مستوى الالتزام بالعلاج الدّوائي لدى عيّنة من مرضى السكّري و ضغط الدّم المرتفع "دراسة ميدانيّة في بعض مشافي مدينة اللاذقية"

إعداد الطالبة: رانيه علي يوسف – كلية التربية – جامعة تشرين

إشـــــراف

المشرف الرئيسي
الدُكتور: فؤاد صبيرة
أستاذ دكتور في كليّة التّربية _ جامعة تشرين

المشرف المشارك
الدُكتورة: هنادي حسون
أستاذ مساعد في كليّة التربيّة_ جامعة تشرين

الملخّص

هدف البحث إلى تعرّف مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري و ضغط الدم المرتفع في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنية بمدينة اللاذقية، باستخدام استبانة الالتزام بالعلاج الدوائي، تألّفت من (26) عبارة، التي طبقت على عينة بلغ عدد أفرادها (186) مريضاً، واعتمد المنهج الوصفي.

خلصت نتائج البحث إلى أن مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي متوسط لدى مرضى السكري، ومنخفض لدى مرضى ضغط الدم المرتفع من أفراد عينة البحث في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة بمدينة اللاذقية، أيضاً بيّنت النتائج وجود فروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي تبعاً لمتغير نوع المرض لصالح مرضى السكري، وأظهرت وجود فروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي تبعاً لمتغير التّأمين الصحّي لصالح المؤمَّنين صحّيّاً، ومتغيّر مستوى الدّخل لصالح ذوي الدّخل الأعلى.

الكلمات المفتاحية: الالتزام بالعلاج الدوائي، السكري، ضغط الدم المرتفع.

Level of Adherence to drug Treatment in a Sample of Patients Diabetes and Hypertension
A Field Study in Some Hospitals Of City Lattakia

Abstract

The research aimed to defined the level of adherence to drug treatment among a sample of patients (diabetes, Hypertension) at Some Hospitals of city Lattakia, with using the drug treatment adherence questionnaire, which consisted of (26) phrases, and it was applied to a sample The number of its members was (186) patient, following the descriptive approach.

The results of the research concluded that the level of adherence to drug treatment among a sample of patients diabetes in hospitals of Tishreen University and Al-Bassel for Cardiology and Internal Diseases in Lattakia was middle, but the Hypertension patients was low, In fact, showed that there weren't differences in the level of adherence to drug treatment according to the type of disease, and the results showed There are differences in the level of adherence to medication treatment according to the health insurance variable in favor of the health insured, and according to the income level variable in favor of those with higher incomes.

Keywords: Adherence To Drug Treatment, Diabetes, High Blood Pressure

مقدّمة

باتت إدارة الأمراض المزمنة من أكبر المشاكل التي تواجهها السياسات الصحيّة العالميّة، نظراً لانتشارها الكبير وخطورة مآلها " وعبء زيادة نفقاتها الطبية على الأنظمة الصحيّة" ((Cleemput, *et, al.,* 2002,67، وتسببها بتدني نوعية الحياة (World Health Organization,2014)، فضلاً عن الأعباء الماديّة المرهقة والضغوط النفسيّة والاجتماعيّة للمرضى وأسرهم والمجتمع عموماً.

إنّ التكيّف مع الأمراض المزمنة ليس عمليّة سهلة؛ حيث أنّ أهمّ مشكلة تواجه محاولات إدارة أمراض السكّري وارتفاع ضغط الدّم تتمثّل بارتفاع مستويات عدم الالتزام بالعلاج بصورة منتظمة، إذ يتطلّب الأمر تغييرات رئيسيّة في نمط الحياة، إلا أنّ أغلب هؤلاء المرضى لا يكفي معهم إحداث تغييرات في نمط حياتهم، فهم يحتاجون بشكل أساسيّ إلى الالتزام بأدوية يصفها الطبيب من أجل التحكّم بالمرض(تايلور، 551،2008). والمقصود هنا بالالتزام بالأدوية Medication Adherence حسب كاميشيما Kamishima: "مدى فهم المرضى لأمراضهم وعلاجهم تماماً، والمشاركة الإيجابية، واتباعهم العلاج وفقاً للتوصيات المتّفق عليها (Kamishima, 2008, 22). والاستخدام المثالي للأدوية بناءً على هذا المفهوم، هو عندما يستمر المرضى في تناول أدويتهم لأنهم يدركون أنّها ضرورية، بالتشاور والتعاون مع مقدّم الرعاية الصحيّة الخاص بهم حول إدارة حالتهم الصحيّة (Kamishima, 2008, 23) كما أنّ الالتزام بالدواء لا يتطلّب " فهم المريض للحاجة إلى الدواء فحسب، بل يتطلّب أيضًا علاقة جيدة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية، واختيار الدواء الذي يتناسب مع نمط حياة المريض، واستعداده لتناول الدواء (Ueno, *et, al.*,2014)، فعندما لا يتبنى المرضى السلوكات والمعالجات التي يوصي بها القائم بالرعاية الصحية، هذا يعني عدم الالتزام "Adherence Non" وتتراوح تقديرات عدم الالتزام ما بين (15% و93 %) من مجموع المرضى، ففي برامج العلاج بالمضادات الحيويّة قصيرة المدى، وهي من أكثر الوصفات شيوعاً، يقدّر أن ثلث المرضى على الأقلّ لا يتقيّدون بها بشكلٍ كافٍ، كما أنّ (50% – 80%) من المرضى لا يلتزمون بمواعيدهم التي يتمّ تحديدها لغايات تعديل سلوكاتهم

الوقائيّة، وما نسبته (20%- 80%) من المرضى ينسحبون من برامج تعديل أسلوب الحياة، التي يتمّ إعدادها خصّيصاً من أجل معالجة بعض السلوكات الخطيرة على الصحة مثل التدخين أو البدانة، ومن أصل (750) مليون وصفة جديدة تحرّر كل سنة، هناك حوالي (520) مليون منها لا يتمّ الالتزام بها جزئياً أو كلياً(تايلور، 2008، 551). وتكمن الخطورة في مرض ارتفاع ضغط الدّم أنه كلما ارتفع الضغط داخل الأوعية الدّموية، زاد العبء الواقع على القلب في ضخّ الدّم. ومن الممكن أن يؤدّي ارتفاع ضغط الدّم مالم يتم التحكم فيه إلى نوبة قلبية وتضخم القلب مما قد يتسبب في فشل القلب في نهاية الأمر. وقد تتكون انتفاخات (أمهات الدّم) وأماكن ضعيفة داخل الأوعية الدّموية، مما يزيد احتمال تجلط هذه الأوعية وانفجارها. وقد يؤدي ضغط الأوعية الدّموية إلى تسرب الدّم داخل المخ، كما يمكن أن يسبب سكتة دماغية، أو الفشل الكلوي دموية أو العمى أو تمزق الأوعية الدّموية وضعف الإدراك (منظمة الصحة العالمية، 2013، 7). وهنا تبرز ضرورة الالتزام بالعلاج الدوائي حيث تعمل أدوية ضغط الدّم بعدة طرق؛ فهي تتخلص من الأملاح والسوائل الزائدة في الجسم، أو تعمل على إبطاء سرعة نبضات القلب، أو تعمل على استرخاء أو تمدد الأوعية الدّموية وبعض الأدوية تجمع هذه الخصائص في قرص واحد (منظمة الصحة العالمية، 2013،21)

كما يُعدُّ **داء السكّري** diabetes من أخطر الأمراض المزمنة المنتشرة حالياً ويصيب جميع الأعمار في كافة أنحاء العالم. وله عدة أنواع أهمها **مرض السكّري رقم (1)** وقديماً كان يسمى بالسّكّر المعتمد على الأنسولين Insulin Dependent Diabetes Mellitus (Dewayne, 2005, 32). والنّوع الثّاني يسمى **بمرض السّكّر رقم (2)** وقديماً كان يسمى بالسّكّر غير المعتمد على الأنسولين Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus ويقصد به مرضى السّكّر الذين لا يعتمدون على الأنسولين في علاجهم (رضوان، 2008، 64). وغالباً ما يكفي تنظيم الغذاء بالتقليل من استهلاك المواد السكّرية، وإنقاص الوزن، والرياضة لعلاج هذا النّوع من السّكّر حيث يعود مستوى الأنسولين للمعدل الطبيعي بعد تخفيض الوزن، وكلّما تطوّر المرض تقل كفاءة

إفراز الأنسولين من البنكرياس، وتصبح هناك حاجة للأقراص الخافضة للسكري، وفي الحالات المتطورة تصبح هناك حاجة لحقن الأنسولين (McCulloch et, al., 2014, 20) ففي دراسة روزمان وآخرون(Rothman, et, al. 2008)، ذكر المرضى حدوث نوبات متكررة من الإفراط في تناول الطعام، وشرب المشروبات السكّرية وتناول الوجبات السريعة. وداء السكّري يمكن أن يكون خطيراً إذا لم يتم التحكم به بشكل جيد وسريع، وله الكثير من المضاعفات التي لا يمكن التنبؤ من ستصيب ومتى ستصيبه كأمراض القلب والأوعية الدّموية والاعتلال العصبي وبتر الأعضاء والفشل الكلوي والعمى والتي تؤدي إلى العجز(رضوان، 2008، 64-65). وتَخلُص الباحثة إلى أن مرض السكّري بنوعيه يتطلب معالجة بالأدوية فالحمية وحدها في النهاية لا تكفي بالنسبة للنوع الثاني، منعا لتطور مضاعفات المرض، ويكون الالتزام بالأدوية أمر حتميا وبالغ الأهمية لصحة المريض.

