

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:

**مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من
النساء المتأخرات في الانجاب
-دراسة ميدانية بمدينة المسيلة-**

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ :

د. مصطفى بعلي

إعداد الطالبة:

الحاجة تيطراوي

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
د- قنون خميسة	جامعة محمد بوضياف المسيلة	رئيسا
د- بعلي مصطفى	جامعة محمد بوضياف المسيلة	مشرفا ومقررا
أ- طالبي الصادة	جامعة محمد بوضياف المسيلة	مناقشا

السنة الجامعية 2015/2016



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر و عرفان

إن الحمد لله جل ثناؤه وتقدست أسماؤه

الحمد لله الذي أعانني وسير خطاي لإتمام هذا العمل المتواضع

وبعد اشكر أستاذي المشرف **بعلي مصطفى** الذي لم يبخل علي بتوجيهاته وكان عوناً لي

لانجاز هذا البحث

كما يسرني أن أتقدم بخالص الشكر ووافر الامتنان إلى الأساتذة الذين ساعدوني طوال

مشوار إعداد هذا البحث وخاصة الأستاذ **بحاش عبد الحق**، وإلى كل زملائي وزميلاتي

أزف شكري إلى عائلتي كل فرد باسمه على الدعم والمساندة والتفهم، وبالأخص الوالدة

الحببية.

إلى كل من ساعدني من قريب ومن بعيد في انجاز هذه المذكرة.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

شكر و عرفان.....	
فهرس المحتويات.....	
فهرس الجداول.....	
فهرس الأشكال.....	
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية.....	
مقدمة.....	أ

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.....	04
2. أهمية موضوع الدراسة.....	08
3. أهداف الدراسة.....	09
4. مفاهيم ومصطلحات الدراسة.....	10
5. الدراسات السابقة.....	12
6. فرضيات الدراسة.....	28

الفصل الثاني: طبيعة مصدر الضبط الصحي

31.....تمهيد

أولاً: مصدر الضبط

1. تعريف مصدر الضبط.....32
2. النظرية المفسرة لمصدر الضبط.....34
3. أبعاد مصدر الضبط.....37
4. مصادر مصدر الضبط.....39
5. العوامل المؤثرة في تطور مصدر الضبط.....41

ثانياً: مصدر الضبط الصحي.

1. تعريف مصدر الضبط الصحي.....43
2. أبعاد مصدر الضبط الصحي.....44
3. مقاييس مصدر الضبط الصحي.....45
4. أنماط مصدر الضبط الصحي.....48
- 50.....خلاصة

الفصل الثاني: طبيعة تقبل العلاج

52.....تمهيد

1. تعريف تقبل العلاج.....53

56.....	2. النظريات المفسرة لتقبل العلاج.....
72.....	3. مراحل تقبل العلاج.....
73.....	4. العوامل التي تؤثر في تقبل العلاج.....
82.....	5. الأهمية الاكلينيكية، الاقتصادية، الأكاديمية لتقبل العلاج.....
85.....	6. قياس تقبل العلاج.....
87.....	خلاصة.....

الفصل الثالث: طبيعة تأخر الإنجاب

89.....	تمهيد.....
90.....	1. تعريف تأخر الإنجاب.....
91.....	2. مدى انتشار تأخر الإنجاب.....
91.....	3. أنواع تأخر الإنجاب.....
92.....	4. أسباب تأخر الإنجاب.....
102.....	5. سمات شخصية المرأة المتأخرة في الإنجاب.....
102.....	6. الآثار النفسية للمرأة المتأخرة في الإنجاب.....
103.....	7. تشخيص تأخر الإنجاب.....
106.....	8. علاج تأخر الإنجاب.....
112.....	خلاصة.....

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

113.....	أولاً: الدراسة الاستطلاعية.....
115.....	ثانياً: الدراسة الأساسية.....

115.....	1. منهج الدراسة.
116.....	2. حدود الدراسة.
116.....	3. عينة الدراسة.
119.....	4. أدوات جمع البيانات.
133.....	5. الأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

136.....	تمهيد.
137.....	1. عرض وتحليل فرضيات الدراسة.
146.....	2. مناقشة فرضيات الدراسة.
153.....	3. الاقتراحات.
155.....	خلاصة.
.....	خاتمة.

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
115	جدول يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية	1
118	جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي	2
122	جدول يوضح ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي	3
123	جدول يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مصدر الضبط الصحي الداخلي مع درجته الكلية	4
124	جدول يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي النفوذ" مع الدرجة الكلية	5
125	جدول يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مصدر الضبط الصحي الخارجي "للحظ" مع الدرجة الكلية	6
126	جدول يوضح مصفوفة ارتباطات بين الدرجات الكلية لمقياس مصدر الضبط الصحي ودرجته الكلية	7
130	جدول يوضح ثبات مقياس تقبل العلاج	8
131	جدول يوضح نتائج نسبة الاتفاق لعبارات مقياس تقبل العلاج بعد عرضه على المحكمين.	9
132	جدول يوضح صدق المقارنة الطرفية لاستبيان تقبل العلاج	10
137	جدول يوضح العلاقة بين درجات مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى أفراد العينة	11
139	جدول يوضح العلاقة بين درجات مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي النفوذ" وتقبل العلاج لدى أفراد العينة	11
141	جدول يوضح العلاقة بين درجات مصدر الضبط الصحي الخارجي "للحظ" وتقبل العلاج لدى أفراد العينة	12
143	جدول يوضح الفروق في متوسطات مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي	13
145	جدول يوضح الفروق في متوسطات تقبل العلاج لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي	14

فهرس الأشكال

39	شكل يوضح أبعاد مصدر الضبط	01
41	شكل يوضح مصادر مصدر الضبط الصحي	02
45	شكل يوضح أبعاد مصدر الضبط الصحي	03
49	شكل يوضح أنماط مصدر الضبط الصحي	04
60	شكل يوضح نموذج المعتقدات الصحية	05
64	شكل يوضح مراحل تطور أنموذج التغيير	06
67	شكل يوضح أنموذج التقبل الصحي	07
71	شكل يوضح نموذج التنظيم الذاتي للصحة	08
72	شكل يوضح النظريات المفسرة لتقبل العلاج	09
82	شكل يوضح العوامل المؤثرة في تقبل العلاج	10
84	شكل يوضح أهمية تقبل العلاج (الاكلنيكية، الاقتصادية، الأكاديمية)	11
92	شكل يوضح أنواع تأخر الإنجاب	12
94	شكل يوضح الأوضاع المختلفة للأورام الليفية في رحم المرأة	13
97	شكل يوضح المنظر الداخلي للجهاز التناسلي للمرأة	14
98	شكل يوضح التنسيق العصبي للهرمونات داخل جسم المرأة	15
101	شكل يوضح أسباب تأخر الإنجاب	16
106	شكل يوضح طرق تشخيص تأخر الإنجاب	17
111	شكل يوضح علاج تأخر الإنجاب	18
138	لوحة الانتشار توضح العلاقة بين درجات أفراد عينة الدراسة في	19

	كل من مصدر الضبط الداخلي وتقبل العلاج	
140	لوحة الانتشار توضح العلاقة بين درجات أفراد عينة الدراسة في كل من مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) وتقبل العلاج	20
142	لوحة الانتشار توضح العلاقة بين درجات أفراد عينة الدراسة في كل من مصدر الضبط الخارجي (الحظ) وتقبل العلاج	21

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي (الداخلي) و (الخارجي ببعديه "ذوي النفوذ، الحظ") وتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب بمدينة المسيلة، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين النساء المتأخرات في الإنجاب في أبعاد مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة)، وهذا من خلال تطبيق مقياس مصدر الضبط الصحي لـ والسنون wallston واستبيان تقبل العلاج من إعداد سعيد قارة والذي قمنا بتعديله على حسب ما يتناسب مع عينة الدراسة والتي قوامها 60 امرأة متأخرة في الإنجاب، حيث تم اختيار هذه العينة بطريقة قصدية، وتم اتباع المنهج الوصفي ذي الطابع الارتباطي وقمنا بمعالجة البيانات عن طريق برنامج الحزم الإحصائية الـ Spss في نسخته (21) وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية طردية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب .
 - توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب .
 - توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مصدر الضبط الصحي للحظ وتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب .
 - لا توجد فروق بين متوسطات مصدر الضبط الصحي لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة).
 - لا توجد فروق بين متوسطات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة).
- الكلمات المفتاحية: مصدر الضبط الصحي، تقبل العلاج، النساء المتأخرات في الإنجاب.

Abstract :

This research aims at knowing the relationship between the internal as well as the external dimensions including the influential and the luck of health locus of control and adherence to treatment among sample of arrears women of childbearing in M'sila. Furthermore, this study tends to indicate the differences between arrears women of childbearing in the dimensions of health locus of control and adherence to treatment according to the level of education (educated or uneducated). This is through applying Wallston's health locus of control measure and the questionnaire prepared by Saaid Kara which we have modified according to the sample of study. This latter is selected on purpose using the descriptive correlative approach. The data is treated through the statistical program Spss in its 21st version.

As a result, this research proved:

- A positive correlative relationship between the internal health locus of control and adherence to treatment of sample of arrears women of childbearing.
- An inverse correlation relationship between health locus of control of luck and adherence to treatment of a sample of arrears women of childbearing.
- No differences between averages of health locus of control of a sample of arrears women of childbearing according to the educative level.
- No differences between averages of adherence to treatment of a sample of arrears women of childbearing according to the level of education.

Key words: health locus of control, adherence to treatment, arrears women of child bearing

مقدمة

مقدمة:

لقد أنعم الله بنعم كثيرة على خلقه وزين سبحانه وتعالى الدنيا بالمال والبنون، ويسر للكثيرين من الذين يعيشون على هذه الأرض باختلاف أجناسهم وشعوبهم ودياناتهم الحصول على نعمة، ولكن يجد بعض الناس معاناة في الوصول إليها ومن بين هاته النعم نعمة الإنجاب التي تسري بإرادة الله سبحانه وتعالى يمنحها للناس بعضهم بسهولة ويسر وبعضهم الآخر بعد مشقة، إنَّ هذه الأخيرة ترجع لأسباب عدة أقواها حكمة الله التي لا يعلمها إلا هو وتترجم في مشكلة تطرح تحت عنوان "تأخر الإنجاب" ومن المعروف أن أكثر من 15% من المتزوجين حديثا يجدون صعوبة في الوصول إلى الحمل، ومن هنا تبدأ المرأة طريق السعي الذي فرضه علينا الله سبحانه وتعالى للوصول إلى ما نريده ونسعى إليه.

وفي طريق السعي للهدف المنشود ينجح البعض ولا ينجح البعض الآخر، وهذا النجاح يتوقف على مدى التعزيز والتدعيم الذي تتلقاه المرأة المتأخرة في الإنجاب حول ما هو العامل المحدد لحالتها الصحية، والذي قد يكون داخليا أو خارجيا محددًا لصحتها فله انعكاسات على السلوكيات الصحية، مثل سلوك تقبل العلاج الذي يشير إلى انتظام المرأة المتأخرة في الإنجاب في إتباعها للدواء والنصائح والإرشادات الطبية والقيام بسلوكيات صحية، وذلك من خلال المعالجة المعرفية المستمدة من تبني بعد معين من أبعاد مصدر الضبط الصحي (مصدر ضبط صحي داخلي، مصدر ضبط صحي خارجي).

وتأسيساً على ما تقدم جاءت هذه الدراسة لمعالجة موضوع علاقة مصدر الضبط الصحي بتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب والذي قسم إلى جانبين الأول نظري والثاني تطبيقي حيث قمنا بتقسيم الشق النظري إلى مجموعة من الفصول معتمدين على المنهج الوصفي ذي الطابع الارتباطي كما يلي:

- الفصل التمهيدي ويمثل الإطار العام للدراسة مشتملاً على إشكالية الدراسة و تساؤلاتها، أهداف الدراسة، أهميتها، المفاهيم الأساسية لمصطلحات الدراسة، الدراسات السابقة والتعقيب عليها وينتهي بفرضيات الدراسة.

- أما الفصل الثاني فقد تم تخصيصه للحديث عن طبيعة مصدر الضبط الصحي وما يتعلق به: والذي قسمناه إلى مبحثين الأول كان تحت عنوان مصدر الضبط وتناولنا فيه تعريف مصدر الضبط، النظرية المفسرة لمصدر الضبط، أبعاد مصدر الضبط، والعوامل المؤثرة في تطور مصدر الضبط، أما المبحث الثاني كان تحت عنوان مصدر الضبط الصحي والذي تناولنا فيه تعريفات لمصدر الضبط الصحي، أبعاد مصدر الضبط الصحي، مقاييس مصدر الضبط الصحي، ومصادر مصدر الضبط الصحي أنماط مصدر الضبط الصحي.

- أما الفصل الثالث فكان حول طبيعة تقبل العلاج حيث تم التطرق فيه إلى: تعريف تقبل العلاج، النظريات المفسرة لتقبل العلاج، الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية والأكاديمية لتقبل العلاج، العوامل التي تؤثر في تقبل العلاج، قياس تقبل العلاج.

- الفصل الرابع فقد تضمن طبيعة تأخر الإنجاب وقد تم التطرق فيه أيضا إلى:
مفهوم تأخر الإنجاب، نسبة انتشار تأخر الإنجاب، أنواع تأخر الإنجاب، أسباب تأخر
الإنجاب، سمات شخصية المرأة المتأخرة في الإنجاب، الآثار النفسية للمرأة المتأخرة
في الإنجاب، تشخيص تأخر الإنجاب، علاج تأخر الإنجاب.

-الفصل الخامس فقد تناول منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية وتتضمن:

الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية (منهج الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة،
الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق/الثبات)، أساليب المعالجة الإحصائية)
وفي الفصل الأخير الفصل السادس فقد تضمن عرض ومناقشة النتائج في ضوء
فرضيات الدراسة والدراسات السابقة.

الفصل التمهيدي

1. الإشكالية:

شهد موضوع الصحة في السنوات الأخيرة تغيرا في مفهومه، حيث تعدى الجانب الطبي ليشمل الجانب الاجتماعي والنفسي، فهو يعد من المواضيع التي نالت نصيبا وافرا من اهتمام الباحثين والعاملين في ميدان علم النفس، الذين حاولوا إبراز الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والسلوكية في الصحة والمرض، فهي ليست مجرد الخلو من المرض والعجز، بل هي حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية (بهاء الدين ابراهيم، 2001، ص17)، والمحافظة على الفرد وصحته والوقاية من المرض تتوقف على مدى التحكم الصحي للفرد وطبيعة اعتقاداته حول ما هو العامل المحدد لحالته الصحية، ومدى قدرته على تكوين عادات صحية وسليمة.

حيث يختلف الأفراد في اعتقاداتهم فمنهم من يملك اعتقادا داخلي ومنهم من يملك اعتقادا خارجي، كما يختلفون أيضا في الخصائص المميزة لهم حيث أظهرت الدراسات أنّ الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي يتميزون بصحة جيدة سواء كانت نفسية أو جسدية، في حين أنّ الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي يتميزون بتدهور خفيف في الصحة الجسمية مقارنة بالأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي، وهذا ما أشار إليه **SPROLSE** الذي يرى أنّ مرضى القصور الكلوي من ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي يكونون أكثر وعيا بوضعهم الصحي ويرغبون في معرفة المزيد من المعلومات حول مرضهم على عكس ذوي مصدر الضبط الخارجي. (عثمان

يخلف، 2001، ص 91)

وفي هذا الإطار تظهر جليا إشكالية ارتباط ذوي مصدر الضبط الداخلي بالاستعداد والرغبة في تنفيذ السلوكات الصحية السليمة، والذين يعتقدون أن صحة الفرد هي مسألة تتعلق بما يقوم به هذا الأخير من نشاطات صحية إيجابية على عكس الأشخاص ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي، والذي يرتبط بسلوكات غير سليمة كالتهذية غير الصحية والتدخين، والذين يعتقدون أن صحتهم يتحكم فيها آخرون من الأطباء والممرضين وعوامل خارجية أخرى مثل: الحظ والصدفة. (عثمان يحي، 2001، ص ص 97، 98)

فمصدر الضبط الصحي بمختلف أبعاده لديه انعكاسات على سلوك الفرد وتعامله مع مرضه ومدى التزامه بالقواعد الصحية السليمة، وكذلك الامتثال لتعليمات الطبيب وانضباطه بالحمية الغذائية الخاصة به، وتغيير سلوك الحياة.

لهذا تبقى مشكلة تقبل العلاج لدى الأفراد المرضى من أكبر المشاكل التي يواجهها القائمين على الصحة إذ تشير المنظمة العالمية للصحة **OMS** إلى أن نسبة المرضى بمختلف مشاكلهم الصحية تقدر بـ **50%** والتي تعد أقل من نسبة المرضى في البلدان النامية وهذا راجع لتقبلهم للعلاج. (OMS,2003, p7)

وهذا الأخير راجع لكون المرض له جوانب أخرى نفسية واجتماعية وليس الجانب البيولوجي فقط وهذا ما توصل إليه الباحثين في علم النفس أي النظرة التكاملية أو ما يعرف بالنموذج البيونفسي الاجتماعي، أي لا بد من فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في الصحة والمرض وبتبني هذا النموذج

قد نجد تفسيراً لاختلاف مستويات تقبل العلاج، وهذا الاختلاف يعود إلى عدة عوامل منها ما هو متعلق بالمرض، ومنها ما هو متعلق ببرنامج العلاج، ومنها ما هو متعلق بالفرد في حد ذاته أي العوامل النفسية، ومن بين هذه العوامل إدراك المرض وتصوره وكذلك المعتقدات التي يكونها الفرد حول مرضه ومدى قدرته على تحقيق مستويات عالية من تقبل العلاج، وهذا ما توصلنا إليه **OMEJE ET NEBO** في أن المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي المصابين بارتفاع ضغط الدم كانوا أكثر التزاماً بالدواء من المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي. (Omeje et Nebo, 2011)

وقد تم ربط مصدر الضبط الصحي بالعديد من المتغيرات ويعد تقبل العلاج من أحدها والتي لوحظ اختلاف في النتائج المتوصل إليها، فمنها من أكدت وجود علاقة بين أحد أبعاد مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج، ومنها من نفت هذه العلاقة وهذا بدوره يمكن أن يرجع إلى خصائص العينة أو البيئة التي أجريت فيها هاته الدراسات أو طبيعة المشكل الصحي الذي قد يعاني منه الفرد، وهذا الأخير قد يكون مرضاً مزمناً كالسكري أو ضغط الدم أو القصور الكلوي أو مرضاً خطيراً كالسرطان، وقد يكون مشكلاً صحياً آخر كتأخر الإنجاب الذي يتسبب في غياب الأولاد أو النسل بصفة عامة، والذي قد يثير قلق الزوجين معاً خصوصاً بعد مرور وقت معتبر من الحياة الزوجية. (حسام زكي، ص30)

حيث يتحتم على الزوجين اللجوء إلى الطبيب طمعا في العلاج، والذي ترتبط فعاليته بطبيعة واعتقاد المرأة للعامل المحدد لهاته المشكلة الصحية ومدى امتثالها لتعليمات الطبيب، لذلك كانت دراستنا هاته حول " مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى هذه العينة والمتمثلة في النساء المتأخرات في الإنجاب "، واتساقا مع ما سبق يمكننا طرح التساؤلات التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية بين درجات مصدر الضبط الصحي الداخلي ودرجات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب ؟
2. هل توجد علاقة ارتباطية بين درجات مصدر الضبط الصحي الخارجي (الذوي النفوذ) و درجات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب ؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية بين درجات مصدر الضبط الصحي الخارجي (للحظ) ودرجات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب؟
4. هل توجد فروق بين متوسطات مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة) لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب؟
5. هل توجد فروق بين متوسطات تقبل العلاج تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة) لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب؟

2. أهمية موضوع الدراسة :

إن أي دراسة تستمد أهميتها من ارتكازها على محورين أساسيين:

- مدى أهمية الموضوع الذي نتعامل معه (أهمية متغيرات الدراسة).

