

العنوان:	بعض مميزات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثاني من مرض السكري
المصدر:	دراسات نفسية
الناشر:	رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية ( رأنم )
المؤلف الرئيسي:	شويخ، هناء أحمد محمد
المجلد/العدد:	مج 18, ع 3
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2008
الشهر:	يوليو
الصفحات:	467 - 523
رقم MD:	84279
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	فئات العمر، مرض السكري، الارشاد الطبي، مرضى السكري، العلاج النفسي، الطبقات الاجتماعية، الاحوال الاقتصادية، الصحة العامة، الاحوال الاجتماعية، السكان، علم النفس الاجتماعي، النظريات الطبية، النصائح الطبية
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/84279">http://search.mandumah.com/Record/84279</a>

## بعض منبئات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثانى من مرض السكرى

دكتورة/ هناء أحمد محمد شويخ

قسم علم النفس - جامعة قنا

### ملخص:

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف دور بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية والمعتقدات الصحية فى التنبؤ بدرجة الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثانى من مرض السكرى، وقد أجريت الدراسة الراهنة على ستين مريضاً بالنوع الثانى من مرض السكرى المتردين على وحدة السكرى بمستشفى عين شمس الجامعى (الدمرداش) التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس، وتراوح المدى العمرى لهم ما بين (٢٥) إلى (٧٦) سنة، وكان متوسط أعمارهم (٣٩,٥٥) سنة، وقد طبقت على العينة بطارية من الأدوات النفسية اشتملت على اختبار الامتثال للتعليمات والنصح الطبي، واستخبار المعتقدات الصحية، واستمارة بيانات الحالة، كما روعى التحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات من خلال التطبيق على عينة مكونة من ثلاثين مريضاً بمرض السكرى.

وأظهرت النتائج أن المتغيرات الديموجرافية والعيادية لها تأثير فى تشكيل كل من امتثال المرضى للنصح الطبي والمعتقدات الصحية، كما وجد أن هناك علاقة وثيقة بين بعض معتقدات الحالة الصحية (المتتمثلة فى معتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج)، والامتثال الطبي بكافة أنماطه. وأضافت الدراسة أن الامتثال الطبي بوجه عام ينبئ به العمر، ومستوى التعليم، ودرجة خطورة المرض، وأن معتقد إدراك العوائق للحصول على الدواء ينبئ بالامتثال لتناول الدواء، أما الامتثال الطبي لممارسة النشاط الجسمى فينبئ به فقط معتقد إدراك الفوائد، فى حين ينبئ بالامتثال الطبي للتعليمات الطبية عدد من المتغيرات الديموجرافية والعيادية، بالإضافة إلى أبعاد المعتقدات الصحية، وهى: الجنس، والعمر، والحالة الصحية، والحالة المهنية، وفترة الإصابة بالمرض، والخضوع للعلاج، وتقدير درجة خطورة المرض، ومعتقد إدراك الفوائد.

وقد نوقشت النتائج فى ضوء الدلالات النظرية والتطبيقية لنتائج الدراسة، ومدى اتساقها مع الدراسات السابقة فى هذا المجال.

## مقدمة:

يمثل موضوع الامتثال للنصح الطبي **Medical Adherence** مشكلة ملحة لدى القائمين بالرعاية الصحية (Girdwood, 2007)، حيث وُجد بعد وصف التعليمات الطبية التى يجب على المريض اتباعها وتنفيذها بدقة، أن هناك تباينات واضحة فى سلوكيات المرضى، فمنهم من يتبع هذه التعليمات بدقة كما هو مطلوب، ومنهم من ينفذ جزءاً منها، ومنهم من يتجاهلها، وربما يتوقف تماماً عن تنفيذها (Alder, 1999, p.133).

ومنذ أبو قراط Hippocrates وحتى الطب الحديث الآن، يسعى القائمون بالرعاية الصحية إلى مساعدة المرضى على تحقيق درجة مرتفعة من الامتثال الطبى؛ وذلك لأن نجاح الخدمة العلاجية يتوقف بشكل شبه كامل على اتباع المرضى وتنفيذهم للتعليمات العلاجية الموصوفة لهم - من قبيل كيفية تناول العقاقير بشكل منتظم، واتباع نظام غذائى محدد، وممارسة بعض التمرينات والأنشطة الرياضية، وعمل بعض الفحوصات والتحليل بشكل دورى، بالإضافة إلى تحديد مواعيد المتابعة. فالعقاقير الطبية لا تؤدي إلى تأثيرات خارقة فى علاج المرض، إذا لم يتناولها المريض بالشكل المطلوب، من حيث النوعية، والكمية، والتوقيت، أى كما هو موصوف له، لهذا يُعد مفهوم الامتثال

الطبي من المفاهيم الضرورية فى زيادة فرص الشفاء من المرض، والحفاظ على الصحة الجيدة لدى المرضى (Fielding&Duff, 1999; Gentry, 1977, p.204).

وقد كشفت الدراسات أن عدم الامتثال الطبى **Medical Non-Adherence** يمثل مشكلة أيضاً عند تقدير كفاءة العلاج الموصوف للمرضى، كما أنه يُعرض صحتهم لمضاعفات المرض ونوعية حياتهم للخطر، وهذا ما أكدته الإحصاءات العالمية إذ إن عدم الامتثال الطبى يُعد السبب الرئيس فى وفاة (١٢٥) ألف حالة سنوياً فى الولايات المتحدة، هذا بالإضافة إلى أنه يؤدي إلى ضياع أكثر من (١٠٠) بليون دولار سنوياً، نتيجة لفقدان كميات من العقاقير دون فائدة، واستخدام حجرات العناية المركزة فى المستشفيات، والاستعانة بأجهزة التنفس الصناعى، وغيرها من الآليات الطبية المكلفة (Bosworth, 2005, p.147; Bosworth, Weinberger&Oddone, 2005, p.4).

وقد لخص (بيكر، ومايمان Beck-er&Maiman, 1974) عدداً من العوامل المسؤولة عن انخفاض امتثال المرضى للنصح الطبى، منها:

١ - عوامل مرتبطة بالخصائص الديموجرافية والشخصية للمريض، كالعمر، والجنس، والحالة الاجتماعية والاقتصادية (...).

الأمراض الأكثر خطورة طبيًا مثل الروماتويد والأورام السرطانية والكبد (Bartly, 2005).

إذن وباختصار فمشكلة عدم الامتثال الطبي توجد أينما كان ووقتما كانت هناك توصيات ووصفات طبية (DiMatteo & DiNicola, 1982, p.2).

ومن الواضح أن فهم سلوك الامتثال الطبي يقتضى تبني المنحى متعدد الأبعاد، فعندما نستعرض الإطار النظري للدراسات النفسية الطبية في مجال علم النفس الصحة، يتجلى لنا بوضوح أن كثيرًا من الدراسات تبتعد الآن عن النموذج الطبي الحيوي Biomedical Model - الذى يعتمد على تحسين الإجراءات الطبية، وفعالية العقاقير المستخدمة كمحددات رئيسة في فهم سلوك الامتثال الطبي (Witlich, 2005)، وهى فى الوقت نفسه تقترب مما يعرف بالنموذج البيولوجى النفسى الاجتماعى Biopsychosocial Model، وهذا معناه أن تلك الدراسات الحديثة تتعامل مع سلوك الامتثال الطبي كمنظومة متعددة الأبعاد: أبعاد طبية ونفسية واجتماعية، ويوضحها شكل رقم(١):

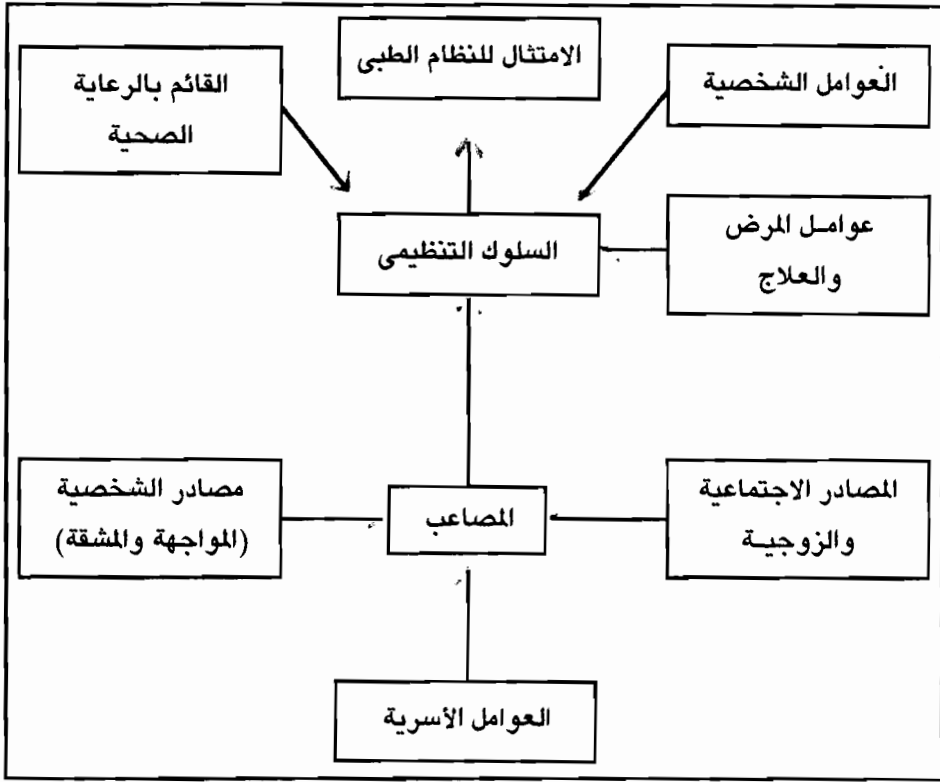
٢ - عوامل تتصل بالمرض، وتشمل نوع المرض، وأعراضه، ودرجة خطورته، والمعتقدات الصحية المرتبطة به، والفترة الزمنية للإصابة به...).

٣ - عوامل مختصة بالنظام الطبي أو العلاجى، مثل نوع العلاج، وكفاءته، وتكاليفه المادية، وطول فترة العلاج، ودرجة تعقيده، ومدى توفره...).

٤ - عوامل مرتبطة بالفريق الطبي المعالج، وتختص بالرضا عن العلاقة بين الطبيب والمريض، والكفاءة العلاجية للأطباء...).

(Fikry, 1987, p.9; Moralejo, Ines, Marcos, Fuertes & Luna, 2006)

وتشيع مشكلة عدم الامتثال الطبي بين جميع الفئات العمرية، والطبقات الاجتماعية والاقتصادية، والأمراض المتعددة المزمّن منها والحاد، فعلى سبيل المثال أوضحت الدراسات أن العمر يرتبط ارتباطًا سلبياً بالامتثال الطبي (Van Sciver, 1990). كذلك وجد أن ما بين (٢٠٪) إلى (٧٠٪) من مرضى السكرى لا يلتزمون بالوصفات الطبية، وهذه النسبة تقل لدى



شكل رقم (١) العوامل المؤثرة فى سلوك الامتثال الطبى (Fielding&Duff,1999)

(Kamel, Badawy, El-Zeiny & Merdan, 1999) كما يشير تقرير لوزارة الصحة والسكان المصرية إلى أن هناك زيادة فى معدلات انتشار مرض السكرى بين المصريين، حيث من المتوقع أن يرتفع عدد المصابين من (٣,٨) مليون عام (٢٠٠٠) إلى (٨,٨) مليون شخص عام (٢٠٢٥) (Herman, Aubert, Ali, Sous & Bardran, 1997) ، كما أضافت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٧) أن العدد المتوقع للمصابين بالنوع الثانى من مرض

ويرجع الاهتمام بهذه الفئة المرضية (النوع الثانى من مرض السكرى) على وجه الخصوص إلى سببين رئيسيين، هما: الأول: أن هذا المرض يمثل متلازمة من الظواهر والأعراض المرضية، التى يتأثر بها كل عضو فى جسم المريض فى حالة عدم انضباطه، وعدم الالتزام بالعلاج. الثانى: زيادة انتشار هذا المرض بين المصريين طبقاً لبعض الإحصاءات المنشورة فى بعض الدراسات الوبائية، والتى توضح أن مرض السكرى ينتشر بنسبة تصل إلى (٤,٣%)

**Adherence; Therapeutic Alliance; Co-operation**، وأضاف ماددين (Madden ١٩٩٥) أنه على الرغم من أن هذه المصطلحات تستخدم أحياناً بشكل تبادلي، فإن هناك بعض الفروق التي تجعل الباحثين يفاضلون بينها، فمصطلح الإذعان في مقابل عدم الإذعان **Compliance/Non Compliance** مشتق من النموذج اللارادي **The Consensual Model**، والمفترض فيه أن الطبيب يستخدم سلطته في إصدار أوامر، وإرغام المريض على تنفيذها والطاعة لها، أي أن هذا المصطلح يحمل في طياته الدور السلبي للمريض في نجاح الخدمة العلاجية، أما مصطلح الامتثال **Adherence/Non Adherence** في مقابل عدم الامتثال **The Modernist Theory**، التي ترى أن للمريض دوراً إيجابياً نشطاً وفعالاً في اختيار كل من أسلوب حياته الصحي، والقرارات الخاصة بالعلاج، وبالتالي إنجاح الخدمة العلاجية، أما مصطلح **Therapeutic Alliance; Co-operation** فهما أقرب إلى وصف العلاقة التفاعلية بين الطبيب والمريض، من ناتج هذه العلاقة وهو الامتثال للنصح الطبي (Alder, 1999, p.134; August, 2005; Fuertes et al., 2007).

السكري لعام (٢٠٣٠) يبلغ (٦,٧٢٦,٠٠٠) فرد في مصر (World Health Organization (WHO), 2007).

### مشكلة الدراسة:

من خلال النظرة السابقة على التراث البحثي والفكري في الموضوع، تتخلق مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة الآتية:

- ١ - هل تختلف درجة امتثال المرضى للنصح الطبي ومعتقداتهم الصحية وفقاً لكل من المتغيرات الديموجرافية والعيادية؟
- ٢ - هل تتباين درجة الامتثال للنصح الطبي لدى المرضى بتباين المعتقدات الصحية في ظل عزل تأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية؟
- ٣ - ما المتغيرات الديموجرافية والعيادية والمعتقدات الصحية التي تعمل كمنبئات لأنماط الامتثال الطبي لدى المرضى الممتثلين طبيياً؟

### مفاهيم الدراسة:

#### ١- مفهوم الامتثال\*الطبي:

مع بروز أهمية مفهوم الامتثال الطبي في نجاح الخدمة العلاجية، نجد أن هناك خلطاً في التعريفات النظرية والإجرائية المقترحة لهذا المفهوم، فقد ذكر كونتز (Kontz ١٩٩٨) أن هناك تنوعاً في المفاهيم العاكسة لترجمة مصطلح الامتثال، ومنها **Compliance**;

\* يرجع مصطلح الامتثال في اللغة العربية إلى مادة (مثل)، ويقال: امْتَثَلَ أمره: اطاعه واحتذاه. ويقال: امْتَثَلَ طريقته: تتبعها (المعجم الوجيز، ١٩٩٧، ص ٥٧٢).

ومن ثم فإن عدم الامتثال الطبي يُعرف بأنه " مجموعة سلوكيات المريض التي لا تتسق مع النصائح الطبية " (Shenolikar, 2006, p.3)، وقد ميز جيليلاند Gilliland وهيسسى Hussy بين كل من:

• عدم الامتثال غير القصدى -Uninentional Non Adherence: وهو مجموعة السلوكيات التي لا تتسق مع النصائح الطبية، ويرجع عدم الاتساق إلى أسباب خاصة كالنسيان أو عدم الفهم الكافى للمرض وللتعليمات الطبية.

• عدم الامتثال القصدى Intentional Non Adherence: ويعود عدم الاتساق بين سلوكيات المريض والنصائح الطبية فى هذه الحالة إلى الرفض الواعى للمريض للقيام بأداء أى شكل من أشكال النظام العلاجى، مثل التوقف عن تناول الدواء، أو عدم الذهاب لإجراء المتابعة (Solaiman, 2003, p.28).

وقد ابتعد الباحثون عن النظر للدرجة الكلية لمفهوم الامتثال الطبي، وأصبحوا يعتبرونه مفهوماً متعدد الأبعاد Multi-dimensional Concept، بمعنى أنه يحتوى على عدد من الأبعاد، وهى: بُعد تناول الدواء الطبي، وبُعد اتباع النظام الغذائى، وبُعد ممارسة النشاط الجسمى، وبُعد التعليمات الطبية بما يتضمن الحفاظ على المواعيد، وإجراء الفحوصات والتوجيهات العامة المطلوبة (Sarafino, 2002, pp.288-289).

ولذا سنركز دراستنا على مصطلح Medical Adherence كترجمة لمفهوم الدراسة وهو الامتثال الطبي، والذي يعرفه فليتشير Fletcher (1999) فى أيسر معنى له بأنه " عمل المريض لما يريده الطبيب"، فى حين أشار كل من هولورى Holory وجراير Grear (1994) إليه بأنه " مظلة لكل سلوكيات المريض المتسقة مع توصيات ونصائح القائمين بالرعاية الصحية"، ويتسق جورديس Gordis (1990) مع التعريف السابق، حيث يعرفه بأنه "درجة اتساق سلوك المريض مع نظام العلاج الموصوف له" (Solaiman, 2003, pp.25-26). كما يعرفه بعض الباحثين بأنه "السياق الذي يتبع فيه المريض التوصيات الطبية كما قدمت له، وما هو إلا عملية سلوكية معقدة تتأثر بكل من البيئة التى يعيش فيها المريض، ومشاركة القائمين بالرعاية، ونظام الخدمة العلاجية" (Bartly, 2005).