مشكلة البحث

في ظل تزايد عدد المرضى المصابين بأمراض مزمنة، مثل السكّري وأمراض القلب والأوعية الدّموية وضغط الدّم المرتفع، في العالم (منظمة الصحة العالمية، 2014)، نجد توجه اهتمام منظمة الصحة العالمية والدول المتقدمة نحو إدارة الأمراض المزمنة من خلال تدبّر تحسين "الالتزام بالعلاج الدوائي" وتحسين الرعاية الذاتية أو ما يعرف بمصطلح "تمكين المريض". كما يوجد انخفاض في معدّلات الالتزام بالأدوية؛ حيث بلغ متوسط مستوى الالتزام بالأدوية بين مرضى الأمراض المزمنة في البلدان المتقدمة 50% فقط (Wilczynski et, al. 2014)، وفي البلدان النامية يزيد عن ذلك بكثير، وهذا ما جاءت على تأكيده الدراسات كدراسة (ناجي عزيز، 2007) في بغداد أن أغلب مرضى السكّري (29.75%) كان لديهم مستوى التزام ما بين المقبول والسيئ، يعزى إلى انخفاض معدلات الالتزام بالأدوية نسبة عالية وخطيرة من المضاعفات، وعبء مادي كبير على النظام الصحي. فرغم أن الدواء مهم جداً لعلاج الأمراض المزمنة مع ذلك، يواجه العديد من المرضى تحدّيات في الحفاظ على أنظمة دوائية ثابتة وفقاً للتعليمات الطبيّة(World Health Organization, 2018)، حسب نتائج دراسة بروت وآخرون

(Peyrot, *et, al.* 2005) كان الالتزام بالنّظام الخاص بمرض السكّري ضعيفاً جداً، وكانت تقديرات مقدّم الرعاية الصحية للمرضى أقلّ من تقارير المرضى لجميع السلوكات الموصى بها. كما أظهر تقرير عن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، مثل السكّري وارتفاع ضغط الدّم، أن الدواء لم يكن فعّالاً إلّا في ثلث المرضى نتيجة عدم الالتزام بالدواء وأخذه بشكل غير صحيح (Liebl,*et,al.* 2001, 9; Liebl, *et,al.* 2002, 7).

يؤدِّي عدم التزام المرضى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدّم بتعليمات العلاج إلى عدم تحسُّن الأعراض، أو عدم الشفاء من المرض، وقد يكون لعدم الالتزام عواقب أخرى أكثر خطورة، حيث يتسبب عدم الالتزام بالعلاج بحوالي (125.000) حالة وفاة ناجمة عن مرض القلب والأوعية الدّمويّة (مثل النوبات القلبية والسكتة الدّماغية) سنويًّا. كما أن أضرر عدم الالتزام لا تقتصر على زيادة تكلفة الرعاية الصحّيَّة فقط، بل إنَّها قد تؤدّي إلى تردِّي نوعيَّة الحياة فمثلًا، قد يؤدِّي عدم استعمال جرعات الدواء في مواعيدها إلى تضرُّر العصب البصري وحدوث العمى عند المرضى المصابين بالسكّر وبالزَّرَق (ارتفاع ضغط العين)، وإلى حدوث السكتة الدّماغيّة عند المصابين بارتفاع ضغط الدّم (Shalini, 2020, 4).

إنّ مرض ضغط الدّم المرتفع يأخذ في التّزايد بشكلٍ مستمرٍ، ورغم ذلك لم يعطَ حقّه في الاهتمام والرعاية مثل باقي الأمراض الأخرى، رغم أنّه يعدّ ضمن العوامل الخطرة المؤدّية للوفاة أو إحداث " مضاعفات أخرى خطيرة ارتفاع ضغط الدّم (يوسف، 2011، 191)، ويتّصف مرض ارتفاع ضغط الدّم Hypertension بالقاتل الصامت لخطورة الإصابة به مع تقدم العمر نتيجة تصلّب الأوعية الدّموية، وتتوقف إمكانية الإبطاء من تشيّخ الأوعية الدّموية عبر الالتزام باتباع نظام حياةٍ صحّيٍّ يتضمّن تناول أغذية صحيّة والتّقليل من تناول الملح في النّظام الغذائي، ويعدّ الالتزام بالأدوية في غاية الأهميّة لمرضى ضغط الدّم المرتفع، بيّنت دراسة أزلن وآخرون (Azlin, et al., 2004) في ماليزيا تدنّي معدّل الالتزام بالعلاج الدوائي (38.5%) لدى مرضى ضغط الدّم المرتفع. كما أنّ مرضى السكّري معرّضون أيضاً لمضاعفاتٍ حادّةٍ قاتلةٍ (فقدان البصر اعتلال

الكلى بتر الأطراف وغيرها) مع مرور الوقت، إذا أُهمِلَ العلاج الدوائي ولم تراعى متطلبات الرعاية الذّاتية المختلفة (McCulloch, *et al*., 2014, 20؛ الزهراني، 2006، 16. بلغ ارتفاع عدد وفيات مرض السكّري من (200.000) حالة وفاة بالسكّري سنوياً عام (2006) (Greenwell, 2009, 41) إلى ما يقدّر بنحو (1.5) مليون حالة وفاةٍ كنتيجةٍ مباشرةٍ لمرض السكّري في عام (2012)، وقدّرت منظمة الصحة العالميّة أن مرض السكّري سيكون السبب السابع للوفيات في عام (2030) (World Health Organization, 2015) . كذلك بلغت نسبة انتشار داء السكّري في المجتمع السوري لعام (2000) وفقاً لإحصائيات منظّمة الصحّة العالميّة (627.000) حالة ويتوقّع أن تبلغ عام (2030) حوالي (2.313.000) حالة، أي زيادة بمقدار ثلاثة أضعاف (World Health Organization ,2015)، وقد أكّدت منظّمة الصحّة العالميّة على ضرورة إجراء بحوثٍ ميدانيةٍ لتقييم مستوى الالتزام بالعلاج وتحديد أسبابه (منظمة الصحة العالمية، 2013، 24).

انطلاقاً مما سبق؛ وبكون أحد الجوانب المهمّة لاستراتيجيات تحسين الالتزام بالأدوية لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة (السكّري وارتفاع ضغط الدّم) هو فهم حجمها، ومع ذلك، كان مبرراً وجود نقص في الأبحاث المحلية للباحثين والمتخصصين في الرعاية الصحيّة حول استكشاف مدى الالتزام بالأدوية والأسباب الكامنة وراء هذه المشكلة من أجل تنسيق التدخلات اللاحقة، في إطار دراسة علاقتها بمتغير نوع المرض ومستوى الدخل والتأمين الصحي الذي يعد – من وجهة نظر الباحثة – على قدر كبير من الأهمية في ظلّ ظروف ما خلّفته الحرب من ضغوط كثيرة اقتصاديّة ونفسيّة على السوريين بشكلٍ عامٍّ، والمرضى بشكلٍ خاصٍّ فيما يتعلق بظروف المعيشة السيئة وانخفاض مستوى الدّخل، وغلاء الأسعار، وعدم توفّر المواد الأساسية الضروريّة وأهمّها الدواء. من هذه الاعتبارات سعت الباحثة للقيام بهذه الدراسة التي تعدّ الأولى محليّاً على حدّ علم الباحثة، والتي تتلخّص بالسؤال الآتي: **ما مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكّري و ضغط الدّم المرتفع في بعض مشافي مدينة اللاذقية؟**

أهميّة البحث:

تأتي أهميّة البحث من الآتي:

_ يعدّ البحث في موضوع الالتزام بالعلاج الدوائي بالغ الأهمية وعاملاً أساسياً لنجاح علاج الأمراض المزمنة، كما أنّه من المواضيع الحديثة الاهتمام نسبياً في الوطن العربي.

_ يفتح المجال لمزيد من البحوث والدراسات في علاقتها مع متغيرات أخرى، وإبرازه أسئلة ومشكلات عديدة قد تتيح فرصاً لحلها ومناقشتها من قبل المختصين المهتمين بهذا الموضوع.

_ يوفّر أدوات قياس، تساعد في مجالات بحثية أوسع تشمل أمراضاً مزمنة أخرى.

_ يفيد الأطباء والباحثين الذين يرغبون في إجراء تقييم للالتزام بالعلاج الدوائي من خلال استبيان سريع.

أهداف البحث: يهدف البحث إلى تعرّف:

- مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكّري و ضغط الدّم المرتفع في بعض مشافي مدينة اللاذقية.
- الفروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير نوع المرض.
- الفروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير التّأمين الصحّي.
- الفروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير مستوى الدّخل.

أسئلة البحث:

يجيب البحث عن السؤال الرئيس الآتي: ما مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكّري و ضغط الدّم المرتفع في بعض مشافي مدينة اللاذقية ؟

فرضيات البحث:

اختبرت فرضيات البحث عند مستوى الدلالة (0.05):

1. لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير نوع المرض(السكري، ضغط الدم المرتفع).
2. لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة تبعاً لمتغير التّأمين الصحّي(مؤمَّن، غير مؤمَّن).
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير مستوى الدّخل(منخفض، متوسط، مرتفع).

مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائيّة:

- **الالتزام بالعلاج الدوائي: Adherence to drug Treatment:** هو الدرجة التي يستعمل فيها الشخص الأدوية الموصوفة وفق الإرشادات(Shalini, 2020, 1). الالتزام بالأدوية: هو "مدى فهم المرضى لأمراضهم وعلاجهم تمامًا، والمشاركة الإيجابية، وإنجاز سلوكهم العلاجي وفقاً للتوصيات المتفق عليها(Kamishima, 2008, 22). ويعرّف إجرائياً: بأنّه الالتزام الكمي والنوعي بتناول الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب، وتجنب التداوي الذاتي أو اللجوء إلى علاجات بديلة، ومتابعة مراقبة الحالة الصحية، وفهم المعلومات المتعلقة بالأدوية واستخدامها، وتناول الدواء كجزء من نمط الحياة، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليه المفحوص على استبانة الالتزام بالعلاج الدوائي.
- **مرض السكري Diabetes Mellitus:** تعرّف منظمة الصحة العالمية داء السكري: بأنه داء مزمن يحدث عندما لا يفرز البنكرياس الكمية الكافية من الأنسولين أو عندما لا يستطيع الجسم استخدام الأنسولين بشكل فعال، ويُعدُّ ارتفاع السّكّر في الدّم نتيجة لعدم القدرة على ضبط السكري وبمرور الوقت يمكن أن يسبب أضراراً خطيرة للعديد من أجهزة الجسم، وخاصة للأعصاب والاوعية الدموية (http://www.who.int).

ويعرّف **إجرائياً** مرضى السكّري: بأنهم الأشخاص المصابين بمرض السكري المشخصين من قبل أطباء مختصين في أمراض السكري، وذلك بعد إجراء فحوصات وتحاليل مخبرية، ومحدَّدين في عينة البحث بالحالات التي تتلقى العلاج في مشفييّ الباسل وتشرين الجامعي بمدينة اللاذقية.

- **ضغط الدم المرتفع: Hypertension :**يعرف أيضاً بارتفاع ضغط الدم، وهو حالة يظل فيها الضغط داخل الأوعية الدموية مرتفعا باستمرار، ينتقل الدم من القلب إلى أجزاء الجسم عبر الأوعية الدموية، وفي كل ضربة من ضربات القلب، يضخ الدم بواسطة قوة دفع الدم على جدران الأوعية الدموية (الشرايين) عند ضخ القلب للدم (منظمة الصحة العالمية، 2013،17). كما يعرف **إجرائياً** مرضى ضغط الدم المرتفع: بأنهم الأشخاص المصابين بمرض ضغط الدم المرتفع المشخصين من قبل أطباء مختصين في أمراض القلب، وذلك بعد إجراء فحوصات وتحاليل مخبرية، ومحدَّدين في عينة البحث بالحالات التي تتلقى العلاج في مشفييّ الباسل و تشرين الجامعي بمدينة اللاذقية.

حدود البحث:

- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق البحث خلال العام 2022
- **الحدود المكانية:** اقتصر إجراء البحث على مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة في مدينة اللاذقية.
- **الحدود البشرية:** أقتصر البحث على مرضى ضغط الدم المرتفع والسكري.
- **الحدود الموضوعية:** تمثّلت في دراسة مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكّري و ضغط الدّم المرتفع في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة بمدينة اللاذقية.

الإطار النظري

أولاً: مرض ضغط الدّم المرتفع: Hypertension Patients

- **مفهوم ارتفاع ضغط الدم:** يشير هذا المفهوم إلى الارتفاع المزمن في ضغط الدم، والذي لا يكون له سبباً عضوياً واضحاً أو معروفاً، ومن ثمّ يصبح أساسياً، وعادة لا يشعر المريض بأية أعراض، وحين يتم الكشف عنه يكون في مرحلة التعقيدات، ويصنّف عادة من ناحية أسبابه إلى ثانوي وأساسي، فالثانوي أسبابه معروفة، أما الأساسي ينشأ عن عدة عوامل نفس اجتماعية، وتؤدي سمات الشخصية دوراً في تطوره، ولا يوجد لنشوئه سبباً واضحاً، وقد تم افتراض أن **من أهم عوامل ظهور هذا المرض:** عامل الوراثة، السن، العرق، السمنة، إدمان الكحول والتدخين، ملح الطعام، الكافيين، وقلة النشاط البدني أو انعدامه، إضافة إلى العوامل النفسية والضغوط (Lemaire, 2008, 8).أمّا أعراض مرض ضغط الدم المرتفع فتتلخص باختصار بصداع خفيف، طنين في الأذنين، نزيف الأنف، إرهاق وتعب، اضطرابات في الرؤية (قارة والجبالي، 2015، 88).
- **مضاعفات عدم الالتزام بالعلاج الدوائي لدى مرضى ضغط الدّم المرتفع:** قد يؤدي ارتفاع ضغط الدّم مالم يتم التحكم فيه إلى نوبة قلبية وتضخم القلب، مما قد يتسبب في فشل القلب في نهاية الأمر، وقد تتكون انتفاخات (أمهات الدّم) وأماكن ضعيفة داخل الأوعية الدّموية، مما يزيد احتمال تجلط هذه الأوعية وانفجارها، وقد يؤدي ضغط الأوعية الدّموية إلى تسرب الدّم داخل المخ، كما يمكن أن يسبب سكتة دماغية، أو الفشل الكلوي دموية أو العمى أو تمزق الأوعية الدّموية وضعف الإدراك، وكلما ارتفع الضغط داخل الأوعية الدّموية، زاد العبء الواقع على القلب في ضخ الدّم (منظمة الصحة العالمية، 2013، 17). كما أنّ فرط ضغط الدّم يعد من الأسباب الشائعة لقصور القلب (الموسوعة الحرة، 2014، 5).
- **أهميّة الرعاية الذاتية لدى مرضى ضغط الدّم المرتفع:** يوصى أن يقوم المرضى أنفسهم بمراقبة ذاتية لضغط الدّم لديهم من أجل التدبير العلاجي لارتفاع ضغط الدّم لديهم متى كانت تقنية قياس ضغط الدّم ميسورة التكاليف. وكما هي الحال في

الأمراض غير السارية الأخرى، تُسهّل الرعاية الذاتية الكشف المبكر عن ارتفاع ضغط الدّم، والالتزام بالأدوية والسلوكيات الصحية، وتحكّم أفضل في مستوى ضغط الدّم، وإدراك أهمية التماس المشورة الطبية عند الضرورة. فالرعاية الذاتية مهمّة لكل الأفراد، وتكتسب أهميّة خاصة في حالة الأشخاص الذين يتوافر لهم وصول محدود إلى الخدمات الصحية لأسباب جغرافية أو مادية أو اقتصادية (منظمة الصحة العالمية، 2013، 17).

- **محدّدات الإصابة بارتفاع ضغط الدّم:** تؤثر المحددات الاجتماعية على الصحة، مثل الدّخل والتعليم والمسكن، تأثيراً سيئاً على عوامل الخطر السلوكية، ومن ثم تؤثر على الإصابة بارتفاع ضغط الدّم، فعلى سبيل المثال، قد يؤثر عدم العمل أو الخوف من عدم الحصول على فرصة عمل على مستويات التوتر، التي تؤثر بدورها على ضغط الدّم المرتفع، ومن الممكن أيضاً أن تُؤخر ظروف العمل والظروف المعيشية الكشف عن الإصابة بارتفاع ضغط الدّم ومعالجته في الوقت المناسب نظراً لعدم توافر الوسائل التشخيصية والعلاج، ما قد يقف عائقاً أمام الوقاية من المضاعفات المترتبة على ارتفاع ضغط الدّم. أيضاً البيئات غير الصحية التي تُشجع على استهلاك الأطعمة السريعة، والسلوك الخالي من النشاط، وتعاطي التبغ، وتعاطي الكحول على نحو ضار (منظمة الصحة العالمية، 2013، 19).

ثانياً: مرض السكّري Diabetes Mellitus:

- **مفهوم مرض السكّري:** مجموعة من الأمراض الاستقلابية تتميّز بفرط سكر الدّم النّاتج عن عيب في إفراز الانسولين أو عمله أو كليهما، ويترافق فرط سكر الدّم المزمن في السكّري بآثار طويلة الأمد من التأذي والخلل الوظيفي والقصور في أعضاء متنوعة، خاصة العينين والأعصاب والقلب والأوعية الدّموية (Al-Bezrah,2006, 10) ومرض السكّري له عدة أنواع أهمها **مرض السكّري رقم (1)** المعتمد على الأنسولين (Dewayne, 2005, 32)، والنّوع الثّاني **مرض السّكّر رقم (2)** غير المعتمد على الانسولين (الزهراني، 2006، 13). وبحسب منظمة الصحة العالمية (2015) يُعدُّ النّوع الثّاني من مرض السكّري الأكثر شيوعاً، ويمثل نحو

(90%) من الإصابات بالمرض، وليست له أي أعراض واضحة في مراحله الأولى، الأمر الذي يمكن أن يزيد فرصة الوفيات من البالغين إلى الضعف.

- **علاج مرض السكّري:** لا يوجد علاج شاف لمرض السكّري، والإجراءات العلاجية المتبعة تهدف إلى التخفيف من وطأة أعراض المرض، ومحاولة التقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد ويوجد عدة تدخلات مساعدة، تدخلات سلوكية، وتدخلات علاجية دوائية، وتدخلات نفسيّة.

1: التدخلات السلوكية: ومنها 1- تنظيم الغذاء كماً ونوعاً: في الحقيقة لا يوجد مرض من الأمراض يعتمد في علاجه على تنظيم الغذاء مثل مرض السكّري. 2- زيادة النشاط البدني (الباش، 1992،22 ; Al-Bezrah, 2006, 3-4).