- أهمية الفئة التي تجرى عليها الدراسة.

- ودراستنا الحالية ما هي إلا تجسيد لهذين المحورين من حيث تناولها أحد

الموضوعات البحثية ألا وهي:

مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في

الإنجاب

1. الإحاطة بجميع الجوانب المهمة للموضوع وإدراكها من خلال المعرفة الجيدة لهذه

الشريحة المهمة والحساسة -النساء المتأخرات في الإنجاب- واعتبار تأخر الإنجاب

مشكلة مطروحة ومعاشة.

2. قلة الدراسات في هذا المجال مما يجعل هذه الدراسة تكتسب أهمية في كونها من

الدراسات الحديثة و الأولى في بيئتنا المحلية وذلك في حدود علمنا والتي تناولت بعدا

من أبعاد الشخصية وهو مصدر الضبط الصحي وارتباطه بمدى تقبل العلاج لدى فئة

من النساء المتأخرات في الإنجاب.

3. كما تكتسب هذه الدراسة أهمية من خلال مساعدة المختصين في مجال علم النفس

والمعالجين والأطباء في المجال الصحي لمعرفة المعتقدات الصحية وبالتالي توعيتهم

حول أهمية مصدر الضبط الصحي، فيعطي فكرة عن أهمية الضبط الصحي الداخلي

ومنه محاولة تدريب الأفراد على تبنيه، ليعزز لديهم تكيفا فعال ونشاط اتجاه مرضاهم، وبالتالي الإذعان للعلاجات الطبية المقترحة، وكذلك تقبل العلاج والذي يعتبر متغير مهم في مجال علم النفس وخصوصا في مجال علم النفس العيادي والذي يحد من المضاعفات المرضية للفئة المتناولة في الدراسة، ومن هنا تكمن أهمية الدراسة في تناولها مفاهيمها موجودة في المحيط الاجتماعي، لكن قيمتها والإحساس بأهميتها مهملان.

3. أهداف الدراسة:

يمكن حصر أهداف الدراسة فيما يلي:

1. التعرف على العلاقة التي تربط بين درجات مصدر الضبط الصحي الداخلي ودرجات تقبل العلاج لدى عينة الدراسة -النساء المتأخرات في الإنجاب-.
2. التعرف على العلاقة التي تربط بين درجات مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ ودرجات تقبل العلاج لدى عينة الدراسة -النساء المتأخرات في الإنجاب-.
3. التعرف على العلاقة التي تربط بين درجات مصدر الضبط الصحي للحظ ودرجات تقبل العلاج لدى عينة الدراسة -النساء المتأخرات في الإنجاب-.
4. الكشف عن دلالة الفروق لدى أفراد عينة الدراسة -النساء المتأخرات في الإنجاب- في متوسطات مصدر الضبط الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة).

5. الكشف عن دلالة الفروق لدى أفراد عينة الدراسة -النساء المتأخرات في الإنجاب- في متوسطات تقبل العلاج تبعا لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة).

4. مفاهيم ومصطلحات الدراسة :

يعترض سبيل أي باحث العديد من المفاهيم والمصطلحات، فيه ما هو متداخل مع بعضه البعض وفيه المتمايز، مما يحتم علينا تحديد أهم المفاهيم والمصطلحات في بحثنا هذا رفعا لالتباس وإزالة الغموض.

1. مصدر الضبط الصحي:

أ. اصطلاحا: يشير مفهوم مصدر الضبط الصحي حسب (wallston 1978) والستون ومعاونه إلى الدرجة التي يعتقد فيها الفرد بأن صحته تتحكم فيها عوامل داخلية (ذاتية) أو خارجية (الحظ، الصدفة، أو الآخرون من الأطباء والعاملين في حقل الصحة). (جبالي نور الدين، 2007، ص67)

ب. إجرائيا: هو مجموع الدرجات التي تتحصل عليها المرأة المتأخرة في الإنجاب في الأبعاد الثلاثة لمقياس مصدر الضبط الصحي المعد من طرف wallston 1978 والمترجم بالصيغة العربية من طرف جبالي نور الدين 2007.

2. تقبل العلاج:

أ. اصطلاحا: هو الانتظام في اتباع التوصيات والإرشادات الطبية طوال فترة العلاج، وهو مفتاح الخطة العلاجية (Moyle ,1997)

ب. إجرائيا: هو درجة انتظام والتزام الفرد (المرأة المتأخرة في الإنجاب) من حيث (أخذ الدواء، اتباع الحمية الغذائية، تغيير سلوك الحياة) من جهة واتباع التعليمات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى، ويمكن تحديد السلوكيات الصحية التي يجب على المرأة المتأخرة في الإنجاب اتباعها:

- اتباع الحمية المحددة من طرف الطبيب.

- تناول الأدوية بصفة منتظمة وفي أوقاتها المحددة كما يحددها الطبيب.

- الالتزام بالمواعيد الطبية.

- مراقبة الوزن ومستوى الهرمونات وانتظام العادة الشهرية.

ويعبر عنه بالدرجة التي تحصل عليها المرأة المتأخرة في الإنجاب على مقياس

تقبل العلاج من إعداد قارة السعيد 2015 والذي قمنا بتعديله بما يتناسب مع عينة دراستنا.

3. تأخر الإنجاب: هو عدم القدرة على الحمل بعد مرور عام من محاولة إنجاب طفل

بالرغم من العلاقة الجنسية المنتظمة بين الزوجين، وبدون استخدام موانع الحمل، وتأخر الإنجاب نوعان:

أ. تأخر الإنجاب الأولي: وهو عدم حدوث الحمل إطلاقا.

ب. تأخر الإنجاب الثانوي: وهذا يعني أن الحمل حدث ولو مرة واحدة بغض النظر عن نتيجة الحمل سواء كان إجهاضا أو حملا كاملا أدى إلى ولادة طفل. (حسام زكي، ص30)

ودراستنا الحالية ضمت كلا النوعين: تأخر الإنجاب الأولي والثانوي.

5. الدراسات السابقة:

يعد البحث العلمي بحثا تراكميا، وتعد الدراسات السابقة من أهم العناصر المعينة على حل المشكلات، لما لها من إسهامات في التخطيط والتوجيه وضبط المتغيرات والمنهج والأدوات، ولقد تعددت الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج، كما ربط هذان المتغيران بالعديد من المتغيرات وفي الكثير من الأوساط وعليه سنعرض أهم الدراسات السابقة التي توصلنا إليها:

أولا: الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي:

1. دراسة ديبرا وسوزان 1997 Debra et Palma et Susan:

بعنوان: مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصحة العامة والاكنتاب والقلق والعدوانية لدى عينة من الطلبة متعددي الأعراق -بجزيرة هوي-

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وكل من الصحة العامة والاكنتاب والقلق والعدوانية لدى عينة من الطلبة، وتم تطبيق مقياس مصدر الضبط الصحي والاكنتاب والقلق والعدوانية على عينة قوامها 162 طالبا.

وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين الضبط الخارجي متمثلاً في بعد نفوذ الآخرين والقلق والاكتئاب وبعض الاضطرابات الجسدية التي أصيب بها أفراد العينة حديثاً، بينما ارتبط بعد الحظ مع كل ما سبق بالإضافة إلى الاضطرابات الجسدية المزمنة والاضطرابات الجسدية الكبرى، أما البعد الداخلي فقد ارتبط مع الخلو من الأعراض النفسية والجسدية.

2. دراسة فرازي وويد، 1999 : Frazier et waid

بعنوان: دور الحالة الصحية، والصحة المدركة، ومصدر الضبط الصحي في تأثيرات القلق على الحياة لدى عينة من الراشدين -فلوريدا-

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة القائمة بين الوضع الصحي للفرد وإدراكه لحالته الصحية ومصدر الضبط الصحي وثلاثة أبعاد من القلق، وتم استخدام مقياس الصحة العامة، استبيان إدراك الوضع الصحي، مقياس الضغوط المدركة، قائمة القلق، مقياس توهم المرض ومقياس مصدر الضبط الصحي والتي طبقت على عينة من الراشدين قوامها 91 شخصاً من وجهات المجتمع المحلي، والذين تم اختيارهم من مركز فلوريدا للمسنين، وقد تراوحت أعمارهم بين 60-92 سنة، وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

- لا توجد علاقة بين القلق والظروف المرضية.

- نقص الصحة الفعلية المدركة يؤدي لزيادة الضائقة والمخاوف وتوهم المرض.

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات توهم المرض ودرجة نفوذ الآخرين.
- وجود ارتباط سلبي بين درجات مصدر الضبط الداخلي ودرجات الضغوط.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات الضغط ودرجات نفوذ الآخرين .

3. دراسة عليوة سمية 2007:

بعنوان: مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري -

بسكرة -

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية، وكذلك التعرف على العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض والسن لدى مرضى السكري، وكذلك الكشف عن الفروق في كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري في ضوء المتغيرات التالية: الجنس، المستوى التعليمي، واستعملت الباحثة مقياس مصدر الضبط الصحي لولستون وآخرون 1978 والذي ترجم من طرف جبالي نور الدين إلى العربية ومقياس الكفاءة الذاتية والذي أعد من طرف Navay Roben على عينة قوامها 86 مريض بالسكري وتم اختيارهم بالطريقة العرضية، كما استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، وتم استعمال الأساليب الإحصائية التالية: معامل الارتباط كيودر ريتشاردسون وسبيرمان براون، المقارنة الطرفية، الفا كرومباخ، بيرسون

وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.
- توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (نوي النفوذ والحظ) والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.
- وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة المرض والسن لدى مرضى السكري.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي بين مرضى السكري باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية بين مرضى السكري باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

4. دراسة عزوز إسمهان 2009:

بعنوان: مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن_باتنة_.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة، ومعرفة العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية مع مدة المرض لدى أفراد العينة وكذلك الكشف عن الفروق في كل من مصدر

الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة تبعا للمتغيرات التالية: الجنس والمستوى التعليمي.

استعملت الباحثة مقياس مصدر الضبط الصحي لـ wallston 1978 والذي ترجمه جبالي نور الدين إلى العربية ومقياس استراتيجيات المواجهة لـ cousson 1996 على عينة قوامها 72 مريض بالقصور الكلوي المزمن (29 امرأة و43 رجل)، واستعملت المنهج الوصفي لاعتباره مناسب لهذه الدراسة كما تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية (spss13) وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة.
- توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ والحظ ونوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى عينة الدراسة.
- وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة ومدة المرض لدى عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق في مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة تبعا للمتغيرات التالية الجنس والمستوى التعليمي.

5. دراسة بواليف أمال 2010:

بعنوان: مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالتفوق الدراسي الجامعي لدى طلاب

جامعة -عنابة-.

هفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين مصدر الضبط الداخلي والتفوق الدراسي الجامعي وبين مصدر الضبط الخارجي وعدم التفوق الدراسي لدى عينة الدراسة وكذلك محاولة معرفة هل هناك فروق في مصدر الضبط تبعا لمتغير التخصص (الطب، العلوم الاجتماعية)، ومعرفة هل هناك علاقة في مصدر الضبط وبعض المتغيرات المتعلقة بالأفراد كالجنس المستوى الثقافي للوالدين، ومكان الإقامة، واستعملت الباحثة مقياس مصدر الضبط الصحي لـ روتر ومقياس التفوق الدراسي على عينة قوامها 180 طالب وطالبة وتم استخدام بعض التقنيات الإحصائية كاختبار (ت) ، المتوسط الحسابي، Anova، كما تم الاستعانة ببرنامج Excel لمعالجة النتائج وانتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط والتفوق الدراسي لدى عينة الدراسة.

- وجود فروق في مصدر الضبط تعزى لمتغير التخصص لدى عينة الدراسة.

- لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي وبعض المتغيرات المتعلقة بالأفراد

كالجنس المستوى الثقافي للوالدين ومكان الإقامة.

ثانياً: الدراسات التي تناولت تقبل العلاج:

1. دراسة Sidy^{med} Seck et al 2008:

بغوان: الانضباط الصحي عند المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن وغير

الخاضعين لتصفية الدم -بصحراء إفريقيا-.

هدفت الدراسة إلى تقييم الانضباط الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض

الكلى المزمن وغير الخاضعين للتصفية من جهة ومن جهة أخرى التعرف على أهم

الأسباب التي تحول دون انضباطهم الصحي، وتم تطبيق مقياس الانضباط الصحي على

عينة شملت 124 مريض وكانت الدراسة تتبعيه خلال 3 أشهر وقد تم حساب نسبة

الانضباط الصحي بالنسب المئوية لمقدار الأدوية المتناولة خلال أربعة أسابيع،

بالإضافة إلى استخدام عينة شاهدة (لديها انضباط صحي جيد)، وكانت النتائج كالآتي:

- نسبة الانضباط الصحي منخفضة.

- العوامل التي تحول دون الانضباط الصحي هي: التعقيد في استعمال مقادير

الدواء، النسيان، عدم الوعي بالنظام الصحي، قلة المعلومات، مضاعفات المرض،

استعمال العلاجات البديلة، بالإضافة إلى السعر الباهظ للدواء.

2. دراسة سعيد قارة 2009:

بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي _باتنة_

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، ومعرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض من طرف (العائلة، ومن طرف طبيبه المعالج) وتقبله للعلاج، استعمل مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس تقبل العلاج من إعداد قارة السعيد على عينة قدرها 100 مصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي وبين درجة تقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

3. دراسة رحاحلية سمية 2010:

بعنوان: الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي _باتنة_.

هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وقد استعملت مقياس الكفاءة الذاتية ومقياس تقبل

العلاج على عينة قدرها 93 فرد مصاب بالسرطان، وتم استعمال المنهج الوصفي وكذلك تم تطبيق البرنامج الإحصائي (spss13) وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- أن تقبل العلاج من طرف مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي يرتبط ارتباطا ايجابيا بالكفاءة الذاتية وذلك من خلال دلالتها على وجود علاقة.

4. دراسة لكحل رقيقة 2011:

بمعنوان: تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم -
باتنة-.

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم على تحسين الالتزام الصحي، وقد تمت الدراسة على عينة من المصابين بارتفاع ضغط الدم، تكونت العينة 120 فرد تتراوح أعمارهم من 30 إلى 100 سنة وبمتوسط عمر يقدر ب 59.35، وتم تقسيم العينة إلى عينة تجريبية تكونت من 63 فرد وعينة ضابطة 57 فرد، وتم إجراء تطبيق قبلي، يقيس درجات الالتزام الصحي باستبيان معد من طرف الباحثة، وتطبيق بعدي يقيس نفس الخاصية وب نفس الأداة وذلك بعد إخضاع العينة التجريبية لعملية تعليم معززة بمطوية تحوي معلومات مكتوبة تخص ارتفاع ضغط الدم وتوصلت إلى النتائج التالية:

- أن مستوى التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم ضعيف.

- كما أن تعليم المرضى يحسن درجة الالتزام الصحي.

- مستويات الالتزام الصحي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم تختلف باختلاف المستوى التعليمي ووجود المضاعفات أو عدمها.

- لا توجد فروق في الالتزام الصحي تبعا للجنس وتبعا لاختلاف المستويات الاقتصادية.

5. دراسة رزقي رشيد 2012:

بعنوان: الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي -باتنة-.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي، استعملت استبيان الفعالية الذاتية لسامر جميل رضوان واستبيان الانضباط الصحي المصمم من طرف الباحث على عينة قوامها 114 فردا من الجنسين وتم اختيارها بطريقة قصدية، وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وقام بمعالجة النتائج عن طريق نظام الحزم الإحصائية spss وتوصل إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي .

الدراسات التي تناولت المتغيرين معا (مصدر الضبط الصحي، تقبل العلاج):

1. دراسة قارة السعيد 2015:

بغنوان: مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى

المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم _باتنة_

هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من

فعالية الذات وتقبل العلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ومعرفة ما هو البعد السائد

في مصدر الضبط الصحي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم، واستعمل مقياس الضبط

الصحي لـ wallston1978 والمعد إلى العربية من طرف جبالي نو الدين، واستبيان

فعالية الذات لـ Ralf schwarser والمترجم إلى العربية من طرف سامر جميل

رضوان واستبيان تقبل العلاج لقارة السعيد على عينة قوامها 123 كما استخدم برنامج

الحزم الإحصائية (spss) وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- البعد السائد لدى عينة الدراسة هو بعد ذوي النفوذ.

- وجود علاقة دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات

لدى عينة الدراسة.

- وجود علاقة دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي للحظ وفعالية الذات

لدى عينة الدراسة.

- عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

- عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وتقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

- عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ وتقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات وتقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

- التعقيب عن الدراسات السابقة:

أولاً. الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي:

1. من حيث الهدف:

سعت أغلب الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي إلى الكشف عن علاقة مصدر الضبط الصحي ببعض المتغيرات (الصحة العامة، الاكتئاب، القلق، العدوانية) في دراسة ديبرا وسوزان 1997، و(الحالة الصحية، الصحة المدركة) في دراسة فرازي وويد 1999، (الكفاءة الذاتية) في دراسة عليوة سمية 2007، و(استراتيجيات المواجهة) في دراسة عزوز إسمهان، 2009 و(التفوق الدراسي) في دراسة بواليف أمال 2010، و(فعالية الذات وتقبل العلاج) في دراسة قارة السعيد 2015.

وكشف بعض الدراسات عن الفروق في مصدر الضبط الصحي تبعاً لمتغير الجنس والمستوى التعليمي كما في دراسة عليوة سمية 2007 و دراسة عزوز إسمهان 2009 و متغير السن في دراسة عليوة سمية 2007 ودراسة فرازي وويد 1999 و متغير التخصص في دراسة بواليف أمال 2010.

أما في دراستنا الحالية فهي تسعى للكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج ومعرفة الفروق في كل من مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

2. من حيث العينات :

تنوعت عينات الدراسات السابقة فهناك من كانت عينتها المرضى المصابين بالسكري مثل دراسة عليوة سمية 2007، وهناك من كانت مرضى القصور الكلوي مثل دراسة عزوز إسمهان 2009، أما دراسة بواليف أمال 2010 ودراسة ديبرا وسوزان 1997 فكانت على طلاب الجامعة أما في دراسة فرازي 1999 فقد كانت عينته الأفراد الراشدين، و مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي في دراسة قارة السعيد 2015.

وتم اختيار أساليب العينات بطرق مختلفة فقد اختيرت عينة عليوة سمية 2007 بطريقة عرضية في حين اختيرت عينة دراسة بواليف أمال 2010 بطريقة عشوائية أما دراسة عزوز اسمهان 2009 وقارة السعيد 2015 فقد كانت بطريقة قصدية.