أما التعريف الذى ستعتمد عليه دراستنا فهو تعريف هاينيس Haynes وساكت Sackett للامتثال الطبي بأنه "المدى الذى يكون فيه سلوك المريض (من حيث تناول الأدوية، واتباع نظام غذائى محدد، وممارسة أنشطة جسمية، وتحديد مواعيد المتابعة...) متطابقاً مع النصائح الطبية أو الصحية الموصوفة له من قبل القائمين بالرعاية الصحية" (Encyclopedia of Health Disorders, 2007; Witlich, 2005).

يشيع بنسبة تتراوح ما بين (٣٥٪) إلى (٧٥٪)، أما عدم الامتثال لممارسة النشاط الجسمي فيتراوح ما بين (٧٠٪) إلى (٨١٪)، في حين أن عدم الامتثال لتناول الدواء يشيع بنسبة تتراوح ما بين (٢٠٪) إلى (٨٠٪).

ونتيجة لكل ما سبق لم يعد من الأهمية الآن تقدير درجة كلية للامتثال الطبي، بل أصبح التركيز على درجات أبعاده الفرعية، وكذلك معدل السلوكيات النوعية لكل بُعد، وكل هذه الدرجات والمعدلات تعطي صورة واضحة عن أى الأبعاد يكون فيها المريض أكثر امتثالاً من غيرها.

#### ٢- مفهوم المعتقدات الصحية؛

أشارت الدراسات إلى دور المعتقدات الصحية فى الوصول إلى درجة من الامتثال الطبي لدى المرضى، حيث وجد أن الأفراد ذوى الامتثال الطبي الجيد لهم نمط خاص من المعتقدات الصحية (Feldman, 2003).

ويعد نموذج المعتقدات الصحية The Health Beliefs Model من النماذج المبكرة لوصف سلوك الامتثال الطبي، حيث يركز على دور المتغيرات المعرفية (المعتقدات) فى تحقيق الامتثال الطبي، وقد طُرح هذا النموذج من خلال هوكباوم Hochbaum وزملاؤه (١٩٥٠) لفهم القصور المنتشر لدى الأفراد للمشاركة فى برامج اكتشاف المرض والوقاية منه (August, 2005).

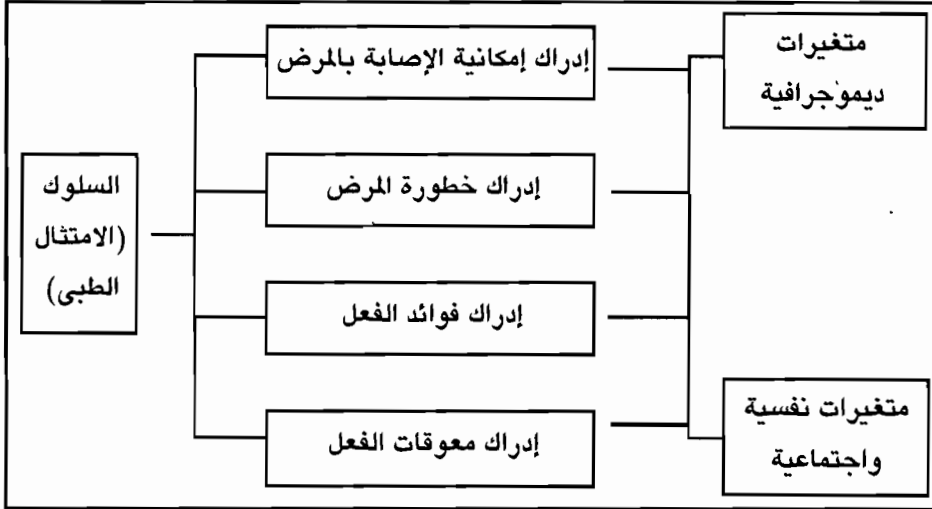
وتبلور هذا النموذج بشكل كامل على يد روزنستوك Rosenstock (١٩٦٦) بهدف شرح سلوكيات الوقاية الصحية من قبيل الفحوصات الدورية، ثم طورَه بعد

وقد أصبح من الخطأ الاعتماد على الدرجة الكلية فقط لتقدير مستوى الامتثال الطبي؛ وذلك لأن النظر إلى درجات أبعاد المفهوم النوعية توضح لنا أى السياقات يكون المريض فيها أكثر امتثالاً من غيرها، فعلى سبيل المثال وجد أن الأطفال أكثر امتثالاً طبيًا فى تناول الدواء من إجراء المتابعة، وذلك يرجع إلى أسباب أسرية (Fielding&Duff, 1999).

ولم يتوقف الأمر كذلك عند حدود التركيز على الأبعاد النوعية لمفهوم الامتثال الطبي، بل بدأ بعض الباحثين يركزون على السلوكيات العاكسة لكل بُعد، فبعد تناول الدواء الطبي -على سبيل المثال- قد يحتوى على صور لسلوك عدم الامتثال مثل التوقف عن تناول الدواء، أو تناوله بجرعات أكبر مما هو موصوف، أو تناوله فى أوقات غير صحيحة، أو تناول أدوية بديلة بدون إذن الطبيب ... إلخ (Alder, 1999, p.133; Bosworth, 2005, p.149) ، وهذا ما توصل إليه سوليمان (Solaiman, 2003) -من خلال دراسته على مرضى الضغط المرتفع- حيث وجد أن (٥٦٪) منهم يقررون أنهم توقفوا عن تناول الأدوية الموصوفة لهم، و(٩٦,٣٪) يتوقفون عن تناول الأدوية كلما شعروا بتحسن فى أعراض مرضهم، و(٧٤,٧٪) لا يقومون بعمل زيارات للمتابعة. كذلك لاحظ كل من هاريس ولوستمان (Harris&Lustman, 1998, p.4) تباين معدلات عدم الامتثال لدى مرضى السكرى حسب أبعاده، حيث وجد أن عدم الامتثال بالنظام الغذائى



ذلك بيكر Becker (١٩٧٤)، وطبقه فى مجالات متعددة خاصة بالمرضى المزمنين، منها الامتثال للنصح الطبي (Kaplan, Sallis&Patterson, 1993, p.52; Marteau, 1995, p.7). وفيما يلي عرض لهذا النموذج:



شكل رقم (٢) نموذج المعتقدات الصحية (Bosworth&Voils, 2005, p.20)

ما بين إنكار الإصابة بمرض خطير إلى الاعتقاد بأن لديه مرضاً خطيراً، وإذا ما كان قد سبق للفرد الإصابة بهذا المرض، فإن القابلية المدركة للإصابة بالمرض تعاد صياغتها لتشمل توقع التشخيص، أو الانتكاس من خلال تقديرات الفرد لقابلية الإصابة بهذا المرض مرة أخرى، وقابلية الإصابة بالمرض بوجه عام (Adams&Scott, 2000; August, 2005; Janz, Champion&Strecher, 2002, p.48)

ويشتمل هذا النموذج على أربعة أنماط من المعتقدات الصحية، التي ربما تسهم فى احتمال قيام الفرد بفعل معين (مثل الامتثال للنصح الطبي) يناسب مرضاً أو ظروفًا محددة (Kaplan, Sallis&Patterson, 1993, p.52). وهذه

المعتقدات الصحية الأربعة هي:

١- إدراك إمكانية الإصابة بالمرض<sup>(١)</sup>،

ويشير معتقد إمكانية الإصابة بالمرض إلى وجود احتمال ذاتى لدى الفرد بأنه قد يصاب بمرض ما (Kaplan et al., 1993, p.53). ويتراوح هذا الاحتمال

القيام بسلوك ما، كما أن اتخاذ الفرد لسلسلة خاصة من الأفعال يعتمد على معتقداته المتعلقة بتأثير هذه الأفعال في تقليل تهديد المرض، وهذا هو ما يسمى بإدراك الفوائد الصحية لاتخاذ الفعل، مثل قدرة الدواء على التحكم في الألم، أو في تقليل الأعراض الجانبية للمرض.

هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى تتضمن فوائد غير مرتبطة بالصحة (مثل التوقف عن التدخين لتوفير المال، أو عمل أشعة على الثدي). وبالتالي فإن الشخص مهما كان لديه مستوى أمثل من المعتقدات عن القابلية للإصابة بمرض ما أو خطورة هذا المرض، لانتوقع منه أن يقبل القيام بأي فعل صحي ينصحه به الآخرون، إلا إذا أدرك أن هذا الفعل كفاء ويمكنه القيام به (August, 2005; Janz, et al., 2002, p.48). فعلى الرغم من أن الفرد قد يكون لديه اعتقاد كبير بقابليته للإصابة بمرض في القلب، فإنه إذا لم تكن لديه ثقة تامة بأن تغيير نظامه الغذائي سوف يقلل من الخطر، فلن يكون هناك احتمال أن يغير هذا الشخص من نظامه الغذائي (Taylor, 2003, p.67).

#### ٤- إدراك معوقات الفعل<sup>(٤)</sup>؛

تؤثر المعوقات المدركة للفعل كذلك على احتمالية القيام بالفعل، فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتاً طويلاً

#### ٢- إدراك خطورة المرض<sup>(١)</sup>؛

ويحتوى على تقييم كل من النواتج الإكلينيكية والاجتماعية المتعلقة بخطورة المرض، مثل: الموت، والعجز، والألم كنواتج إكلينيكية، وتأثيرات الحالة المرضية على العمل، والحياة العائلية، والعلاقات الاجتماعية كعواقب اجتماعية ممكنة (Bosworth & Voils, 2005, p.21; Janz, et al., 2002, p.48).

بالإضافة إلى أن القابلية للإصابة بالمرض وخطورة هذا المرض المدركة تشكلان معاً التهديد المدرك للمرض<sup>(٢)</sup>، مثال ذلك: إذا شعر الفرد بأن لديه القابلية للإصابة بمرض خطير (كالسرطان مثلاً)، فإن دافعيته لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون مرتفعة؛ لأن مستوى التهديد مرتفع، أما إذا شعر بأن لديه القابلية للإصابة بمرض أقل خطورة (إنفلونزا مثلاً) فإن دافعيته لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون منخفضة؛ لأنه أدرك مستوى منخفضاً من التهديد (Bosworth & Voils, 2005, p.21; Kaplan, Sallis & Patterson, 1993, p.52).

#### ٣- إدراك فوائد الفعل<sup>(٣)</sup>؛

إن توقع الفرد أن لديه القابلية للإصابة بحالة خطيرة (التهديد المدرك) يقوده إلى

Perceived Severity

(١)

Perceived Threat

(٢)

Perceived benefits of action

(٣)

Perceived Barriers

(٤)

الشخصية سوف تقوده نحو طلب الرعاية الصحية بشكل فعال (Brannon&Feist, 2004, p.47).

بالإضافة إلى هذه المعتقدات الأربعة هناك عوامل أخرى قد تسهم أيضاً فى تشكيل سلوك الامتثال الطبي، منها: المتغيرات الديموجرافية: مثل العمر، والجنس، والمستوى التعليمى... إلخ، والمتغيرات النفسية والاجتماعية: والتي تتضمن السمات الشخصية، والطبقة الاجتماعية، فعلى سبيل المثال يكون أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا أكثر شعوراً من افراد الطبقات العليا بأن تحمل النفقات أو الوصول إلى الطبيب مسألة صعبة (Adams& Scott, 2000; Sarafino, 2002, p.176).

ومن خلال تطبيق مكونات هذا النموذج على مرض السكرى ومرضاه، يتضح أنه إذا كان السلوك الذى ننشده من المريض هو الامتثال للنصح الطبي فإن: (أ) إدراك إمكانية الإصابة بالمرض؛ يشير إلى وجود احتمال ذاتى لدى المريض بتفاقم المرض.

(ب) إدراك خطورة المرض؛ وتشمل تقدير العواقب العيادية لمرض السكرى، مثل حدوث العته الوعائى Vascular Dementia، وسلس البول Incontinence، والفشل الكلوى Kidney Failure ... إلخ، بالإضافة إلى العواقب الاجتماعية للمرض من قبيل ضعف القدرة على العمل، وسوف ينتج عن احتمال الإصابة بالمرض أو تطوره وإدراك

أو مجهوداً كبيراً، ومن المعوقات أيضاً التي تقلل من إمكانية اتخاذ سلوك ما -على سبيل المثال- أن يكون العلاج الطبي لمرض خطير معين غالى الثمن، أو أن يكون الطبيب المعالج لا يسكن فى المنطقة التي يسكنها المريض، أو أن هناك نقصاً فى وسائل النقل والمواصلات، أو يتعارض مع عادات شديدة السيطرة على المريض ويصعب التخلي عنها أو تعديلها (مثل الأكل-التدخين) (Champion&Springston, 2000; Kaplan, et al., 1993, p.53). فالفرد يفكر ملياً فى التأثير المتوقع للفعل فى مقابل إدراكاته لكون هذا الفعل مكلفاً مادياً، وخطيراً (أى أن له تأثيرات جانبية)، وغير سار (كان يكون الفعل مؤلماً أو صعباً، أو أنه يسبب اضطراباً صحياً بسيطاً)، وإحداث الضيق للفرد، وإهدار الوقت، وهكذا (Janz, et al., 2002, p.48).

ومن أهم ما يرجح قيام الفرد بفعل وقائى معين، هو أنه يصل إلى قرار بأن الفوائد المدركة للفعل -مثل التمتع بصحة جيدة أو خفض عوامل الخطر على الصحة- تفوق المعوقات أو التكاليف المدركة لهذا الفعل (Sarafino, 2002, p.176). فعندما يدرك الفرد أن لديه القابلية للإصابة بمرض خطير، وأن لديه القدرة على التغلب على المعوقات التي تحول دون تمتعه بصحة جيدة، فلا بد أن مصلحته

الأعضاء الأساسية في الجسم  
(Gillibrand&Stevenson, 2006;  
Brueschke, 1995, p.246)

وتفرز خلايا بيتا بالبنكرياس  
الأنسولين، وهو عبارة عن هرمون يساعد  
الجسم على استخدام السكرى (الجلوكوز)  
فى الدم، والذي يعمل على إمداد الجسم  
بالطاقة اللازمة، وبالتالي إذا زاد معدل  
السكرى بالدم لدى الشخص العادى، فإن  
خلايا (بيتا) التى تفرز الأنسولين تزيد من  
كمياته لاستهلاك السكرى، وعندما يستهلك  
ويهبط معدله بالدم تتوقف خلايا (بيتا)  
عن الإفراز، وعندما يكون تركيز الأنسولين  
منخفضاً بسبب عدم كفاءة البنكرياس أو  
أن تركيزه عال ولا يقوى على استهلاك  
السكر، فيرتفع معدل سكر الجلوكوز بالدم،  
ويحدث مرض السكرى (Wikipedia, 2007).

ومن أعراض مرض السكرى: العطش  
الشديد، وكثرة التبول، والإحساس  
بالتعب، وفقدان الشهية، وضعف  
الرؤية، وفقدان الوزن، وبطء التئام  
الجروح، والإحساس المستمر بالجوع،  
وتنميل فى اليدين والقدمين، وتورم  
اللثة، والضعف الجنسي، وغيرها من  
الأعراض (Rosenbloom & Silver-  
stein, 2003).

وهناك نمطان من مرض السكرى:

• النمط الأول: ويسمى بالنوع المعتمد  
على الأنسولين Insulin-dependent  
or Juvenile type diabetes، ويظهر  
لدى صغار السن بنسبة تتراوح ما بين

خطورة له، إدراك المريض لمستوى  
مرتفع من التهديد.

(ج) إدراك فوائد الفعل أو السلوك، وتشمل الفوائد  
التي يدرك المريض حدوثها كنتيجة  
لامتثاله للنصح الطبى من قبيل تحسن  
وظائف الجسم، وتقليل خطر تفاقم  
المرض ووصوله إلى مراحل عيادية  
متأخرة.

(د) إدراك معوقات الفعل؛ وتشمل -على سبيل  
المثال- وجود مسافة كبيرة بين سكن  
المريض والمركز الطبى للعلاج، أو أن  
تكون الحالة الاقتصادية للمريض لا  
تمكنه من تحمل تكاليف العقاقير التى  
تحتويها الوصفات الطبية، أو معرفة  
المريض بصديق سبق له تناول العقار  
نفسه، وكانت له آثار جانبية سلبية من  
قبيل الإجهاد وفقدان الشهية... إلخ.

وعلى الرغم من وجود تلك المعوقات،  
فإدراك الفرد لفوائد سلوك الامتثال  
للنصح الطبى، والتى ربما تفوق المعوقات  
أو التكاليف المدركة له، قد يرجح قيام  
المريض بهذا السلوك.

### ٣- مرض السكرى Diabetes Mellitus:

مرض السكرى هو أحد أمراض التمثيل  
الغذائى Metabolic Disorders المزمن،  
التي تتسم بارتفاع دائم للسكر  
(الجلوكوز) فى الدم، ويحدث عادة  
إما لوجود خلل فى إفراز كمية  
الأنسولين Insulin المناسبة، أو لأن خلايا  
الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم،  
وبالتالى يتجمع الجلوكوز فى الجسم،  
ويؤدى إلى حدوث ضرر كبير لكثير من

اجريناه بواسطة الحاسب الآلى للدوريات النفسية والطبية المتخصصة، دراسات عربية تدخل فى إطار بلورة هذا المفهوم لاسيما فى سياق مرض السكرى.

وفى هذا الجزء سوف يتم استعراض الدراسات السابقة فى هذا المجال على نحو يساعد على تحقيق هدفين: أولهما تبين موقع الدراسة الراهنة من خريطة البحوث فى المجال ونقطة انطلاقها، وثانيهما بلورة فروض الدراسة فى ضوء نتائج البحوث السابقة.

ويحكم استعراضنا للدراسات السابقة إطار تصنيفى يشتمل على محورين رئيسين، هما:

**المحور الأول:** الدراسات التى عُنيت بدور المتغيرات الديموجرافية والعيادية فى الامتثال الطبى لدى مرضى الأمراض المزمنة بوجه عام، ومرضى السكرى بوجه خاص.