2: تدخلات علاجية دوائية: إن ميل الجسم لمقاومة الأنسولين لا ينتهي لذلك يضطر المريض إلى الخطوة التالية من العلاج وهي العلاج الدوائي. عن طريق تناول الأقراص الخافضة للسكر لتحسين إنتاج الأنسولين، أو لتنظيم الإفراز غير المناسب للغلوكوز من الكبد، ولإضعاف مقاومة الأنسولين إلى حد ما. وهناك العديد من المركبات الكيماوية الخافضة لسكر الدّم ويمكن تصنيفها من حيث آلية التأثير إلى: أ- مجموعة السلفونيل يوريا: وهذه المجموعة يتركز التأثير الدوائي لها على مستوى البنكرياس، فهي تحرض على إفراز الأنسولين من خلايا B، وتزيد من حساسية مستقبلات الأنسولين المحيطة. ب- مجموعة مركبات البيغوانيد Biguanide: وأهمها الميتفورمين (Metformine) التي تساعد في: زيادة حساسية الخلايا المحيطية للأنسولين، كما لها تأثير قاطع للشهية وذلك بتأثير مباشر على مركز الجوع. ج- المجموعة الثالثة: تؤثر على هضم النشويات وتثبط امتصاصها، وهذا النّوع يعمل في الأمعاء ويمنع عمل الأنزيمات الهاضمة التي تكسر النشويات المعقدة إلى سكر بسيط، وبالتالي تؤخر وتبطئ امتصاص السّكّر ووصوله إلى الدّم ؛ فلا يرتفع بدرجة عالية وسريعة؛ مما يمكن البنكرياس من إفراز ما يكفي من الأنسولين ليبقي على تركيز الجلوكوز في درجة معتدلة، وتؤخذ هذه الأدوية مع الوجبات، ولا فائدة إذا أخذت على صيام (الأغا، 2005، 34- 35).

والفكرة أنه يمكن للدواء الفموي أن يفشل في النهاية بسبب الضعف المتواصل لإفراز الأنسولين من خلايا بيتا وهنا يجب تعاطي حقن الأنسولين للتحكم في غلوكوز الدّم.

3- التدخلات النّفسيّة: مثل (الدعم النّفسي – الاجتماعي، التدريب على مهارات التأقلم والتكيّف، العلاج المعرفي السلوكي).

- **ضرورة الالتزام بالعلاج الدوائي لدى مرضى السكّري:** إن القدرة على إدارة مستوى سكّر الدّم وضبطه تعتمد إلى حد كبير على التزام المريض بمجموعة مكثفة من سلوكيات الرعاية الذّاتية التي تنطوي على الالتزام بالأدوية الموصوفة، ومراقبة الجلوكوز في الدّم، والتمسّك بالتوصيات الغذائية والنشاط البدني، ورعاية القدم السكّرية، والحضور في المواعيد الطبية، والفحص المنتظم للمضاعفات (الحميد، 2007، 65).

دراسات سابقة:

فيما يلي عرض لبعضٍ من الدراسات التي تناولت الالتزام بالعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة (السكّري واضغط الدّم المرتفع) حسب ترتيبها الزمني. تجدر الإشارة هنا إلى أن (تقبل العلاج) مصطلح استخدمته بعض الدراسات كمرادف (للالتزام بالعلاج).

- دراسة أزلن وآخرون (Azlin, et al., 2004) بعنوان: **مصدر الضبط الصحي، عدم الالتزام بالعلاج الدوائي عند مرضى ضغط الدّم المرتفع**"

"Health Locus of Control Amon Non-compliance Hypertensive Patients Undergoing Pharmacotherapy "

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج (الالتزام بالدواء المضاد لضغط الدّم) عند مرضى ضغط الدم، وهي دراسة عرضية على عينة مؤلفة من (200) مريض (97) ذكور و(103) إناث، اعتمدت الدراسة على مقياس لتقييم مصدر الضبط الصحي (MHLC- form C) والدليل العالمي للمقابلات النفسية والعصبية النتائج، من أهم نتائج الدراسة: تدني معدل عدم تقبل العلاج (38.5%). ووجود فروق في تقبل العلاج (الالتزام بالدواء) تعزى للمتغيرات التي أجريت فيها الدراسة

(السن، العرق، الجنس، مصدر الضبط الداخلي، مصدر الضبط الخارجي (أطباء، الحظ).

- دراسة بروت وآخرون (Peyrot, *et,al*. 2005) في أمريكا. **بعنوان" المشاكل النّفسيّة والاجتماعيّة وعوائق تحسين إدارة مرض السكّري."**

"Psychosocial Problems And Barriers To Improved Diabetes Management."

هدفت إلى معرفة المشاكل النّفسيّة لدى مرضى السكّري، ومدى الالتزام بسلوكيات الرعاية الذّاتية، تكونت العيّنة من (5104) مريض سكري من النّوعين اختيروا عشوائياً، و(3827) من مقدمي الرعاية للمرضى بما في ذلك أطباء الرعاية الصحية الأولية، والأطباء أخصائي مرضى السكّري والممرضات. تم استخدام المقابلات الشّخصية مع بعض مرضى السكّري ومقدمي الرعاية الصحية، أو إجراء مكالمات هاتفية في (13) بلداً في آسيا وأستراليا وأوربا وأمريكا الشمالية، من أهم النّتائج: أن الالتزام بالنّظام العلاجي الخاص بمرض السكّري ضعيفاً جداً، وخاصة بالنسبة للنظام الغذائي وممارسة التمارين الرياضية. وتقديرات مقدم الرعاية للمرضى أقلّ من تقارير المرضى لجميع السلوكيات. وأن المخاوف المتعلقة بالسكّري شائعة بين المرضى.

- دراسة ناجي عزيز (2007)، **بعنوان نمط الالتزام بالعلاج لمرضى داء السكر الذين يراجعون المركز التخصصي لأمراض الغدد الصماء والسكّري في بغداد.** هدفت الدراسة إلى معرفة التزام مرضى السكّري بطريقة العلاج للذين يراجعون المركز التخصصي للغدد الصم والسكّري في بغداد، وتقييم أي ترابط بين الالتزام والمتغيرات السريرية الوبائية المختلفة للمريض. وقد تم تصميم دراسة مقطعية شملت (340) مريض مصاب بالنوع الثاني من السكّري، تم استخدام نموذج استبياني، والرجوع إلى ملفات المرضى في المركز. من أهم نتائج الدراسة: أن هناك (47.6%) مريض ذو التزام ممتاز، و(24.18%) مريض ذو التزام جيد و(29.75%) ذو التزام مقبول وسيئ، وقد

كان هناك فروق دالة إحصائياً في مستوى الالتزام بالعلاج تبعاً لمتغير(العمر والجنس، تكرارات الالتزام، مستوى التعليم، دليل كتلة الجسم، التدخين، مدة المرض، ووجود مضاعفات للمرض)، ولم يكن هناك فروق دالة إحصائياً في مستوى الالتزام بالعلاج تبعاً لمتغير(المهنة وامتلاك بيت سكني)، وأغلب مرضى السكّري (29.75%) كان لديهم التزام ما بين سيّء ومقبول.

- دراسة روزمان وآخرون (Rothman, *et, al.,*2008) في أمريكا. **بعنوان:**" **العلاقة بين سلوك إدارة الذّات، والاختلاف العرقي، والتحكم بنسبة السّكّر في الدّم لدى المراهقين من مرضى السكّري نوع 2**"

"Self- Management Behavior, Racial Disparities, And Glycemic Control Among Adolescents With Type 2 Diabetes.".

هدفت إلى دراسة سلوكيات الإدارة الذّاتية والسيطرة على سكر الدّم لدى المراهقين من مرضى السكّري 2 من السود والبيض، بلغت عيّنة الدّراسة (103) مريض سكري من الذكور والإناث، تم إجراء استطلاع عبر الهاتف مع مراهقين يعانون من سكري 2 من عام (2003) إلى عام (2005). وبمراجعة السجلات والبيانات تم الحصول على المعلومات اللازمة والخصائص السريرية. وتم تحليل ومقارنة التطورات في خصائص المرض وسلوكيات الإدارة الذّاتية لمستويات السكر، من أهم نتائج الدّراسة: أظهر أكثر من (80%) من المرضى التزاماً بالدواء بنسبة (75%) بمراقبة مستوى السّكّر في الدّم مرتين باليوم، وذكر أكثر من (70%) من المرضى أنهم يمارسون الرياضة مرتين أسبوعين. ومع ذلك ذكر المرضى حدوث نوبات متكررة من الإفراط في تناول الطعام، وشرب المشروبات السكّرية وتناول الوجبات السريعة.

- دراسة قارة (2009)، في الجزائر بعنوان: **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدّم الأساسي.** هدفت إلى دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج، على عينة بلغت (100) مريض مصاب بارتفاع ضغط الدّم الأساسي، وأسفرت نتائجه عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدّم الأساسي وبين درجة تقبله (التزامه) للعلاج.
- دراسة مروات شريف أداد وآخرون (*Morowatisharifabad*, et. al, 2010) . **بعنوان: العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج (الإلتزام بحمية غذائية) على عينة إيرانية من مرضى السكّري.**"

"Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians ."

هدفت الدراسة إلى تحديد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكّري، ودراسة بعض العوامل المساهمة في الإلتزام بالحمية الغذائية. أجريت على 120 مريضاً بالسكّري في مركز البحث حول السكر (Yazd) ولجمع البيانات تم تطبيق المقياسين الإيرانيين مصدر الضبط الصحي لداء السكّري، ومقياس الرعاية الذاتية لمرضى السكر، من أهم نتائج الدراسة: وجود ارتباط موجب جيد بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج (الالتزام بالحمية الغذائية)، ووجود ارتباط سلبي بين مصدر الضبط الصحي للحظ وبين تقبل العلاج.