كما انحصرت أعداد عينة الدراسات السابقة ما بين 72 و 180 فرداً، كانت أصغرها عينة دراسة عزوز إسمهان 2009 وأكبرها عينة بواليف أمال 2010 وقد تقاربت عينة دراسة عزوز إسمهان 2009 و عينة عليوة سمية 2007 فقد كانت الأولى (72) والثانية (86) على التوالي.

أما عينة الدراسة الحالية فقد تشكلت من النساء المتأخرات في الإنجاب وبالتالي اختلفت مع عينات الدراسات السابقة والتي تم اختيارها بطريقة قصدية كدراسة عزوز إسمهان 2009 ودراسة قارة السعيد 2015، أما حجمها فقد بلغ 60 امرأة متأخرة في الإنجاب.

3. من حيث الأدوات المستخدمة:

قامت كل الدراسات باستعمال مقاييس جاهزة ففي دراسة عليوة سمية 2007 ودراسة عزوز إسمهان 2009 ودراسة قارة السعيد 2015 فقد استخدموا مقياس مصدر الضبط الصحي لـ wollston 1978 والذي ترجمه واعدته إلى اللغة العربية نور الدين جبالي أما دراسة بواليف أمال 2010 فقد استخدمت مقياس مصدر الضبط الصحي لروتر.

أما الدراسة الحالية فقد استخدمت مقياس مصدر الضبط الصحي لـ wollston 1978 والمترجم إلى العربية من طرف جبالي نور الدين والذي استعمل في دراسة كل من عزوز إسمهان 2009 ودراسة عليوة سمية 2007 ودراسة قارة السعيد 2015.

4. من حيث الأساليب الإحصائية:

إنَّ جلَّ الدراسات السابقة قد استخدمت معامل الارتباط بيرسون في توضيحها للعلاقة القائمة بين متغيراتها، كما اعتمدت في كشفها للفروق على اختبار T_{teste} . وكذلك في دراستنا الحالية استخدمنا نفس الأساليب الإحصائية معامل الارتباط بيرسون في توضيحها للعلاقة القائمة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج، واختيار T_{teste} للكشف عن الفروق في كلا المتغيرين تبعاً للمستوى التعليمي.

ثانياً. الدراسات التي تناولت تقبل العلاج:

1. من حيث الهدف:

سعت الدراسات السابقة لتناول تقبل العلاج إلى الكشف عن علاقة تقبل العلاج ببعض المتغيرات (الكفاءة الذاتية) في دراسة رحاحلية سمية 2010 (المساندة الاجتماعية) في دراسة قارة السعيد 2009 (التربية الصحية) في دراسة لكحل رقيقة 2011، (الفعالية الذاتية) في دراسة رزقي رشيد 2012 (ومصدر الضبط الحي وفاعلية الذات) في دراسة قارة السعيد 2015، ومعرفة الفروق في المستوى التعليمي في دراسة لكحل رقيقة 2011

أما الدراسة الحالية فقد سعت للكشف عن العلاقة بين تقبل العلاج وأبعاد مصدر الضبط الصحي ومحاولة معرفة الفروق في كل من المتغيرين تقبل العلاج ومصدر الضبط الصحي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

2. من حيث العينات:

تنوعت عينات الدراسات السابقة فهناك من تناولت مرضى السرطان كما في دراسة رحاحلية سمية 2010، ومرضى ضغط الدم في دراسة قارة السعيد 2009 ولكل رقيقة 2011، ومرضى القصور الكلوي في دراسة رزقي رشيد 2012 ودراسة Sidy^{med} Seck et al 2008 .

وتم اختيار العينة بالطريقة الحصصية في دراسة رحاحلية سمية 2010، واختيار العينة بطريقة عرضية في دراسة قارة السعيد 2009، أما في دراسة رزقي رشيد 2012 فكانت بطريقة قصدية، كما انحصر حجم عينات الدراسة ما بين (93-124)، حيث أن أصغرها كانت في دراسة رحاحلية سمية 2010 وأكبرها في دراسة Seck et al 2008 فكانت الأولى 93 فرد والثانية 124 فرد.

أما عينة الدراسة الحالية فقد تشكلت من النساء المتأخرات في الإنجاب وبالتالي اختلفت مع عينات الدراسات السابقة، وفيما يخص أسلوب اختيارها فكانت العينة قصدية مثل دراسة رزقي رشيد 2012، أما عن حجمها فقد بلغ 60 امرأة متأخرة في الإنجاب.

3. من حيث الأدوات المستخدمة:

فقد قامت جميع الدراسات ببناء استبيان وذلك استناداً للتراث النظري وما يناسب

دراستهم

أما في الدراسة الحالية فقد قمنا باستخدام استبيان قارة السعيد 2015 والذي قمنا

بتعديله حسب ما يناسب عينة الدراسة.

4. من حيث الأساليب الإحصائية:

إن جميع الدراسات السابقة قد استخدمت معامل الارتباط بيرسون في توضيحها

للعلاقة القائمة بين متغيراتها.

وفي دراستنا الحالية استعملنا معامل الارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين مصدر

الضبط وتقبل العلاج واستعملنا T_{teste} للكشف عن الفروق تبعاً لمتغير المستوى

التعليمي

6. فرضيات الدراسة:

1. توجد علاقة ارتباطية طردية بين درجات مصدر الضبط الصحي الداخلي

و درجات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

2. توجد علاقة ارتباطية عكسية بين درجات مصدر الضبط الصحي (الخارجي)

لذوي النفوذ و درجات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

3. توجد علاقة ارتباطية عكسية بين درجات مصدر الضبط الصحي (الخارجي) للحظ و درجات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.
4. لا توجد فروق بين متوسطات مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة) لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.
5. لا توجد فروق بين متوسطات تقبل العلاج تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة) لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

الفصل الثاني

طبيعة مصدر الضبط الصحي

تمهيد

أولاً: مصدر الضبط.

1. تعريف مصدر الضبط.
2. النظرية المفسرة لمصدر الضبط.
3. أبعاد مصدر الضبط.
4. مصادر مصدر الضبط.
5. العوامل المؤثرة في تطور مصدر الضبط.

ثانياً: مصدر الضبط الصحي.

1. تعريف مصدر الضبط الصحي.
2. أبعاد مصدر الضبط الصحي.
3. مقاييس مصدر الضبط الصحي.
4. أنماط مصدر الضبط الصحي.

خلاصة.

تمهيد:

عرف مفهوم مصدر الضبط تطوراً ملحوظاً في العقود الثلاثة الماضية؛ فقد قام العديد من الباحثين والدارسين السيكولوجيين في تطبيقه في مجال الصحة، وتوصلت البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته ومفهومه حول مصدر صحته، ويرجع الفضل في هذا المفهوم الذي يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى بربارا ومنيت والستون وسنحاول في هذا الفصل أن نتطرق إلى مفهوم مصدر الضبط وأبعاده والنظرية المفسرة له وبعض العوامل المؤثرة في تطوره.

أولاً: مصدر الضبط :

1. تعريف مصدر الضبط :

صدرت عدة ترجمات لمفهوم Locus of Control إلى اللغة العربية؛ فقد يعبر عنه بمركز التحكم Lieu De Contrôle أو مصدر الضبط Foyers Contrôle ويشار إليه أحياناً بوجهة التحكم Orientation De Contrôle. (بشير معمرية، 1995، ص05)

- يعرف روتر **Rotter 1966** مصدر الضبط في نظريته التعلم الاجتماعي على أنه:

- " التعزيزات التي تمثل العلامات الأساسية لمواقف الفرد على المدى الطويل. (مليقة مدور، 2005، ص 17)

- كما عرفه أيضاً: أنه هو الدرجة التي من خلالها يدرك الفرد أن المكافئة و التدعيم مضبوطة أو متحكم فيها إما بأفعاله (سلوكاته) وخصائصه الشخصية وبقوة خارجية أو قد تكون مستقلة عن سلوكه بعبارة أخرى فان مصدر الضبط هو مدى إدراك الفرد للعلاقة السببية بين سلوكه وبين ما يتبع هذا السلوك من المكافئة و التدعيم. (Rotter,1966, p2)

- أو هو: درجة توقع الأشخاص إما بان التعزيز أو السلوك هو نتاج أفعالهم أو تصرفاتهم أو خصائصهم الشخصية أو هو توقع بأنه ناتج عن الحظ أو القدر و المصير

أو تحت تأثير أشخاص آخرين ذوي النفوذ أو غير متنبأ به. (نادية عيادي، 2009، ص66)

- ويعرف **لفكور 1984 Lefcourt**: مركز التحكم على انه توقع تعميم التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي للتعزيزات كما يرجع مركز التحكم إلى تعميم الفرد لتوقعاته الخاصة بالتحكم التابع للنتائج المحصلة. (الجوهرة الزواد، 2002، ص 128)

- وعرفه **سبيكتور 1988 Spector**: فأشار إلى أن مركز التحكم هو توقع هام بخصوص المكافآت والتعزيزات أو النتائج في الحياة التي تعود إلى الفرد ذاته (داخلي) أو إلى قوى خارجية (خارجي). (محمد نجيب عناصري، 2002، ص 68)

- بينما ذكرت **رجاء الخطيب 1990**: " أن مركز الضبط هو إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج والأحداث، هل هي مسؤولية داخلية، يأخذ الفرد على عاتقه فيها مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة وقدراته الشخصية، أم أنها مسؤولية خارجة عن نطاق الفرد ". (عبد الله الذوايدي، 2002، ص 127)

- وحسب **ستروزر 2002 Strauser**: فان مصدر الضبط يشير إلى معتقدات الأفراد في قدراتهم على ضبط أو مراقبة أحداث الحياة. (السعيد قارة، 2015، ص 18)

- نستنتج من خلال التعاريف أن مصدر الضبط الصحي هو درجة اعتقاد الفرد أن سلوكاته ناتجة عن أفعاله الخاصة أو هي ناتجة عن تدخل عوامل أخرى خارجة عن

سيطرته ففي الأولى نقول عنه مصدر ضبط داخلي أما في الثاني مصدر ضبط خارجي.

2. نظرية مصدر الضبط الصحي:

- نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر:

تمثل نظرية التعلم الاجتماعي التي صاغها جوليان روتر لأول مرة في كتابه "التعلم الاجتماعي وعلم النفس الاكلينيكي" سنة 1954، نظرية تدمج في مفاهيمها نظريات المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية، ويقول روتر عنها بأنها: "نظرية التعلم الاجتماعي لأنها تؤكد على الحقيقة القائلة بان أشكال السلوك الأساسية أو الرئيسية يجري تعلمها في المواقف الاجتماعية، وهي تلتحم بصورة لا فكاك فيها مع الحاجات التي يتطلب إرضائها توسط أشخاص آخرين". (محمد نجيب عناصر، 2002، ص73)

وتقوم نظرية التعلم الاجتماعي على عدة افتراضات منها:

- اعتبار الشخصية وحدة متكاملة.
- الشخصية في تفاعل مع البيئة والمواقف التي يحدث فيها السلوك الإنساني الهادف.

السلوك الاجتماعي سلوك متعلم وليس وراثي.

- المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي: لنظرية التعلم الاجتماعي جملة

من المفاهيم المكونة لها والتي تميزها عن غيرها من النظريات وهي:

1. إمكانية السلوك: وهو مفهوم نسبي يستند إلى احتمال قيام الإنسان بالاستجابة

بطريقة ما مقارنة بأنماط السلوك البديلة المتاحة، ويعرف روتر إمكانية السلوك بأنه:

"القدرة الكامنة لأي سلوك يحدث في أي موقف من المواقف، أو في أكثر من

موقف كما هو محسوب بالنسبة لأي شكل أو مجموعة أشكال من أشكال التعزيز

(التدعيم).

2. التوقع: يعرف روتر التوقع على انه " الاحتمالية الموجودة لدى الفرد بان تعزير

معينا سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في موقف أو مواقف معينة،

ويكون التوقع مستقلا بشكل منتظم عن قيمة أو أهمية التعزيز.

والتوقع في نظرية التعلم الاجتماعي هو احتمال ذاتي وله محددان:

أ. الاحتمالية القائمة على تاريخ الشخص المعني في مجال التعزيز بما في ذلك

عوامل الحداثة والنمذجة، وإدراك ذلك الشخص بطبيعة صلة الوصل السببية بين

السلوك والتعزيز.

ب. تعميم التوقعات من سلاسل السلوك والتعزيزات الأخرى ذات العلاقة

المعممة.

3. **قيمة التعزيز:** يعرف روتر قيمة التعزيز على أنها: "درجة تفضيل المرء ورغبته في حصول تعزيز ما، إذا كانت فرص حصول أشكال التعزيز الأخرى البديلة متساوية".

4. **المحددات الأساسية للسلوك:** احتمال حدوث السلوك يتحدد أساساً بفعل متغيرين هما: التوقع، وقيمة التعزيز (التدعيم).

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

6. **الحاجة:** تنقسم الحاجة إلى حاجات بيولوجية و حاجات سيكولوجية ويعتقد روتر أن الحاجات السيكولوجية تنشأ من إشباع الحاجات البيولوجية.

وهو يقسم الحاجات إلى 6 فئات:

1. الحاجة إلى الاعتراف و المكانة.

2. الحاجة إلى السيطرة.

3. الحاجة إلى الاستقلال.

4. الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين.

5. الحاجة إلى الحب و العطف.

6. الحاجة إلى الراحة الجسمية. (اسمهان عزوز، 2009، ص ص، 17، 18)

3. أبعاد مصدر الضبط:

تم تقسيم مصدر الضبط إلى بعدين هما:

أ. البعد الداخلي لمصدر الضبط:

يرى روتر أن مصدر الضبط الداخلي يتمثل في اعتقاد الفرد في موقف نوعي محدد أو في مجموعة من المواقف بان ما قد حدث أو ما يحدث الآن أو مستقبلا مرتبط ارتباطا مباشرا بما قد فعل أو يفعل الآن أو سيفعل في هذه المواقف، فإذا أحدثت أحداثا جيدة فإنه يعتقد بان هذه الأحداث قد حدثت في بهذه الطريقة بسبب ما بذله من جهد كاف وما أظهره من مهارة عالية فمثلا إذا حصل الفرد في الامتحان على تقدير ممتاز، أو حصل على زيادة مرتب، فذلك يرجع حسب- اعتقاده - إلى كفاءته وقدراته الخاصة في هذه المواقف، وإذا حدثت أحداث سيئة فهو يشعر أيضا بأنه مسئول عن هذه الأحداث التي تحدث له إذا حاول وفشل في الحصول على المكافآت السابقة، فذلك يرجع حسب- اعتقاده- بأنه لم يكن ماهر بما فيه الكفاءة أي انه مسئول عن فشله وسوء حظه في الحاضر والماضي والمستقبل. (نبيل محمد، 2003، ص 148)

ويورد من جهة أخرى روتر الخصائص المميزة للفرد الذي يملك ضبط داخلي

كما يلي:

- يكون أكثر حذرا أو انتباها للنواحي المختلفة من البيئة التي تزوده من معلومات مفيدة لسلوكه المستقبلي.

- يعطي قيمة كبيرة لتعزيزات المهارة أو الأداء، ويكون عادة أكثر اهتماما بقدراته وبفشله أيضا.

- يقاوم المحاولات المغرية للتأثير عليه. (جازية بزازي، 2011، ص 38)

ب. البعد الخارجي لمصدر الضبط:

في المقابل يرى روتر أن الضبط الخارجي يتمثل في اعتقاد الفرد أن ما يحدث له في مواقف معينة ليس مرتبطا بما يفعل في هذه المواقف، فهو يحدث في الإشباع أو التعزيز لأنه محظوظ، أو لأن القدر بجانبه، أو لسبب تدخل الأشخاص ذوي التأثير أو النفوذ، أو لهذه الأشياء جميعا، في حين يعزو الأحداث السيئة التي تحدث له إلى قوى خارجية أبعد من قدرته على الفهم أو التحكم، أو إلى عوامل يصعب التنبؤ بها فالفشل في الحصول عن الأهداف المرغوبة أو العقاب من أي نوع يعزو إلى شيء عدى أفعاله الخاصة أو افتقاره للقدره والكفاءة. (نبيل محمد، 2003، ص 148)

وكذلك يرى روتر أن هناك خصائص تميز الفرد الذي يملك مصدر الضبط

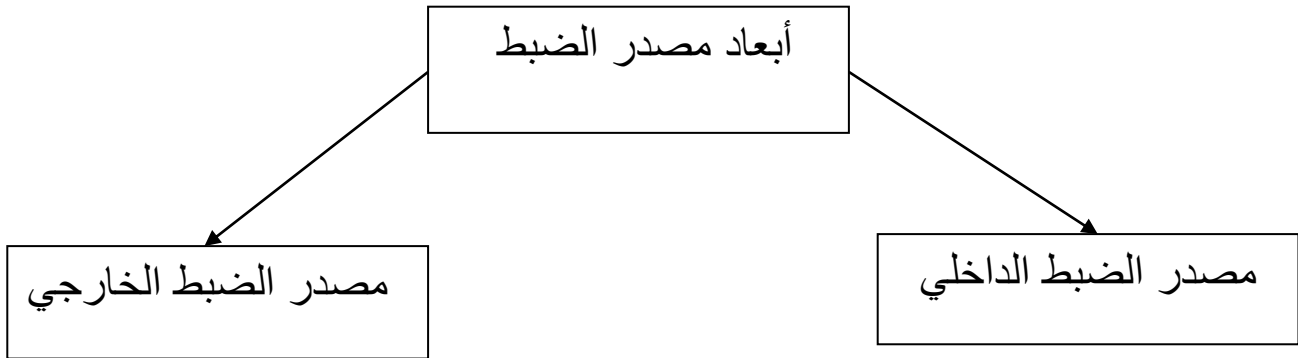
الخارجي:

- يكون لديه سلبية عامة وقلة في المشاركة والإنتاج.

- ينخفض لديه الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله الخاصة.

يرجع الأحداث الايجابية والسلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي ويفتقر إلى

الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الأحداث. (امال بواليف، 2010، ص 47)



شكل رقم(01): يوضح أبعاد مصدر الضبط من إعداد الطالبة.

4. مصادر مصدر الضبط:

إن مصدر الضبط متعدد المصادر ولكن يختلف من فرد لآخر، وهذا حسب

التعزيز الذي قد يكون مضبوطا بالعالم الخارجي أو الداخلي فعندما يكون الحصول

على التعزيز مضبوطا بالعالم الداخلي فإن مصادره المحتملة هي:

- الذكاء والقدرة العقلية: فالفرد يعتقد انه يستطيع فهم البيئة وضبط أحداثها

لصالحه وهو المسئول عما يناله من ثواب وعقاب.

-المهارة والكفاءة والاستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة.

-السمات الانفعالية والمزاجية: فالفرد يكون اعتقاد حول نفسه بأنه يتوفر على

خصائص تجعله يتحكم في الأحداث البيئية ويضبط التعزيزات المرغوبة و هذه

الخصائص هي الثقة بالنفس، الاكتفاء الذاتي للطموح والمثابرة والجدية.

أما إذا كان الحصول على التعزيز مضبوطا بالعالم الخارجي فان مصادره

المحتملة هي:

-الحظ والصدفة: حيث يعتقد الفرد أن العلم غير قابل للتنبؤ، أو أن التأثيرات

الاجتماعية غير خاضعة للعقل، من وجهة نظره هي المسؤولة عن نتائج سلوكه.

-القدر: فالفرد يكون اعتقاده بأنه لا يمكن أن يغير من مسار الأحداث لأنها

مقدرة.