**المحور الثانى:** الدراسات التى اهتمت بتأثير أبعاد المعتقدات الصحية على تحقيق درجة من الامتثال الطبى لدى المرضى.

وفيما يختص بالمحور الأول؛ نجد أن اهتمام الباحثين فى دراسة مفهوم الامتثال الطبى قد انصبَّ على تحديد المنبئات الديموجرافية (من قبيل الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم، والمهنة...)، والعيادية (مثل نوع المرض، والفترة الزمنية للمرض، ونوع العلاج، ودرجة تعقيد العلاج...).

وقد جاءت دراسة (مزوما Mzoma, 1986) من أبرز الدراسات التى اهتمت

(٥٪) إلى (١٠٪)، وترجع الإصابة بهذا المرض إلى توقف إنتاج هرمون الأنسولين، وذلك نتيجة تدمير جهاز المناعة لخلايا البنكرياس.

• **النمط الثانى:** ويسمى بالنوع غير المعتمد على الأنسولين **Non-Insulin dependent diabetes**، وهو الأكثر انتشاراً بين مرضى السكرى، ويصيب ما بين (٩٠٪) إلى (٩٥٪) من مرضى السكرى فوق سن العشرين، وهذا النوع من مرض السكرى كان يسمى فى الماضى بنمط الراشدين **Adult type diabetes**، لكن تغير هذا المسمى حينما وجد أن هناك اشخاصاً أقل من (٢٠) عاماً يصابون بهذا النوع، وكذلك قد يكونون فى حاجة إلى استخدام الأنسولين، ويحدث هذا النوع من السكرى إما عندما يفرز البنكرياس كمية غير كافية من الأنسولين، أو عندما تبدأ الخلايا فى عدم الاستجابة للأنسولين الموجود فى الدم (Brueschke, 1995, p.247; Rowley, 1999, p.1).

ولا يوجد حتى الآن علاج قاطع لمرضى السكرى، ولكن مع اتباع نظام غذائى محدد، والحفاظ على ممارسة التمارين الرياضية مع العلاج الدوائى قد يساعد ذلك على التحكم فى نسبة السكر فى الدم، واستمرار الحياة بشكل صحى وسليم (Rowley, 1999, p.2).

**الدراسات السابقة:**

بالرغم من الاهتمام البحثى المتزايد بمفهوم الامتثال الطبى فى التراث الأجنبى، لم يصادفنا من خلال المسح الشامل الذى

ألا وهو الامتثال في حضور مواعيد المتابعة.

واتفقت دراسة (سوليمان Solai- man, 2003) مع الدراسة السابقة، حيث وجدت أن درجة امتثال مرضى ضغط الدم للنصح الطبي لا تعتمد على عمرهم، ولا على حالتهم الاجتماعية والمهنية، ولكنها تتوقف على جنسهم، حيث كان الرجال أقل التزاماً من النساء، والمقيمون مع أسرهم أكثر امتثالاً بالمقارنة بالمقيمين بشكل منفرد.

وتتسق كذلك دراسة (جرانجر Granger, 2004) مع النتائج السابقة، حيث استخلصت أن الجنس يُعد من أهم المتغيرات الديموجرافية في التنبؤ بالامتثال الطبي لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة.

وفي دراسة أخرى هدفها هو تمييز الممتثلين وغير الممتثلين طبيًا لدى مجموعة من الذكور (ن=٦٢) يتراوح عمرهم ما بين ٨-٢٣ سنة، ومن ذوى الأمراض المزمنة (الربو، وسرطان الدم، والسكري)، كشفت الدراسة أن هناك اختلافًا بينهم في عدد من المتغيرات، وهي: شدة المرض، وإدراكهم المرض، وامتثال آبائهم للعلاج، واتجاهاتهم نحو العلاج، بالإضافة إلى الخصائص الديموجرافية للأسرة، كما أضافت الدراسة أن نوع المرض له دور أيضًا في الامتثال الطبي، حيث جاءت مجموعة مرضى الربو أكثر طلبًا وامتثالًا للعلاج بالمقارنة بالمجموعتين الأخرين (Vansciver, 1990).

بتحديد دور عدد من المتغيرات، منها: شدة المرض، والمساندة الاجتماعية، بالإضافة إلى بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية- في التنبؤ بدرجة الامتثال الطبي لدى عينة (ن=١٠٠) من مرضى النوع الثانى من مرض السكرى من الراشدين، وتوصلت نتائج تحليل الانحدار إلى أن متغير العمر يسهم بشكل كبير في التنبؤ بالامتثال الطبي سواء بشكل مستقل أو متفاعل مع متغيرات أخرى.

وتتسق نتائج دراسة (فيلدينج ودوف Fielding&Duff, 1999) مع النتائج السابقة، حيث وجد أن مرضى السكرى المراهقين أبدوا انخفاضاً ملحوظاً في أشكال الامتثال الطبي-من قبيل أخذ حقنة الأنسولين، وتناول الغذاء الصحى- بالمقارنة بمرضى السكرى الصغار، كما وجد أن النتيجة نفسها استخلصت من عينة من مرضى الفشل الكلوى المزمن، مما يدعم نتيجة أن الامتثال الطبي ينخفض مع زيادة العمر، وأضافت الدراسة أن طول فترة المرض أيضاً يؤدي إلى انخفاض الامتثال الطبي لدى عدد من مجموعات الأمراض المزمنة.

أما دراسة (تانبير Tanner, 1985) فتوصلت إلى أن هناك فروقاً بين الجنسين في الامتثال الطبي، حيث جاءت عينة السيدات المصابات بالأمراض المزمنة أكثر امتثالاً في مواعيد الحضور للعيادات من المرضى الذكور؛ أى أن لمتغير الجنس دوراً في تحديد شكل من أشكال الامتثال الطبي،

وجاءت بعض الدراسات لتفسر عدم الاتساق فى النتائج الخاصة بدور المتغيرات الديموجرافية، حيث توصلت إلى أن الخصائص المرتبطة بالنظام العلاجى أكثر تنبؤاً بالامتثال الطبى بالمقارنة بالمتغيرات الديموجرافية الخاصة بالمرضى، فكلما كان العلاج متمثلاً فى تناول دواء واحد لفترة زمنية محددة، كان الامتثال الطبى به بدرجة أكبر، على العكس من تناول دواء مركب لفترات زمنية طويلة (Gentry, 1977, p.206).

أما فيما يخص بالبحور الثانى الذى يدور حول الدراسات التى اهتمت بتأثير أبعاد المعتقدات الصحية على تحقيق درجة من الامتثال الطبى لدى المرضى، فقد توصلت دراسة (رولى Rowley, 1999, p.16) إلى أنه كلما كان اعتقاد المريض حول مرضه يتسم بالشك فى الإصابة، ودرجة خطورة متوسطة، وفوائد للعلاج فى تقليل خطورة المرض، وقدرته على التغلب على العوائق مثل التكاليف-كانت معدلات الامتثال مرتفعة لدى مرضى السكرى.

وأضاف (هاوكينس Hawkins, 2005) أن إدراك خطورة المرض وفعالية العلاج من أهم الاعتقادات الصحية المنبئة بدرجة الامتثال الطبى لدى عينة من مرضى الالتهابات المزمنة من المراهقين.

أما دراسة فارمر وآخرون (Farmer, Kinmonth&Sutton, 2005) فتوصلت -خلال عينة (ن=١٢١) من مرض النوع الثانى من مرض السكرى- إلى أن اعتقاد

وجاءت نتائج دراسة كوكيز وزملاؤه (٢٠٠٧) بنتائج عكسية، حيث توصلت من خلال فحصها لدور المتغيرات الديموجرافية والمكانية فى التنبؤ بالامتثال لعمل فحص دورى لعينة (ن=٤٨٦) من السيدات المستهدفات للإصابة بسرطان الثدي، إلى أن العمر، والجنس، وشدة الورم، ومستوى التعليم، وعدد الأبناء، والتدخين، وإدراك الصحة الجسمية لا تمثل منبئات للامتثال لعمل الفحص، فى حين جاءت العوامل المرتبطة بالمؤسسة العلاجية Institutional Factors من أكثر المتغيرات أهمية فى التنبؤ بالامتثال الطبى لدى السيدات (Coker, Eggleston, Meyer, Luchok&Das, 2007).

كما سجل بعض الباحثين عدداً من العوامل المسؤولة عن تحديد درجة الامتثال الطبى للمرضى، وتم تقسيم هذه العوامل إلى ثلاث فئات هى:

- ١ - الخصائص الديموجرافية للمريض (السن، والجنس، ومستوى التعليم...).
- ٢ - خصائص المرض (مثل تحديد خطورة المرض، والفترة الزمنية...).
- ٣ - نظام العلاج (نوع العلاج، وطول الفترة الزمنية، ودرجة تعقيده، وتكاليفه... (Shenolikar, 2006, pp. 4-5).

وأضاف بعض الباحثين أن مثل هذه الخصائص لا تعد منبئاً، أو معدلاً لدرجة الامتثال الطبى لدى المرضى (Fikry, 1987, p.10).

نموذج المعتقدات الصحية وبعض المتغيرات الديموجرافية والكفاءة الذاتية في الامتثال الطبي، أن المعتقدات الصحية ليست منبئاً بدرجة الامتثال لبرنامج نظام غذائي لدى عينة (ن=١١٨) من مرضى النوع الثاني من مرض السكري. تعقيب على الدراسات السابقة؛

على ضوء ما سبق يمكن أن نخلص إلى وضع ملاحظات مهمة، هي:

١ - أن مؤشرات عدم الامتثال الطبي بوجه عام مرتفع بين فئات المرضى سواء المزمّن منها والحاد، وأن هذا المستوى المرتفع المستمر من عدم الامتثال يشكل مشكلة طبية كبرى.

٢ - تفاوت مؤشرات ومنبئات عدم الامتثال الطبي في ظل الأمراض المزمنة - كما كشفت عنها الدراسات السابقة - يبدو في حاجة إلى إعادة استكشاف لتبين أكثرها شيوعاً وتنبؤاً بين المرضى في ضوء الثقافة العربية بوجه عام، والمصرية بوجه خاص.

٣ - أن تحديد دور هذه المتغيرات له أولويته التي تسبق أية إجراءات للنصح الطبي، لما لها من أهمية في تحديد درجة امتثال المرضى لهذه الإجراءات المطلوبة منهم في الأصل.

٤ - يتضح من الدراسات السابقة تركيز الباحثين على تحديد المنبئات الخاصة بأحد أنماط الامتثال الطبي، كتناول الدواء، أو الالتزام بنظام غذائي، أو ممارسة نشاط جسمي، أو تحديد مواعيد للمتابعة... إلخ، وهم في ذات

فوائد العلاج يرتبط بشكل دال مع استمرار المريض في تناول الدواء بشكل منتظم.

كذلك اتفقت دراسة لينش وآخرون (Lynch et al., 2000) مع النتيجة السابقة، حيث وجدت أن الامتثال لنظام غذائي يقلل الكولسترول في الدم - لدى عينة مكونة من ٦٦ فرداً - يعتمد بشكل كبير على معتقد إدراك الفوائد الصحية للنظام الغذائي، ومعتقد إدراك خطورة الكولسترول في الدم، وأضافت أن المعتقدات الصحية أكثر تنبؤاً بالامتثال الطبي بالمقارنة بسمات الشخصية.

وتتسق مع النتائج السابقة دراسة أخرى هدفها فحص نموذج المعتقدات الصحية في قدرته على التنبؤ بالامتثال الطبي لدى عينة من مرضى الاضطرابات العقلية، حيث وجدت أن معتقد خطورة المرض ومعتقد إدراك فوائد ومعوقات العلاج من أهم المنبئات المرتبطة بالامتثال (Admas&Scott, 2000).

وكشفت دراسة (مارتيو، Marteau, 1995, p.7) - من خلال تحليل مضمون ١٩ دراسة هدفها هو ترتيب أهمية أبعاد المعتقدات الصحية في التنبؤ بالامتثال - أن معتقد إدراك الفوائد الخاصة بالعلاج من أكثر الأبعاد تنبؤاً، يليه في الدرجة معتقد إدراك خطورة المرض من حيث الأهمية في التنبؤ بدرجة الامتثال الطبي لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة.

وجاءت دراسة (جيردود، Gird-wood, 2007) بنتائج متناقضة مع ماسبق، حيث وجدت أثناء اختبارها لدور



الصحية فى ظل عزل تأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية.

٣ - تعمل المتغيرات الديموجرافية والعيادية والمعتقدات الصحية كمنبئات لأنماط الامتثال الطبي لدى المرضى الممتثلين طبيًا.

#### منهج الدراسة وإجراءاتها:

##### ١- العينة:

تكونت عينة الدراسة من (٦٠) مريضاً بمرض السكرى المتردين على وحدة السكرى بمستشفى عين شمس الجامعى (الدمرداش) التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس، ويتراوح المدى العمرى لهم ما بين (٢٥) إلى (٧٦) سنة، بمتوسط مقداره (٣٩,٥٥) سنة، وانحراف معيارى يقدر بـ  $(\pm 12,60)$ ، وكان متوسط طول فترة الإصابة بالمرض (٨٦,١٠) شهرًا، بانحراف معيارى (٥٨,٣٧)، فى حين كان متوسط طول فترة خضوع العينة للعلاج (٧٨,٣٩) شهرًا، بانحراف معيارى (٥٦,٩٦). ويوضح جدول رقم (١) توزيع أفراد العينة وفقًا للخصائص الديموجرافية.

الوقت يبتعدون عن تحديد منبئات الامتثال الطبي بشكل عام.

٥ - تنبه بعض الدراسات بأن مشكلة عدم الامتثال الطبي فى ميدان المرض المزمن لا يقتصر تأثيرها على المريض فقط، وإنما تشتمل أيضًا على مدى فعالية الدواء، وكفاءة المختص بالعلاج، وهذا يعنى أن الأضرار المتوقعة من عدم الامتثال الطبي تفوق حدود المريض ذاته، وهو ما يتطلب مزيداً من الجهد البحثى لاستكشاف مدى خطورة تلك المشكلة، ومدى حاجتها إلى وضعها على قائمة عوامل الاستهداف الداعية للإجراءات الوقائية.

ومن خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن صياغة الفروض التى تسعى الدراسة إلى التحقق منها، كما يأتى:

١ - تختلف درجة امتثال المرضى للنصح الطبي ومعتقداتهم الصحية وفقًا لكل من المتغيرات الديموجرافية والعيادية.

٢ - تتباين درجة الامتثال للنصح الطبي لدى المرضى بتباين المعتقدات

جلول رقم (١)

الخصائص الديموجرافية للعينة الكلية (ن=٦٠)

الحالة الاجتماعية				المستوى التعليمي				الجنس		
أرمل	مطلق	متزوج	اعزب	جامعي	متوسط	إعدادية	يقرأ ويكتب	أمى	ذكور	إناث
٤	٢	٣٩	١٥	١١	٢١	٣	١١	١٤	٣٦	٢٤
الإقامة				الحالة المهنية						
بمفرده	مع الأبناء	مع الزوج أو الزوجة	مع الوالدين	على المعاش	متقاعد طبيًا	يبحث عن وظيفة	يعمل جزءًا من الوقت	في المدرسة أو الجامعة	لا يعمل	
٤	٩	٣١	١٦	٨	٤	٢٩	٣	١٤	٢	

العيادية للمريض، مثل الفترة الزمنية لبدء ظهور المرض، والعلاج. ومن الجدير بالإشارة أنه تم إعداد كل من اختبار الامتثال للتعليمات والنصح الطبي، واختبار المعتقدات الصحية بالدراسة الراهنة بما يتناسب ومتغيراتها المستهدفة بالقياس، وبما يلائم الثقافة المصرية، ويتسق مع طبيعة مشكلة الدراسة. وتم تكوين هذه الاستخبارات على ضوء استعراض عدد كبير من المقاييس الأجنبية والعربية ذات الصلة، منها على سبيل المثال: مقياس الامتثال الطبي لـ (جارسيا وآخرون Garcia et al., 2003)، واختبار الامتثال الطبي لدى المدخنين لـ (بينجامين، وشيرى، ودانيل، وبيتر، وستيفاني Benjamin, Sherry, Daniel, Pe-

وفي إطار توزيع أفراد العينة على المتغيرات الديموجرافية أمكن تكوين مجموعات فرعية على كل متغير منها، وذلك لاستكشاف مدى علاقتها بالمفهوم الرئيس للدراسة الراهنة، وهو الامتثال للنصح الطبي لدى المرضى.

٢- الأدوات:

اشتملت بطارية الأدوات على ما يأتي:

أ - اختبار الامتثال للتعليمات والنصح الطبي.

ب - اختبار المعتقدات الصحية.

ج - استمارة بيانات الحالة، وهي تحتوى على بنود البيانات الديموجرافية للمريض، والتي تشمل: الجنس، والسن، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والحالة المهنية، وموطن الإقامة، وبعض بنود البيانات

أولاً: استخبار الامتثال للتعليمات والنصح الطبي؛ وهو يحتوى على (٤١) بنداً، تعكس مدى التزام المريض بالقيام بالتوصيات الطبية الموصوفة له من قبل القائمين بالرعاية الصحية، وتكشف هذه السلوكيات في المجالات الآتية: مجال تناول الدواء الطبي، ومجال اتباع النظام الغذائي، ومجال ممارسة النشاط الجسمي، ومجال التعليمات الطبية (تحديد المتابعة، وعمل الفحوصات، وتعليمات صحية)، وتقاس هذه المجالات بالمقاييس الآتية:

١ - استخبار الامتثال لتناول الدواء الطبي: يتكون من (١٨) بنداً في صورة عبارات تقريرية؛ تعكس مدى امتثال المريض لنظام تناول الدواء الطبي كما وصفه له المختص بالرعاية الصحية.