- دراسة (صليحة، 2015) **بعنوان: الكفاءة الذّاتية وعلاقتها بالتزام العلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، الجزائر.** هدفت الدّراسة الحاليّة إلى الكشف عن العلاقة بينَ الكفاءة الذاتيّة، وكل من الالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصّحّة لدى مرضى قصور الشّريان التاجيّ، وإلى تعرّف الفروق في الكفاءة الذاتية وفي جودة الحياة المتعلقة بالصّحّة، وفي الالتزام بالعلاج لدى مرضى

قصور الشّريان التاجيّ وفقاً للمتغيّرات الآتية (العمر، الجنس، المستوى التّعليميّ، مدة المرض)، وشملت الدّراسة عيّنة قوامها (129) فرداً، تراوحت أعمارهم بين (16 – 80) سنةً، وتمّ الاعتماد على مقياس توقّعات الكفاءة الذّاتية العامّة لرالف شفارتزر ترجمة سامر جميل رضوان، ومقياس الالتزام بالعلاج، ومقياس جودة الحياة المتعلّقة بالصّحّة (SF36)، الذي تمّت ترجمته إلى اللّغة العربيّة، وقد تمّ التّأكُّد من الكفاءة القياسيّة لأدوات الدّراسة. من أهم نتائج الدراسة: لا توجد فروق دالّة إحصائيّا في الالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشّريان التاجيّ وفقاً للمتغيّرات الآتية (السِّن، الجنس، المستوى التّعليميّ، مدة المرض).

- دراسة أوينو وآخرون (Ueno, *et al.*, 2018) في اليابان **بعنوان: موثوقية وصلاحية مقياس الالتزام بالأدوية المكون من 12 عنصر للمرضى المصابين بأمراض مزمنة في اليابان.**

Reliability and validity of a 12-item medication adherence scale for patients with chronic disease in Japan.

هدفت الدراسة إلى اختبار موثوقية وصلاحية مقياس الالتزام بالأدوية المعدل المكون من 12 عنصراً، كما هدفت إلى دراسة العلاقات بين الخصائص الديموغرافية للمريض والالتزام بالأدوية ومقارنتها مع الدراسات السابقة. تم مراجعة مقياس الالتزام بالأدوية المؤلف من (14) عنصراً الذي تم إنشاؤه في عام 2009، إلى إصدار (12 عنصراً) ليصبح أكثر إيجازًا ووضوحًا، على عينة بلغت (328) مريضاً يعانون من أمراض مزمنة قد شاركوا في برنامج الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة في اليابان. من أهم نتائج الدراسة: إثبات موثوقية وصلاحية مقياس الالتزام بالأدوية المكون من 12 عنصراً للمرضى المصابين بأمراض مزمنة في اليابان. أرتبط الالتزام العالي بالدواء بشكل كبير مع الحالة الاجتماعية للمريض (لمن يعيش مع شخص آخر)، وكذلك مع العمر (40–49 سنة

التزامهم أعلى) مقابل (20–29 سنة كان التزامهم أقل). وأن استخدام هذا المقياس مناسبًا ليس فقط لليابان ولكن أيضًا للاستخدام الدولي.

التعقيب على الدراسات السابقة وموقع البحث الحالي منها: باستعراض الدراسات السابقة يتناول البحث الحالي مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي تحديداً لدى مرضى السكّري وضغط الدّم المرتفع، في حين ركّزت تلك الدراسات على الالتزام أو عدم الالتزام بالأدوية، أو على الحمية الغذائية أو نمط الحياة أو سلوكات الرعاية الذاتية، لدى مرضى ضغط الدّم المرتفع أو السكّري كلاً على حِدا، كما لم تستخدم تلك الدراسات مقياس موحد للالتزام بالعلاج، إضافة إلى اختلاف المجال المكاني للدراسات والعوامل الأخرى المتعلقة بعينة الدراسة (كالاختلاف العرقي بين البيض والسود) كدراسة (Azlin, *et al.*, 2004)، (Peyrot, *et al.*, 2005)،(Rothman , *et al.*, 2008)، وقد اختلف البحث الحالي مع تلك الدراسات السابقة في تناول الالتزام بالعلاج الدوائي دون الأنماط الأخرى للالتزام بالعلاج، باستثناء دراسة (Azlin, *et al.*, 2004) التي تناولت عدم الالتزام بالعلاج الدوائي لدى فقط مرضى ضغط الدّم. وأيضا تَناول أغلب تلك الدراسات الالتزام بالعلاج وعلاقته بمتغيرات عدّة (مصدر الضبط، الكفاءة الذاتية، المساندة الاجتماعية، جودة الحياة وغيرها) مع متغيرات تصنيفية (كالعمر والجنس والمستوى التعليمي، وامتلاك بيت سكني وغيرها). بينما اتفق البحث الحالي مع أغلب تلك الدراسات باستخدام نفس المنهج العلمي وهو (المنهج الوصفي)، وقد تمت الإفادة من الدراسات السابقة في وضع الأسس النظرية للبحث ومختلف مكوناته، وفي استخدام المعالجات الإحصائية المناسبة، وإعداد أداة البحث وهي استبانة الالتزام بالعلاج الدوائي، وفي تفسير النتائج. وقد تفرّد البحث الحالي عن تلك الدراسات من حيث عينة ومجتمع البحث (تناوله مرضى السكّري وضغط الدّم المرتفع معاً) وتقييم مستوى الالتزام لديهما مع متغيرات قد تكون ذات تأثير على الالتزام وهي (نوع المرض، مستوى الدّخل الشهري، التّأمين الصحّي)_ لاسيما بالنسبة لظروف عينة البحث الحالي_ التي لم تشتمل أية دراسة ميدانية محليّة على ذلك على حدّ علم الباحثة.

منهج البحث:

اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي في معالجة موضوع بحثها، الذي يعرّف بأنَّه "جمع أوصاف ومعلومات دقيقة عن الظاهرة المدروسة كما توجد فعلاً في الواقع، ويعبَّر عنها كيفياً وكمياً، ويوضح خصائصها وارتباطها مع ظواهر أخرى" (بوحوش والذنيبات، 2007، 232).

مجتمع البحث وعيّنته:

تكوّن مجتمع البحث من مرضى السكري و ضغط الدم المرتفع في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة بمدينة اللاذقية، تم اختيار العينة بطريقة عرضية بلغت عند التطبيق (190) مريضاً ومريضة، موزعين إلى (92) مريض سكري، و(98) مريض ضغط الدم المرتفع. وقد بلغ متوسط عمر العينة (58.61)، بانحراف معياري مقداره (10.75)، وبعد استبعاد الاستبانات غير الصالحة للتحليل الاحصائي اقتصرت العينة على (186) مريضاً ومريضة. وتوزعت عينة البحث بحسب المتغيرات المدروسة على النحو الوارد في الجدول (1).

جدول (1): توزع عينة البحث بحسب متغيرات البحث

المتغير		العدد	النسبة %
نوع المرض	سكري	92	%49.5
	ضغط دم مرتفع	94	%50.5
التّأمين الصحّي	غير مؤمن صحياً	121	%65.1
	مؤمن صحياً	65	%34.9
مستوى الدّخل	منخفض	73	%39.2
	متوسط	68	%36.6
	مرتفع	45	%24.2
المجموع		186	%100

أدوات البحث:

إعداد الاستبانة، والتحقق من صدقها وثباتها:

1 – **إعداد الاستبانة:** أُعِدَّت **استبانة الالتزام بالعلاج الدوائي** بناءً على دراسات وأبحاث أجريت في هذا المجال لدى مرضى ضغط الدّم المرتفع والسكّري والأمراض المزمنة الأخرى، كدراسة كل من (رحاحلية، 2010)، (قارة، 2009)، وأينو وآخرون (Ueno, et al., 2018)، وبالرجوع إلى بعض استبانات ومقاييس الالتزام، كمقياس الالتزام لدى مرضى ضغط الدّم المرتفع (the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension) في دراسة جرذون وديبز هيريديا (Garzón & Díaz Heredia,2019)، ومقياس تصنيف الالتزام بالأدوية Medication Adherence Rating Scale; MARS (في دراسة طومسون وآخرون (Thompson, et al.,2000) ومقياس الالتزام بالأدوية لمورسكي (Morisk, *et al*., 1985)، واستبيان الدواء الموجز Brief Medication Questionnaire (BMQ) ، ومقياس الالتزام لكوليج (ADHERENCE SCALE CULIG)، المستخدمة في دراسة جوزيب وليبي (Josip and Leppée,2014). تكونت الاستبانة من (26) عبارة، موزعة على خمسة مجالات، هي: الأول: الالتزام بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب: ويضم العبارات من (1 – 6)، الثاني: تجنب التداوي الذاتي، ويضم العبارات من (7 – 11)، الثالث: متابعة مراقبة الحالة الصحية: ويضم العبارات من (12 – 18)، الرابع: فهم المعلومات المتعلقة بالأدوية واستخدامها، ويضم العبارات من (19 – 21)، الخامس: تناول الدواء كجزء من نمط الحياة، ويضم العبارات من (22 – 26)، ويتم الإجابة على عبارات الاستبانة وفق مقياس ثلاثي الإجابة (دائماً: الدرجة 3، أحياناً: الدرجة 2، أبداً: الدرجة1). وبالتالي تم وصف مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من المرضى

المصابين بأمراض مزمنة على الشكل الآتي: من (1 – 1.67) منخفض، من (1.68 – 2.34) متوسط، من (2.35 – 3) مرتفع.

2 – الخصائص السيكومترية للاستبانة:

أ – **صدق الاستبانة:** تم التحقق من صدق الاستبانة بالاعتماد على **الصدق البنيوي**، إذ طبقت الاستبانة على عينة بلغت (24) مريض سكري وضغط الدم المرتفع، من خلال حساب معامل الارتباط يبين كل مجال من مجالات الاستبانة والدَّرجة الكليَّة لها، وكذلك معاملات الارتباط بين كل مجال والمجال الذي يليه، ومع الدرجة الكلية للاستبانة على النحو المبين في الجدول (2)، الذي يظهر وجود معاملات ارتباط جيدة، ويدل على الاتساق بين مجالات الاستبانة مع بعضها ومع الدَّرجة الكليَّة لها.