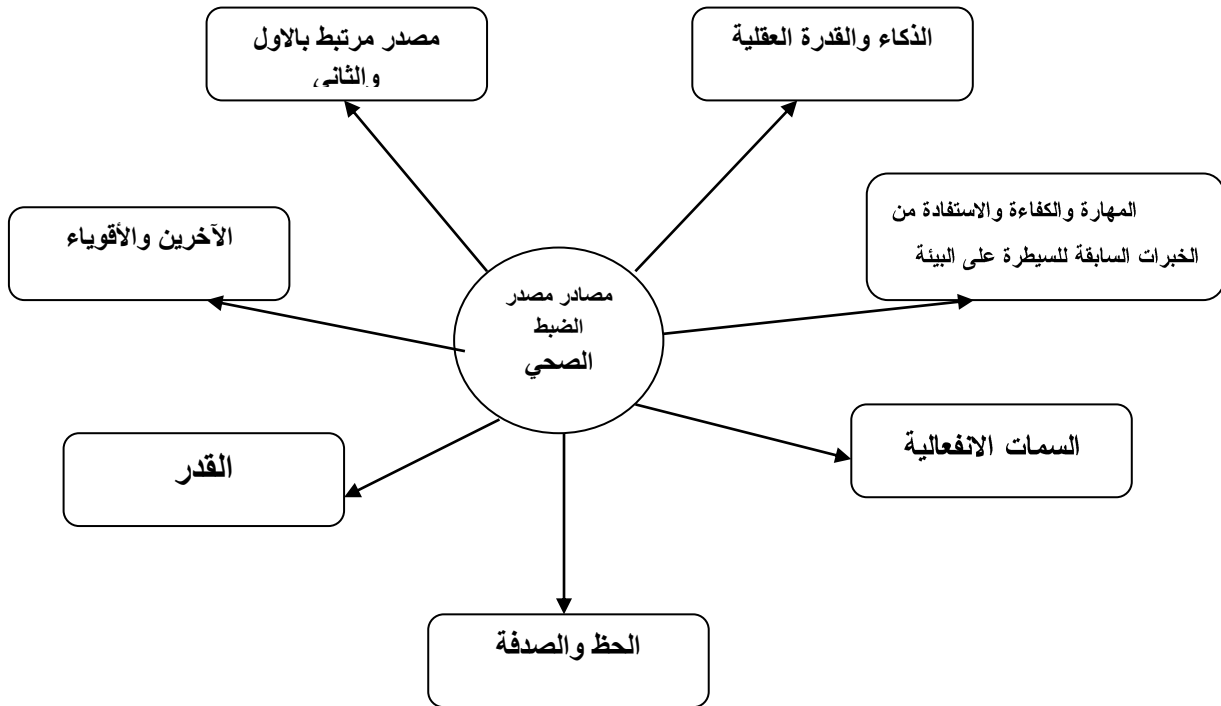
-الآخرين والأقوياء: فالتعزيزات تكون في أيدي الآخرين كالأباء والمسؤولين،

المعلمين، وهؤلاء لا يستطيع التأثير فيهم لأنه ضعيف.

-مصدر مرتبط بالأول والثاني: حيث يكون اعتبار الفرد بان العالم صعب والحياة

معقدة وصعب فهمها وان نصيب الفرد فيها مقدر سلفا، وهذا ما يجعل شروط الحصول

على التعزيز بعيدة عن الضبط الشخصي. (بشير معمريّة، 2009، ص 15)



شكل رقم(02): يوضح مصادر مصدر الضبط من إعداد الطالبة.

5. العوامل المؤثرة في تطور مصدر الضبط:

تعتبر الاحتياطات الخاصة بترجمة المقاييس الخاصة بمصدر الضبط (داخلي- خارجي) مهمة وهذا ناتج عن اختلاف الشروط البيئية، بالنسبة لتأثير الجنس والسن على مصدر الضبط فانه يبقى دائما واضح وجود اختلافات.

لوحظ فيما يخص السن أن ارتفاع الداخلية لدى الأطفال يكون مسيرا لنموه العمري، ويظهر هذا خاصة مع العمل التربوي هذا من جهة ومن جهة أخرى فان هذا الاعتقاد ليس ثابتا حتى من الرشد، تتدخل الخبرة في عنصر الاهتمام إلا أن لاشمان

Lachman1989 في دراسته على فئة أشخاص كبار السن استنتج أن مصدر الضبط الداخلي يستقر مع زيادة السن.

أما فيما يخص الجنس فإن القيمة سهلة التداول ومشروع الضبط في الدراسات الخاصة به، حيث تقسم النتائج إلى اثنتين: أما غياب التأثير بين الضبط والجنس أو ارتفاع نسبة الخارجية بالنسبة للجنس الأنثوي.

إن التوجيه الخاص بمركز التحكم يظهر خاصة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي للشخص، حيث وجدت الكثير من الدراسات بان المجموعات المساعدة والمتعاونة هي الأكثر داخلية والمجموعات غير المساعدة هي الأكثر خارجية.

وهذا ما جرب على الحياة العلمية من حيث الحصول على الفوائد الاجتماعية والاقتصادية، يمكننا القول كذلك أن الضبط يختلف باختلاف الثقافة الفردية.

إن تأثير السن، الجنس، المستوى الاجتماعي والاقتصادي اظهر وبفعالية ميزة التطور التدريجي للأطفال والمراهقين من جهة والاعتقادات بالنسبة لتكيف الأشخاص وعلاقتها بظهور الاضطرابات النفسية المرضية.(سعيد قارة، 2015، ص ص، 25-

(27

ثانياً: مصدر الضبط الصحي:

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

1. تعريف مصدر الضبط الصحي:

- عرف مصدر الضبط الصحي: بأنه اعتقاد الفرد أن حالته الصحية تتحدد من خلال عوامل داخلية أو خارجية، وهو أيضا مستوى الضبط المدرك على النتائج المرغوبة. (نادية عيادي، 2009، ص 18)
- درجة إحساس الفرد بأنه متحكم في صحته أو أن صحته متحكم فيها من طرف عوامل خارجية أخرى كالحظ أو القدر، أو أشخاص آخرين.
- الداخلي: إحساس الفرد بأن صحته هي نتاج تصرفاته الشخصية (القيام بالحمية الغذائية، ممارسة التمارين الرياضية...إلخ).
- الخارجي: إحساس الفرد بأن صحته ناتجة عن عوامل خارجية كمتهني الصحة، الحظ. (السعيد قارة، 2015، ص 29)
- هو درجة اعتقاد الفرد أن صحته متحكم فيها بواسطة عوامل داخلية أو خارجية، سواء كان هذا الشخص ذو بعد داخلي أو خارجي، أي أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته.(عثمان يحي، 2001، ص 92)
- هو درجة اعتقاد كل فرد في مصدر التحكم في سلوكه، إما تحكم داخلي أو خارجي.(لبنى احمان، 2012، ص 132)

2. أبعاد مصدر الضبط الصحي:

أ. البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي:

يقرر درجة اعتقاد الفرد أن حالته الصحية تتأثر بسلوكه الخاص، فالفرد الذي يحرز ارتفاعا في مصدر الضبط الداخلي له إحساس بالمسؤولية الذاتية على صحته مثل: بوسعي أن أتحكم في المحافظة على صحتي.

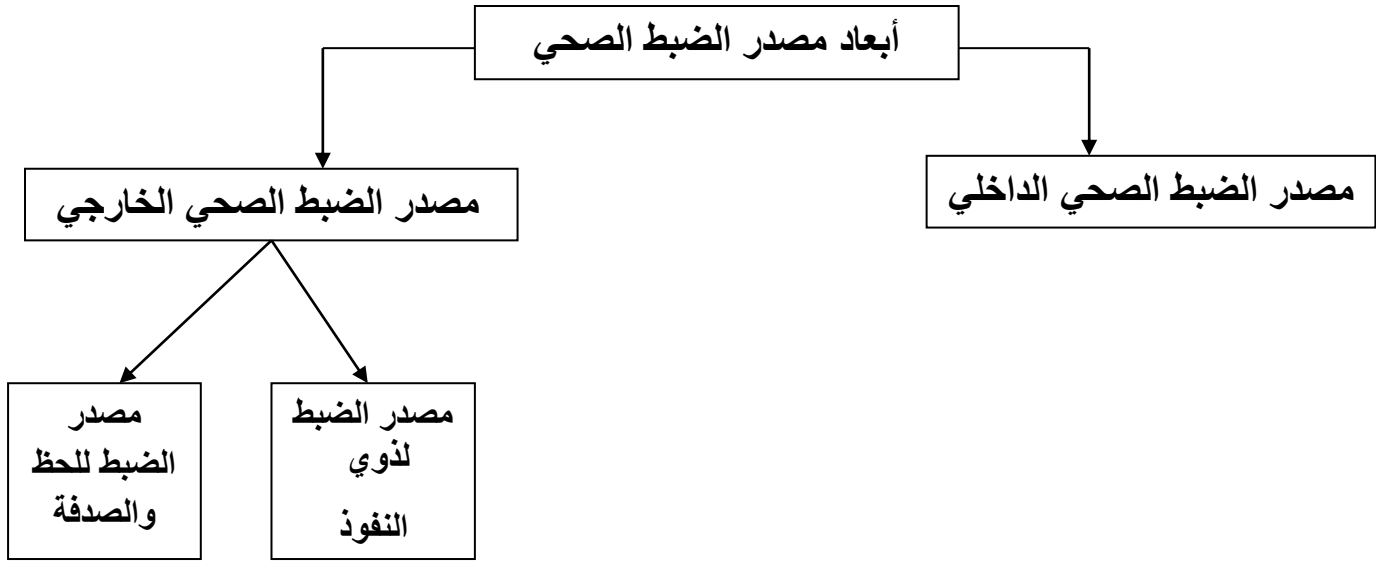
ب. البعد الخارجي لتأثير الآخرين لمصدر الضبط الصحي أو لذوي النفوذ:

يقيس الاعتقاد أن صحة الفرد متحكم فيها من طرف الناس الآخرين، كالعائلة، الأصدقاء، العاملين بالقطاع الصحي مثل: لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما.

ج. البعد الخارجي للصدفة:

وهو يقيس الاعتقاد أن صحة الفرد متحكم فيها من قبل القضاء والقدر والحظ...مثل: معظم الأشياء التي تؤثر على صحتي تحدث لي بمحض الصدفة.

في السنوات الموالية أضاف نفس الباحثين بعد آخر لمصدر الضبط الصحي هو المعتقدات حول الإله (الإيمان بالله) لضبط نتائج الفرد الصحية، إذ أثبتت أن 94% من الراشدين في الولايات المتحدة الأمريكية يؤمنون بالله 90% يصلون لله والأغلبية يشاركون في الممارسات الصحية. (سمية عليوة، 2007، ص ص، 14، 15)



شكل رقم(03): يوضح أبعاد مصدر الضبط الصحي من إعداد الطالبة.

3. مقاييس مصدر الضبط ومصدر الضبط الصحي:

ظهرت مقاييس مختلفة لتقدير مصدر الضبط الداخلي-الخارجي للتعزيز، حيث بدأت المحاولات الأولى على يد فارس وجيمبوبوس 1957، وهما تلاميذ روتر، ثم توجهت هذه المحاولات بقيادة روتر لفريق من الباحثين في أعوام (1962، 1966) في وضع المقياس المعروف باسمه "مقياس روتر للضبط الداخلي-الخارجي".

كما ظهرت مقاييس أخرى لقياس هذا المفهوم من بينها مقياس هانا لفسون 1973 التي أعطت مقياس ثنائي البعد (داخلي - خارجي)، وقالت بان البعد الخارجي لمصدر الضبط يتكون من نوعين من المعتقدات المختلفة: صدفة وذوي النفوذ، أن نموذج لفسون اختص بالنتائج النوعية المتعلقة بالسلامة و المرض.

وقام نويكي وستراكلاند ببناء مقياس الضبط الداخلي- الخارجي للأطفال ويرمز له بـ (CNS-IE) وامتداد لهذا المقياس تم تصميم مقياس مصدر ضبط الخاص بالراشدين (ANS-IE) وينسب إلى نويكي ودوك.

ومقياس دتويلر في 1984 الذي تعلق ببعض المواضيع الخاصة مثل الصحة.

وهكذا بدأت تظهر مقاييس مصدر الضبط التي تتعلق بعلم نفس الصحة، علم النفس الصناعي، علم النفس التنظيمي.

وأخيرا يمكن القول أن مقاييس مصدر الضبط يمكن تقسيمها إلى فئتين:

المقاييس العامة والمقاييس الخاصة.

المقاييس العامة عبارة عن مجموعة بنود تعمل على قياس الضبط في المواقف الحياتية المختلفة، والمقاييس الخاصة تقيس التوقعات والاعتقادات الخاصة بالضبط في مجالات خاصة ومحددة والتي من بينها مجال الصحة، أين نجد دراسة فريق واستون التي بناء على لفنسون أوجدت مقياس معتقدات الأفراد حول مصدر ضبط صحتهم، وقد بدأ استخدام هذا المقياس منذ منتصف السبعينات، أين ظهر أول وصف له في كتاب (Health education monographies) لوالستون ودفليس 1978 وهو يتكون من نوعين من الخيارات (A و B) تتضمن 18 عبارة مقسمة إلى ثلاثة أجزاء، وبظهور هذا المقياس ظهرت عدة دراسات بحثية في العلاقة بين مصدر الضبط

والصحة ومختلف العوامل المتعلقة بالصحة، أين نشرت عدة مقالات نفسية تضمنت أكثر من 380 مقالا لـ (MHLC) المعن عليه خلال فيفري 2004.

إذ أن مقياس مصدر الضبط الصحة هو من عائلة المقاييس التي نمت في القرن 20 على يد والستون وزملائه، خطط هذا المقياس لتقدير اعتقادات الفرد المتعلقة بأن حالته الصحية تتحدد من خلال نشاطات الفرد، أي تكمن في جهود الفرد الخاصة وهذا هو مصدر ضبط الصحة الداخلي، أما الخارجي فيتعلق بنشاط الآخرين، الحظ، الصدفة.

أول طبعة معلنه لمقياس مصدر الضبط الخاص بمجال الصحة البدنية أو المرض كانت في عمل كورشت و زملائه أما أول مقياس لمصدر الضبط المتعلق بالصحة (HLC) طور من قبل واستون، يتضمن 11 عبارة بـ 6 نقاط وفق نموذج ليكارت للتصحيح (موافق بشدة، موافق، غير موافق، غير موافق بشدة)، وهو مقياس أحادي البعد، عامين بعد أعلن عن الطبعة المتعددة الأبعاد لمصدر الضبط الصحي (MHLC) من طرف ولستون و دفليس صيغ على غرار مقياس لفنسون .

مقياس معتقدات أن مصدر الضبط الصحي يتضمن ثلاثة مقاييس تحتية مكونة من 6 عبارات، وكذلك باستخدام 6 نقاط من خلال نموذج تصحيح ليكارت.

وبهذا يكون مصدر ضبط الصحة مكون من ثلاثة أبعاد: داخلي، خارجي لتأثير

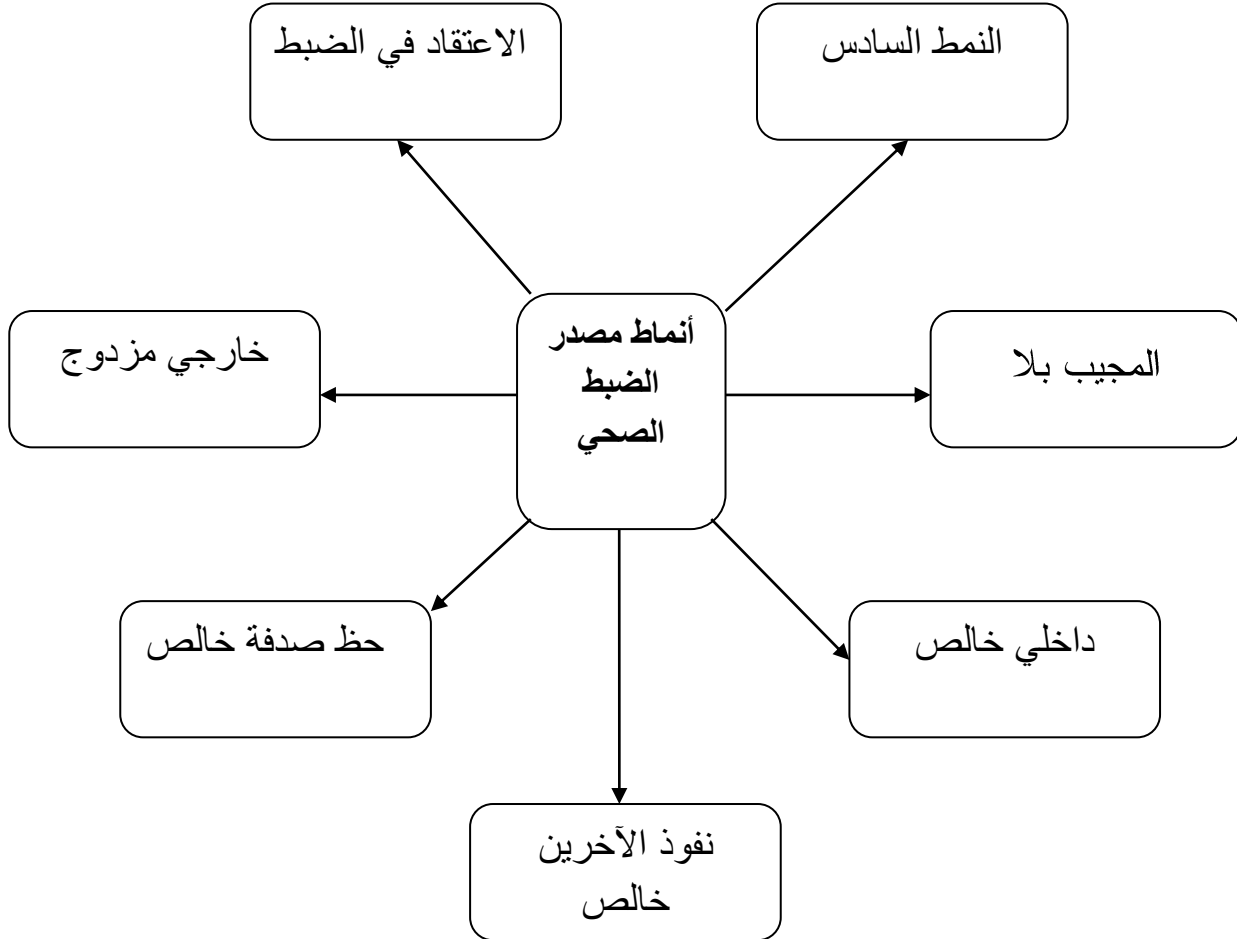
الآخرين (ذوي النفوذ)، صدفة أو حظ. (نادية عيادي، 2009، ص ص، 65، 68)

4. أنماط مصدر الضبط الصحي:

- انطلاقاً من التطبيقات الواسعة لمقياس مصدر الضبط الصحي بأبعاده الثلاثة، فإنه تم تقسيم الأفراد إلى 8 أنماط محتملة، وكما يقترح ولستون **Wallston** أن الأنماط التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد انطلاقاً من الدرجات العليا أو الدنيا هي:
1. **داخلي خالص:** درجات مرتفعة على مصدر الضبط الداخلي ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين والحظ.
 2. **نفوذ الآخرين خالص:** درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعدي الداخلي والحظ.
 3. **حظ (صدفة) خالص:** درجات مرتفعة على بعدي الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على بعدي الداخلي ونفوذ الآخرين.
 4. **خارجي مزدوج:** درجات مرتفعة على بعدي الحظ ونفوذ الآخرين و منخفضة على البعد الداخلي.
 5. **الاعتقاد في الضبط:** درجات مرتفعة على بعدي نفوذ الآخرين والداخلي ومنخفضة على بعد الحظ.
 6. **النمط السادس:** درجات مرتفعة على بعدي الداخلي والحظ ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين.
 7. **المجيب بنعم:** درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة.

