمرضى ارتفاع ضغط الدم"، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال

مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان.

الإجابة تكون بملء الخانة المقابلة للسؤال .

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، و أنها ستحضى بقدر عالي من السرية

و الائتمان.

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

المستوى الاقتصادي:.....المستوى التعليمي:.....

عدد سنوات الإصابة:.....أمراض أخرى(مضاعفات):.....

تاريخ التطبيق:.....

أجب عن السؤال في الخانة المقابلة أو بوضع العلامة (X) في الخانة المناسبة:

الرقم	السؤال	الإجابة
1	عرف مرض ارتفاع ضغط الدم؟	..... .....
2	ما ذا نعني بعبارة "مرض مزمن"؟	..... .....
3	هل تعرف بأن مرض ارتفاع ضغط الدم مزمن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
4	أذكر المضاعفات أو التعقيدات التي يمكن أن تنجم عن لإصابة بارتفاع ضغط الدم؟	..... ..... ..... .....
5	ما هو الهدف العلاجي لارتفاع ضغط الدم؟	..... .....
6	هل تعتقد في أهمية تناول دواء ارتفاع ضغط الدم بصفة مستمرة و منتظمة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
7	أذكر تعديلات نمط الحياة التي تساعد على تحسين ارتفاع ضغط الدم؟	..... ..... ..... .....
8	هل تطبق واحدة على الأقل من تعديلات نمط الحياة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

الملحق رقم 3 : قائمة المحكمين

- د.جباري ، رئيس قسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر _باتنة_
- د.أمزيان،أستاذ بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر _باتنة_
- أ. راجية بن علي،أستاذ بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر _باتنة_
- د.وليد محمد صويلح، عميد كلية الصيدلة بجامعة النجاح _فلسطين_
- د.حجيرة.أ طبيب عام
- د.موني فخر الدين طبيب عام بمصلحة تصفية الدم مستشفى نقاوس
- طبيب عام بقسم أمراض القلب بالمستشفى الجامعي باتنة
- د.بوطيطاوس.س طبيب عام بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية نقاوس

الملحق رقم 4: نموذج لاستبيان الالتزام الصحي في صيغته النهائية.

استبيان الالتزام الصحي لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم

إعداد: لكل رفيقة

جامعة الحاج لخضر باتنة_ الجزائر

قسم علم النفس

السنة الجامعية 2011/2010

تعليمية الاستبيان: في إطار القيام بدراسة حول "تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي

لمرضى ارتفاع ضغط الدم"، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في

الإجابة على هذا الاستبيان.

الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، و أنها ستحضى بقدر عالي من السرية .

المعلومات العامة

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

المستوى الاقتصادي:.....المستوى التعليمي:.....

عدد سنوات الإصابة:.....أمراض أخرى(مضاعفات):.....

عبارات المقياس

الرقم	العبرة	أبدا	أحيانا	كثيرا	دائما
1	أشتري أدويتي قبل أن تنفذ الكمية المتبقية.				
2	احمل أدويتي معي عند السفر أو خلال غيابي عن المنزل.				
3	أقوم بإجراء الفحوصات كلما طلب مني الطبيب ذلك.				
4	أعود للطبيب في حال شعرت بأي عرض غير عادي.				
5	يبدو لي، أن لدي الكثير من الأدوية.				
6	يحصل أن لا أتناول دوائي لاعتقادي بأنه يضرني أكثر مما ينفعني.				
7	اشرب القهوة والشاي و مختلف أنواع المشروبات المنبهة.				