جدول (2): معاملات الارتباط الدّاخليَّة بين مجالات الاستبانة والدَّرجة الكليَّة لها

المجال/معامل الارتباط ومستوى الدلالة		الالتزام بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب	تجنب التداوي الذاتي	متابعة مراقبة الحالة الصحية	فهم المعلومات المتعلقة بالأدوية	تناول الدواء كجزء من نمط الحياة	الدّرجة الكليّة
الالتزام بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب	معامل الارتباط	1	0.94(**)	0.89(**)	0.81(**)	0.9(**)	0.945(**)
	مستوى الدلالة		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
تجنب التداوي الذاتي	معامل الارتباط		1	0.93(**)	0.85(**)	0.89(**)	0.972(**)
	مستوى الدلالة			0.000	0.000	0.000	0.000
متابعة مراقبة الحالة الصحية	معامل الارتباط			1	0.94(**)	0.889(**)	0.947(**)
	مستوى الدلالة				0.000	0.000	0.000
فهم المعلومات المتعلقة بالأدوية	معامل الارتباط				1	0.86(**)	0.945(**)
	مستوى الدلالة					0.000	0.000
تناول الدواء كجزء من نمط الحياة	معامل الارتباط					1	0.972(**)
	مستوى الدلالة						0.000

**عند مستوى دلالة 0.01.

كما تم حساب قيم معاملات الارتباط الداخلية (الاتساق الداخلي) بين درجة كل بند من بنود الاستبانة والدّرجة الكليّة لكل مجال، كما هو مبين في الجدول (3).

جدول (3): قيم معاملات الارتباط الداخلية بين كل بند والبُعد الذي ينتمي إليه من الاستبانة

الالتزام بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب			تجنب التداوي الذاتي			متابعة مراقبة الحالة الصحية			فهم المعلومات المتعلقة بالأدوية			تناول الدواء كجزء من نمط الحياة		
البند	معامل بيرسون	القيمة الاحتمالية	البند	معامل بيرسون	القيمة الاحتمالية	البند	معامل بيرسون	القيمة الاحتمالية	البند	معامل بيرسون	القيمة الاحتمالية	البند	معامل بيرسون	القيمة الاحتمالية
1	0.834**	0.000	7	0.806**	0.000	12	0.83**	0.001	19	0.961**	0.001	22	0.92**	0.000
2	0.921**	0.000	8	0.921**	0.000	13	0.8**	0.000	20	0.88**	0.000	23	0.95**	0.000
3	0.898*	0.000	9	0.88**	0.000	14	0.87**	0.000	21	0.955**	0.000	24	0.9**	0.000
4	0.833**	0.000	10	0.89**	0.000	15	0.88**	0.000				25	0.97**	0.000
5	0.89**	0.000	11	0.934**	0.000	16	0.83**	0.000				26	0.89**	0.000
6	0.872**	0.000				17	0.86**	0.000						
						18	0.86**	0.000						

*دال عند مستوى دلالة (0.05). **دال عند مستوى دلالة (0.01).

يظهر الجدول (3) وجود معاملات ارتباط جيدة، بين كل بند والمجال الذي ينتمي إليه، وهذا ويدل على الاتساق الداخلي بين بنود الاستبانة والمجال الذي ينتمي إليه.

ب – ثبات الاستبانة: تم التحقق من ثبات الاستبانة من خلال:

1 – معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha)، طبقت الاستبانة على عينة استطلاعية بلغت (24) مريض سكري ومريض ضغط الدم المرتفع، وقد بلغ معامل ألفا كرونباخ (0.973)، الأمر الذي يشير إلى معامل ثبات جيد، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة جيدة من الثبات بحيث يمكن تطبيقها على عينة البحث، ويشير الجدول إلى ذلك.

2 – التَّجزئة النّصفية (Split- Half Method)، تم التحقق من ثبات الاستبانة من خلال التَّجزئة النّصفية، حيث قسمت الاستبانة – المطبقة على أفراد العينة الاستطلاعية البالغ عددها (24) مريض سكري ومريض ضغط الدم المرتفع– إلى نصفين، يضم الأول العبارات الزّوجية، والثّاني العبارات الفردية، وتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين النّصفين، وقد بلغ (0.876)، ثم جرى تعديل طول البعد باستخدام معادلة سبيرمان براون (Spearman-Brown)، وقد بلغ (0.934)، كما تم حساب معامل غوتمان

(Guttman)، الذي بلغ (0.932)، وهو معامل مرتفع، يدلّ على ثبات الاستبانة وصلاحيّتها للتطبيق، كما هو مبين في الجدول (4).

الجدول (4) يوضح معاملات ثبات الاستبانة بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النّصفية

استبانة الالتزام بالعلاج الدوائي	عدد العبارات	ألفا كرونباخ	بيرسون	سبيرمان براون	غوتمان
			الارتباط قبل التّعديل	الارتباط بعد التّعديل	
	26	**0.973**	**0.876**	**0.934**	**0.932**

نتائج البحث

بالنسبة **للسؤال الرئيس: ما مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة بمدينة اللاذقية؟** للتعرف إلى مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد العينة، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والأهمية النسبية، لكل مجال من مجالات الاستبانة، ولكل عبارة واردة ضمنها، ورتبت ترتيباً تنازلياً وفقاً للمتوسط الحسابي، ويظهر الجدول (5) هذه النتائج.

الجدول (5) مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة البحث من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع

الرقم	العبارة	مرضى السكري				مرضى ضغط الدم المرتفع			
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهميّة النسبيّة	مستوى الالتزام	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهميّة النسبيّة	مستوى الالتزام
المجال الأول: الالتزام بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب:									
.1	أؤخر مواعيد تناول الدواء.	1.40	0.76	%28	منخفض	1.22	0.57	%24.4	منخفض
.2	أواظب على أدويتي التي توزع مجاناً.	2.46	0.76	%82	**مرتفع**	2.53	0.73	%84.33	**مرتفع**
.3	أزيد جرعة الدواء للتخفيف من الألم.	1.89	0.78	%63	**متوسط**	1.86	0.80	%62	**متوسط**
.4	أنسى بعض جرعات الأدوية الموصوف تناولها أكثر من مرة في اليوم.	1.25	0.53	%25	منخفض	1.35	0.67	%27	منخفض
.5	ألتزم بالأدوية التي تعطى عن طريق الحقن.	1.72	0.78	%34.4	متوسط	2.41	0.87	%48.2	مرتفع
.6	أحرص على أخذ دوائي وفق تعليماته المحددة.	1.48	0.75	%29.6	منخفض	1.62	0.84	%32.4	منخفض

الدرجة الكلية للمجال الأول	1.70	0.32	%34	متوسط	1.83	0.31	%36.6	متوسط
المجال الثاني: تجنب التداوي الذاتي:								
.7 أشتري أدوية بديلة دون استشارة الطبيب.	2.09	0.78	%69.67	متوسط	2.11	0.75	%70.33	متوسط
.8 أعتقد أن التزامي بالحمية الغذائية يغني عن الدواء.	1.22	0.49	%24.4	منخفض	1.31	0.66	%26.2	منخفض
.9 ألجأ إلى التداوي بالوصفات الشعبية.	1.59	0.87	%31.8	منخفض	1.52	0.80	%30.4	منخفض
.10 أوقف بعض الأدوية عند عدم توفرها.	2.53	0.64	%50.6	مرتفع	1.21	0.55	%24.2	منخفض
.11 أوقف بعض الأدوية بناءً على تقديري الخاص.	1.17	0.51	%23.4	منخفض	1.19	0.55	%23.8	منخفض
الدرجة الكلية للمجال الثاني	1.72	0.32	%34.4	متوسط	1.47	0.31	%29.4	منخفض
المجال الثالث: متابعة مراقبة الحالة الصحية:								
.12 أحضر مواعيدي الطبية بانتظام.	1.71	0.76	%34.2	متوسط	1.97	0.73	%39.4	متوسط
.13 أبلّغ الطبيب عن أعراض غير عادية سببّها الدواء.	2.05	0.82	%68.33	متوسط	1.90	0.89	%63.33	متوسط
.14 أهمل علاج بعض المشاكل الصحية التي تحدث لدي.	1.57	0.79	%31.4	منخفض	1.60	0.77	%32	منخفض
.15 أغير طبيبي بحثا عن طبيب أفضل.	1.33	0.60	%44.33	منخفض	1.27	0.49	%42.33	منخفض
.16 أداوم على إجراء فحوصي الدورية.	1.39	0.65	%46.33	منخفض	1.30	0.53	%43.33	منخفض
.17 أسأل طبيبي عن تقييمه لحالتي الصحية.	1.79	0.83	%59.67	متوسط	1.79	0.85	%59.67	متوسط
.18 أراجع طبيبي في حال تفاقم الآثار الجانبية لعلاجي.	2.42	0.79	%80.67	مرتفع	2.55	0.62	%85	مرتفع
الدرجة الكلية للمجال الثالث	1.75	0.25	%35	متوسط	1.77	0.29	%35.4	متوسط
المجال الرابع: فهم المعلومات المتعلقة بالأدوية واستخدامها								
.19 أفهم تأثير أدويتي وآثارها الجانبية.	1.32	0.53	%44	منخفض	1.24	0.46	%41.33	منخفض
.20 أستفسر من الطبيب حول الدواء الموصوف.	1.29	0.53	%43	منخفض	1.32	0.57	%44	منخفض
.21 أبحث عن المعلومات التي أريدها عن مرضي.	1.77	0.85	%59	متوسط	1.86	0.85	%62	متوسط