8. المجيب بلا: درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة. (نور الدين جبالي،

2007، ص 61)



شكل رقم(04): يوضح أنماط مصدر الضبط الصحي من إعداد الطالبة.

خلاصة:

من خلال ما سبق عرضه في هذا الفصل نستخلص أن مصدر الضبط الصحي هو سيرورة معرفية تفاعلية في وضعية خاصة ومؤقتة، فأول ما ظهر عند جوليان روتر وطوره باحثون آخرون وقد لاقى عدة اتجاهات وتطورات نظرية عديدة، ومن خلال المفهوم نستخلص بأنه يفيدنا في تفسير السلوك البشري ومصدر هذا السلوك، فأصحاب مصدر الضبط الصحي الداخلي يتمتعون بظروف صحية أحسن وذلك لأنهم يرجعون أسباب مرضهم إلى قوى داخلية وبالتالي يثابرون من أجل العمل على العلاج، وفي نفس الوقت لا بد أن نسلم بدور مصدر الضبط الصحي الخارجي وضرورة التحلي بها خاصة في بعض الأمراض لا بد من الاعتقاد بالقضاء والقدر و الحظ، وبما أن مصدر الضبط الصحي يؤثر فهو أيضا يتأثر بعدة عوامل ومتغيرات سلوكية ذكرناها آنفا.

الفصل الثالث

طبيعة تقبل العلاج

تمهيد

1. تعريف تقبل العلاج.
2. النظريات المفسرة لتقبل العلاج.
3. مراحل تقبل العلاج
4. العوامل التي تؤثر في تقبل العلاج
5. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية لتقبل العلاج.
6. قياس تقبل العلاج.

خلاصة

تمهيد:

يعدّ عدم الاتباع بصفة جيدة لنصائح الطبيب المعالج وعدم الانضباط بالحمية الغذائية وتجنب الممنوعات وإهمال مواعيد الدواء من أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية للمرضى بصفة عامة و المرضى (النساء المتأخرات في الإنجاب) بصفة خاصة، وهذا ما اصطلح عليه علمياً بـ "عدم تقبل العلاج"؛ إذ جاء اهتمام الباحثين في الطب وعلم النفس بسلوك الالتزام أو الانضباط (تقبل العلاج) بعدما لاحظوا الانعكاسات السلبية المصاحبة لهذا السلوك مع المرضى؛ إذ يفسّر كعامل خطورة بالنسبة للمريض.

وعدم تقبل العلاج من أكثر المشاكل شيوعاً فهي تظهر في أوساط القطاعات الطبية والصحية، كما يظهر هذا الأخير لدى مختلف الفئات العمرية والطبقات الاجتماعية، غير أنه شائع لدى الأشخاص الراشدين والمسنين.

و لذلك سنعرض في هذا الفصل كلا من: تعريف تقبل العلاج، الأهمية: الإكلينيكية، الاقتصادية، والأكاديمية لتقبل العلاج، العوامل المؤثرة في تقبل العلاج، النماذج النظرية المفسرة له، طرق قياسه.

1. تعريف تقبل العلاج:

تنوعت تعريف تقبل العلاج واختلفت من باحث إلى آخر، فمنهم من رأى أن تقبل العلاج هو التزام المريض بالدواء فقط، ومنهم من عده الالتزام بالدواء وبالارشادات والتعليمات الطبية معا.

وسنورد مجموعة من التعاريف لتقبل العلاج بعد ما نعرفه لغة، إلى أن نختم بالتعريف الموحد الذي تبنته المنظمة العالمية للصحة سنة 2003.

1.1. تقبل العلاج لغة:

- عرف قاموس New oxford dictionnaire of English ، كلمة adherence بأنها "حالة أو حقيقة الاتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير".

- أما قاموس Larousse (1990) فقد عرف كلمة (Observance) أنها: "عملية إتباع تعليمية، عادة، سلوك، والتقيّد بقواعد توجيهية".

- تشير كلمة "Adherence" أيضا إلى الالتزام بوصفة أو بقانون أو الامتثال

لقاعدة سلوكية أو دينية. (Gormie et Karoubi,2007, p955)

ونجد في اللغة الأجنبية عددا من مرادفات المصطلح Adherence مثل:

Alliance ,concordance,maintenance, fidélité,compliance.

- اما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات ومعانٍ مقابلة للكلمة منها:

الانضباط، الالتزام، الامتثال، الانصياع، الملاءمة، التقبل، ... وقد اخترنا مصطلح تقبل لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية باعتباره مشاركا فيها وحتى لا نقع في السلبية والخضوع، اي المريض له دور في العملية العلاجية.

2.1. تقبل العلاج اصطلاحا:

- تعرفه Turette Turdis 2002: هو مفهوم يدل على قدرات الفرد على اخذ دوائه حسب التعليمات المقدمة له، وتتأثر هذه القدرات سلبا أو إيجابا بمجموعة من العوامل المساهمة، المتفاعلة فيما بينها والتي يمكن ان تكون:

معرفية: التمثلات، المعلومات، التوقعات، الدافعية.

سلوكية: العادات، التنظيم، التوقعات، الدافعية.

انفعالية: القلق، الإجهاد، الحياة العاطفية، الحالة الانفعالية السلبية.

اجتماعية: تشمل ظروف الحياة، مستوى المساندة الاجتماعية، نوعية التكفل الصحي

الاجتماعي. (رحاحلية سمية، 2009، ص65)

- ويعرف كذلك أنها الانتظام في إتباع التوصيات والإرشادات الطبية طوال فترة

العلاج وهو مفتاح نجاح الخطة العلاجية. (Moyle, 1977)

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

ويعرف أيضا تقبل العلاج على أنه: "درجة الانسجام (الموافقة) بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية، إتباع الحمية، أو تعديل سلوك الحياة وإتباع الصفات والتوصيات الطبية". (Marcelli et Branconnier, 2008, p 634)

ويرى Portick: أن تقبل العلاج هو السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله لدوائه بدقة والانضباط الأمثل حسب الشروط المحددة والمفسرة من قبل الطبيب، أي الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء من حيث الجرعات، طرق الاستخدام، كمية الدواء، احترام المدة بين الجرعات، شروط التغذية والشرب. (رشيد رزقي، 2012، ص49)

- أما المنظمة العالمية للصحة (OMS) Organisation mondiale de la santé

فقد تبنت التعريف التالي: درجة التوافق بين سلوك الفرد (في اخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية وإتباع التعليمات والإرشادات الطبية). (OMS, 2003, p3)

- من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن تقبل العلاج سلوك صحي يتعلق بتطابق

عدد من الممارسات كتناول الأدوية وإتباع الحمية الغذائية وممارسة التمارين الرياضية

وغيرها من السلوكيات الصحية، التي تدخل ضمن نطاق تعديل أسلوب الحياة، مع توصيات وتعليمات القائم على رعاية المريض الصحية.

2. النظريات المفسرة لتقبل العلاج:

ظهرت محاولات عديدة على شكل نماذج ونظريات حاولت تفسير السلوك الصحي، وقد ركزت بعض هذه النماذج على أسباب وعوامل ظهور سلوك عدم تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية والنفسية المزمنة، ولعل أهم النماذج المعروفة والأكثر استخداما في مجال علم نفس الصحة والتي تتناول موضوع تقبل العلاج هي هذه النماذج:

1.2. أنموذج المعتقدات الصحية (Rosenstock 1974):

ظهر هذا الأنموذج في بداية الأمر، من قبل (Rosenstock 1974) من أجل فهم وتفسير السلوكيات الوقائية لدى الأفراد وكان مجديا في مجال التطعيم، والوقاية من ضغط الدم والتدخين، ثم بعد ذلك طور الأنموذج للتنبؤ وتفسير السلوكيات المتعلقة بالصحة، معتمدا في ذلك إلى إمكانية تبني الفرد سلوكا صحيا تتوقف على إدراك خيارات السلوك المتاح من خلال تقييم المتغيرات التالية:

1. التهديد المدرك المرتبط بالمرض: والذي يقوم على درجة إحساس الفرد بالهشاشة إزاء المرض (قابلية الإصابة).

2. الشدة المدركة: ويتعلق بمعتقدات ومشاعر الفرد حول خطورة نتائج المرض، كالخوف من أن يؤدي إلى الموت أو أن يتفاقم إذا لم يلتزم بعلاجه.

3. المكاسب المدركة: وتتعلق بمعتقدات الفرد حول مدى نجاعة سلوكات تقبل العلاج الهادفة إلى التخفيف من تهديد المرض.

4. العوائق المدركة: و تتمثل في العراقيل التي قد تعيق ممارسة السلوك الصحي، أي في هذه الحالة تقبل المريض للعلاج، كانت جسدية أو نفسية أو مادية أو زمنية ... الخ.
(عثمان يخلف، 2001، ص32)

5. السبل لتنفيذ السلوك:

منها الداخلية المتمثلة في أعراض المرض، أو الخارجية المتمثلة في نصائح الطبيب أو القائمين بالرعاية الصحية، وتكمن أهمية هذا النموذج بخصوص تقبل العلاج في الأخذ بعين الاعتبار دور وأهمية التقييمات التي يكونها المرضى عن الوصفات والأدوية الطبية، وبالمعتقدات المرتبطة بالسيرورة العلاجية، وبالتهديد المدرك الذي يشكله المرض في حد ذاته. (سمية رحاحلية، 2010، ص 75)

ولقد اتفق معظم العلماء على أن أنموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي؛ لأنه يتميز بالوضوح كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة، كما أنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسات السلوك الصحي من نتائج

ويعرض عمليات وميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية والسلوك الصحي الفردي. (رشيد رزقي، 2012، ص 67)

ويقوم أنموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاهها يركز على نتائج التوقع على أساس القيمة، كما أنه اتجاه يحاول و صف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوب بحالة التردد أم عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 34)

ويفترض هذا الأنموذج أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية، وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج، ويتضمن هذا الأنموذج مبادئ هي:

- استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدد نتائجه وآثاره.
- تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.

- وجود مثير لسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكون المثير داخليا (الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام). (عثمان يخلف، 2001، ص 32)

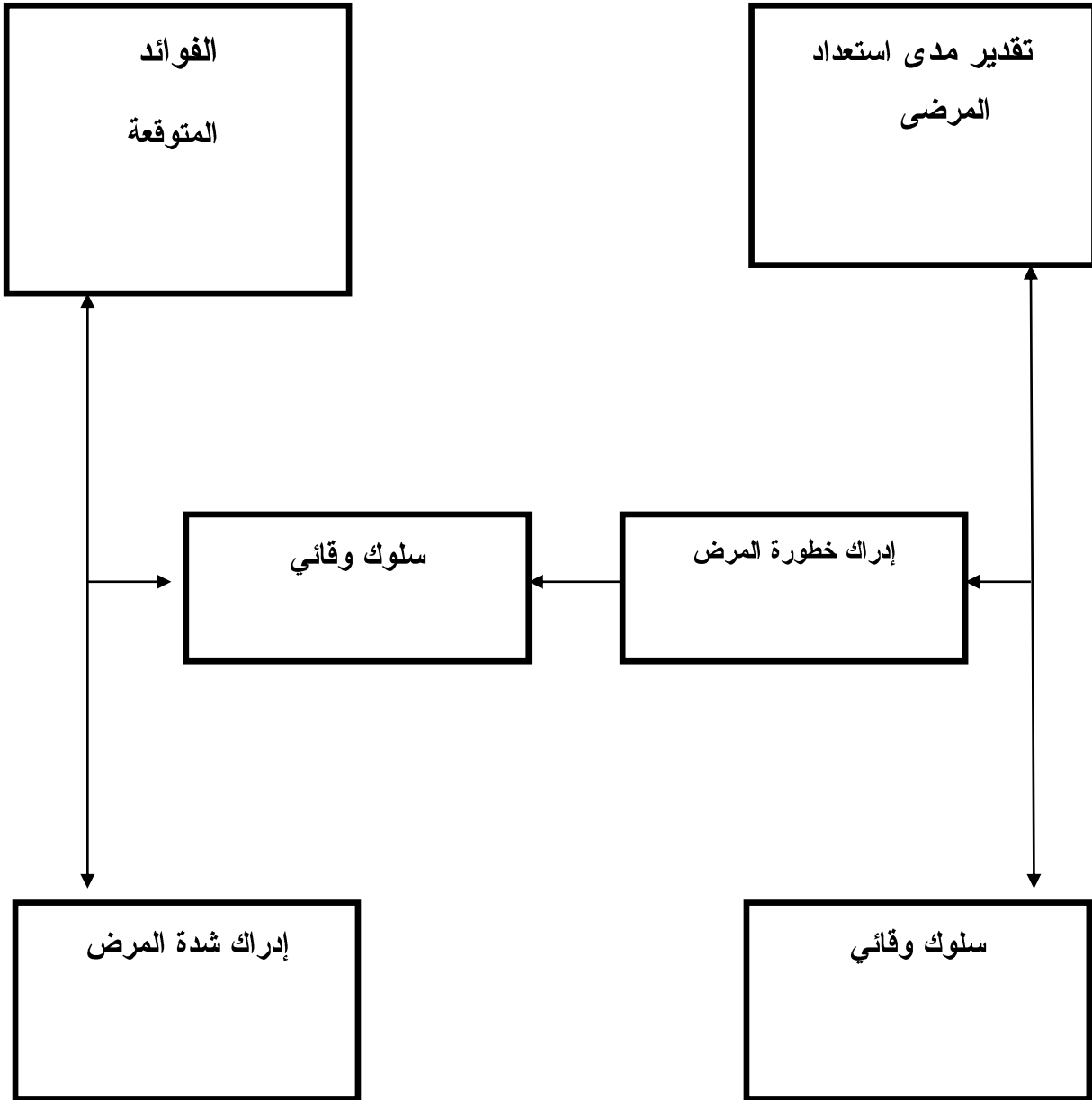
ويتلخص تفسير السلوك الصحي أو السلوك المرضي عن طريق نموذج المعتقدات الصحية في نقطتين أساسيتين:

أ. أن السلوك الصحي للفرد تجاه مشكلة صحية معينة يتحدد عن طريق ما يراه هذا الفرد من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة (المرض).

ب. أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع وأن هذا السلوك يتجه أو يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة في رأي الفرد وعلى الرغم أن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والشخصية المتنوعة تؤثر في الدوافع والخبرات والمعلومات الصحية للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للسلوك الصحي وإنما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب أنموذج المعتقدات الصحية الذي يحدد السلوك الصحي.

ولقد استخدم أنموذج المعتقدات الصحية في دراسة تقبل العلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، ومرضى السكري، وإجراء الفحص الذاتي للثدي لدى النساء المعرضات لخطر الإصابة بسرطان الثدي، والالتزام بالحمية الغذائية، وقد أكدت

العديد من الأبحاث ملائمة الأنموذج لاستخدامه واقعيا لوضع استراتيجيات لتحسين تقبل العلاج، كما أثبتت فعاليته في مجال الأمراض المزمنة. (Fisher,2008,p 233)



شكل رقم (05) أنموذج المعتقدات الصحية (عثمان يخلف، 2001، ص 33)

2.4. أنموذج مراحل التغيير:

تم بناء نموذج مراحل التغيير من طرف كل من (Diclimente et Prochaska 1994) وصمماه ليعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين، وتعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا الأنموذج، ولهذا يعتقد العالمان أن تغيير سلوك ما يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمسة، ووفق السياقات الخاصة بكل مرحلة، وتمثل مراحل التغيير بعدا زمنيا والذي بدوره يسمح بالتعرف على التعديلات والتغيرات التي مست الحدس، الاتجاهات أو السلوك، وكذلك وقت ظهورها حسب تلك المراحل، كما تسمح هذه المراحل أيضا بتحديد وضع الدافعية ولكن دون التنبؤ بها، أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثاني لهذا الأنموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير؛ أي كيف يحدث التعديل والتغيير عند الفرد على مستوى سلوك معين وتعرف سياقات التغيير على أنها سلوكيات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى، كما أنها تؤدي دور الموجه لتقدير وتقييم مدى تغيير المريض وتبنيه لسلوكيات صحية.

ويعتمد مسار التغيير حسب الأنموذج على المراحل الخمس الآتية:

1. مرحلة ما قبل التغيير:

خلال هذه المرحلة يكون المفحوص غير مقتنع بفكرة التغيير أو تعديل السلوك وهذا خلال الستة أشهر من المشكلة الصحية، نتيجة ميكانيزم الرفض (رفض الواقع) أو نتيجة نقص المعلومات أو عدم صحة المعلومات التي تم الحصول عليها حول المرض مثلاً؛ إذ أن المريض في هذه المرحلة ليس عاجزاً عن رؤية الحل وإنما عاجز عن رؤية المشكل في حد ذاته.

لذلك فإن أفراد العائلة أو الأصدقاء هم الذين يلاحظون أو يشعرون أن للفرد سلوك مشكل، مما يستدعي تدخلهم من أجل تقديم المساعدة للمريض من أجل تغيير سلوكه.

2. مرحلة التأمل:

خلال هذه المرحلة يشعر المريض أن هناك سلوك مشكل ويفكر جلياً في التغلب عليه سواء بتعديله أو تغييره، ولكن لم يأخذ بعد المبادرة للفعل ويعرف Chestreton هذه المرحلة كالاتي: " يعرف الفرد إلى أين يتجه ولكن ليس جاهزاً بعد للذهاب"، فالمريض في هذه المرحلة يقوم بعملية تقييم الجوانب الإيجابية والسلبية للسلوك المشكل كما يحدد درجة الجهد والطاقة التي سوف يبذلها من أجل تعديل أو تغيير هذا السلوك، فمثلاً حالة المدخن الذي يرغب في التوقف عن التدخين يفكر أولاً في الأضرار الصحية الناتجة عن هذا التدخين المزمن، ولكن يفكر أيضاً في أهمية هذه السجائر في

التقليل من الضغط اليومي الذي يعيشه، وهنا نجد الصراع بين رغبتين وكنتيجة لهذا يأخذ المريض أو المفحوص وقتا طويلا خلال هذه المرحلة حتى يستقر على قرار المبادرة، ولكن أن تكون هناك نية التغيير.

3. مرحلة الإعداد وأخذ القرار:

وهي مرحلة النية في التغيير وتكون في الشهر قبل التغيير مع ظهور بعض التعديلات الملحوظة، فالشخص هنا يظهر رغبة في الفعل والعمل ويقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل، ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن السلوك.