٢ - استخبار الامتثال في اتباع النظام الغذائي: يتكون من (٩) بنود، في صورة عبارات تقرير ذاتي، تعبر عن تقييم المريض في اتباعه لنظام غذائي موصوف له من قبل المختصين.

٣ - استخبار امتثال ممارسة النشاط الجسمي: ويشتمل على (٥) بنود في صورة عبارات تقريرية، تعكس مدى قيام المريض ببعض الأنشطة الجسمية التي طلب منه المختص اداءها.

٤ - استخبار امتثال للتعليمات الطبية: ويتألف من (٩) بنود في صورة عبارات تقريرية تصف امتثال المريض للتعليمات الطبية المتمثلة في تحديد

واستخبار (ter&Stephanie, 2007) الامتثال الطبي لدى مرضى الاستصفاء الدموي المتكرر لـ (فلامينك، ومايس، وجاكوبس، ورينتجينس، وإفيس Vla- minck, Maes, Jacobs, Reynti-jens&Evers, 2001)، ومقياس الامتثال الطبي لـ (هايس، وآخرون Hays, et al., 1994)، واستخبار الامتثال الطبي للتحكم في مستوى الكوليسترول في الدم لـ (بريوير، وشابمان، وبرونلي، وليفينثال Brewer, Chapman, Brownlee& Leventhal, 2002)، ومقياس المعتقدات الصحية لـ (دينوج، وآخرون Duong, et al., 2001)، ومقياس المعتقدات الصحية لـ (هاى Hay, et al., 2003)، واستخبار المعتقدات الصحية لـ (لى، وبوكير Lie& Boker, 2004)، واستخبار المعتقدات الصحية لدى مرضى السكري لـ (باتينو، وسانشين، وإيدسون، وديلاماتر Pati- no, Sanchez, Eid-son&Delamater, 2005).

وبعد أن تم تحديد وصياغة بنود كل استخبار على حدة على النحو الذى يعكس أبعاد كل مفهوم، تم تطبيق تلك الاستخبارات على عينة استطلاعية مصغرة للتحقق من وضوح التعليمات الخاصة بالاستخبارات، وضبط الفترة الزمنية التي يستغرقها التطبيق، والتحقق من مدى ملاءمة البنود للمستويات التعليمية المنخفضة. وفيما يأتى وصف للاستخبارات فى صورتها النهائية:

الاستخبارات الفرعية مؤشراً على ازدياد امتثال المريض.

ثانياً: استخبار المعتقدات الصحية:

يتكون من (٤٢) بنداً مصنوعة في شكل جمل تقريرية تعبر عن مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي لدى المريض، والمرتبطة بمرضه، من حيث التشخيص والعلاج، وتتكشف هذه الاعتقادات والأفكار في المقاييس الآتية:

١ - مقياس إدراك إمكانية الإصابة بالمرض، ويتكون من (١٠) بنود، تعكس مجموعة من الأفكار التي تدور حول احتمالية الإصابة بالمرض. وبما أن هؤلاء المرضى مصابون بالفعل، فإن القابلية المدركة للإصابة بالمرض أعيدت صياغتها لتشمل توقع التدهور أو الانتكاس من خلال تقديرات المريض لقابلية الإصابة بمرض آخر.

٢ - مقياس إدراك خطورة المرض، وهو يتكون من (١٠) بنود، ويحتوي على مجموعة من الاعتقادات التي تختص بتقييم كل من النواتج الإكلينيكية والاجتماعية المتعلقة بخطورة المرض.

٣ - مقياس إدراك فوائد الفعل، ويحتوي على (١٠) بنود تعكس مجموعة الاعتقادات التي تدور حول الفوائد المدركة للقيام بسلوك ما، ربما يؤدي إلى تقليل تهديد المرض وخطورته.

٤ - مقياس إدراك معوقات الفعل، ويتكون من (١٢) بنداً، ويعكس مجموعة من الاعتقادات الخاصة بالمعوقات الخاصة بعدم حصول المريض على الفائدة

المتابعة، وعمل الفحوصات، وتعليمات صحية.

وتتطلب الإجابة عن الاستخبار ككل أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة (بند) عليه، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (لاتنطبق - تنطبق بدرجة قليلة - تنطبق بدرجة متوسطة - تنطبق بدرجة كبيرة)، وتقدر الدرجة بمنح البند الواحد درجة من أربعة بدائل هي: درجة واحدة (لاتنطبق)، ودرجتان (تنطبق بدرجة قليلة)، وثلاث درجات (تنطبق بدرجة متوسطة)، وأربع درجات (تنطبق بدرجة كبيرة)، وهذا في حالة البنود الموجبة، أما البنود السالبة فيتم تقديرها وفقاً للاتجاه العكسي لمقياس التدرج السابق، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على الاستخبار ككل (١٦٤) درجة (٤١ بنداً  $\times$  ٤ درجات)، أما الحد الأقصى للدرجة على استخبار الامتثال في تناول الدواء الطبي فيبلغ (٧٢) درجة (١٨ بنداً  $\times$  ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على استخبار امتثال المريض في اتباع النظام الغذائي (٣٦) درجة (٩ بنود  $\times$  ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على استخبار امتثال ممارسة النشاط الجسمي (٢٠) درجة (٥ بنود  $\times$  ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على استخبار امتثال المريض للتعليمات الطبية (٣٦) درجة (٩ بنود  $\times$  ٤ درجات)، وطبقاً لنظام توزيع الدرجة على مقياس التدرج، تصبح الدرجة المرتفعة على الاستخبار ككل أو على

إدراك خطورة المرض (٤٠) درجة (١٠ بنود  $\times$  ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى على اختبار إدراك فوائد الفعل (٤٠) درجة (١٠ بنود  $\times$  ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على اختبار إدراك معوقات الفعل (٤٨) درجة (١٢ بنود  $\times$  ٤ درجات).

#### تقدير الكفاءة القياسية للأدوات:

وصف عينة تقدير الكفاءة القياسية للأدوات: تكونت هذه العينة من (٣٠) مريضاً بمرض السكري المترددين على وحدة السكري بمستشفى عين شمس الجامعي بجامعة عين شمس، وتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٥٢) سنة، بمتوسط عمري مقداره (٢٧,٣٠) سنة. ويوضح جدول رقم (٢) الخصائص الديموجرافية لتلك العينة:

المتوقعة من العلاج لأسباب متعددة، منها أنه قد يستغرق وقتاً طويلاً أو يتطلب مجهوداً كبيراً، أو كونه غالى الثمن، أو غير متوفر...إلخ.

ويتطلب الاختبار ككل أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة (بند) عليه، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (لاوافق - أوافق بدرجة قليلة - أوافق بدرجة متوسطة - أوافق بدرجة كبيرة)، ومن ثم تقدر الدرجة على الاختبار ككل بمنح البند الواحد درجة من أربعة بدائل مثل السابق، ومن ثم يبلغ الحد الأقصى للدرجة على الاختبار ككل (١٦٨) درجة (٤٢ بنود  $\times$  ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى على اختبار إدراك إمكانية الإصابة بالمرض (٤٠) درجة (١٠ بنود  $\times$  ٤ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على اختبار

جدول رقم (٢): الخصائص الديموجرافية لعينة تقدير الكفاءة القياسية للأدوات (ن=٣٠)

الحالة الاجتماعية			المستوى التعليمي				الجنس	
أرمل	متزوج	أعزب	جامعي	متوسط	إعدادية	يقرأ ويكتب	ذكور	إناث
١	٢٥	٤	١٤	١٠	٢	٤	١٣	١٧
الإقامة			الحالة المهنية					
بمفرده	مع الزوج أو الزوجة	مع الوالدين	متقاعد طبياً	يبحث عن وظيفة	يعمل جزءاً من الوقت	فى المدرسة أو الجامعة	لايعمل	
١	٢٥	٤	٩	٧	٩	٤	١	

أولاً: صدق الأدوات:

تم اتباع الطرق الآتية لتقدير صدق الأدوات:

(١) طريقة المحكمين: عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي لمدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام، ثم حساب ارتباط تقديرات المحكمين وأحكامهم على هذا التمثيل.

(٢) المجموعات المضادة\*: وتقوم على حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعتين متطرفتين، إحداهما حصلت على تقدير مرتفع على كل مقاييس الدراسة، والأخرى على تقدير منخفض.

(٣) حساب الاتساق الداخلي\*\*: من خلال حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية على كل من المقاييس الفرعية والمقياس الكلي.

وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات:

إذا بدأنا بطريقة المحكمين، نجد أن تقدير مدى التطابق بين فقرات المقياس والمجال الذي يقيسه الاستخبار لا يلزم فيه

أن يعتمد تقدير هذا النوع من الصدق على مؤشر إحصائي أو على تقديرات كمية محددة؛ بل يمكن أن يؤسس على أحكام منطقية فقط تستمد من المتخصصين في المجال النفسي (Kline, 1993, p.22)، وعلى هذا تم عرض الاستخبارات على الأساتذة المتخصصين\*\*\* للحكم على مدى تمثيل البنود للمجال السلوكي محل الاهتمام. وبناء على نتائج فحص هؤلاء المحكمين للاستخبارات وملاحظاتهم، تم إدخال التعديلات الآتية:

١ - تعديلات في صياغة البنود بصورة تجعلها أكثر وضوحاً ودقة وسهولة في الفهم والاستيعاب.

٢ - حذف عدد من البنود المتشابهة؛ لمنع تكرار الأفكار بصور مختلفة.

٣ - تعديل مستويات شدة الإجابة من المقياس ثلاثي الدرجات إلى مقياس رباعي الدرجات؛ وذلك لتتلاءم مع طبيعة العينة المرضية، وللدقة في تحديد مدى انطباق البند على المريض.

\* تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين، تمثل المجموعة الأولى أقل ٢٥٪ (الربيع الأدنى) من الأفراد على كل مقاييس الدراسة، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى ٢٥٪ (الربيع الأعلى)، بهدف اختبار قدرة كل مقياس على التمييز بين المنخفضين والمرتفعين في المتغيرات محل الدراسة.

\*\* معامل الارتباط المقبول فيما يشير كلين ونزنالى (٠,٢)، وقد استخدم باحثون آخرون معامل ارتباط أعلى (٠,٣)، وقد اعتمدت الدراسة الراهنة درجة وسطى بين الدرجتين السابقتين (٠,٢٥) كحد أدنى لمعامل ارتباط البند بالدرجة الكلية.

\*\*\* قام كل من المرحوم الأستاذ الدكتور جمعة سيد يوسف، والأستاذ الدكتور فيصل يونس، والأستاذة الدكتورة سهير فهيم الغباشي، والأستاذ الدكتور شعبان جاب الله رضوان، والأستاذ الدكتور إبراهيم شوقي بكلية الآداب - جامعة القاهرة بتحكيم مقاييس الدراسة، وتنتهز الباحثة الفرصة لتشكرهم جميعاً على ما بذلوه معها من جهد ملموس في هذا الصدد.

وإذا انتقلنا إلى طريقة المجموعات المتضادة، نجد أن المناقشة السابقة لصدق الاستخبارات نكون قد قطعنا خطوة للأمام في اتجاه التحقق من صدق تكوين المقياس، فكما يرى بعض خبراء القياس أن دراسة صدق محتوى المقياس توفر شواهد وأدلة حول التكوين الفرضي الذي يقيسه المقياس، وهو ما أكدته (أنستازي - Anas-tasi) بقولها إنه لا توجد أية معلومة تتعلق بصدق الأداة إلا ولها إسهام في تقدير صدق التكوين (Anastasi, 1990, p.153). ويوضح جدول رقم (٣) تلك المعاملات:

وكان من نتائج تحكيم الاستخبارات أيضاً أن اتفق المتخصصون على كفاءة الاستخبارات النفسية المصممة، كما شهدوا بوجود اتساق واضح بين مضمون كل اختبار، والوظيفة الرئيسية التي أعد لقياسها، وقد اتفقت تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب تتراوح بين (٨٣٪) و(١٠٠٪)، ومن الملاحظ أن أغلب البنود تم الاتفاق عليها بنسبة (١٠٠٪)، وهذا دليل على مدى تمثيل هذه البنود في كل مقياس للهدف الأساسي المطلوب قياسه.

### جدول رقم (٣)

#### دلالة الفروق بين متوسطين كل مجموعتين متعارضتين

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المتغيرات	
		ع	م	ع	م		
٠,٠٠١	٩,٠٣-	١,٢٠	٣٤,٣٨	٤,٦٨	٢٤,٥٦	الامتثال لتناول الدواء الطبي	(أ) الامتثال الطبي
٠,٠٠١	١٤,٨٨-	١,٥٦	٢٢,٥٦	١,٨٨	١٣,٤٠	الامتثال لنظام غذائي	
٠,٠٠١	١٣,٤٦-	٠,٨١	١٠,٥٧	١,٠٨	٦,٣٨	الامتثال لممارسة النشاط	
٠,٠٠١	٩,٤١-	١,٤١	٢١,١٩	١,٨٤	١٦,٤٠	الامتثال للتعليمات الطبية	
٠,٠٠١	١٤,٦٠-	٤,٣٢	٩١,٥٦	٦,٩٨	٦٢,٤٧	الامتثال الطبي الكلي	
٠,٠٠١	١٧,٥٧-	٢,٥١	٢١,٧٩	١,٢٦	١٠,٤٧	إدراك إمكانية الإصابة بالمرض	(ب) المعتقدات الصحية
٠,٠٠١	١٥,٩٨-	٢,٨٧	٢١,٣٥	٠,٤٨	٩,٣٣	إدراك خطورة المرض	
٠,٠٠١	١٧,١٣-	٠,٨٨	٢٥,٨٥	١,٧٨	١٨,٢١	إدراك فوائد الفعل	
٠,٠٠١	١٣,٤٧-	٢,٢٣	١٧,٢٠	٠,٦٦	١٠,٣٣	إدراك معوقات الفعل	
٠,٠٠١	٢٠,٢١-	٥,٠٩	٨٠,٩٤	١,٩٨	٥٢,٦٦	المعتقدات الصحية	

على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الفرعى الذى تتبعه. وفيما يأتى نتائج هذا الإجراء مبينة فى الجدولين رقمى (٤) و(٥) على التوالى بعد حذف البنود منخفضة الدلالة، التى يقل معامل ارتباطها عن (٠,٢٥).

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفروق بين مجموعتى التضاد جاءت دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، مما يمثل مؤشراً على صدق الاستخبارات. وأخيراً طريقة تقدير الاتساق الداخلى من خلال حساب معامل ارتباط الدرجة

#### جدول رقم (٤)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على المقاييس الفرعية للامتثال الطبى بعد حذف البنود منخفضة الدلالة (ن=٣٠)

استخبار التعليمات الطبية		استخبار ممارسة النشاط الجسمى		استخبار اتباع النظام الغذائى		استخبار تناول الدواء الطبى	
ارتباط البند بالدرجة الكلية عليه	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية عليه	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية عليه	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية عليه	البنود
٠,٥٧	٢	٠,٢٨	٦	٠,٤٢	١	٠,٥٨	٤
٠,٥٨	٣	٠,٢٥	١٤	٠,٤٣	٧	٠,٣٥	٨
٠,٢٥	٥	٠,٣٧	٢١	٠,٤٢	١٧	٠,٤٩	١٠
٠,٦٢	١٥	٠,٣٠	٤	٠,٢٥	٢٣	٠,٦٥	١٢
٠,٣٣	١٦			٠,٥٣	٢٤	٠,٧٥	١٨
٠,٥٣	٣٠			٠,٣٨	٢٧	٠,٤٧	١٩
٠,٣٦	٣٤			٠,٤٧	٢٩	٠,٥٣	٢٠
٠,٦٢	٣٨			٠,٤٨	٣١	٠,٧٨	٢٥
٠,٧٠	٣٩			٠,٣٢	٣٦	٠,٤٩	٢٦
						٠,٣٦	٣٣
						٠,٤٩	٣٥
						٠,٣٥	٣٧



جدول رقم (٥)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية  
بعد حذف البنود منخفضة الدلالة (ن=٣٠)

مقياس إدراك المعوقات للفعل		مقياس إدراك فوائد الفعل أو السلوك		مقياس إدراك خطورة المرض		مقياس إمكانية الإصابة بالمرض	
ارتباط البنود بالدرجة الكلية عليه	البنود	ارتباط البنود بالدرجة الكلية عليه	البنود	ارتباط البنود بالدرجة الكلية عليه	البنود	ارتباط البنود بالدرجة الكلية عليه	البنود
٠,٣٩	٢	٠,٥٠	٥	٠,٨٧	١٠	٠,٥٣	٦
٠,٣٧	٣	٠,٦١	١١	٠,٧١	١٢	٠,٧٠	٢٧
٠,٢٨	٨	٠,٤٦	١٧	٠,٥٤	١٣	٠,٥٩	٢٩
٠,٢٥	٩	٠,٤٢	٢٠	٠,٥٨	١٩	٠,٧٧	٣٠
٠,٣١	١٥	٠,٥١	٢٣	٠,٧٣	٢٢	٠,٥٨	٣١
٠,٤٢	١٦	٠,٥٢	٣٢	٠,٧٣	٢٤	٠,٧٤	٣٣
٠,٣٩	١٨	٠,٥٤	٣٦	٠,٥٦	٢٦	٠,٣٩	٣٤
٠,٣٢	٢١	٠,٣٧	٤١	٠,٨١	٢٨	٠,٧٠	٣٨
٠,٥٢	٣٥	٠,٣٣	٤٢	٠,٥٩	٤٠	٠,٥٩	٣٩

١ - معامل ألفا كرونباخ :

يُعد معامل ثبات ألفا بمثابة أداة إحصائية حساسة لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم بها حساب اتساق وتجانس المقياس الواحد، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد (Anastasi, 1990, p.123). ويوضح جدول رقم (٦) معاملات الثبات بطريقة ألفا لجميع اختبارات الدراسة:

ثانياً: ثبات الأدوات:

اعتمدت الدراسة الراهنة على مؤشرات الثبات الآتية لأدواتها :

١ - معامل ألفا كرونباخ Cronbach Alpha Coefficient.