				أنا أدخن.	8
				أتذكر موعد زيارة الطبيب فقط عندما يرتفع ضغطي الدموي.	9
				العبارة	الرقم
دائما	كثيرا	أحيانا	أبدا	لا أتذكر موعد زيارة الطبيب حتى ينفذ الدواء.	10
				أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب.	11
				ليس لدي احتياطي من الدواء = تتفد أدويتي دون أن انتبه.	12
				أتناول المأكولات المالحة.	13
				أعمد إلى تخفيض وزني عندما يزيد.	14
				التزم بمواعيد زيارتي للطبيب.	15
				أقوم بقياس ضغط الدم لدي دوريا (سواء في عيادة، مستوصف أو المنزل).	16
				أتناول دوائي في الوقت المحدد.	17
				أتوقف عن تناول الدواء عندما أشعر بالتحسن.	18
				أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي .	19
				عادة أضيف الملح إلى طعامي.	20
				أستفسر الطبيب عن حالتي و عن الأشياء التي تجعل ضغطي مستقر و الأشياء التي يجب أن ابتعد عنها للحفاظ على صحتي.	21
				أنسى تناول دوائي.	22
				أستشير طبيبي قبل أخذ أي دواء آخر.	23
				أمارس الرياضة بصفة منتظمة .	24
				أتبع حمية غذائية خاصة بارتفاع ضغط الدم.	25
				أحترم مواعيد زيارتي للطبيب.	26
				استعمل دفتر لتسجيل ضغط دمي.	27
				أتحكم بنفسي أمام المأكولات الخارجة عن الحمية.	28
				أنا أتناول الكحول.	39
				ابتعد عن الضغوط و التوتر.	30

الملحق رقم 5: نموذج عن استبيان التربية الصحية في صيغته النهائية

استبيان التربية الصحية لدي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم

إعداد: لكل رفيقة

من جامعة الحاج لخضر باتنة_ الجزائر

قسم علم النفس

السنة الجامعية 2011/2010

تعليمية الاستبيان: في إطار القيام بدراسة حول " تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم"، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان.

الإجابة تكون بملء الخانة المقابلة للسؤال .

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، و أنها ستحضى بقدر عالي من السرية.

المعلومات العامة:

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

المستوى الاقتصادي:.....المستوى التعليمي:.....

عدد سنوات الإصابة:.....أمراض أخرى(مضاعفات):.....

تاريخ التطبيق:.....

أجب عن السؤال في الخانة المقابلة أو بوضع العلامة (X) في الخانة المناسبة:

الرقم	السؤال	الإجابة
1	ما هو مرض ارتفاع ضغط الدم بالنسبة لك ؟	..... ..... .....
2	هل تعرف بأن مرض ارتفاع ضغط الدم مزمن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
3	ما ذا نعني بعبارة " مرض مزمن "؟	..... ..... .....
4	أذكر على الأقل 4 من المضاعفات أو التعقيدات التي يمكن أن تنجم عن إصابة بارتفاع ضغط الدم ؟	..... ..... ..... ..... .....
5	لماذا يجب الالتزام بالعلاج (الهدف العلاجي لارتفاع ضغط الدم) ؟	..... ..... .....
6	هل ترى أن تناول دواء ارتفاع ضغط الدم بصفة مستمرة و منتظمة مهم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
7	أذكر أهم تعديلات نمط الحياة التي تساعد على تحسين ارتفاع ضغط الدم؟	..... ..... ..... ..... .....
8	هل تطبق واحدة على الأقل من تعديلات نمط الحياة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

الملحق رقم 6 : مطوية التربية الصحية

الملحق رقم 7 : نموذج لاستبيان الالتزام الصحي في صيغته النهائية باللغة الفرنسية

Questionnaire de compliance médicale chez le patient hypertendu

Préparé par: M^{elle} Lakehal Rafika

De l'Université : El Hadj Lakhdar _Batna, Algérie

Département de psychologie

L'année académique :2010/2011

Instruction de questionnaire: dans le cadre d'une étude sur «L'impact de l'éducation sanitaire sur la compliance du patient hypertendu », nous vous demandons de contribuer à l'enrichissement de cette étude en participant à la réponse à ce questionnaire.

La réponse est de remplir la case correspondant à la question.

Assurez-vous que vos renseignements seront utilisés à des fins scientifiques seulement, et prises comme confidentiels.

Informations générales:

Nom (facultatif)..... Age :..... Genre: Homme Femme

Niveau économique : Niveau d'éducation :.....

Nombre d'années d'infection :.....

Autres maladies (complications) :.....

Date d'application :.....