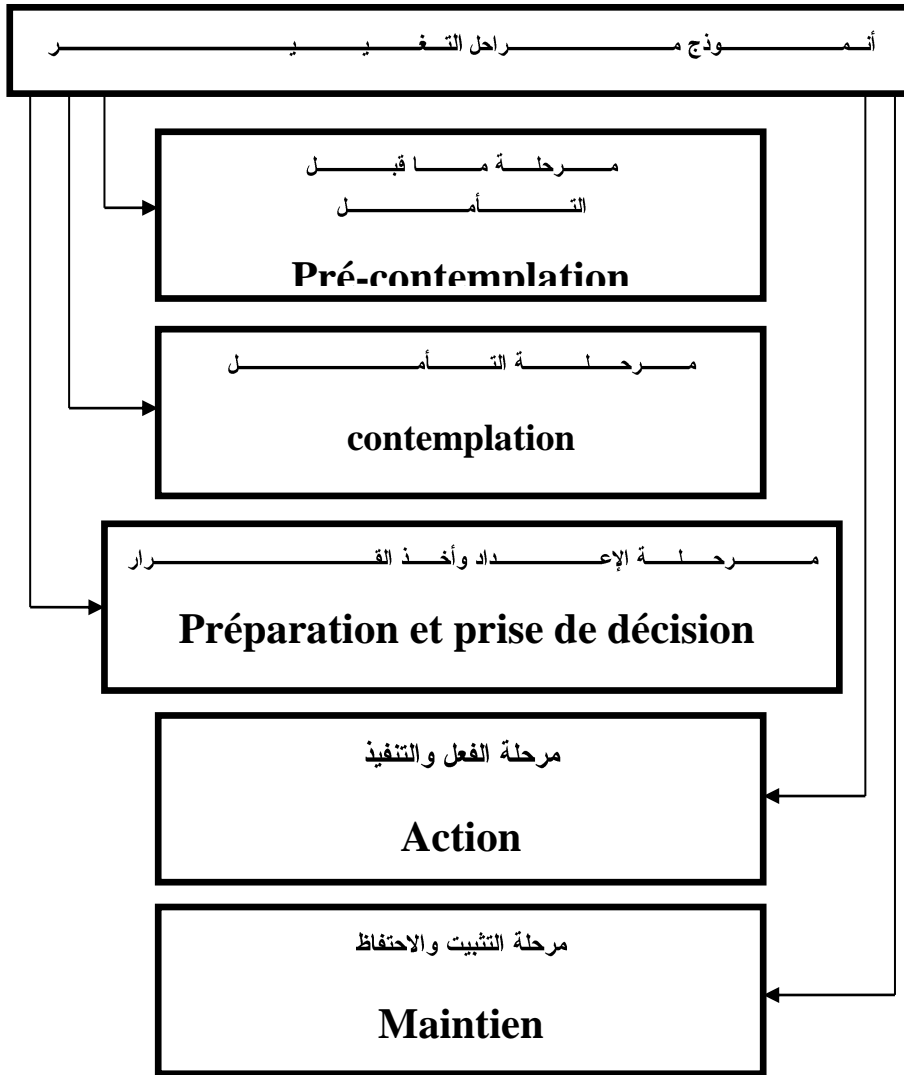
4. مرحلة الفعل والتنفيذ:

خلال هذه المرحلة يغير المفحوص فعلا سلوكه وكذا المتغيرات المحيطة به ويلتزم بهذه التغيرات التي حصلت، ويكون التغيير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظه الجميع، ويصب المفحوص اهتماماته في "الفعل" والتغيير، ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير؛ لأن استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة ويحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة فعالية الذات وكذلك التعزيزات الإيجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج، وهذا ما يضمن عدم الانتكاسة.

(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص ، 39)

5. مرحلة التثبيت والحفاظ :

يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك الإيجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياته الأخرى، والشكل التالي يوضح مراحل نموذج التغيير:



شكل رقم (06) يوضح مراحل تطور نموذج التغيير (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص

لكن الانتكاسة ممكنة جدا، فكثيرا من الأفراد يظهرون نكوصا إلى مراحل أولية سابقة، ويجدون مقاومة للتغيير والتعديل، حيث يعودون إلى مرحلة ما قبل التأمل (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص ص، 39، 40)

3.4 أنموذج التقبل الصحي:

طُور هذا النموذج من قبل: heiby et carlson في 1986، وهو نسخة شاملة لنموذج اجتماعي سلوكي مفسر لمختلف أنماط الامتثال للعلاج (قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية... الخ)، وقد شمل الأنموذج ثلاثة أنواع من التغييرات:

1. السوابق أو المتغيرات الوضعية: وتحدد حسب ما يلي:

- خصائص العلاج: التركيز والطعام واللون وتعقيد الجرعات تعبئة الدواء.
- نوعية المعارف المقدمة على نوع وأهداف العلاج، التكيف مع أسلوب الحياة الجديدة.

- نوعية المعلومات المقدمة كتابية وشفهية، وأشرطة ... الخ.

- متابعة المريض وعدد المعاينات، وكذلك الدعم العائلي والاجتماعي ونوعية العلاقة طبيب/مريض.

2. العوامل الفردية الذاتية:

وتتضمن العوامل الفردية كل ما هو متعلق بإدراك المريض لوضعيته كمريض، ومعتقداته وإدراكاته المرتبطة بفعالية العلاج، وكذلك الثمن المدرك والخطورة المقدرة ودرجة الرضا التي يشعر بها المريض.

3. النتائج:

وهي تتعلق بالمنافع أو المساوئ الناجمة عن العوامل الذاتية المختلفة بإدراكات المريض الذاتية، وهذه المنافع قد تكون:

- اجتماعية كالتقدير من قبل الآخرين.
- جسدية أي تحسن الحالة الصحية للمريض.
- مادية؛ أي مكاسب اقتصادية.

أما المساوئ فتكون:

- اجتماعية: صفة المرض وأعراضه في المجتمع.
- جسدية: زيادة حدة المرض ومضاعفاته.
- مادية : زيادة تكاليف العلاج الباهظة.

وقد عدّ هذا النموذج أن تقبل العلاج يتم تبعاً للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويحسون فيها بالامتثال للعلاج عبر

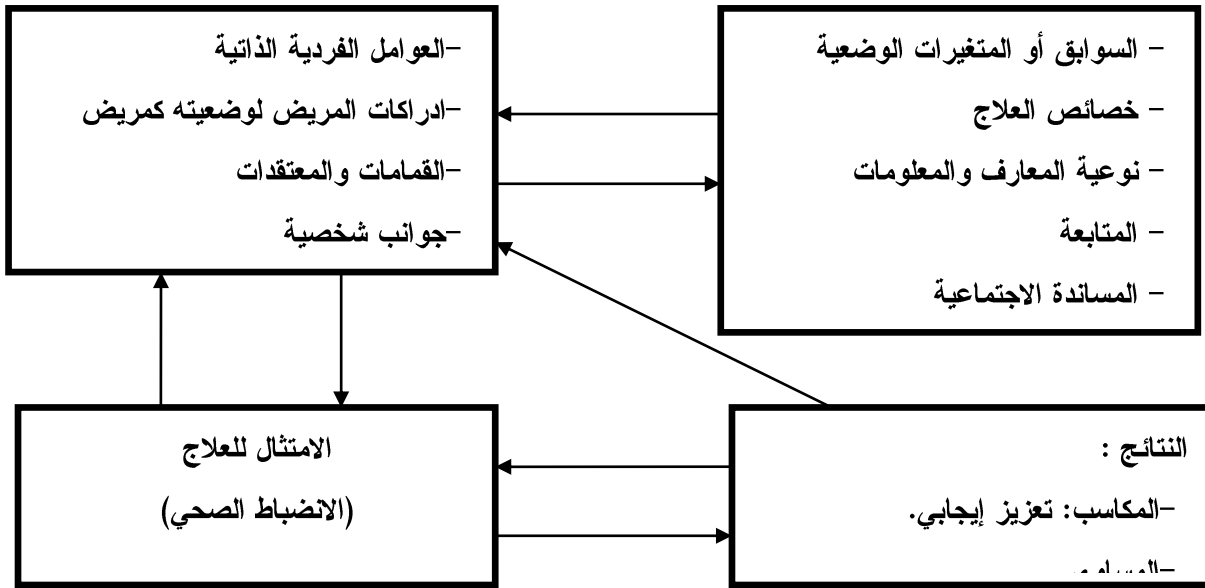
الآثار (النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم، وهناك مستويان للعوامل مكاسب/ مساوئ للامتثال للعلاج:

- في إطار العوامل الفردية للامتثال للعلاج هناك مكاسب ومساوئ مدركة قبل السلوك، هذا الإدراك يعدّ بمثابة محدد لتقبل العلاج.

- في إطار النتائج: يتعلق الأمر بالمكاسب والمساوئ المدركة والمعيشة بعد السلوك المتبني (الامتثال أو عدم الانضباط) أي نتائج الامتثال للعلاج.

وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية راجعية وتؤثر في السلوكيات الداخلية المرتبطة بالعلاج في حدّ ذاته أو غيرها من السلوكيات الأخرى، وتسمح هذه المقاربة بديناميكية النموذج وبالأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيره وهو ما لم يطرح في باقي

النماذج النظرية الأخرى. (gauchet, 2008, p 60)



شكل رقم (07) يوضح نموذج التقبل الصحي لـ (Gauchet HeibytetCareson, 1986, p60)

4.4. أنموذج التمثلات الصحية leventhal 1980:

ظهر هذا الأنموذج على يد leventhal بين سنة 1980 و 1984، وهو قائم على الفكرة التي مفادها الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه. (reach, 2006, p 42)

كما استخدم هذا الأنموذج لتفسير سلوكيات الانضباط الصحي انطلاقاً من إدراكات مرض معين وهذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض والأعراض والنتائج الناجمة عنهما، ويستند هذا الأنموذج إلى ثلاث مسلمات أساسية هي:

1. أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض

الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها.

2. التمثلات المعرفية والانفعالية لتهديد المرض التي توجه سيرورة التكيف

وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تبنيه.

3. تفترض أن هذه التمثلات هي خاصة بكل فرد ويمكن أن لا تتفق مع الحقيقة

الطبية، وهي تصورات محددة اجتماعياً تتهاً انطلاقاً من القيم الاجتماعية

الثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها

فرد يتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي

يحدد فيها فرد مريض معنى مرضه. (gauchet, 2008, p 61)

وتتظم السلوكيات المرتبطة بالمرض تبعا لهذا الأنموذج باشتمالها على خمس

مكونات أساسية هي:

- الهوية: أي التسمية التي يطلقها المريض على مرضه وأعراضه.
- السبب: أي العوامل التي يعزو إليها المريض سبب مرضه.
- البعد الزمني: وهو المدة المفترضة من قبل المريض لمرضه (مرض مزمن، حاد).

- الآثار: أي نتيجة المرض وعواقبه الواضحة بالنسبة للمريض.

- العلاج: والذي يلجأ إليه المريض بحثا عن الشفاء

- الاستقرار. (Fisher,2008 ,p40)

- ونفهم التقبل الصحي، اقترح هذا الأنموذج حلقة تنظيم بين التصورات المكونة من قبل المريض حول مرضه من جهة والإجراءات التي يستخدمها لمواجهة التهديدات الصحية وتشمل المراحل التالية:

- التمثل المعرفي للمرض: أي تنظيم المعلومات المختلفة المغداة من قبل

المحيط وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات وصحتها التي يستقيها

المريض، فالمريض يسعى إلى فهم أعراضه ومرضه، لهذا يكون تمثلات معرفية

ونماذج سلوكية تسمح له بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرض لها، ويستقي

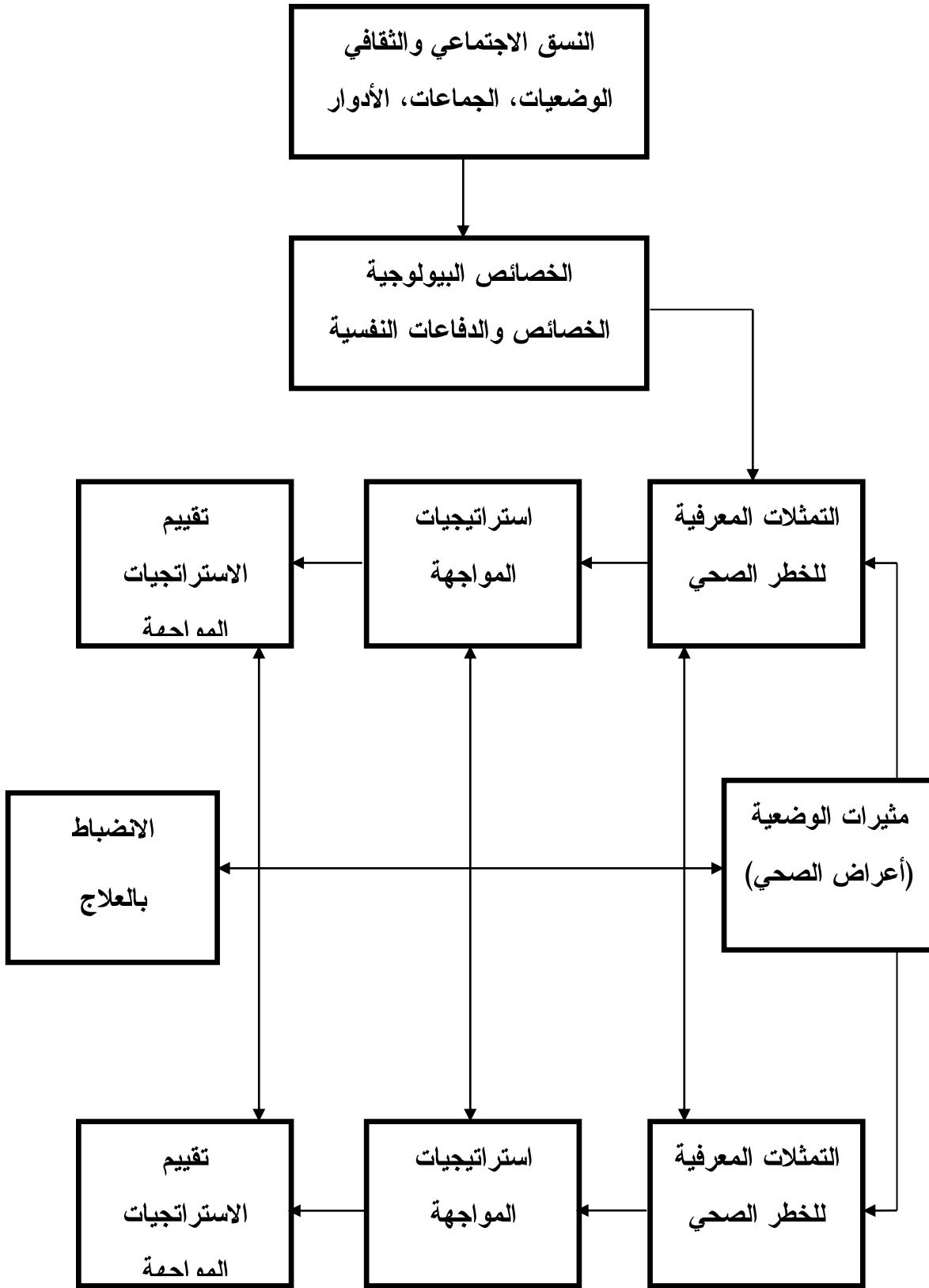
المريض معلوماته من الأصدقاء والعائلة، والفريق الطبي ووسائل الإعلام أو من خلال أعراضه أو تجارب سابقة.

- الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج: وتنتج أساساً عن تصورات المريض لتحديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج.

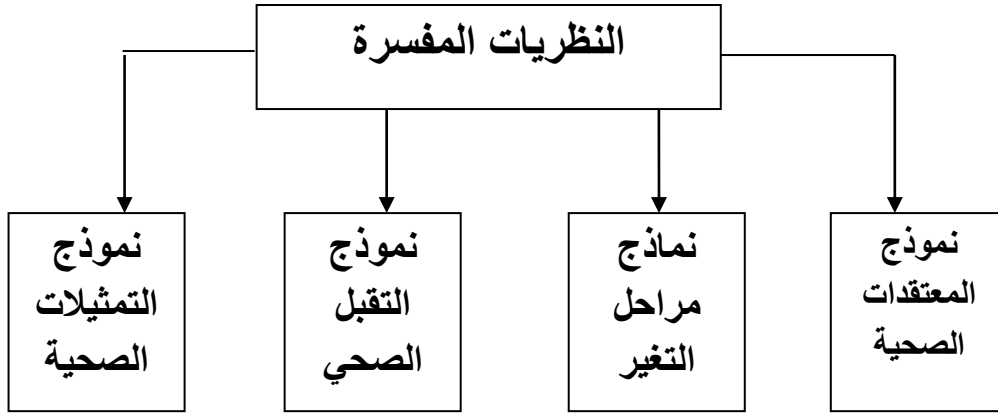
- التفسير المتبني تبعاً للتمثلات: أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية، سواء بتبني السلوك الصحي من خلال الانضباط بالعلاج طلباً لتحسين حالته الصحية أو من خلال التركيز على تنظيم الانفعالات والتقليل من الآثار السلبية للمرض، وما ينجم عنه من ضغط انفعالي.

- التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة: يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجيات المواجهة التي تبناها، وكنتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثلات المعرفية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض ويتبنى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية.

إن آلية التغذية الرجعية تسمح بتفسير تطور التنظيم الذاتي العائد إلى تعديلات المعلومات والتمثلات وتبنى أنماط استراتيجيات مواجهة جديدة. (gauchet, 2008, p62)



شكل رقم (08) نموذج التنظيم الذاتي للصحة Leventhal 1980-1984 (Gouchet, 2008, P63).



شكل رقم(09): يوضح النظريات المفسرة لتقبل العلاج من اعداد الطالبة.

5. مراحل تقبل العلاج :

- (Prochaska et Diclemente) اقترحا هذا النموذج لمراحل تقبل العلاج :

أي أن تقبل العلاج يمر بهاته المراحل :

-الحصول على المعلومات من طرف الطبيب أو المعالج، حول الحالة الصحية

للشخص المريض، بما فيها تشخيص المرض ومعلومات عن المرض وطرق علاجه.

-تقبل المعلومات أو التشخيص وتقبل الخطة العلاجية.

- أخذ قرار بتغيير السلوك غير الصحي الذي من شأنه أن يضاعف من حدة

المرض.

-البدء في التغيير (تبني سلوكيات صحية جديدة) بهدف المعالجة والوقاية من

المضاعفات المرضية.

-الاحتفاظ بسلوك التغيير.(قارة السعيد، 2015، ص 73)

6. العوامل المؤثرة في تقبل العلاج:

حددت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لسنة 2003 OMS العوامل المؤثرة

في تقبل العلاج وتمثلت فيما يلي:

1. العوامل المتعلقة بالمرض.
2. العوامل المتعلقة بالمريض.
3. العوامل المتعلقة بالعلاج.
4. العوامل الاجتماعية والاقتصادية.
5. العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطبيب والمريض.

1.6. العوامل المتعلقة بالمرض:

يؤثر المرض على تقبل العلاج لدى المريض تأثيرات مختلفة، فقد يزيد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته التي يتصورها المريض، وكيف يعيشها، و من بين أهم العوامل المتصلة بالمرض إزمان المرض، وعدم وجود أعراض واضحة، أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها، وعدم وجود خطورة للمرض. (رشيد رزقي، 2012، ص 60)

كما يتأثر تقبل العلاج بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد لعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح مسألة تقبل العلاج تحدياً صعباً للمريض، يعيق شفاؤه ويحول دون تحسن حالته الصحية.