٢ - معامل الثبات بطريقة القسمة النصفية Split - Half Reliability.

وفيما يأتى نعرض لنتائج هذه الإجراءات:

جلول رقم (٦)

معاملات الثبات بطريقة ألفا لجميع اختبارات الدراسة (ن=٣٠)

م	الاختبارات	معامل ألفا
(١)	<u>استخبار الامتثال الطبي:</u>	
	١ - استخبار تناول الدواء الطبي	٠,٨٥
	٢ - استخبار اتباع النظام الغذائي	٠,٧٣
	٣ - استخبار ممارسة النشاط الجسمي	٠,٥٠
	٤ - استخبار التعليمات الطبية	٠,٨١
	الدرجة الكلية للاستخبار	٠,٨٩
(ب)	<u>استخبار المعتقدات الصحية :</u>	
	١ - مقياس إدراك إمكانية الإصابة بالمرض	٠,٨٩
	٢ - مقياس إدراك خطورة المرض	٠,٩٠
	٣ - مقياس إدراك فوائد الفعل أو السلوك	٠,٧٨
	٤ - مقياس إدراك المعوقات للفعل	٠,٦٨
	الدرجة الكلية للاستخبار	٠,٨٩

٢ - القسمة النصفية :

أما الطريقة الثانية لحساب الثبات فهي القسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان-براون، وجاءت معاملات الثبات طبقاً لها على النحو الموضح بجدول رقم (٧).

ويشير الجدول السابق إلى أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ تراوحت بين (٠,٥٠ - ٠,٩٠)، وهي معاملات ثبات مرتفعة؛ إذ إن معامل الثبات المقبول -طبقاً لمحك ثبات (جيلفورد -Guilford) - لا يجوز أن يقل عن (٠,٥)، وإلا فسيستبعد الاختبار (Guilford, 1965, p.208).

جلول رقم (٧)

معاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية بعد تصحيح الطول لجميع اختبارات الدراسة (ن=٣٠)

م	الاختبارات	عدد البنود	معامل الثبات
(أ)	<u>استخبار الامتثال الطبي:</u>		
	٥ - استخبار تناول الدواء الطبي	(٦/٦)	٠,٧٩
	٦ - استخبار اتباع النظام الغذائي	(٤/٥)	٠,٧٨
	٧ - استخبار ممارسة النشاط الجسمي	(٢/٢)	٠,٥٤
	٨ - استخبار التعليمات الطبية	(٤/٥)	٠,٧٩
	الدرجة الكلية للاستخبار	—	٠,٧٣
(ب)	<u>استخبار المعتقدات الصحية :</u>		
	١ - مقياس إدراك إمكانية الإصابة بالمرض	(٤/٥)	٠,٨٣
	٢ - مقياس إدراك خطورة المرض	(٤/٥)	٠,٩٢
	٣ - مقياس إدراك فوائد الفعل أو السلوك	(٤/٥)	٠,٨٤
	٤ - مقياس إدراك المعوقات للفعل	(٤/٥)	٠,٥٤
	الدرجة الكلية للاستخبار	—	٠,٧٨

١ - استخبار الامتثال الطبي، ويتكون من (٣٤) بنداً.  
 ٢ - استخبار المعتقدات الصحية، ويتكون من (٣٦) بنداً.  
 خطة التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة:  
 أثار التساؤلات الرئيسية للدراسة خطة للتحليل الإحصائي للبيانات على النحو الذي سنفصله فيما يأتي:

ويوضح الجدول السابق أن معاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية تراوحت بين (٠,٩٢-٠,٥٤)، مما يشير إلى تمتع كافة الاختبارات بدرجات ثبات مقبولة، بما يسمح بإمكانية الاعتماد عليها في جميع بيانات الدراسة الراهنة.  
 ووصفاً للاختبارات في صورتها النهائية، تكونت أدوات الدراسة في صورتها النهائية من استخبارين، هما:

الإحصائي لتأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية، والهدف من هذا الإجراء هو تبين علاقة الامتثال الطبي بالمعتقدات الصحية بمعزل عن أية متغيرات ديموجرافية وعيادية.

وأما التساؤل الثالث للدراسة، فهو "ما المتغيرات الديموجرافية والعيادية والمعتقدات الصحية التي تعمل كمنبئات لدى المرضى الممثلين طبيًا بأشكاله المختلفة؟". ويتطلب ذلك عمل التحليلات الآتية:

١ - حساب تحليل الانحدار المتدرج: حيث تعمل أبعاد المعتقدات الصحية النوعية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، والمتغيرات الديموجرافية والعيادية كمتغيرات منبئة، والامتثال الطبي الكلي كمتغير تابع لدى عينة الممثلين طبيًا بوجه عام.

٢ - حساب تحليل الانحدار المتدرج: حيث تعمل أبعاد المعتقدات الصحية النوعية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، والمتغيرات الديموجرافية والعيادية كمتغيرات منبئة، والامتثال الطبي للدواء كمتغير تابع لدى عينة الممثلين للدواء.

٣ - حساب تحليل الانحدار المتدرج: حيث تعمل أبعاد المعتقدات الصحية النوعية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، والمتغيرات الديموجرافية والعيادية كمتغيرات منبئة، والامتثال

على ضوء التساؤل الأول ونصه: "هل تختلف درجة امتثال المرضى للنصح الطبي ومعتقداتهم الصحية وفقاً لكل من المتغيرات الديموجرافية والعيادية"؟، يمكن أن نضمن الخطة الإجراءات الآتية:

١ - إجراء تحليل التباين في اتجاه واحد بين المجموعات الفرعية المصنفة على أساس كل متغير ديموجرافي وعيادي على حدة (مستوى التعليم- النوع- الحالة الاجتماعية) لاستكشاف مدى وجود تباين بينها في الامتثال الطبي والمعتقدات الصحية من خلال قيمة "ف".

٢ - ثم حساب قيم المتوسط والانحراف المعياري ودلالة الفروق بين المتوسطات على كل من الامتثال الطبي والمعتقدات الصحية بين كل اثنتين من مجموعات المقارنة المتعددة لاستكشاف مواضع التباين بين المجموعات واتجاهاتها.

أما التساؤل الثاني للدراسة، فهو "هل تتباين درجة الامتثال الطبي بتباين المعتقدات الصحية في ظل عزل تأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية؟".

وتتطلب الإجابة عن هذا التساؤل إجراء تحليل التباين<sup>(١)</sup>؛ والذي يتم بمقتضاه توضيح شكل الفروق بين مجموعات المرضى الثلاث (منخفضي الامتثال، ومتوسطي الامتثال، ومرتفعي الامتثال) في المعتقدات الصحية في ظل التثبيت

وفيما يأتى عرض تفصيلى لنماذج هذه التحليلات الإحصائية:

#### النتائج:

سوف يتم تنظيم العرض فى ثلاثة أقسام على أن تعنى نتائج كل قسم منها بأحد الأسئلة الرئيسة للدراسة. أولاً، نتائج تحليلات القسم الأول:

ويختص القسم الأول بتأثير المتغيرات الديموجرافية (الجنس، والمستوى التعليمى، والحالة الاجتماعية، والحالة المهنية، والإقامة)، والعيادية (فترة المرض، وفترة العلاج، وتقدير درجة خطورة المرض، وتقدير الصحة) فى كل من امتثال المرضى للنصح الطبي والمعتقدات الصحية، ونعرض لنتائج\* هذا القسم فى جدول رقم (٨) كما يأتى:

الطبي للغذاء كمتغير تابع لدى عينة الممتثلين للغذاء.

٤ - حساب تحليل الانحدار المتدرج: حيث تعمل أبعاد المعتقدات الصحية النوعية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، والمتغيرات الديموجرافية والعيادية كمتغيرات منبئة، والامتثال الطبي لممارسة النشاط الجسمى كمتغير تابع لدى عينة الممتثلين للنشاط الجسمى.

٥ - حساب تحليل الانحدار المتدرج: حيث تعمل أبعاد المعتقدات الصحية النوعية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، والمتغيرات الديموجرافية والعيادية كمتغيرات منبئة، والامتثال الطبي للتعليمات الطبية كمتغير تابع لدى عينة الممتثلين للتعليمات الطبية.

\* سنكتفى فى هذا الجزء بعرض التأثيرات الدالة فقط للمتغيرات الديموجرافية والعيادية موضع اهتمام الدراسة.

جلول رقم (٨): تحليل التباين ذي الاتجاه الواحد لتوضيح أثر المتغيرات الديموجرافية والعيادية في كل من امتثال المرضى للنصح الطبي والمعتقدات الصحية

المتغير التطبيقي	المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
(أ) المستوى التعليمي	معتقد إمكانية الإصابة بالمرض	بين المجموعات	٢٠٨,٧٨	٤	٧٧,١٩	٢,٨٨	٠,٠١
		داخل المجموعات	١٠٩٥,١٥	٥٥	١٩,٩١		
		الكلية	١٤٠٢,٩٢	٥٩			
	معتقد إدراك خطورة المرض	بين المجموعات	٢٥٢,١٥	٤	٨٨,٢٩	٤,٤٩	٠,٠٠١
		داخل المجموعات	١٠٨٠,١٨	٥٥	١٩,٦٤		
		الكلية	١٤٣٢,٣٢	٥٩			
	معتقد إدراك العوائق	بين المجموعات	١١٠,٢٨	٤	٢٧,٥٧	٢,٠٨	٠,٠٠٢
		داخل المجموعات	٤٩٢,٧٠	٥٥	٨,٩٦		
		الكلية	٦٠٢,٩٨	٥٩			
الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية	بين المجموعات	٢١٨,٤٩	٤	٥٤٥,٦٢	٥,١٧	٠,٠٠١	
	داخل المجموعات	٥٨٠٩,١١	٥٥	١٠٥,٦٢			
	الكلية	٦٠٢٩,٦٠	٥٩				
(ب) الحالة الاجتماعية	تساؤل الدواء الطبي	بين المجموعات	٢٩٧,٥٨	٢	٩٩,١٩	٤,٨٢	٠,٠٠١
		داخل المجموعات	١١٥١,٤١	٥٦	٢٠,٥٦		
		الكلية	١٤٤٨,٩٨	٥٩			
	ممارسة النشاط الجسمي	بين المجموعات	١٧٢,٧١	٥٦	٨,٥٦	٢,٧٨	٠,٠٠٥
		داخل المجموعات	١٩٨,٤٠	٥٩	٢,٠٨		
		الكلية	١٠٧٠,٥١	٢			
	الدرجة الكلية للامتثال الطبي	بين المجموعات	١٠٧٠,٥١	٢	٢٥٦,٨٤	٢,٩٥	٠,٠٠٤
		داخل المجموعات	٦٧٦٨,٠٩	٥٦	١٢٠,٨٦		
		الكلية	٧٨٣٨,٦٠	٥٩			

تابع جدول رقم (٨)

المتغير التطبيقى	المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
(ج) الإقامة	تناول الدواء الطبى	بين المجموعات	١٨٨,١١١	٢	٦٢,٧٠	٢,٧٩	٠,٠٥
		داخل المجموعات	١٢٦٠,٨٨	٥٦	٢٢,٥٢		
		الكلى	١٤٤٨,٩٨	٥٩			
	ممارسة النشاط الجسمى	بين المجموعات	٣٦,٧٤	٢	١٢,٢٥	٤,٢٤	٠,٠١
		داخل المجموعات	١٦١,٦٦	٥٦	٢,٨٩		
		الكلى	١٩٨,٤٠	٥٩			
الدرجة الكلية للامتثال الطبى	بين المجموعات	١٠٦٨,٥٦	٢	٢٥٦,١٩	٢,٩٥	٠,٠٤	
	داخل المجموعات	٦٧٧٠,٠٤	٥٦	١٢٠,٨٩			
	الكلى	٧٨٢٨,٦٠	٥٩				
(د) فترة المرض*	اتباع النظام الغذائى	بين المجموعات	١٠٠,٠١	٢	٥٠,٠١	٢,٩١	٠,٠٢
		داخل المجموعات	٧١٦,٠٢	٥٦	١٢,٧٩		
		الكلى	٨١٦,٠٢	٥٨			
(هـ) تقلير خطورة المرض	ممارسة النشاط الجسمى	بين المجموعات	١٩,٦٥	٢	٩,٨٢	٢,١٢	٠,٠٥
		داخل المجموعات	١٧٨,٧٥	٥٧	٣,١٤		
		الكلى	١٩٨,٤٠	٥٩			
	التعليمات الطبىة	بين المجموعات	٨٠,٢١	٢	٤٠,٦٠	٢,٥٦	٠,٠٥
		داخل المجموعات	٧٢٦,٥٢	٥٧	١٢,٧٥		
		الكلى	٧٩١,٧٣	٥٩			
معتقد إمكانية الإصابة بالمرض	بين المجموعات	٢١٢,٢٢	٢	١٠٦,١١	٥,٠٨	٠,٠١	
	داخل المجموعات	١١٩١,٧١	٥٧	٢٠,٩١			
	الكلى	١٤٠٣,٩٣	٥٩				

\* تم تقسيم مدة الإصابة بالمرض لعينة الدراسة إلى ثلاث فترات حسب الربع الأدنى (أقل من ٤٧ شهراً)، والربع الأوسط (الذى يتراوح ما بين ٤٨ شهراً إلى ١١٩ شهراً)، والربع الأعلى (أكثر من ١٢٠ شهراً).

## تابع جدول رقم (٨)

المتغير التطبيقي	المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المرجات	درجات الحرية	متوسط المرجات	قيمة "ف"	الدلالة	
	معتقد إدراك خطورة المرض	بين المجموعات	٢٩٣,١٢	٢	١٤٦,٥٦	٧,٢٤	٠,٠١	
		داخل المجموعات	١١٤٠,٢١	٥٧	٢٠			
		الكلى	١٤٣٣,٣٣	٥٩				
	الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية	بين المجموعات	١٢٦٢,١٩	٢	٦٣١,٠٩	٥,٣٥	٠,٠١	
		داخل المجموعات	٦٧٢٩,٤١	٥٧	١١٨,٠٦			
		الكلى	٧٩٩١,٦٠	٥٩				
	(و) تقدير الصحة	ممارسة النشاط الجسمي	بين المجموعات	٢٣,٨٩	٢	١١,٩٥	٣,٩٠	٠,٠٢
			داخل المجموعات	١٧٤,٥١	٥٧	٣,٠٦		
			الكلى	١٩٨,٤٠	٥٩			
معتقد إمكانية الإصابة بالمرض		بين المجموعات	١٣٥,٣٩	٢	٦٧,٦٩	٣,٠٤	٠,٠٥	
		داخل المجموعات	١٢٦٨,٥٤	٥٧	٢٢,٢٦			
		الكلى	١٤٠٣,٩٣	٥٩				
معتقد إدراك فوائد السلوك		بين المجموعات	٨٣,٢٩	٢	٤١,٦٥	٤,٠٥	٠,٠٢	
		داخل المجموعات	٥٨٦,٨٩	٥٧	١٠,٢٩			
		الكلى	٦٧٠,١٨	٥٩				
الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية	بين المجموعات	٩١٧,٠٤	٢	٤٥٨,٥٢	٣,٦٩	٠,٠٢		
	داخل المجموعات	٧٠٧٤,٥٦	٥٧	١٢٤,١٢				
	الكلى	٧٩٩١,٦٠	٥٩					

في حين اقتصر التباين الراجع إلى المتغيرات العيادية على المتغيرات المتمثلة في طول فترة المرض، وتقدير درجة خطورة المرض، وتقدير الصحة على كل من أبعاد الامتثال للنصح الطبي والمعتقدات الصحية.

نستخلص من الجدول السابق أن ثمة تبايناً مرتفع الدلالة يبدو ناتجاً عن اختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية، وهي المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والإقامة على كل من أبعاد الامتثال الطبي والمعتقدات الصحية،



هذه القيم الدالة (ف) تنقلنا إلى متابعة نتائج الإجراء التالي، وذلك بفحص المتوسطات والانحرافات المعيارية، ودلالة الفروق واتجاهاتها بين كل مجموعتين على حدة.