Répondez à la question en plaçant la marque (X) dans la case appropriée:

N°	Item	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
1	J'acheter mes médicaments avant l'achèvement de la quantité restante.				
2	Je prends mes médicaments lorsque je voyage ou pendant mon absence de la maison.				
3	Je fais des tests chaque fois que le médecin m'a demandé de les faire.				
4	Je reviens à mon médecin si je ressens un symptôme inhabituel.				
5	Il me semble, que j'ai beaucoup de médicaments				
6	Parfois je ne prends pas mes médicaments parce				

	que je crois qu'ils faites-moi de mal que de bien.				
7	Je prends du café, du thé et différents types de boissons stimulantes.				
8	Je fume.				
9	Je me rappelle la visite du médecin quand mon pression artérielle est élevée.				
10	Je ne me rappelle pas la visite du médecin jusqu'à la fin de mes médicaments				
11	Je prends les doses de médicament tel que prescrit par mon médecin.				
12	Je n'ai pas une réserve des médicaments = mes médicaments se terminent sans avertissement.				
13	Je mange des aliments salés.				
14	J'ai réduit mon poids quand il augmente.				
15	Je respecte les dates de mes visites chez le médecin.				
16	Je mesure mon pression artérielle régulièrement, (à la clinique, ou à domicile).				
17	Je prends mes médicaments à l'heure.				
18	J'arrête de prendre mes médicaments quand je me sens mieux.				
19	Je fais la marche pour améliorer ma santé.				
20	Habituellement, j'ajoute du sel aux aliments.				
21	Je demande des informations du médecin au sujet de mon état , sur les choses qui stabilisent ma tension artérielle et ce que je ne doit pas le faire pour garder un bon état de santé.				
22	J'oublie de prendre mes médicaments.				
23	Je consulte mon médecin avant de prendre tout autre médicament.				
24	Je pratique le sport régulièrement.				
25	Je suivre un régime alimentaire spécial de l'hypertension artérielle.				
26	Je respecte les dates de ma visite médicale.				
27	J'utilise un carnet pour enregistrer ma pression artérielle.				
28	Je me contrôle en face de la nourriture au-delà le régime alimentaire.				
29	Je prends alcool.				

الملحق رقم 8 : نموذج عن استبيان التربية الصحية في صيغته النهائية باللغة الفرنسية

Questionnaire d'éducation à la santé chez le patient hypertendu

Préparé par: M^{elle} Lakehal Rafika

De l'Université : El Hadj Lakhdar _Batna, Algérie

Département de psychologie

L'année académique :2010/2011

Instruction de questionnaire: dans le cadre d'une étude sur «L'impact de l'éducation sanitaire sur la compliance du patient hypertendu », nous vous demandons de contribuer à l'enrichissement de cette étude en participant à la réponse à ce questionnaire.

La réponse est de remplir la case correspondant à la question.

Assurez-vous que vos renseignements seront utilisés à des fins scientifiques seulement, et prises comme confidentiels.

Informations générales:

Nom (facultatif)..... Age :..... Genre: Homme Femme

Niveau économique : Niveau d'éducation :.....

Nombre d'années d'infection :.....

Autres maladies (complications) :.....

Date d'application :.....

Répondez à la question en plaçant la marque (X) dans la case appropriée:

N°	Question	Réponse
1	Qu'est-ce qu'une maladie d'hypertension artérielle pour vous?	..... ..... .....
2	Savez-vous que la maladie, l'hypertension artérielle, chronique?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
3	Qu'entendons-nous par «maladie chronique»?	..... ..... .....
4	Citez au moins 4 complications qui peuvent résulter d'un traumatisme d'hypertension artérielle?	..... ..... .....
5	Pourquoi devrais prendre un traitement (l'objectif thérapeutique pour l'hypertension)?	..... ..... .....
6	Croyez vous à l'importance de la régularité du traitement anti-hypertenseur?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
7	Citez les changements de mode de vie les plus importants qui contribuent à améliorer l'hypertension artérielle?	..... ..... ..... .....
8	Appliquez-vous au moins une des changements de mode de vie ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>