الدرجة الكلية للمجال الرابع	1.46	0.32	%48.67	منخفض	1.48	0.41	%49.33	منخفض
المجال الخامس: تناول الدواء كجزء من نمط الحياة								
22. آخذ دوائي معي في حال ابتعادي عن البيت.	1.76	0.73	%58.67	متوسط	1.72	0.78	%57.33	متوسط
23. أؤمّن أدويتي قبل نفادها.	1.85	0.77	%37	متوسط	1.48	0.71	%29.6	منخفض
24. أؤجل شراء بعض الأدوية لعدم امتلاكي المال الكافي.	2.20	0.87	%44	منخفض	1.63	0.79	%32.6	منخفض
25. أحرص على جعل تناول الدواء جزء مهم من حياتي اليومية.	1.79	0.57	%59.67	متوسط	1.70	0.50	%56.67	متوسط
26. أنزعج من ضرورة الاستمرار في تناول الدواء كل يوم.	1.55	0.80	%31	منخفض	1.53	0.74	%30.6	منخفض
الدرجة الكلية للمجال الخامس	1.83	0.38	%36.6	متوسط	1.61	0.36	%32.2	منخفض
الدرجة الكلية للاستبانة	1.71	0.15	%34.2	متوسط	1.66	0.16	%33.2	منخفض

يتبيّن من قراءة الجدول (5) أن مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد عينة البحث من مرضى السكري جاء متوسط، وأن مستوى الالتزام لدى مرضى ضغط الدم المرتفع جاء منخفض، كما حصلت المجالات (الالتزام بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب، ومتابعة مراقبة الحالة الصحية) على درجة التزام متوسطة، في حين جاء مجالي (تجنب التداوي الذاتي، وتناول الدواء كجزء من نمط الحياة) بدرجة التزام متوسطة لدى مرضى السكري، وبدرجة التزام منخفضة لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، في حين حصل مجال فهم المعلومات المتعلقة بالأدوية واستخدامها على درجة التزام منخفض لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة (السكري، ضغط الدم المرتفع). وتعزو الباحثة ذلك ربما إلى ضعف التثقيف والوعي الصحي حول المرض في ظل تراجع خدمات الرعاية الصحية خلال فترة الحرب، وانقطاع بعض الأدوية ورفع أجور الخدمات الصحية، زيادة مستوى البطالة في المجتمع، أيضاً ربما تحمّل المرضى ضغوط وأعباء نفسية ومادية أشد من المرض (استشهاد أو فقد عزيز، تهجير، إصابات وحوادث، فقدان الدعم أو المعيل أو

العمل) التي من شأنها أن تؤثر على الالتزام بالعلاج الدوائي حسب ما أكدته نتائج (Ueno, *et al.*, 2018) حول تأثير وجود دعم أو معيل. وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Azlin, et al., 2004)بالنسبة لمرضى ضغط الدم المرتفع. بينما اختلفت مع دراسة (Peyrot, et,al. 2005) التي أظهرت التزام بالعلاج متدني جدا لدى مرضى السكري، ودراسة (Rothman, et, al.,2008) التي أظهرت التزام مرضى السكري بنسبة (75%) بالأدوية وتدني النسبة بالرياضة والحمية الغذائية، وبالتالي يفسّر اختلاف النتيجة باختلاف نمط الالتزام المدروس الذي شمل الحمية الغذائية والرياضة والأدوية.

التحقق من صحة فرضيات البحث:

الفرضية الأولى: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة تبعاً لمتغير نوع المرض. للتحقق من صحة الفرضية، استخدم اختبار (t – test) للعينات المستقلة، كما هو مبين في الجدول (6).

جدول (6): نتائج اختبار (t - test) للفرق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد العينة من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع تبعاً لمتغير نوع المرض

نوع المرض	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(t) المحسوبة	قيمة الاحتمال (p)	القرار
سكري	92	44.09	3.79	0.664	0.507	غير دال
ضغط الدم المرتفع	94	43.69	4.3			

يتضح من الجدول (6) عدم وجود فرق وفق نوع المرض في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي، فقيمة الاحتمال بلغت (0.507)، وهي أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05). وقد تعزى هذه النتيجة ربما إلى تشابه إدراك كلٍّ من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع لخطورة مضاعفات المرض؛ فمرضى السكري تظهر لديهم آثار عدم الالتزام بالدواء بشكل سريع وبالتالي يحرص مريض السكري على التزامه بالعلاج خوفاً من " تضرُّر العصب البصري وحدوث العمى أو الإصابة بالزَّرَق (ارتفاع ضغط العين) في

حال عدم استعمال جرعات الدواء في مواعيدها" (Shalini, 2020, 4)، إضافة إلى الخوف من بتر الأطراف واعتلال الأعصاب وغيرها. وكذلك أيضاً مرضى ضغط الدم المرتفع؛ فمرض ضغط الدم المرتفع يفرض على المريض ضرورة تدبره، من خلال أعراضه (ألم وصداع شديد، عصبية وانزعاج، جلطات بسيطة أو قوية، رعاف، ضيق نفسي) التي تظهر بشكل مباشر على المريض مجرد الإخلال بقواعد الالتزام بالدواء، فهذه الأعراض تنبه المريض بشكل دائم وتجعله يدرك خطورة مرضه وضرورة الالتزام بالدواء.

الفرضية الثانية: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري و ضغط الدم المرتفع في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة تبعاً لمتغير التّأمين الصحّي. للتحقق من صحة الفرضية، استخدم اختبار (t - test) للعينات المستقلة، كما هو مبين في الجدول (7).

جدول (7): نتائج اختبار (t - test) للفرق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى أفراد العينة من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع تبعاً لمتغير التّأمين الصحّي

التّأمين الصحّي	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(t) المحسوبة	قيمة الاحتمال (p)	القرار
غير مؤمن صحياً	121	43.4	3.94	-2.277	0.03	دال
مؤمن صحياً	65	44.8	4.13			

يتضح من الجدول (7) وجود فرق دال إحصائياً وفق متغير التّأمين الصحّي، فقيمة الاحتمال بلغت (0.03)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، وهذا الفرق جاء لصالح المرضى المؤمَّنين صحّيّاً، فهم أكثر التزاما بالعلاج الدوائي ربما من ناحية تأمين وشراء الدواء وإجراء المراجعات الدورية للطبيب والصور والتحاليل المطلوبة التي هي شبه مجّانية للمؤمنين صحّياً مقارنةً بتكاليفها المرتفعة التي يتحملها غير المؤمّن صحّيّاً، وهي نتيجة منطقية إذا نظرنا إلى ظروف الوضع المادي والمعيشي السيء، بينما قد تكون النواحي الأخرى للالتزام متشابهة بين المؤمنين وغير المؤمنين صحّيّاً، مثل الالتزام بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب، وفهم المعلومات المتعلقة بالأدوية واستخدامها.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة تبعاً لمتغير مستوى الدّخل. للتحقق من صحة الفرضية تبعاً لمتغير مستوى الدّخل (منخفض، متوسط، مرتفع)، تم حساب المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة البحث، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول (8).

جدول (8): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى الالتزام بالأدوية لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع تبعاً لمتغير تبعاً لمتغير مستوى الدّخل

مستوى الدّخل	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
منخفض	73	43.01	3.83	0.45
متوسط	68	43.43	3.99	0.48
مرتفع	45	46	3.82	0.57
المجموع	186	43.89	4.05	0.3

ولإظهار الفروق بين إجابات العينة تبعاً لمتغير مستوى الدّخل، تم حساب تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، ويظهر الجدول (9) هذه الفروق.

جدول (9): تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الالتزام بالأدوية لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع تبعاً لمتغير مستوى الدّخل

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم F	قيمة الاحتمال	القرار
بين المجموعات	271.010	2	135.505	8.96	0.000	دال
داخل المجموعات	2767.619	183	15.124			
المجموع	3038.629	185				

يتبين من قراءة الجدول (9) وجود فروق دالة وجوهرية بين إجابات أفراد العينة تبعاً لمتغير مستوى الدّخل، إذ بلغت قيمة الاحتمال (0.000)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01). وللكشف عن طبيعة هذه الفروق استخدم اختبار شيفيه (Scheffe)، كما هو موضح في الجدول (10).

جدول (10): نتائج اختبار (Scheffe) للفروق بين في مستوى الالتزام بالأدوية لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع تبعاً لمتغير مستوى الدّخل

(I) مستوى الدّخل	(J) مستوى الدّخل	اختلاف المتوسط	قيمة الاحتمال	القرار
منخفض	متوسط	0.413	0.655	غير دال
مرتفع	منخفض	2.99(*)	0.000	دال
	متوسط	2.57(*)	0.003	دال

يتبيَّن من الجدول (10) أن هذه الفروق التي ظهرت بين إجابات أفراد العينة من ذوي الدخل المرتفع وكل من ذوي الدخل المنخفض، والمتوسط لصالح ذوي الدخل المرتفع، بينما لم توجد فروق دالة بين ذوي الدخل المنخفض والذوي الدخل المتوسط. لم يتسنَّ للباحثة مقارنة هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة لعدم تناول الأخيرة متغير مستوى الدخل، فقد تفسّر من واقع حقيقة أن الالتزام بالعلاج يتأثر في جزء منه بمستوى الدخل، فيما يخص دفع تكاليف زيارة عيادة الطبيب، وإجراء التحاليل والصور الطبية، وتأمين الدواء أو شرائه لاسيما مع عدم توفره ورفع أسعاره التي لا تتناسب مع مستوى دخل المريض في ظل الظروف المعيشية والاقتصادية السيئة التي تضطر أغلب المرضى من ذوي الدخل المنخفض والمحدود إلى الاقتصاد والاقتصار على الأساسيات والضروريات.