جدول رقم (٩) : المتوسطات والانحرافات المعيارية ودلالات الفروق واتجاهاتها بين كل مجموعتين على حدة حسب نوع المتغيرات الديموجرافية والعيادية الدالة

متوسط الفروق										عدد الأفراد (ن)	مجموعات المقارنة	المتغير التابع	
(٥/٤)	(٥/٣)	(٤/٣)	(٥/٢)	(٤/٢)	(٣/٢)	(٥/١)	(٤/١)	(٣/١)	(٢/١)				
										١٤	(١) أمسى	معتقد إمكانية الإصابة	
										١١	(٢) يقرأ ويكتب		
										٣	(٣) إعدادية		
										٢١	(٤) متوسط		
										١١	(٥) جامسى		
										١٤	(١) أمسى	معتقد إدراك الخطورة	
										١١	(٢) يقرأ ويكتب		
										٣	(٣) إعدادية		
										٢١	(٤) متوسط		
										١١	(٥) جامسى		
										١٤	(١) أمسى	معتقد إدراك العوقات	
										١١	(٢) يقرأ ويكتب		
										٣	(٣) إعدادية		
										٢١	(٤) متوسط		
										١١	(٥) جامسى		
										١٤	(١) أمسى	للمعتقدات الصحية	
										١١	(٢) يقرأ ويكتب		
										٣	(٣) إعدادية		
										٢١	(٤) متوسط		
										١١	(٥) جامسى		

(أ) السنوى التعليمى

تابع جدول رقم (٩)

متوسط الفروق						عدد الأفراد (ن)	مجموعات المقارنة	المتغير التابع	
(٤/٣)	(٤/٢)	(٣/٢)	(٤/١)	(٣/١)	(٢/١)				
*٨		*٨,٨٦			*٤,٠٩-	١٤	(١) أعزب	تناول الدواء الطبي	
						١١	(٢) متزوج		
						٣	(٣) مطلق		
						٢١	(٤) أرمل		
	*٢,٠٣				*٨,٥٨-	١٤	(١) أعزب	ممارسة النشاط الجسمي	(ب) الحالة الاجتماعية
						١١	(٢) متزوج		
						٣	(٣) مطلق		
						٢١	(٤) أرمل		
					*٨,٥٨-	١٤	(١) أعزب	الامتثال الكلي	
						١١	(٢) متزوج		
						٣	(٣) مطلق		
						٢١	(٤) أرمل		
متوسط الفروق						عدد الأفراد (ن)	مجموعات المقارنة	المتغير التابع	
(٤/٣)	(٤/٢)	(٣/٢)	(٤/١)	(٣/١)	(٢/١)				
			*٣,٦٩-	*٤,٢٨-	*٣,٩١-	١٤	(١) الوالدين	تناول الدواء الطبي	(ج) الإقامة
						١١	(٢) الزوج/الزوجة		
						٣	(٣) الأبناء		
						٢١	(٤) بمفرده		
*٢,٣٢				*١,٤٣	*١,٣٢-	١٥	(١) الوالدين	ممارسة النشاط الجسمي	
						٣٩	(٢) الزوج/الزوجة		
						٢	(٣) الأبناء		
						٤	(٤) بمفرده		



تابع جدول رقم (٩)

٩,٩١-°	١٣,١٩-°		٤	(١) قليلة	الاعتقادات الصحية	
			٤٠	(٢) متوسطة		
			١٦	(٣) كبيرة		
متوسط الفروق			عدد الأفراد (ن)	مجموعات للمقارنة	المتغير التابع	
(٣/٢)	(٣/١)	(٢/١)				
		١,٥٣-°	١١	(١) سيئة	ممارسة النشاط الجسمي	(و) تقلير الصحة
			٤٤	(٢) جيدة		
			٥	(٣) ممتازة		
٤,٦٧-°	٦,٢٤-°		٤	(١) سيئة	معتقد إمكانية الإصابة	
			٤٠	(٢) جيدة		
			١٦	(٣) ممتازة		
٤,١٥-°			٤	(١) سيئة	معتقد إدراك الفوائد	
			٤٠	(٢) جيدة		
			١٦	(٣) ممتازة		
١٣,٢٦-°	١٥,٦٧-°		٤	(١) سيئة	الاعتقادات الصحية	
			٤٠	(٢) جيدة		
			١٦	(٣) ممتازة		

(\*) تشير إلى أن مستوى دلالة الفروق عند ٠,٠٥

الاعتقادات الصحية بوجه عام، ومعتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك الخطورة، ومعتقد إدراك العوائق بوجه خاص. أما في متغير الحالة الاجتماعية، فقد جاء المتزوجون والمقيمون مع رفقاء (سواء أكانوا والدين أم أزواجاً أم أبناء) أكثر امتثالاً طبيياً بشكل كلي، وامتثالاً

نستطيع أن نلاحظ من الجدول السابق أن للمتغيرات الديموجرافية المتمثلة في التعليم والحالة الاجتماعية والإقامة، دوراً ملحوظاً في تشكيل سلوك الامتثال للنصح الطبي والمعتقدات الصحية، ففي مستوى التعليم، وجد أن ازدياد مستوى التعليم يسهم في تكوين مستوى مرتفع من

وطول فترة المرض، وتقدير درجة خطورة المرض، ودرجة الصحة، وعلى ذلك أخضعنا البيانات لتحليل التغيرات المتعدد، وهو ما يكفل إعادة رؤية العلاقة بين الامتثال الطبي وكل من أبعاد المعتقدات الصحية بمعزل عن تأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية الأخرى (مستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والإقامة، وفترة المرض، وتقدير خطورة المرض، ودرجة الصحة) عن طريق ضبط هذه المتغيرات الأخيرة إحصائياً، ويبين جدول رقم (١٠) هذا الإجراء.

ثانياً: نتائج تحليلات القسم الثانى،

أما التساؤل الثانى للدراسة، وهو "هل تتباين درجة الامتثال الطبي بتباين المعتقدات الصحية فى ظل عزل تأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية؟".

فتتطلب الإجابة عن هذا التساؤل إجراء تحليل التغيرات، والذي يتم بمقتضاه تبين شكل الفروق بين مجموعات المرضى الثلاث (منخفضى الاعتقاد، ومتوسطى الاعتقاد، ومرتفعى الاعتقاد) فى المعتقدات الصحية فى ظل التثبيت الإحصائى لتأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية، والهدف من هذا الإجراء هو تبين علاقة الامتثال الطبي بالمعتقدات الصحية بمعزل عن أية متغيرات ديموجرافية وعيادية.

لتناول الدواء وممارسة النشاط الجسمى بالمقارنة بالفئات الاجتماعية الأخرى. كما كان للمتغيرات العيادية دور لافت للنظر، حيث كشفت أن طول فترة الإصابة بالمرض لا يساعد على الامتثال للنظام الغذائى، فى حين كان لتقدير خطورة المرض بدرجة كبيرة مؤشر كاف على زيادة الامتثال للتعليمات الطبية، والاعتقاد بالصحة بوجه عام، والاعتقاد بإدراك خطورة المرض، والاعتقاد بإمكانية الإصابة بالمرض، فى حين كان لتقدير خطورة المرض بدرجة قليلة دور فى زيادة الامتثال لممارسة النشاط الجسمى.

أما عن تقدير الصحة، فكلما قدر المريض صحته أنها سيئة، كان ذلك سبباً فى زيادة الاعتقاد بإمكانية الإصابة بالمرض، والمعتقدات الصحية بوجه عام، وخفض الامتثال لممارسة النشاط الجسمى، والاعتقاد بإدراك فوائد العلاج.

وبعد، فإذا أعدنا النظر إلى صورة علاقة المتغيرات الديموجرافية والعيادية بالامتثال الطبي والمعتقدات الصحية بعد تلك النظرة التحليلية، فسنجد أن محاولتنا المُستهدفة رؤية صورة العلاقة بين الامتثال الطبي والمعتقدات الصحية -كهدف رئيس- لم تكن خالية من تدخل متغيرات أخرى فى هذه العلاقة مثل مستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والإقامة،

جدول رقم (١٠): نتائج تحليل التباين للكشف عن الفروق في الامتثال الطبي في ضوء تباين المعتقدات الصحية، مع الضبط الإحصائي لمتغيرات: مستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والإقامة، وفترة المرض، وتقدير خطورة المرض، ودرجة الصحة

متغيرات التصنيف	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
(أ) المعتقدات الصحية	تناول الدواء الطبي	١٦,٩٢	٢	٨,٤٦	٠,٧٢	٠,٦٩
	اتباع نظام غذائي	١٠,٤٧	٢	٥,٢٤	٠,٤٢	٠,٦٦
	ممارسة النشاط الجسمي	٣,٧٥	٢	١,٨٨	٠,٥١	٠,٦١
	التعليمات الطبية	٤٥,٧٢	٢	٢٢,٨٦	١,٧٨	٠,١٨
	الدرجة الكلية للامتثال الطبي	٦٠٩٧,٦٣	٢	٣٠٤٨,٨١	٠,٧٢	٠,٤٩
(ب) معتقد إمكانية الإصابة	تناول الدواء الطبي	١٦,٤٥	٢	٨,٢٢	٠,٣٦	٠,٦٩
	اتباع نظام غذائي	٥,٠٩	٢	٢,٥٥	٠,٢٠	٠,٨٢
	ممارسة النشاط الجسمي	١٠,٨٨	٢	٥,٤٤	١,٥٣	٠,٢٣
	التعليمات الطبية	٥,٣١	٢	٢,٦٥	٠,١٩	٠,٨٢
	الدرجة الكلية للامتثال الطبي	٦٣,٥٥	٢	٣١,٧٨	٠,٢٥	٠,٧٨
(ج) معتقد الخطورة	تناول الدواء الطبي	٤٩,٩٧	٢	٢٤,٩٩	١,١٤	٠,٣٣
	اتباع نظام غذائي	٦,٨٧	٢	٣,٣٩	٠,٢٧	٠,٧٧
	ممارسة النشاط الجسمي	٢٨,٠٩	٢	١٤,٠٥	٤,٣٩	٠,٠٢
	التعليمات الطبية	٣٠,٦٢	٢	١٥,٣١	١,١٦	٠,٣٢
	الدرجة الكلية للامتثال الطبي	٢٩٨,٨٣	٢	١٤٩,٤١	١,١٩	٠,٣١
(د) معتقد الإدراك الفوائد	تناول الدواء الطبي	١٣٦,٨٦	٢	٦٨,٤٣	٣,٣٩	٠,٠٤
	اتباع نظام غذائي	٥٧,٩٩	٢	٢٨,٩٩	٢,٢٠	٠,٠٩
	ممارسة النشاط الجسمي	٤٢,٥٨	٢	٢١,٢٩	٧,٣٥	٠,٠٠٢
	التعليمات الطبية	١٤٥,٨٢	٢	٧٢,٩١	٦,٧٨	٠,٠٠٣
	الدرجة الكلية للامتثال الطبي	١٣٨٧,٥٨	٢	٦٩٣,٧٩	٦,٨١	٠,٠٠٢
(هـ) معتقد الإدراك العوائق	تناول الدواء الطبي	٣٩,٨٩	٢	١٩,٩٥	٠,٨٩	٠,٤١
	اتباع نظام غذائي	٢٠,٢٩	٢	١٠,١٥	٠,٨٢	٠,٤٥
	ممارسة النشاط الجسمي	٦,٥٩	٢	٣,٢٩	٠,٩٠	٠,٤١
	التعليمات الطبية	٣٩,٥٣	٢	١٩,٧٧	١,٥٢	٠,٢٣
	الدرجة الكلية للامتثال الطبي	٣٣١,٥٧	٢	١٦٥,٧٩	١,٣٤	٠,٢٧



## تابع جدول رقم (١١)

متوسط الفروق			عدد الأفراد (ن)	مجموعات المقارنة	المتغير التابع
(٣/٢)	(٣/١)	(٢/١)			
*١,٥٧-	*١,٩٤-		٢٠	(١) منخفضون	ممارسة النشاط الجسمي
			٢٠	(٢) متوسطون	
			٢٠	(٣) مرتفعون	
*٢,٨٠-	*٢,٣٩-		٢٠	(١) منخفضون	التعليمات الطبية
			٢٠	(٢) متوسطون	
			٢٠	(٣) مرتفعون	
*١٠,٤٧-	*٩,٩٦-		٢٠	(١) منخفضون	الدرجة الكلية للامثال
			٢٠	(٢) متوسطون	
			٢٠	(٣) مرتفعون	

(\*) تشير إلى أن مستوى دلالة الفروق عند ٠,٠٥

المتغيرات الديموجرافية والعيادية والمعتقدات الصحية بكل أشكالها-الخاصة بفئة الممثلين على مستوى كل بعد من أبعاد الامتثال الطبي.

[١] منبئات الامتثال الطبي بوجه عام لدبي عينة من الممثلين طبيياً:

يعرض جدول رقم (١٢) نتائج تحليل الانحدار المتدرج لبيانات مجموعة الممثلين طبيياً لتبين منبئات الامتثال الطبي كمتغير تابع من بين مجموعة المتغيرات الديموجرافية والعيادية، وأبعاد المعتقدات الصحية كمتغيرات مستقلة.

تكشف نتائج اتجاه الفروق في الجدول السابق أن ارتفاع درجة الاعتقاد بإدراك خطورة المرض تسهم في زيادة امتثال المريض لممارسة النشاط الجسمي، وبالمثل وجد أن ارتفاع درجة الاعتقاد بإدراك فوائد العلاج تحسن من درجة امتثال المرضى سواء بشكل كلي، أم على مستوى تناول الدواء، وممارسة النشاط الجسمي، والالتزام بالتعليمات الطبية.

ثالثاً: نتائج تحليلات القسم الثالث:

يختص هذا القسم بتحليل الانحدار المتدرج لتحديد المنبئات-التمثلة في



جدول رقم (١٢): نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى "مجموعة الممثلين طبيياً"  
المتغيرات المنبئة: المتغيرات الديموجرافية، والعيادية، وأبعاد المعتقدات الصحية  
المتغير التابع: الامتثال الطبى (الدرجة الكلية)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	بيتا Beta	المعامل البايى (B)	المتغير التابع	المتغيرات المنبئة
٠,٠٠٤	٣,٠٩	---	٥٧,٣٢	الامتثال الطبى	الثبات
٠,٥٨	٠,٦١	٠,٢٩	٢,٣٩		الجنس
٠,٠٤	٢,٩٨	١,٥٢	١,٧٠		العمر
٠,١٥	٢,٨٦-	١,٥٤-	٣,١٤-		مستوى التعليم
٠,١١	٢,٠٥-	١,٨٨-	١٢,٣١-		الحالة الاجتماعية
٠,٧٩	٠,٢٨-	٠,١٢-	٠,٣٦-		الحالة المهنية
٠,٢٢	١,٤٦-	٠,٤٣-	١,٣٠-		الإقامة
٠,١٩	١,٥٧	٥,٤٩	٠,٥٣		فترة المرض
٠,٢٦	١,٣٢-	٤,٦١-	٠,٤٢-		فترة العلاج
٠,٠٥	٢,٨١-	١,٢٦-	٨,٧٣-		درجة خطورة المرض
٠,٢٤	١,٣٩-	٠,٣٦-	٢,٩٨-		تقدير الصحة
٠,٥٤	٠,٦٤-	٠,٣٥-	٠,٢٩-		معتقد إمكانية الإصابة
٠,٤٢	٠,٨٤	٠,٤٤	٠,١٧		معتقد إدراك الخطورة
٠,٤٠	٠,٨٧	٠,٢٣	٠,٣٤		معتقد إدراك الفوائد
٠,١٩	١,٣٩-	٠,٣٩-	٠,٥٧-		معتقد إدراك العوائق

علمًا بأن قيمة "ف" تساوى (٢,١٧) بدلالة عند (٠,٠٤) ( $r=0,92$ )، و( $r=0,85$ ).

تقوم بهذا الدور بصورة عالية الدلالة، وهذه المتغيرات هى العمر، ومستوى التعليم، ودرجة خطورة المرض.

يبين الجدول السابق أن الامتثال الطبى لدى عينة الممثلين ينبئ به بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية والمعتقدات الصحية، وكلها

[٣] منبئات الامتثال الطبي للدواء  
لدى عينة من الممتثلين طبيًا  
للدواء:

جدول رقم (١٣): نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى "مجموعة الممتثلين طبيًا للدواء"  
المتغيرات المنبئة: المتغيرات الديموجرافية، والعيادية، وأبعاد المعتقدات الصحية  
المتغير التابع: الامتثال الطبي للدواء

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	بيتا Beta	المعامل الباي (B)	المتغير التابع	المتغيرات المنبئة
٠,٠٠١	٥,٧٢	---	٣١,٨١	الامتثال الطبي للدواء	الثبات
٠,٧١	٠,٣٩-	٠,١٧-	٠,٣٩-		الجنس
٠,٤٥	٠,٧٩	٠,٢٦	٣,٠٣		العممر
٠,٦٢	٠,٥١	٠,١٧	٠,١٤		مستوى التعليم
٠,٢١	١,٣٥-	٠,٤٦-	١,١٢-		الحالة الاجتماعية
٠,٨٢	٠,٢٤-	٠,٠٩-	٩,٠٩-		الحالة المهنية
٠,٨٢	٠,٢٣-	٠,٠٨-	٩,٠٩-		الإقامة
٠,٧٩	٠,٢٨	٠,٢٥	٥,٢٥		فترة المرض
٠,٦٥	٠,٤٧-	٠,٤٣-	٨,٩٠-		فترة العلاج
٠,٨٩	٠,١٤	٠,٠٥	٠,١١		درجة خطورة المرض
٠,٥٥	٠,٦١-	٠,٢١-	٠,٤٧-		تقدير الصحة
٠,٨٢	٠,٢٣-	٠,٠٩-	٢,١٥-		معتقد إمكانية الإصابة
٠,١٩	١,٣٥	٠,٥٨	٠,١٣		معتقد إدراك الخطورة
٠,١٥	١,٤٩	٠,٢٧	٠,١١		معتقد إدراك الفوائد
٠,٠١	٣,١٩-	٠,٦٥-	٠,٣٤-		معتقد إدراك العوائق

علمًا بأن قيمة "ف" تساوى (٤,٢٧) بدلالة عند (٠,٠٢) (ر=٠,٧٢)، و(٢=٠,٥٢).

يبين الجدول السابق أن الامتثال للدواء لدى عينة الممثلين للدواء بالفعل ينبئ به معتقد إدراك العوائق للحصول على الدواء، بمعنى أن توفر الدواء هو المنبئ بمدى امتثال المريض للدواء، في حين غابت باقي المتغيرات في كونها منبئاً لهذا المتغير.