وهنا تطرح مسألة الخضوع المطول للعلاج، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب، بل تتعدها إلى تغييرات كثيرة في أسلوب حياة المريض والتي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وأثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه. (شيلي تايلور، 2008، ص 558)

2.6. العوامل المتعلقة بالمريض:

في العملية العلاجية يعتبر المريض هو الحجر الأساس من أجل سيرورة جيدة لها وتجنب المضاعفات السلبية، ويبقى المريض يعيش تجربة المرض ويتصورها بأسلوبه الخاص؛ إذ يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها، تخضع خلالها تمثلات المريض ونشاطاته ورغباته للتوتر وتعاد ملاءمتها من قبل المريض نفسه تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوارا اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة. (Thiery et Quiviger, p 26)

إن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال والاضطراب في تسيير النشاطات اليومية، فمثلا المرضى الذين يعانون السكري يحتاجون إلى ضبط حميتهم ومراقبة نظام غذائهم، والمرضى الذين لا يتمكنون من إدخال خبرة المرض المزمن كخبره ضاغطة ومؤلمة في معاشهم النفسي تظهر فيهم صعوبات تكيفية

واضطرابات سيكولوجية، وهذا ما يؤدي إلى فشل إتباع علاجهم حيث ينكرون وجود المرض رغم أن أعراضه واضحة، ونتيجة لذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضهم ويظهر هؤلاء المرضى سلوكيات مرضية تزيد من شدة المرض، حيث يهمل المرضى ذواتهم ولا ينتظمون في أغذيتهم، وأحيانا يتناسون حتى الحصص العلاجية، كما أنهم يفشلون في تطبيق السلوك الصحي الذي يسمح -إذا ما تم إتباعه- بتخطي المرض، أو على الأقل تجنب مضاعفاته. (Fisher,2008, p 147)

ويمكن التعرض لبعض العوامل المتعلقة بالمرضى فيما يخص تقبله للعلاج رغم أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قد جاءت غير متوافقة تماما، فمثلا فيما يخص السن فقد بينت دراسة Gibson أن تقبل العلاج ينخفض مع التقدم في السن، وعلى العكس يكون مرتفعا لدى الأطفال وصغار السن (رشيد رزقي، 2012، ص 61)

وكانت نتائج هذه الدراسة كالتالي:

الرضيع	←	77%
الطفولة المتوسطة	←	55%

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

لكن في مثل هذه الدراسات يمكن أن ترجع أسباب تقبل العلاج لدى الأطفال الصغار إلى حرص الأولياء والدعم الاجتماعي المقدم لهم وعلى العكس نجد أن

المسنين قد يكونون يعانون من أمراض أخرى تقلل من تقبلهم للعلاج سواء أمراض عضوية أو النسيان وعدم وجود المتكلمين بهم عكس الأطفال الصغار.

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

كما دلت بعض الدراسات على الدور الايجابي للدعم الاجتماعي في زيادة تقبل العلاج لدى المرضى.

فقد وجد (borbjergotal, 1995, Spector, 1985) أن الأطفال المصابين بالربو يزيد تقبلهم للعلاج في حال حصولهم على المساعدة الاجتماعية، فالأشخاص الذين لديهم مساعدة اجتماعية يمتلكون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم، ويمكن القول أن المريض من خلال انخراطه في البرنامج العلاجي الذي يشمل تناول الأدوية والحمية الغذائية والامتنال للإرشادات الطبية يجعل تقبله للعلاج مرتفعا، مما يعني تجنب المضاعفات السلبية للمرض. (قارة سعيد، 2009، ص 54)

3.6. العوامل المتعلقة بالعلاج:

تقبل العلاج بالنسبة للمريض يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف، وهذا من خلال توافق المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج، وتعقيده وفعاليتته والأعراض الجانبية الناتجة عنه وتتحكم مجموعة من

العوامل في سير العلاج ومدى تقبل المريض له ومدى امتثاله ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

أ. المعارف المرتبطة بالعلاج و المتمثلة في معرفة فائدة العلاج ومخاطر الانقطاع عنه أو وجود تفاعلات بين العلاج والأغذية أو الأدوية الأخرى التي يتناولها المريض، وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقته بفريق الرعاية الصحية.

ب. تعقيد النظام العلاجي الذي تؤكد معظم الدراسات من أنه يؤثر سلباً في تقبل العلاج، سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراسات أن عدم تقبل العلاج يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد، و 35% عندما يفوق 05 أدوية.

ج. الاستشفاء الذي يكون في معظم الأحيان فحينما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، ويكون لديهم خلط وقلق حول ما يمكن أن يحدث لهم لدى إدخالهم المستشفى، وعندما يخضع المريض لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنه محجوز في غرفته وعليه التكيف مع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب، وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لاسيما القلق والكآبة، كما أن التوتر

الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق، والكوابيس وانعدام التركيز بصفة عامة.

د. في حين أنه بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض تقبلهم للعلاج ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية إذ يؤكد كل من Heedelberg et coll ، أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء.

ه. عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع.

و. ففي الدراسة التي اشتملت على 147 مريضة مصابة بسرطان الثدي لـ (Coliss et al,2008) يخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسن الأعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج.

ومن جهة أخرى فإن تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرضى إلى توقيف العلاج، وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج.

ز. الآثار الجانبية للعلاج كثيرا ما تكون للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى

التوقف عن العلاج أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، ففي دراسة قام بها Tourette – Turgis سنة 2000 عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج تشكل عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم.

كما أثبتت دراسة leventhal عام 1986 لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ. (رشيد رزقي، 2012، ص 63-65)

4.6. العوامل الاجتماعية و الاقتصادية:

إن كلا من الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل عوامل تؤثر على تقبل العلاج، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في تقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي. (gauchet , 2008, p36)

ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية، أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج، ونقص وسائل النقل، وكذلك كعدم الكفاية على تغطية التأمينات الطبية مما يجعل مستوى تقبل

العلاج منخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحدياً أكبر في تحقيق تقبل العلاج الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع. (رشيد رزقي، 2012، ص 65)

5.6. العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطبيب و المريض:

إن نوع العلاقة بين الطبيب والمريض التي أشارت إليها منظمة الصحة العالمية في تقريرها لسنة 2003، من شأنها أن تعزز من عملية تقبل العلاج عند المريض؛ ذلك أنه يجب أن ينظر إلى المريض على أساس أنه طرف فعال في عملية العلاج، وعلى الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية، والعمل على أن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض، حول اختيار الحماية الغذائية ونظام التغذية الجديد الذي سيخضع له المريض، وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة.

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

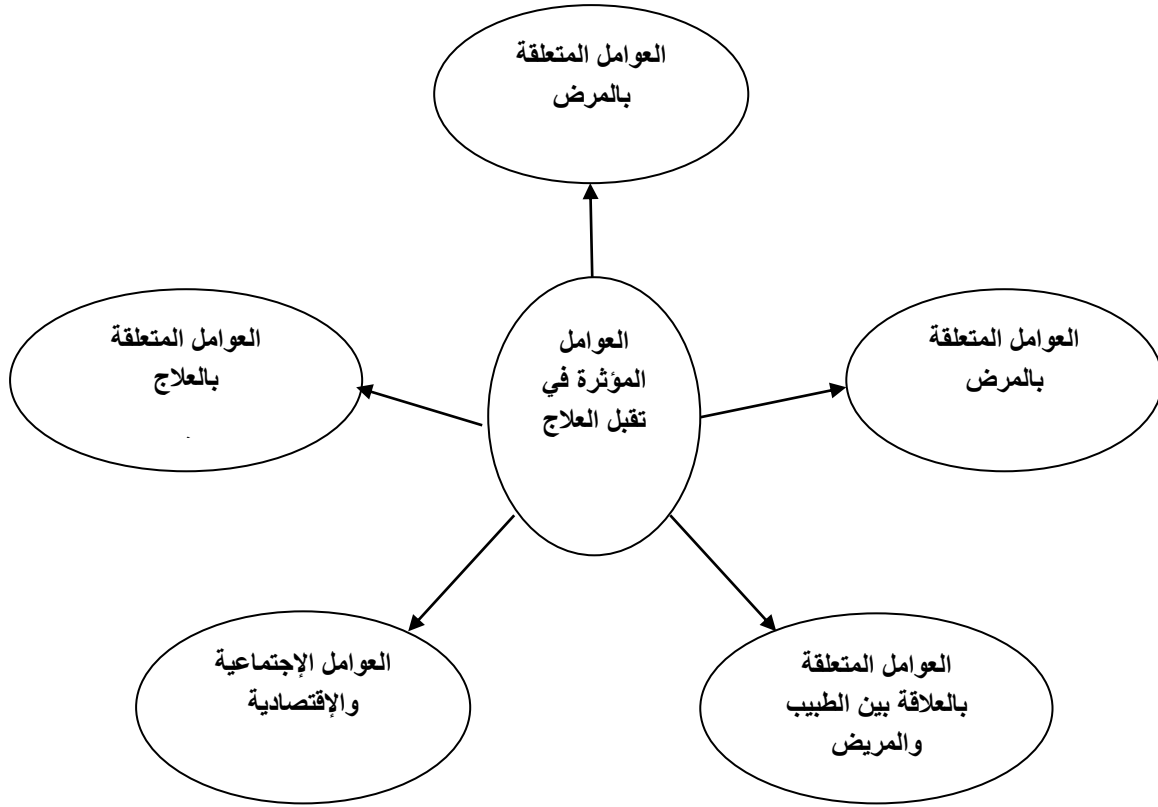
- طبيعة الشروح التي يقدمها الطبيب فيما يخص الخطة العلاجية.

- الوقت المستغرق في عملية الفحص.

- إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه.
- انتظام الزيارات.
- الشروح التي يقدمها الطبيب حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء.
- التكلم مع المريض بطريقة غير تأنيبية حول الصعوبات التي تواجهه في تناول الدواء فنوعية العلاقة بين الطبيب والمريض يجب أن تحوي عنصرين أساسيين حتى تكون درجة تقبل المريض للعلاج عالية وحتى يتفادى المضاعفات المرضية (les complications) :
- إشراك المريض (Participation du patient) أثناء عملية الفحص والتشخيص، وذلك من خلال إعطائه معلومات حول المرض وحول الدواء وحول الخطة العلاجية التي ستتبع.
- تفاوض (Négociation) بين الطبيب والمريض حول السلوكيات والأنظمة الجديدة التي سيتبعها المريض.
- كما أنه من أسباب عدم تقبل العلاج لدى المرضى عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد أنه في 23 % من الاستشارات لا يستطيع المريض الانتهاء من طرح أعراضه وبث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، وفي 69 % من الحالات بوجه عام بعد اثنتا عشرة

ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب. (شيلي تايلور، 2008، ص ص، 541،

(542



شكل رقم(10): يوضح العوامل المؤثرة في تقبل العلاج من إعداد الطالبة.

7. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية لتقبل العلاج:

وفقا للتقرير الذي نشرته منظمة الصحة العالمية سنة 2003، يعدّ حل مشكلة عدم

تقبل العلاج Non-Observance تطور أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي، فدراسة

استعمال الأدوية لها أهمية إكلينيكية، اقتصادية وأكاديمية تتمثل في ما يلي:

1.7. الأهمية الاكلينيكية:

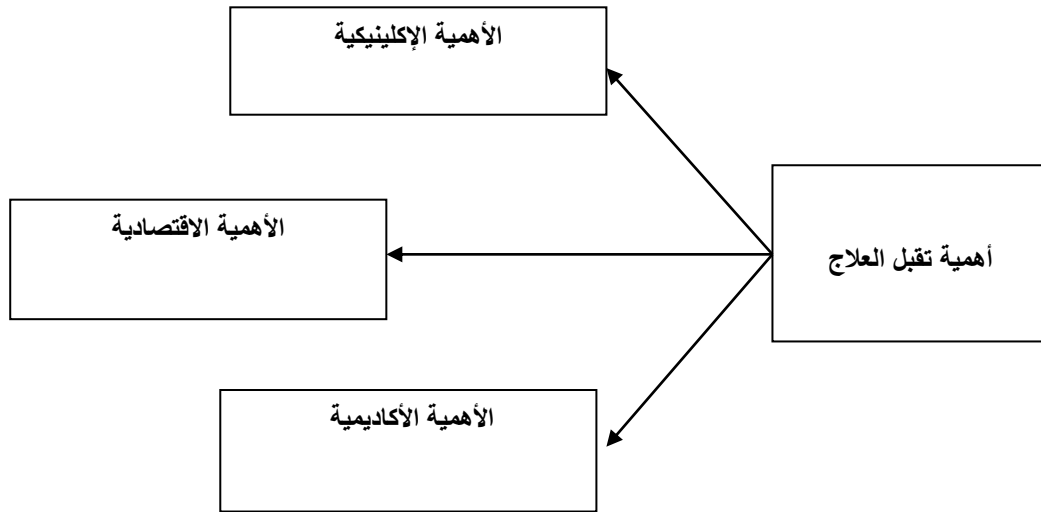
تتمثل الأهمية الاكلينيكية في أن الاستهلاك غير المنظم، الانقاص أو الإفراط في الأدوية يضعف الصحة و يمدد فترة المرض، و بعض الأدوية يجب أن تأخذ لفترة طويلة بعد اختفاء الأعراض، و البعض الآخر يكون خطرا اذا زادت مدة تناوله، وتكون غير فعالة اذا لم يتم تناول الحد الأدنى من الجرعة العلاجية، فيختلف استهلاك الدواء من توقعات المختصين، والوصفات الطبية التي تمثل المعايير التنظيمية، وبالتالي يمكن أن تؤثر في فعالية العلاج على الأفراد وفي التجارب السريرية.

2.7. الأهمية الاقتصادية:

تقبل العلاج يؤثر في شحنات كبيرة من المستحضرات الصيدلانية، ففي الولايات المتحدة، بلغت 47.4 مليار دولار، أو ما يقارب 1 % من الناتج القومي الاجمالي للبلاد في تلك السنة، و تروج شركات الأدوية لتقبل العلاج (الالتزام) في إعلاناتها بوصفه استراتيجية لزيادة حصتها في السوق: ابراز السمات الايجابية للالتزام (بما في ذلك خفض التكاليف، تقليل الجرعات، تقليل الآثار الجانبية، الفعالية العلاجية) معنيين بذلك زيادة استخدام المنتجات و ابرازها و بالتالي تعزيز الصورة الايجابية للشركة بين الأطباء و العامة.

3.7. الأهمية الأكاديمية:

ما يزال تقبل العلاج يجلب قدرا من الاهتمام في كل من المجالات العلمية، والطبية والاجتماعية: اعتبارا من ماي 1995 وجدت أكثر من 11600 بحث ومقالة باللغة الانجليزية في الفهارس الطبية وغيرها من المراجع، فقد نشرت 22 مقالة باللغة الانجليزية قبل سنة 1960 و 850 في سنة 1978 وتضاعف عدد المقالات حول تقبل العلاج بين عامي 1966 و 1985، و لا يزال عدد المقالات حول تقبل العلاج هائلا: فقد نشرت 700 مقالة حوله في سنة 1994 وحدها. (لكحل رفيقة، 2011، ص42)



شكل رقم(11): يوضح أهمية تقبل العلاج (الإكلينيكية، الاقتصادية، الأكاديمية) من اعداد

الطالبة.

8. قياس تقبل العلاج:

يعتبر قياس تقبل العلاج من المشاكل التي تعترض الباحثين والقائمين على الرعاية الصحية للمرضى، لهذا فقد اختلف الباحثون والمختصون في الطرق المستعملة من أجل تقييم وقياس تقبل العلاج لدى المرضى، غير أنه يبقى في كثير من الأحيان معياراً مهماً من أجل نجاح البرنامج العلاجي الذي يرسمه المختصون، وهناك -على العموم - عدة طرق لقياس تقبل العلاج لدى المرضى، وهذه الطرق تختلف باختلاف طبيعة المرض (حاد - مزمن)، وحسب سن المريض (صغير- راشد - متقدم في السن ...) ويمكن تقسيم طرق قياس تقبل العلاج إلى قسمين رئيسيين هما: (رشيد رزقي، 2012، ص ص، 77، 78)

1.8. القياس المباشر لتقبل العلاج:

ويشمل عددا من الطرق منها :

- الطرق البيولوجية وهذا بالتحاليل المخبرية (الدم، البول)؛ إذ من خلال هذين المؤشرين يكشف الطبيب مدى تمركز آثار الأدوية التي تناولها المريض.
- وزن المريض، ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظاماً غذائياً خاصاً، ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنة وزنه بآخر فحص لمعرفة مدى انضباطه واندماجه في الخطة العلاجية.

- الملاحظة المباشرة إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص من خلال هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه.

- ملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض.

- ملاحظة الآثار الجانبية للعلاج. (Drouin, 2004, P48)

2.8. القياس غير مباشر لتقبل العلاج:

وتشتمل على:

- المقابلة مع المريض.

- احترام المواعيد الطبية.

- الحكم الذاتي الذي يصدره المريض عن العلاج الذي يتلقاه.

- حساب الأدوية المتناولة من طرف المريض. (رفيقة لكحل، 2011، ص66)

خلاصة:

من خلال ما سبق الإمام به في هذا الفصل استطعنا بشكل عام التعرف على أهم المحاور الأساسية والمحيطية بتقبل العلاج عند المرأة، والذي يشير مفهومه إلى انه مدى التزام المرأة المتأخرة في الإنجاب وانتظامها في اخذ الدواء وإتباعها للإرشادات والتعليمات الطبية وممارستها للسلوكات الصحية، هذا التقبل يعتبر من أهم العوامل المساعدة في تجنب المرأة عدم الحصول على الأولاد (تأخر الإنجاب) ويزيد فرص احتمالية جعلها أما بالتالي إشباع الرغبة البيولوجية عندها.

الفصل الرابع

طبيعة تأخر الإنجاب

تمهيد

1. تعريف تأخر الإنجاب .
 2. مدى انتشار تأخر الإنجاب.
 3. أنواع تأخر الإنجاب .
 4. أسباب تأخر الإنجاب.
 5. سمات شخصية المرأة المتأخرة في الإنجاب.
 6. الآثار النفسية للمرأة المتأخرة في الإنجاب.
 7. تشخيص تأخر الإنجاب.
 8. علاج تأخر الإنجاب.
- خلاصة.

تمهيد:

لا يمكن الحديث عن المرأة دون الحديث عن الأمومة التي هي من أقوى الخصائص الذي منحها الله إياها، فالأمومة غريزة الكائنات الحية جميعاً، والأم هي المصدر البيولوجي والسيكولوجي للفرد، ونعدُّ الأمومة هي ذلك السلوك الذي يتمثل في الحب والحنان والتعاطف والقلق والاهتمام الذي تبديه الأم نحو طفلها حيث يكاد أن يكون هذا السلوك سلوكاً عالمياً عاماً، فكل امرأة تتمنى أن تكون أمّاً لكن في بعض الحالات قد تصاب فيها المرأة بأمراض تمنعها أو تعيقها عن هذه الغريزة أو الوظيفة الأمومية كتأخر الإنجاب الذي يعد من أصعب وأخطر ما تصاب به، فهو ذلك الخلل والعجز عن الحمل والإنجاب ويكون نتيجة عدة عوامل نتعرف عليها في محور دراستنا الذي يتضمن طبيعة تأخر الإنجاب.