استنتاجات البحث:

من خلال البحث الحالي نستنتج أنّ مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي منخفض لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، ومتوسط لدى مرضى السكري من أفراد عينة البحث في مشفييّ تشرين الجَّامعي والباسل لأمراض القلب والباطنيّة، وأنّ الالتزام بالعلاج الدوائي يرتبط بمتغير مستوى الدخل والتأمين الصحّي لدى أفراد العينة الذين يعيشون ظروف معيشية واقتصادية صعبة نتيجة ظروف الحرب.

كما نستنتج أن ضعف فهم المعلومات المتعلقة بالأدوية واستخدامها كان مؤشراً مهماً في انخفاض مستوى الالتزام بالأدوية، وكذلك اللجوء إلى التداوي الذاتي بالوصفات الشعبية والاعتقاد بأن الحمية الغذائية تغني عن الدواء، وأيضاً صعوبة جعل تناول الدواء جزء من نمط الحياة، مع عدم متابعة مراقبة الحالة الصحية إلا عند تفاقم الوضع الصحي.

مقترحات البحث:

بناءً على هذه النَّتائج، قدّمت الباحثة المقترحات الآتية:

- إعداد برامج إرشادية لتحسين مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع.
- إجراء أبحاث أشمل حول الالتزام بالعلاج (اتباع حمية غذائية وتعديل نمط الحياة) لدى مرضى ضغط الدم المرتفع والسكري؛ لأهمية هذا النوع من الالتزام تحديداً بالنسبة لهذا النوع من المرض.
- إجراء أبحاث واسعة حول معوقات عدم الالتزام بالعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة (سكري، سرطان، ضغط الدم المرتفع، قصور الشريان التاجي، إيدز، السل وغيرها) في سبيل وضع تصور مقترح لبرامج وخطط لتحسين الالتزام بالعلاج الذي يضمن جودة الحياة وتحسين مآل المرض.
- إعداد برامج تثقيفية لمرضى ضغط الدم المرتفع والسكّري ، تشرح مدى أهمية الالتزام بالعلاج، وتعرّف معوقاته لإيجاد حلول مناسبة لها.

المراجع العربية:

1. الآغا، عبد المعين عيد (2005): ***الدليل العائلي للنوع الأول من داء السكري، ط2، كليّة الطب ومستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة.*** جامعة الكويت: مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية 1998 (عدد خاص)، مجلس النشر العلمي.
2. الباش، نزار (1995): ***الداء السكري في ثلاثين سؤالاً وجواباً،*** ط1، حلب: منشورات دار القلم، سورية.
3. بوحوش، عمار والذنيبات، محمد (2007): ***مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث.*** الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
4. تايلور، شيلي (2008)، ***علم النفس الصحي،*** ترجمة وسام درويش بريك وآخرون، (ط1)، دار الحامد للنشر والتوزيع عمان– الأردن.
5. الحميد، محمد بن سعد (2007): ***مرض السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، المكتبة الالكترونية،*** موقع القدم السكرية، الرياض، المملكة العربية السعودية. www.algadam.net
6. رضوان، عبد الكريم سعيد محمد (2008): ***فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضّغوط النّفسيّة وتحسين التوافق النّفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة،*** رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الدّراسات التربوية. معهد البحوث والدّراسات العربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
7. الزهراني، حسن بن علي (2006): ***الأقدام السكرية، الوقاية والعلاج.*** المملكة العربية السعودية. جامعة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
8. صليحة عدودة، جبالي نور الدين (2015). ***الكفاءة الذّاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجَوْدَة الحياة المُتَعَلِّقَة بالصّحّة لَدَى مرضى قصور الشريان التاجي،*** رسالة دكتوراه

غير منشورة، جامعة باتنة، كلّية العلوم الإنسانية والاجتماعيّة، قسم علم النّفس وعلوم التربية، الجزائر.

9. قارة، سعيد (2009). ***المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.*** رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة باتنة. الجزائر.

10. قارة، سعيد وجبالي نور الدين (2015) **مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي،** رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج بانتة – الجزائر.

11. منظمة الصحة العالمية (2013) ***مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم القاتل الصامت، وإحدى أزمات الصحة العمومية العالمية.***

12. الموسوعة الحرّة (2014) قصور القلب. https://ar.wikipedia.org/w/.php

13. ناجي عزيز، فريال (2007) ***نمط الالتزام بالعلاج لمرضى داء السكر الذين يراجعون المركز التخصصي لأمراض الغدد الصماء والسكري في بغداد***، المجلة الطبية العراقية، المجلد 53 العدد 1، 2.

14. يوسف، مي (2011) ***العلاقة بين عمليات تحمل الضغوط والإصابة بضغط الدم المرتفع لدى عينة من المرضى بضغط الدم: دراسة ارتباطية***، جامعة عين شمس، مجلة كلية الآداب، المجلد 10، العدد1، مصر، ص ص 1-40.

المراجع الأجنبيّة:

1. Al-Bezrah, Lana Ameen Saleem (2006): *Improving Health Services For Diabetic Pregnantwomen Who Are Attending Governmental Clinics Innablus And Jenin Districts.* Master In Public Health, Faculty Of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.
2. Azlin, B., Hatta, S., Norzila., Z., & Sharifa, E. (March 2007*). Health Locus of Control Among Non-compliance Hypertensive Patients Undergoing Pharmacotherapy*. *Malaysian Journal of Psychiatry*. Vol. 16, *N°. 1*, 20-39.
3. Cleemput I, Kesteloot K, DeGeest S. A review of the literature on the economics of noncompliance. Room for methodological improvement. Health Policy. 2002;59(1):65–94.
4. Dewayne, Mcculley (2005). *Death To Diabetes The 6 Stages Of Type 2 Diabetes Control And Reversal. (Version 1.0).* South Carolina: Publisher: Book Surge, Llc North Charleston.
5. Garzón, N. E & Díaz Heredia, L, P(2019): *Validity and Reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension*(2019) Invest Educ Enferm. 2019; 37(3): e09. ISSNe: 2216-0280. DOI:10.17533/udea.iee.v37n3e09.
6. Greenwell, Audry. M. (2009): *Secondary Analysis Of Diabetes And Psychological Distress In American Indian Women From The California Health Interview Survey (CHIS),* A Dissertation Doctor Of Philosophy In Nursing.
7. Josip,C. & Leppée , M .,From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication,Coll. Antropol. 38 (2014) 1: 55–62 Original scientific paper
8. Kamishima S, Noji A, Katakura Y, Maruyama T. Factors related to adherence to a medication regimen in out-patients being treated for stroke. J Jpn Acad Nurs Sci. 2008;28(1):21–30. (in Japanese).

9. Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wagner T, Gortz A. Costs of type 2 diabetes in Germany. Results of the CODE-2 study. Dtsch Med Wochenschr. 2001;126(20):585–9.
10. Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wieseler B, Stammer H, Goertz A. Complications, co-morbidity, and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients in Germany--results from the CODE-2 study. Exp Clin Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2002;110(1):10–6.
11. McCulloch, David K & Nathan, David M & Mulder, Jean E (2014): *Patient information: Diabetes mellitus type 2: Overview (Beyond the Basics).* National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
12. Morowatisharifabad, M. A., Mahmoudabad, S. S., Baghianimoghadam, H.B., & Tonekaboni, N. R. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *Int J Diabetes Dev Ctries*, Vol.*30, N°1*, 27–32.
13. Peyrot, M & Rubin, Rr & Lauritzen, T & Snoek, F. j & Matthews, D. R & Skovlund, S. E (2005): *Psychosocial Problems And Barriers To Improved Diabetes Management: Results Of The Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes And Needs (Dawn) Study*. Diabet Med; 22 (10), 1379 – 85.
14. Rothman, R. L & Mulvaney, S & Elasy, T. A & VanderWoude, A & Gebretsadik, T & Shintani, A & Potter, A & Russell, W. E & Schlundt, D. (2008): *Self-Management Behaviors, Racial Disparities, And Glycemic Control Among Adolescents With Type 2 Diabetes.* Pediatrics, 121(4), 1484 – 1542.
15. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. *Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses*. Schizophr Res 2000;42:241–7.DOI: 10.1016/S0920
16. Ueno H, Yamazaki Y, Ishikawa H. Reliability and validity of medication adherence scale for patients with chronic disease in

Japan. Jpn J Health Educ Promotion. 2014;22(1):13–29. (in Japanese).

17. Ueno, H., Yamazaki,Y., Yonekura,Y., Park, M.J., Hirono Ishikawa, H., Kiuchi, T.(2019) *Reliability and validity of a 12-item medication adherence scale for patients with chronic disease in Japan*. BMC Health Services Research (2018)18:592. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3380-7
18. Wilczynski,R, N. Na. Nieuwlaat varro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;20(11):CD000011.
19. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. http://apps.who.int/iris.

- World Health Organization (2015) *Diabetes factsheet from who providing key facts and information on types of diabetes symptoms*. common consequences. www.who.int/mediacentre

20. World Health Organization (2015): *Diabetes.* Geneva: WHO Media center. www.who.int/diabetes/facts/world_figures /.html
21. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action.http://apps.who.int/medicinedocs/d /1.html.
22. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. http:// www.who.int/chp/chronic_disease_report .
23. Shalini S.L., (2020) Adherence to Drug Treatment . MSD MANUAL Consumer Version https://www.msdmanuals.com/ar/home
24. Lemaire Antoine - L (2008). Hypertension Artérielle, ed ; j. Lyon, Paris, France.