(٣) منبئات الامتثال للغذاء لدى عينة من الممثلين للغذاء:

جدول رقم (١٤): نتائج تحليل الانحدار للتدرج لدى "مجموعة الممثلين للغذاء"  
المتغيرات المنبئة: المتغيرات الديموجرافية، والعيادية، وأبعاد المعتقدات الصحية  
المتغير التابع: الامتثال الطبي للغذاء

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	المعامل البايي (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الثبات	الامتثال الطبي للغذاء	٢٩,٠٥	-----	١,٦١	٠,٢٩
الجنس		٠,٨٩	٠,٢٧-	٠,٢٢	٠,٨٥
العممر		٥,٠٩-	٠,٢٩-	٠,٢٤-	٠,٨٣
مستوى التعليم		٠,٢٩	٠,٢٧	٠,١٩	٠,٨٦
الحالة الاجتماعية		٢,٧٨	١,١٩	٠,٥٨	٠,٦٢
الحالة المهنية		٠,٤٨-	٠,٤٤-	٠,٢٨-	٠,٨١
الإقامة		١,١٤-	٠,٩٨-	٠,٨٩-	٠,٤٦
فترة المرض		٠,١٧-	٤,٧٩-	٠,٥٦-	٠,٦٣
فترة العلاج		٠,١٤	٤,٢٢	٠,٥٥	٠,٦٤
درجة خطورة المرض		٠,٤٣-	٠,١٦-	٠,١١-	٠,٩٢
تقدير الصحة		٠,٦٩-	٠,٢٢-	٠,٣٣-	٠,٧٨
معتقد إمكانية الإصابة		٠,٢٤	٠,٧٨	٠,٣٥	٠,٧٦
معتقد إدراك الخطورة		٤,١٥	٠,١٣	٠,٠٦	٠,٩٦
معتقد إدراك الفوائد		٥,٨٤-	٠,١٠-	٠,١٣-	٠,٩١
معتقد إدراك العوائق		٠,٤١-	٠,٦٥-	٠,٨٢-	٠,٤٩

علماً بأن قيمة "ف" تساوى (٠,٣٠) بدلالة عند (٠,٩٣) (ر=٠,٨٢)، و(٠,٦٨=٠,٠٦).

يبين الجدول السابق أن الامتثال الطبي للغذاء لدى عينة الممتثلين للغذاء لم يتنبأ به أى متغير من المتغيرات الديموجرافية والعيادية، أو حتى أبعاد المعتقدات الصحية.

جدول رقم (١٥): نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى "مجموعة الممتثلين للنشاط الجسمي" المتغيرات النبئية: المتغيرات الديموجرافية، والعيادية، وأبعاد المعتقدات الصحية المتغير التابع: الامتثال الطبي لممارسة النشاط الجسمي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	بيتا Beta	المعامل البايي (B)	المتغير التابع	المتغيرات النبئية
٠,٠٤	٢,٤٥	---	٧,٨١	الامتثال الطبي للنشاط الجسمي	الثبات
٠,٤٣	٠,٨٣	٠,٥٠	٠,٨٤		الجنس
٠,٢٩	١,١٣	٠,٥٥	٣,٨٧		العمر
٠,٢٢	١,٣٢-	٠,٥٢-	٠,٢٩-		مستوى التعليم
٠,٥٣	٠,٦٦-	٠,٧٥-	١,٥١-		الحالة الاجتماعية
٠,٦٨	٠,٤٣-	٠,٢٦-	٠,١٤-		الحالة المهنية
٠,٨١	٠,٢٥	٠,٣٢	٠,٢٩		الإقامة
٠,١٩	١,٤٣-	٢,٠٦-	٣,٣١-		فترة المرض
٠,١٦	١,٥٣	٢,٣٤	٣,٧٨		فترة العلاج
٠,٨٦	٠,١٨-	٠,٠٦-	٠,١٤		درجة خطورة المرض
٠,٣٥	٠,٩٩	٠,٣٦	٠,٧٤		تقدير الصحة
٠,٨٣	٠,٢٢	٠,٠٨	١,٦٩		معتقد إمكانية الإصابة
٠,٤٨	٠,٧٢-	٠,٢٥-	٤,٦٤-		معتقد إدراك الخطورة
٠,٠١	٢,٧٨	٠,٥٩	٠,١٩		معتقد إدراك العوائق
٠,١٥	١,٥٢	٠,٣٦	٩,٤٧	معتقد إدراك العوائق	

علمًا بأن قيمة "ف" تساوى (٢,٢٥) بدلالة عند (٠,١١) (ر=٠,٦٠)، و(٠,٣٦=٢) (ر=٠,١١).

النشاط الجسمي، في حين غابت باقى المتغيرات الديموجرافية والعيادية عن التنبؤ بهذا المتغير.  
[5] منبئات الامتثال للتعليمات الطبية لدى عينة من الممتثلين للتعليمات الطبية:

يبين الجدول السابق أن الامتثال الطبي لممارسة النشاط الجسمي لدى عينة الممتثلين لممارسة النشاط ينبئ به فقط معتقد إدراك الفوائد من ممارسة هذا النشاط الجسمي، بمعنى أن وجود هذا الاعتقاد لدى المريض يجعله يقوم بهذا

جدول رقم (١٦) : نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى "مجموعة الممتثلين للتعليمات الطبية"

المتغيرات المنبئة: المتغيرات الديموجرافية، والعيادية، وأبعاد المعتقدات الصحية

المتغير التابع: الامتثال الطبي للتعليمات الطبية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	بيتا Beta	المعامل الباي (B)	المتغير التابع	المتغيرات المنبئة
٠,٠٠١	٥,٥٧	—	٢٧,٧٨	الامتثال	الثبات
٠,٠٢	٦,٨٤	٣,٣٤	٨		الجنس
٠,٠٣	٦,٠٤	٠,٧٧	٨,٠٦		العمر
٠,٣٠	١,٣٩-	٠,٣٧-	٠,٣٤-		مستوى التعليم
٠,٠٩	٢,٩٨-	١,١٢-	٢,٠٦-		الحالة الاجتماعية
٠,٠١	٨,٥٢-	١,٨٧-	١,٩٣-		الحسالة المهنية
٠,٠٩	٣,١٦	١,٣٧	١,٤٤		الإقامة
٠,٠٢	٩,١٨-	١,٦٣-	٣,٩٠-		فترة المرض
٠,٠٢	٦,٧٣	١,٣٧	٣,٠٩		فترة العلاج
٠,٠١	٩,٧٦-	١,٩٦-	٣,٣٤-		درجة خطورة المرض
٠,٠٥	٤,١٥	٣,٣١	٦,٧٠	التعليمات الطبية	تقدير الصحة
٠,٠٨	٣,٢٤	٠,٨٦	٠,٢١		معتقد إمكانية الإصابة
٠,٠٧	٣,٤٨	٣,٤٩	٠,٨٠		معتقد إدراك الخطورة
٠,٠٤	٤,٩٩	٠,٨٣	٠,٣٧		معتقد إدراك الفوائد
٠,٠٨	٣,٣٧-	٠,٦٧-	٠,٢٣-		معتقد إدراك العوائق

علمًا بأن قيمة "ف" تساوى (٢٣,٠٢) بدلالة عند (٠,٠٥) (ر=٠,٩٩)، و(ر=٠,٩٩) (٠,٩٩=٢) .

البحثي والنظري السابق، وما تفضى إليه من تنبؤات ودلالات.

وبدءاً بالفرض الأول، الذي يشير إلى "اختلاف درجة الامتثال المرضى للنصح الطبي ومعتقداتهم الصحية وفقاً لكل من المتغيرات الديموجرافية والعيادية"، وبالرجوع إلى النتائج المتصلة به نجد أن هذا الفرض قد تحقق جزئياً، حيث وُجد أن بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية لها تأثير دال في كل من أبعاد الامتثال الطبي والمعتقدات الصحية، وهي: المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والإقامة، وطول فترة المرض، وتقدير خطورة المرض، والحالة الصحية، في حين ظهرت باقى المتغيرات الديموجرافية والعيادية دون تأثير دال لها، وهي الجنس، والعمر، والحالة المهنية، وطول فترة العلاج.

وبمزيد من التفصيل لهذه النتيجة، نجد ازدياد مستوى التعليم يسهم في تكوين مستوى مرتفع من الاعتقادات الصحية بوجه عام، ومعتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك الخطورة، ومعتقد إدراك العوائق بوجه خاص. أما عن متغير الحالة الاجتماعية، فقد جاء المتزوجون والمقيمون مع رفقاء (سواء أكانوا والدين أم أزواجاً أم أبناء) أكثر امتثالاً طبياً بشكل كلي، وامتثالاً لتناول الدواء وممارسة النشاط الجسمي بالمقارنة بالفئات الاجتماعية الأخرى، كما كشفت النتائج أن طول فترة الإصابة بالمرض لا يساعد على الامتثال للنظام الغذائي، في حين كان لتقدير درجة خطورة المرض بدرجة

نستخلص من الجدول السابق أن الامتثال الطبي للتعليمات الطبية لدى عينة الممثلين للتعليمات الطبية ينبئ به عدد من متغيرات ديموجرافية وعيادية متعددة، بالإضافة إلى أبعاد المعتقدات الصحية، وكلها تقوم بهذا الدور بصورة عالية الدلالة، وهذه المتغيرات هي الجنس، والعمر، والحالة المهنية، وفترة الإصابة بالمرض، والخضوع للعلاج، وتقدير خطورة المرض، والحالة الصحية، ومعتقد إدراك الفوائد. والأمور الملفت للنظر أن المتغيرات الديموجرافية والعيادية انفردت بدور تنبؤي أكبر مما شارك فيه أى من أبعاد المعتقدات الصحية، فيما عدا معتقد الفوائد المدركة.

والأمر الذي يستحق الذكر هنا -بعد الانتهاء من استعراض نتائج القسم الثالث من التحليلات الإحصائية- أن هناك تبايناً واضحاً في العوامل المنبئة بكل شكل من أشكال الامتثال الطبي، كما أن المتغيرات الديموجرافية والعيادية أسهمت بشكل أكبر في الامتثال بالمقارنة بالاعتقادات الصحية خاصة لدى الممثلين طبياً وللتعليمات الطبية، في حين انفردت المعتقدات الصحية خاصة معتمدى إدراك الفوائد والعوائق بدور تنبؤي لدى أغلب أشكال الامتثال.

#### المناقشة:

سنحاول في هذا الجزء إلقاء الضوء على النتائج التي انتهت إليها الدراسة الحالية، وذلك على ضوء مدى تحقق فروضها الثلاثة، واتساقها مع التراث

كذلك اتفقت نتائج الفرض الأول مع دراسة (فيلدينج ودوف Fielding & Duff, 1999) التى توصلت إلى أن الامتثال الطبى ينخفض مع طول فترة المرض، كما اتسقت أيضاً مع دراسة (سوليمان Solaiman, 2003) التى وجدت أن المقيمين مع أسرهم أكثر امتثالاً بالمقارنة بالمقيمين بشكل منفرد.

أما عن الدراسات المتعارضة مع بعض نتائج الدراسة الراهنة، فقد جاءت دراسة (مزوما Mzoma, 1986)، ودراسة (فيلدينج ودوف Fielding & Duff, 1999) لتؤكد أن متغير العمر من المتغيرات المسهمة بشكل كبير فى التنبؤ بالامتثال الطبى لدى مرضى السكرى، فى حين لم تتوصل إليه دراستنا الحالية، والتى وجدت أن العمر ليس من الخصائص الديموجرافية المسهمة فى تشكيل درجة الامتثال الطبى.

كما تعارضت أيضاً دراسة (تانيير Tanner, 1985) ودراسة (جرانجر Granger, 2004) حين توصلتا إلى أن متغير الجنس من المتغيرات الديموجرافية التى يتوقف عليها تحديد الامتثال الطبى، فى حين لم تؤيد نتائج الدراسة الراهنة هذه النتيجة .

وقد يرجع عدم الاتساق بين النتائج إلى اختلاف نوع المرض، وهذا ما أكدته إحدى الدراسات، حين أضافت أن نوع المرض له دور فى الامتثال الطبى (Vansciver, 1990).

كبيرة مؤشر كاف على زيادة الامتثال للتعليمات الطبية، والاعتقاد بالصحة بوجه عام، والاعتقاد بإدراك خطورة المرض، والاعتقاد بإمكانية الإصابة بالمرض، فى حين كان لتقدير خطورة المرض بدرجة قليلة دور فى زيادة الامتثال لممارسة النشاط الجسمى. أما عن تقدير الحالة الصحية، فكلما قدر المريض صحته أنها سيئة، كان ذلك سبباً فى زيادة الاعتقاد بإمكانية الإصابة بالمرض، والمعتقدات الصحية بوجه عام، وخفض الامتثال لممارسة النشاط الجسمى، والاعتقاد بإدراك فوائد العلاج.

والأمر الذى يدعم ويحقق هذا الفرض جزئياً، أن هناك من الدلائل الأمبيريقية والتصورات النظرية ما يتسق مع هذه النتيجة بشكل عام، ومن ذلك ما انتهى إليه بعض الباحثين من وجود عدد من العوامل المسؤولة عن امتثال المرضى للنصح الطبى، منها: عوامل مرتبطة بالخصائص الديموجرافية والشخصية للمريض (كالعمر، والجنس، والحالة الاجتماعية والاقتصادية...)، وعوامل تتصل بالمرض (وتشمل نوع المرض، وأعراضه، ودرجة خطورته، والمعتقدات الصحية المرتبطة به، والفترة الزمنية للإصابة به...)، وعوامل خاصة بالعلاج (نوع العلاج، وطول الفترة الزمنية لتقديمه، ودرجة تعقيده، وتكاليفه... (Fikry, 1987, p.9; Moralejo et al., 2006; Shenolikar, 2006, pp.4-5).

المقبول. أما عن باقي أنواع المعتقدات الصحية في علاقتها بالامتثال الطبي وأنماطه، فقد بدت غير دالة، والصورة في مجملها علي هذا النحو تشير إلى أن ارتفاع درجة الاعتقاد بإدراك خطورة المرض تسهم في زيادة امتثال المريض لممارسة النشاط الجسمي، وبالمثل ارتفاع درجة الاعتقاد بإدراك فوائد العلاج تحسن من درجة امتثال المرضى سواء بشكل كلي، أم على مستوى تناول العلاج، أم ممارسة الأنشطة الجسمية، أم الالتزام بالتعليمات الطبية، وفي هذا قدر من التشابه مع دراسة (هاوكينس 2005، Hawkins)، التي وجدت أن إدراك خطورة المرض وفعالية العلاج من أهم المعتقدات الصحية المنبئة بدرجة الامتثال الطبي لدى عينة من مرضى التهابات المزمة من المراهقين. وأضاف (رولي، Rowley, 1999, p.16) أنه كلما كان اعتقاد المريض حول مرضه يتسم بدرجة من الخطورة، وإدراك فوائد العلاج في تقليل هذا التفاقم، كانت معدلات الامتثال مرتفعة لدى مرضى السكري.

وتتسق نتائجنا مع نتائج بعض الدراسات التي توصلت إلى أن اعتقاد إدراك فوائد العلاج يرتبط بشكل دال مع استمرار المريض في تناول الدواء بشكل منتظم، واتباع نظام غذائي يقلل الكوليسترول في الدم لدى عينة من مرضى النوع الثاني لمرض السكري (Farmer et al., 2005; Lynch et al., 2000; Yeong, 2004).

كما دعمت بعض التصورات النظرية دور المتغيرات الديموجرافية والعيادية في تشكيل المعتقدات الصحية والامتثال الطبي، ومنها تصور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، ونموذج المعتقدات الصحية (بيكر 1974، Becker)، المشار إليهما في الإطار النظري (Adams&Scott, 2000; Bosworth&Voils, 2005, p.20; Fielding&Duff, 1999; Kaplan et al., 1993, p.52; Marteau, 1995, p.7; Sarafino, 2002, p.176).

وبشكل عام، فإن النتيجة السابقة تشير إلى أن المتغيرات الديموجرافية والعيادية تسهم بدرجة كبيرة في تحديد المعتقدات الصحية والامتثال الطبي، وأن تباين تأثير هذه المتغيرات يرجع إلي اختلاف نوع المرض التي قامت الدراسة عليه.

أما فيما يتعلق بالفرض الثاني، الذي يشير إلى أنه "تتباين درجة الامتثال للنصح الطبي لدى المرضى بتباين المعتقدات الصحية في ظل عزل تأثير كافة المتغيرات الديموجرافية والعيادية"، فقد وجدت الدراسة أن هناك علاقة وثيقة بين بعض معتقدات الحالة الصحية (المتعلقة في معتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج) والامتثال الطبي بكافة أنماطه (تناول الدواء الطبي، وممارسة النشاط الجسمي، والتعليمات الطبية) باستثناء اتباع النظام الغذائي الذي لم تصل قيم "ف" عليه إلى مستوى الدلالة



تهديداً، وبالتالي سوف تكون دافعية المريض لاتخاذ فعل وقائى ضد هذا المرض مرتفعة (Bosworth&Voils, 2005, p.21; Kaplan et al., 1993, p.52)، ويقوده ذلك إلى القيام بسلوك ما، واتخاذ سلسلة خاصة من الأفعال تعتمد على معتقداته المتعلقة بتأثير هذه الأفعال فى تقليل تهديد المرض، وهذا هو ما يسمى بالفوائد الصحية المدركة لاتخاذ الفعل، وبالتالي فإن الشخص مهما كان لديه مستوى أمثل من المعتقدات حول خطورة هذا المرض، لا يتوقع منه أن يقبل القيام بأى فعل صحى ينصحه به الآخرون، إلا إذا أدرك أن هذا الفعل كفاء ويمكنه القيام به (August, 2005; Janz et al., 2002, p.48; Taylor, 2003, p.67)، وذلك يفسر ارتباط هذين المعتقدين معاً فى تأثيرهما فى الامتثال الطبي.

كذلك يعمل اعتقاد إدراك خطورة المرض على تبديد أية معوقات للحصول على فوائد العلاج المتوقعة، فعلى الرغم من وجود تلك المعوقات، فإن إدراك الفرد لفوائد المدركة لسلوك الامتثال للنصح الطبي، والتي ربما تفوق المعوقات أو التكاليف المدركة له، سوف يرجح قيام المريض بهـذا السلوك (Champion&Springston, 2000; Kaplan et al., 1993, p.53; Janz et al., 2002, p.48).

أما عن تأثير معتقد إمكانية الإصابة بالمرض فى الامتثال الطبي، فقد جاءت

وهى بذلك تؤيد نتائج دراسة (مارتيو Marteau, 1995, p.7) التى توصلت إلى أن معتقد إدراك الفوائد الخاصة بالعلاج من أكثر الأبعاد تنبؤاً، ويليه فى الدرجة معتقد إدراك خطورة المرض من حيث الأهمية فى التنبؤ بدرجة الامتثال الطبي لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة.

كما تدعم نتائج الفرض الثانى نموذج المعتقدات الصحية من اتجاهين: الاتجاه الأول خاص بأهمية المعتقدات الصحية بوجه عام فى التنبؤ بالامتثال الطبي (Kaplan et al., 1993, p.52; Marteau, 1995, p.7)، والاتجاه الثانى يركز على ترتيب أنماط المعتقدات الصحية من حيث قدرتها التنبؤية بالامتثال الطبي، وهى بذلك تتسق مع دراسة هدفت إلى فحص نموذج المعتقدات الصحية فى قدرته على التنبؤ بالامتثال الطبي لدى عينة من المرضى، واستخلصت أن معتقد إدراك خطورة المرض ومعتقد إدراك فوائد وعوائق العلاج من أهم المنبئات المرتبطة بالامتثال الطبي (adams&Scott, 2000).

وقد يثار فى هذا الموضوع تساؤل: لماذا كان معتقد إدراك الخطورة ومعتقد إدراك فوائد العلاج من أكثر المعتقدات تأثيراً فى درجة الامتثال الطبي بالمقارنة بكل من معتقد إمكانية الإصابة بالمرض ومعتقد إدراك العوائق؟ وقد يرجع تفسير هذه النتيجة إلى عدة احتمالات، منها: أن الاعتقاد بخطورة المرض يشكل

وفترة الإصابة بالمرض، والخضوع للعلاج، وتقدير درجة خطورة المرض، والحالة الصحية، ومعتقد إدراك الفوائد، أما عن الامتثال الطبي للغذاء فلم يتنبأ به أى من متغيرات الدراسة.

والأمر الملفت للنظر أن المتغيرات الديموجرافية والعيادية انفردت بدور تنبؤى أكبر مما شارك فيه أى من أبعاد المعتقدات الصحية، فيما عدا معتقدى إدراك الفوائد والعوائق، وقد يتفق ذلك مع ما أشار إليه (شينوليكار، Shenolikar، 2006، pp.4-5) من وجود عدد من العوامل المسئولة عن تحديد درجة الامتثال الطبي للمرضى، وهذه العوامل يختص أغلبها بالمتغيرات الديموجرافية والعيادية للمريض، دون ذكر لدور المعتقدات الصحية.

وهذه النتيجة فى مجملها تتفق مع النظرة الحديثة لمفهوم الامتثال الطبي، من حيث كونه مفهوماً متعدد الأبعاد، بمعنى أنه يحتوى على عدد من الأبعاد، وهى: بُعد تناول الدواء الطبي، وبُعد اتباع النظام الغذائى، وبُعد ممارسة الأنشطة الجسمية، وبُعد التعليمات الطبية بما يتضمن الحفاظ على المواعيد، وإجراء الفحوصات والتوجيهات العامة المطلوبة (Sarafino، 2002، pp.288-289).

كما أنها تؤيد أن لكل بُعد من أبعاد الامتثال الطبي المنبئات الخاصة به، والتي قد تنبئ بالامتثال لمجال دون آخر، ولعل ذلك ما أكده بعض الباحثين من وجود تباين بين السياقات المختلفة لمفهوم

النتائج لتوضح أنه غير دال، وقد يرجح ذلك إلى أنه يشير إلى وجود احتمال ذاتى لدى الفرد بأنه قد يصاب بمرض ما (Kaplan et al., 1993, p.53)، وفى دراستنا الحالية كانت العينة من مرضى النوع الثانى لمرض السكرى بالفعل، وبالتالي أسهم ذلك فى جعل هذا المعتقد غير دال، وقد تختلف النتيجة إن كانت العينة مستهدفة للإصابة بالمرض، وليست من المرضى بالفعل، وينطبق الشيء ذاته على جميع الدراسات السابقة، التى أجمع أغلبها على أن اعتقاد إمكانية الإصابة بالمرض قد لا يأتى بنتائج مؤثرة عند مقارنته بباقي المعتقدات الصحية؛ وذلك لأنها اعتمدت بالفعل على فئات مرضية.

وانتقالاً إلى الفرض الثالث والأخير، الذى يشير إلى "أن المعتقدات الصحية والمتغيرات الديموجرافية والعيادية تعمل كمنبئات لدى المرضى الممثلين طبيياً بأشكالها المختلفة"، جاءت النتائج لتؤكد أن الامتثال الطبي ينبئ به العمر، ومستوى التعليم، ودرجة خطورة المرض، وأن معتقد إدراك العوائق المدركة للحصول على الدواء ينبئ بالامتثال للدواء، أما الامتثال الطبي لممارسة النشاط الجسمى فينبئ به فقط معتقد إدراك فوائد العلاج، فى حين ينبئ بالامتثال الطبي للتعليمات الطبية عدد من المتغيرات الديموجرافية والعيادية، بالإضافة إلى أبعاد المعتقدات الصحية، وهى: الجنس، والعمر، والحالة المهنية،

واستدلوا على ذلك باختلاف منبئات كل نمط على حدة (Hays et al., 1994). ونتيجة لكل ما سبق، فإن وجود مثل هذه المنبئات يجعلنا أكثر توقعاً لقيام المريض بما هو مطلوب منه، سواء على مستوى تناول العلاج، أم ممارسة الأنشطة الجسمية، أم القيام بالفحوصات، كما أنها تعطينا صورة واضحة عن أى الأبعاد يكون فيها المريض أكثر امتثالاً من غيرها، وبالتالي البعد كل البعد عن توقع درجة امتثاله بشكل عام، فلم يعد هذا هو الهدف المطلوب.

الامتثال الطبى، فليس معنى أنه غير ممتثل لجانب من العلاج، أن يكون غير ممتثل بشكل عام لجميع السياقات (Solaiman, 2003)، وهذا ما أضافه كل من (هاريس ولوستمان Harris&Lustman, 1998, p.4) حين وجد أن هناك تبايناً فى معدلات عدم الامتثال لدى مرضى السكرى حسب أبعاده. كما تشير هذه النتائج إلى عدم وجود ارتباطات دالة بين أنماط الامتثال الطبى، وهذا ما أكده بعض الباحثين، حينما وجدوا أنه لا توجد أية ارتباطات بين هذه الأنماط،

## المراجع

- ١ - المعجم الوجيز (١٩٩٧). مجمع اللغة العربية. جمهورية مصر العربية: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.
- 2 - Adams, J.,& Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta psychiatr Scand*, 101, 119-124.
- 3 - Alder, B. (1999). *Psychology of health: Application of psychology for health professional*. Australia: Harwood Academic Publishers.
- 4 - Anastasi, A. (1990). *Psychological Testing*. New York: MacmMillan.
- 5 - August, S. (2005). *Medication adherence among the elderly: A Test of the effects of the liberty 6000 technology*. MD., University of North Texas.
- 6 - Bartly, A. (2005). *An investigation of the relationship among family process, depression, and quality of life to medical adherence in cardianc patients: A Family Sustems Approach*. PH.D, The University of Akron.
- 7 - Benjamin, A. Sherry, A., Daniel, J., Peter, J.,&Stephanie, S. (2007). Factor structure and validity of the medication adherence Questionnaire (MAQ) with cigarette smokers trying to quit. *Nicotine&Tobacco Therapy*, 9(5), 597-605.

- 8 - Bosworth, H., & Voils, C. (2005). Theoretical models to understand treatment adherence. In H. Bosworth, E. Oddone & M. Weinberger, *Patient treatment adherence: Concepts, interventions, and measurement* (pp.13-46). New York: Lawrence Erlbaum Association.
- 9 - Bosworth, H. (2005). Medication treatment adherence. In H. Bosworth, E. Oddone & M. Weinberger, *patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement* (pp.147-194). New York: Lawrence Erlbaum Association.
- 10 - Bosworth, H., Weinberger, M., & Oddone, E. (2005). Introduction. In H. Bosworth, E. Oddone & M. Weinberger, *Patient treatment adherence: Concepts, interventions, and measurement* (pp. 3-11). New York: Lawrence Erlbaum Association.
- 11 - Brannon, L., & Feist, J. (2004). *Health Psychology*. Australia: Thomson Wadsworth.
- 12 - Brewer, N., Chapman, G., Brownlee, S., & Leventhal, E. (2002). Cholesterol control, medication adherence and illness cognition, *British Journal of Health psychology*, 7, 433-447.
- 13 - Brueschke, E. E. (1995). *The world book: Medical encyclopedia*. London: World Book.
- 14 - Champion, V., & Springston, J. (2000). Mammography adherence and beliefs in A sample of low-income African woman. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(3), 228-240.
- 15 - Coker, A. L., Eggleston, K. S., Meyer, T. E., Luchok, K., Das, I. (2007). What predictors adherence to follow up recommendations for abnormal Pap tests among older woman?. *Available online at www.Sciencedirect.com*.
- 16 - DiMatteo, M., DiNicola, D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's Role*. New York: Bergman Press.

- 17 - Duong, M., Piroth, L., Grappin, M., Forte, F., Peytavin, G., Buisson, M., Chavonet, P., & Portier, H. (2001). Evaluation of the patient medication adherence Questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV - infected patients on antiretroviral regimens. *HIV Clinical Trials*, 2(2), 128-135.
- 18 - Encyclopedia of Health Disorders (2007). *Compliance - definition, health providers and consumers*. Available on: [www.minddisorders.com/Br-Del/Compliance.html](http://www.minddisorders.com/Br-Del/Compliance.html).
- 19 - Farmer, A., Kinmonth, A., & Sutton, S. (2005). Measuring beliefs about taking hypoglycemic medication among people with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 23, 265-270.
- 20 - Feldman, R., (2003). *Medication adherence in older adults: The contributions of cognitive functions and health beliefs*. PH.D, University of Victoria.
- 21 - Fielding, D., Duff, A. (1999). Compliance with treatment protocols: interventions for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 80, 196-200.
- 22 - Fikry, N., (1987). *Effect of a Post operative teaching program on the knowledge and compliance of patients with value Replacement Surgery*. PH.D, Faculty of Nursing, Cairo university.
- 23 - Fuertes, J., Mislowack, A., Bennet, J., Paul, L., Gilbert, T., Fontass, G., & Boylan, L. (2007). The physician - patient working alliance. *Patient Education and Counseling*, 66, 29-36.
- 24 - Garcia, R., Netto, E., Souza, A., Landin, E., Stoltze, S., Freitas, I., Silva, M., Amorin, F., Ramos, A., & Badaro, R. (2003). Patient medication adherence questionnaire (PMAQ) cross-sectional study to evaluate risk factors associated with indherence in ARV treatment patients in Brazil. *Antivirus Therapy*, 8(Suppl.I), 45-65.
- 25 - Gentry, W., (1977). Noncompliance to medical regimen. In R.B. Williams & W.D. Gentry, *Behavioral approaches to medical*

- Treatment* (pp.203-208). Massachusetts: Ballinger Publishing Company.
- 26 - Gillibrand, R., & Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people *British Journal of Health psychology*, 11, 155-169.
- 27 - Girdwood, C., (2007). *Predicting adherence in a multifaceted medical regimen*. PHD, Drexel IUniversity.
- 28 - Granger, B.B., (2004). *Factors associated with adherence in heart failure a secondary analysis of a large clinical trail: candesartan in heart failure - assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM)*. PHD, The University of the North Carolina at Chapel Hill.
- 29 - Guilford, J. (1965). *Psychological medthods*. New York: McGraw-Hill.
- 30 - Harris, M., & Lustman, P., (1998). The psychologist in Diabetes Care. *Clinical Diabetes*, 16,1-7.
- 31 - Hawkins, K., (2005). *Adherence to treatment in adolescents with cystic fibrosis: The role of illness perceptions and treatment beliefs*. PHD, University of Southampton (United Kingdom).
- 32 - Hay, J., Ford, J., Klein, D., Primavera, L., Buckley, T., Stein, T., Shike, M., & Ostroff, J. (2003). adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherence older woman. *Behavioral Medicine*, 26(6), 553-576.
- 33 - Hays, R., Kravitz, R., Mazel, R., Sherbourne, C., Dimatteo, M., Rogers, W., & Greenfield, S. (1994). The impact of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in the medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 347-360.
- 34 - Herman, W., Aubert, R., Ali, M., Sous, E., & Bardran, A. (1997). Diabetes mellitus in Egypt: Risk factors, prevalence and future burden. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3(1), 144-148.

- 35 - Janz, N., Champion, V., & Strecher, V. (2002). The health believe moderl. In K. Glanz, B. Rimer, & F. Lewis, (EDs.), *Health Behavior and health education theory, theory, research, and practice* (pp.45-66). San Francisco: Jossey-Bass.
- 36 - Kamel, N., Badawy, Y., El-Zeiny, N., & Merdan, I. (1999). sociodemographic determinants of management of the disease and their management behavior. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5(5), 974-983.
- 37 - Kaplan, R., Sallis, J., & Patterson, T. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.
- 38 - Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. New York: Library of Congress Cataloging In Publication Data.
- 39 - Lie, D., & Boker, J. (2004). *Development and validation of the CAM health belief Questionnaire (CHBQ) and CAM and attitudes amongst medical students*. Available in: [www.ncbi.gov/entrez/query.fcgi](http://www.ncbi.gov/entrez/query.fcgi).
- 40 - Lynch, D., Repka, F., Nagel, R., Birk, T., Gohara, A., Leighton, R., Walsh, M., & Weaver, M. (2000). Prediction of dietary adherence in cholesterol reduction: Relative contribution of personality variables and health attributes. *Psychology and Health*, 15, 821-828.
- 41 - Marteau, T. (1995). Health beliefs and attributions. In A. Broom & S. Liewelyn, (2<sup>nd</sup> ed.), *Health Psychology process and Application* (pp.3 - 20). London: Chapman & Hall.
- 42 - Mirotznik, J., Ginzler, E., Zagon, G., & Baptiste, A. (1998). Using the health belief model to explain clinic appointment - keeping for the management of a chronic disease condition. *Journal of Community Health*, 23 (3), 195-210.
- 43 - Moralejo, L., Ines, S., Marcos, M., Fuertes, A., & Luna, G. (2006). factors influencing adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. *Current HIV Research*, 4, 221-227.

- 44 - Mzoma, C.U. (1986). *The Relationship between adults black diabetic clinic patients perceptions and compliance with insulin regimen*. PHD, University of Maryland College park.
- 45 - Pation, A., Sanchez, J., Eidson, M., & Delamater, A. (2005). Health beliefs and regimen adherence in minority adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 3, 1-10.
- 46 - Rosenbloom, A., & Silverstein, H. (2003). *Type 2 diabetes in children and adolescents: A clinician's guide to diagnosis, epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment*. American Diabetes Association.
- 47 - Rowley, C. (1999). *Factors influencing patient adherence in diabetes*. University of Calgary.
- 48 - Sarafino, E. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* (4<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 49 - Shenolikar, R. (2006). *Racial differences in oral antidiabetic medication adherence, healthcare utilization and costs associated with type 2 diabetes in medicaid enrollees*. PHD, The Ohio State University.
- 50 - Solaiman, H. (2003). *Barriers influencing compliance to therapeutic regimen among hypertensive patients at El-Mansoura University Hospital*. MD., Faculty of Nursing, Cairo University.
- 51 - Tanner, E.K. (1985). *Effects of social support strategies upon appointment keeping in chronically ill patients (compliance elderly, inner - city patients)*. PHD, University of Maryland College park.
- 52 - Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- 53 - VanSciver, M. (1990). *Psychosocial predictors of medical compliance: boys with chronic illness*. PHD, Boston College.
- 54 - Vlaminck, H., Maes, B., Jacobs, A., Reyntjense, S., Evers, G. (2001). The dialysis diet and fluid non-adherence Questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 707-715.



- 55 - Wikipedia - The Free Encyclopedia (2008). *Diabetes mellitus*. United State: Wikimedia Foundation, Inc.
- 56 - Witlch, A., (2005). *Medical adherence: A structural approach to the logic of middle - class allergic rhinitis patient behavior*. PH.D, The University of Alabama at Birmaingham.
- 57 - *World Health Organization* (WHO) (2007). Prevalence of Diabetes Worldwide. *Available in:*  
[www.who.Int/diabetes/facts/world\\_figures/en](http://www.who.Int/diabetes/facts/world_figures/en).
- 58 - Yeong, T. (2004). The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 66(1), 71-77.

Title : Some Predictors of Medical Adherence In Patients with Type-2 Diabetes  
Author : Dr. Hanaa Ahmed Mohamed Showikh  
Affiliation :  
Issue : 2008 July, Vol. 18

*The Present study aimed to examine the roll of some demographic, clinical and health beliefs variables to predict medical adherence in patients with Type-2 Diabetes.*

*In order to verify the hypotheses of study, one battery concluded of questionnaire of medical adherence and questionnaire of health beliefs had been used.*

*After fulfilling psychometric requirements of the battery, (60) diabetic patients had investigated.*

*Results revealed that:*

- 1 - The demographic and clinical variables had the most effect on forming both of medical adherence and health beliefs.*
- 2 - There was a good relation between perceived severity and benefits of health beliefs and two kinds of medical adherence in diabetic patients.*
- 3 - There was variance between variables which predicting of medical adherence.*

*Implicaitons and future directions for research on diabetes were discussed.*