1. تعريف تأخر الإنجاب :

هو عدم القدرة على الحمل بعد مرور عام من محاولة إنجاب طفل بالرغم من العلاقة الجنسية المنتظمة بين الزوجين، وبالطبع عدم استخدام موانع الحمل، ويلاحظ من الدقة أن نقول تأخر الحمل بدل من كلمة عقم، فبعض الحالات تواجه عدم حدوث الحمل لفترة ثم يحدث الحمل بتوفيق من الله سبحانه وتعالى لنجاح استخدام وسائل الإخصاب المساعدة. (حسام زكي، ص30)

-حسب قاموس لاروس الطبي: " يعرف تأخر الإنجاب بأنه عدم قدرة الزوجين على إنجاب طفل، ولا يستطيع الحديث على تأخر الإنجاب إلا بعد عامين من محاولات إخصاب منظمة مثمرة من أجل الظفر بطفل".

(Amde D'arête JackBournef, 1976 ,p503)

- حسب قاموس علم النفس: " تأخر الإنجاب بصورة عامة هو غياب الأولاد أو النسل بقلق الزوجين بعد مرور وقت على الحياة الزوجية". (SillamyN,1980,p263)

-يعرفه القاموس الفرنسي Larousse médicale طبيًا: على ان عدم قدرة المرأة أو الرجل على الإنجاب مع أن العلاقة الجنسية تبقى ممكنة. (LA Rousse Médicale, 2005 p200)

- وحسب موسوعة la rousse: يعرف تأخر الإنجاب بأنه عجز الزوجين على إنجاب طفل، أي عدم الخصوبة في التطبيق، لا يمكن أن نتحدث عن تأخر الإنجاب إلا

بعد سنتين في حالة زوجين لهما علاقات جنسية منتظمة. (محمد فريد وجدي، 2011، ص239).

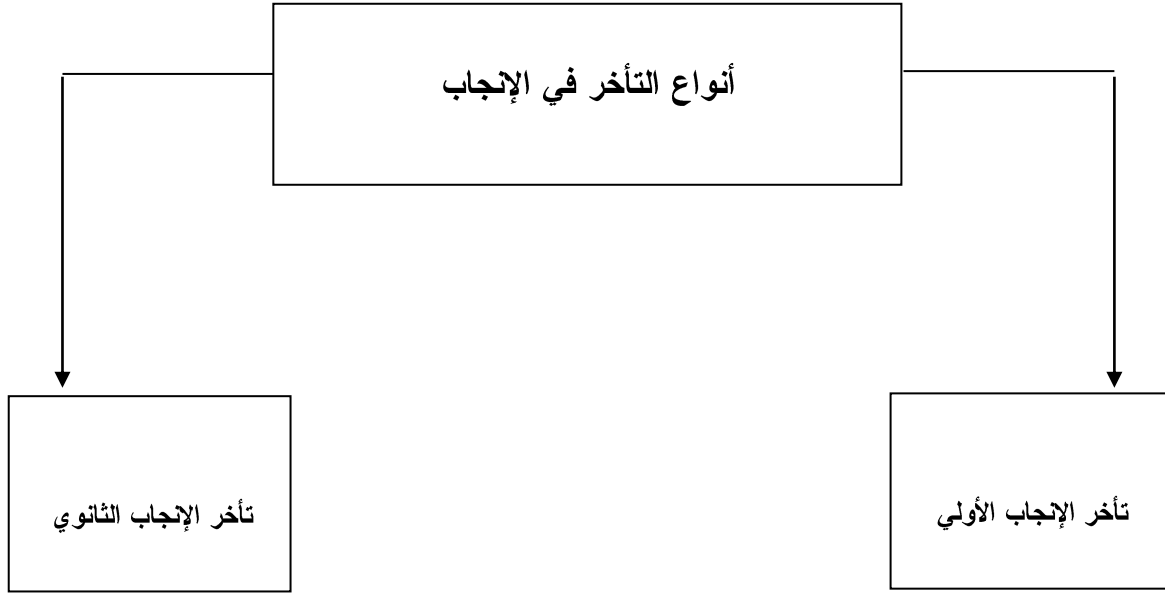
2. مدى انتشار تأخر الإنجاب:

يحدث تأخر الحمل في حوالي 15% بين المتزوجين، ولقد دلت الإحصائيات الحديثة أن حوالي 25% من المتزوجين حديثا يجدون صعوبة في الوصول إلى الحمل، ومن المعروف علميا وإحصائيا تزايد هذه المشكلة في الخمسين سنة الأخيرة، ويرجع كثيرا من العلماء السبب في تزايد المشكلة إلى عدة أسباب؛ أهمها تأخر سن زواج المرأة في السنوات الأخيرة أكثر مما كان عليه أوائل القرن الماضي، بالإضافة إلى التلوث البيئي، واستخدام الأسمدة الصناعية والمبيدات، والهرمونات في أعلاف التغذية الحيوانية التي أدت إلى انخفاض نسب الخصوبة خاصة عند الذكور، في الوقت نفسه يعتقد كثير من العلماء المتخصصين أن التغيرات التي يواجهها الإنسان - ومنها العوامل النفسية- أدت إلى الانخفاض المستمر في خصوبة الرجل والمرأة وارتفاع معدلات تأخر الحمل في الزواج. (حسام زكي، ص30)

3. أنواع تأخر الإنجاب :

- تأخر الحمل الأولي: وهو الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية أو زواجها، وتعود أسباب تأخر الإنجاب الأولي عادةً لأمراض غددية أو هرمونية أو لعدم نضوج الأعضاء الجنسية التناسلية لأسباب تكوينية.

- تأخر الحمل الثانوي: وهذا يعني أن الحمل حدث ولو لمرة واحدة بغض النظر عن نتيجة الحمل سواء كان إجهاضا أو حملا كاملا أدى إلى ولادة طفل. (معاليم صالح، 2005، ص 111)



شكل رقم (12): يوضح أنواع تأخر الإنجاب من إعداد الطالبة.

4. أسباب تأخر الإنجاب:

هناك أسباب مختلفة لتأخر الإنجاب عند المرأة، ويمكن أن نقسمها إلى أسباب عضوية وبيولوجية، وهي الأكثر نسبة حسب الدراسات، والى أسباب نفسية وهي الأقل حضورا، ولكنها موجودة.

1.4. أسباب عضوية وبيولوجية:

سوف نتطرق إليها حسب المكونات التشريحية لجهاز المرأة التناسلي.

1.1.4. أسباب مهبلية:

تتعلق بمشاكل على مستوى المهبل كانسداد المهبل الذي يمنع دخول العضو الذكري، كما في حالات عدم فض غشاء البكارة إذا كان سميكاً جداً، أو في حالات أخرى مثل التهابات في جداره تمنع حدوث الجماع، فضلاً عن مشكل آخر هو ضيق المهبل، بحيث لا يدخل القضيب بشكل طبيعي، فلا يتم الإيلاج الكافي، فيحدث القذف في مدخله أو في القسم الأسفل منه، وتعود إلى أسباب تكوينية أو عصبية أو نفسية، وهذا يصاحبه شعور بالألم عند المرأة فتتردد في القيام بالاتصال الجنسي. (البورت فيليب، 1979، ص112)

2.1.4. أسباب تتعلق بالمبيضين :

أي أن مبيض المرأة لا ينتج شهرياً البويضة الناضجة المعدة للتلقيح يتضمن وجود مثل هذه الحالة إذا كانت المرأة لا تحيض أو إذا كانت درجة الحرارة تظل ثابتة على مدى الدورة الشهرية.

ونجد أيضاً فيها الإصابة بأورام حيث تمثل 9% من الحالات بشكل عام التصاقات مع الأنبوب وباقي الأعضاء التناسلية الداخلية فتكون كتلة رحمية، ويؤدي استئصال المبيض المصاب بالورم إلى خلل في وظائف المبيض العائد إلى اختلال في عدد

الكروموزومات الذي يؤدي بدوره إلى انخفاض الاستروجين والبرجسترون ويؤدي إلى تأخر الإنجاب أو إلى العقم، وهناك أسباب أخرى متعددة كالتهاب البوقين وانسداد في قناة فالوب.

وفي عام 1894 كتب أحد الباحثين في تأخر الإنجاب والعقم وهو **Malgiegne** في مجلة علمية بريطانية إن سبب تأخر الإنجاب قد يكون انسدادا في أنابيب فالوب، ولأنه يمكن معرفة ذلك بواسطة نفخها بالهواء.

بالإضافة إلى اضطرابات في الغدة النخامية والدرقية واضطرابات تالاموس وأسباب تتعلق بالإجهاض. (فيصل محمد خير الزراد، 2000، ص 20)



شكل رقم (13): يوضح الأوضاع المختلفة لأورام الليفية في رحم المرأة.

3.1.4. أسباب متعلقة بعنق الرحم :

وهي كثيرة الحدوث إذ يمكن أن يصاب عنق الرحم بتقرحات أو جروح عادة على نخاعه *glairocerricale* وهي عبارة عن سائل شفاف مخاطي وهي التي تساعد

الحيوانات المنوية على اجتياز عنق الرحم للوصول إلى الرحم، إن التهاب هذه النخاعة يحول دون صعود الحيوانات المنوية وهي إصابة كثيرة الانتشار بين النساء.

وأسباب مثل مرض السلّ أو (الدرن) الذي قد يصيب الغشاء المخاطي للرحم.

(بسام خالد طيارة، 1999، ص78)

4.1.4. أسباب متعلقة بالرحم:

قد يطرأ على الرحم بعض التغيرات التي تحول دون تلقيح البويضة أو دون تعشيشها في جدار الرحم -وهي الحالة الأكثر شيوعاً- وغالبا ما تكون هذه التغيرات ناجمة عن التهاب بطانة الرحم أي الغشاء المخاطي الذي يكسو الرحم من الداخل يمكن أن تصاب باندغام نسيجي (synéchie)، اتحاد نسيجين متقاربين من المفروض أصلا أن يكون أحدهما مستقلا عن الآخر، وغالبا ما يحدث الاندغام على إثر عملية كشط الرحم (curetage) بعد الإجهاض إذا كانت الاندغامات كثيرة فإنها تقتضي عملية جراحية، ولقد لوحظ وجود تشوه رحمي لدى بعض الفتيات المولودات من أمهات تناولن عقار (Detheve) أثناء حملهن، وهناك بعض حالات وجود أورام بيضية في الرحم.

ومنها ضيق مجرى عنق الرحم بسبب الالتصاقات والالتهابات وانسداد عنق الرحم الذي يعود إلى عوامل تكوينية أو بيولوجية أو انسداد فوهي سبب الأورام الخبيثة في الرحم وكذلك عدم النضج الكافي، بالإضافة إلى الأورام الليفية وتيبس الرحم

وتضخمه الكلي الذي بسبب ألاماً في الدورة الشهرية، وقد تفيد بعض العلاجات الهرمونية. (بسام خالد طيارة، 1999، ص78)

5.1.4. أسباب متعلقة بقناتي فالوب:

قناة فالوب هي قناة دقيقة تصل المبيض بالرحم، يطلق المبيض بويضة ناضجة فيلتقطها البوق ويربطها في منتصف القناة حيث تلتقي الحيوان المنوي وتلقح بعد ذلك، تتبع سيرها ببطء داخل القناة لتصل إلى الرحم في غضون ثلاثة أيام لأسباب مختلفة، يمكن أن تبقى البويضة الملقحة في القناة فيحدث ما يسمى بالحمل خارج الرحم.

وقد يمنع الحمل كذلك :

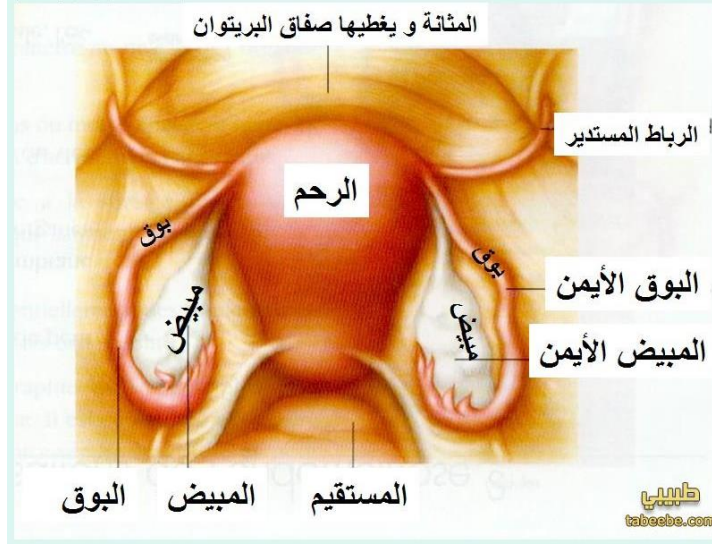
-وجود تدرنات رحمية عن بطانة رحمي .

-وجود ورم مخاطي.

-وقد ينجم تأخر الحمل عن بعض العمليات الجراحية السابقة مثل: استئصال

الزائدة الدودية إضافة إلى تأثير بعض الأمراض ولا سيما الأنيميا والسمنة المفرطة.

(فيصل محمد خير الزراد، 2000، ص78)



شكل رقم(14): يوضح المنظر الداخلي للجهاز التناسلي للمرأة.

2.4. أسباب متعلقة بالغدد الصماء:

ارتفاع نسبة هرمون (ليوتين LH)* وخاصة بالنسبة لهرمون FSH**المسئولان عن تكوين الجسم الأصفر وعن تكوين الجريبات التي تنطلق منها البويضة فأى خلل فيها يؤدي إلى استحالة تكوين البويضة.

-انخفاض نسبة هرمون***SHBG.

-ارتفاع نسبة بعض الهرمونات مثل التستسترون***Testostérone.

- تغيير نسب إفراز هرمون الأنسولين.

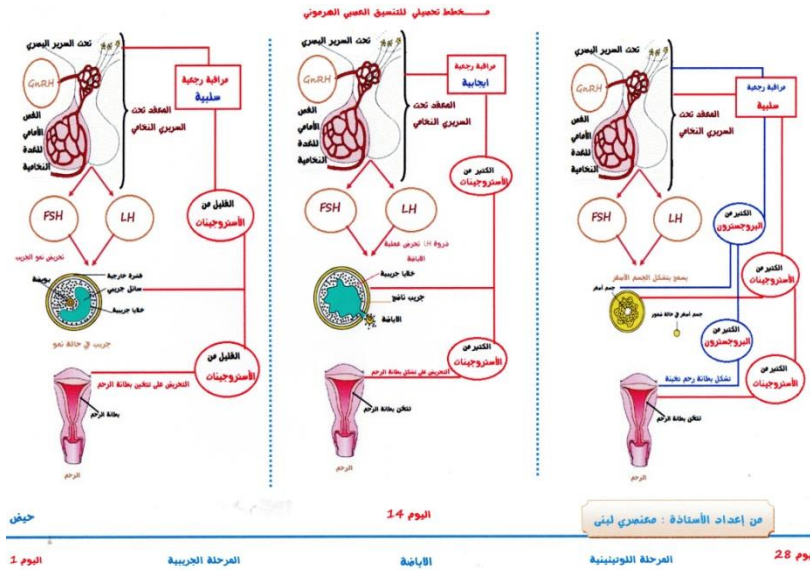
-ازدياد هرمون اللبن (البرولاكتين).

* LH هو هرمون هو طبيعي يوجد بالجسم والمسئول عن وقاية الأعضاء من الأكسدة .

** FSH من الهرمونات المحفزة حويصلات المبيضين المسؤولة عن تكوين البويضات في وقت عملية الإباضة عند السيدات. SHBG** هو بروتين اسمه الجلوبيولين ويتم انشاءه في الكبد مسؤول تنظيم كمية التستوستيرون الحر الموجودة في أجسادنا.

***Testostérone هو هرمون موجود لدى الذكور. ويُفرز عند الذكور من الخصيتين.

-نقص هرمونات الغدة النخامية.(بن خلفه محمد، 2007، ص64)



شكل رقم (15): يوضح التنسيق العصبي للهرمونات داخل جسم المرأة.

3.4. أسباب غير معروفة :

في كثير من الأحيان يكون تأخر الإنجاب ناجما عن عوامل متعددة متداخلة ما يعقد الأمر ويقلل من النتائج المرجوة من العلاج، وفي بعض الحالات يبقى العقم لدى الزوجين مجهول السبب.(حسام زكي، ص73)

4.4. أسباب نفسية :

كثيرة هي حالات تأخر الإنجاب التي يجتهد فيها الطبيب في عمل الفحوص والتحاليل الطبية اللازمة، وتكون النتيجة أن كل شيء طبيعي، ومع ذلك يحтар الطبيب في أن الحمل لا يحدث لذا يسأل البعض كيف يحدث تأخر الإنجاب بدون سبب؟

في الحقيقة يتبين لنا من خلال الدراسات الطبية والنفسية إن هناك حالات تأخر في الإنجاب تكون فيها المرأة فعلا سليمة عضويا أي لا يوجد مبررا عضويا، وقد فسرها علماء الطب النفسي بعدة تفسيرات :

- هناك حالات تأخر إنجاب عديدة أكدت العامل النفسي ومثل عدم الاستعداد النفسي لاستقبال الطفل وهذا ما تدلّ عليه حالة السيدة التي أكد لها الطبيب عجزا على الإنجاب وفكرت في تبني طفلة وفجأة عادت إلى الطبيب بعد اختفاء الدورة الشهرية وتبين أنها حامل، إذ أن الاستعداد النفسي لاستقبال طفل قد عالج الحالة النفسية لدى هذه السيدة.

- وقد ثبت بالنسبة للمرأة أن التوتر النفسي والمخاوف وكرهية المرأة للزوج المكبوتة تؤثر بشكل سلبي في إنتاج الهرمونات التي تساعد في عملية التبويض، ويؤكد الأخصائيون أن التي يعاني زوجها العقم تصبح أقلّ قدرة على الإنجاب حتى ولو كان ذلك مع زوج آخر.

ويشير الأطباء أن المرأة أكثر عرضة من الرجل للإصابة بالعقم أو تأخر الإنجاب النفسي لحساسية موقفها، وعدها موضع الاتهام بالعقم أو تأخر الإنجاب، ولو كان الزوج هو المسئول، فبعض الدراسات النفسية أشارت إلى أن الزوجة التي تشك في زوجها قد تتأثر قدرتها على الإنجاب.

- وفي بعض الحالات قد تسمع الفتاة محادثات بين النساء عن مخاطر الحمل والولادة وأثرهما، ومخاطر النزيف، والتعرض للموت وبشكل مبالغ فيه مما يولد لديها مشاعر وتصورات سلبية عن الحمل، وهنا قد يحدث تأخر إنجاب جزئي، حيث تتجنب الفتاة الحمل بطريقة لا شعورية لعدة أشهر أو سنوات، وقد تتعرض الفتاة إلى صداع، وغثيان أثناء التبويض بحيث يجنبها ذلك المعاشرة الزوجية، وقد تكون المرأة المتأخرة في الإنجاب ضعيفة البنية لدرجة لا تساعد على الحمل وبعض المتأخرات في الإنجاب يكنّ عدوانيات، مستبدات، ويشعرن بأن الحمل أو الطفل سيؤدي إلى اضطراب حياتهن.

وقد أشارت هيلين دوتش إلى أسباب نفسية لتأخر الإنجاب لدى المرأة:

- عدم التوافق في العلاقة الزوجية وما ينتج عنها من صراعات بحيث لا يتطابق الزوجان ولا يتفقان في معظم قراراتهما وآرائهما مما يخلق جواً من التنافر وعدم الارتياح في الفعل الجنسي.

- وجود صراعات داخلية لدى المرأة حول فكرة القرب من الرجل وإقامة علاقة معه بسبب مشكلات عقيمة الجذور تنسب إلى المبالغة والتحريم.

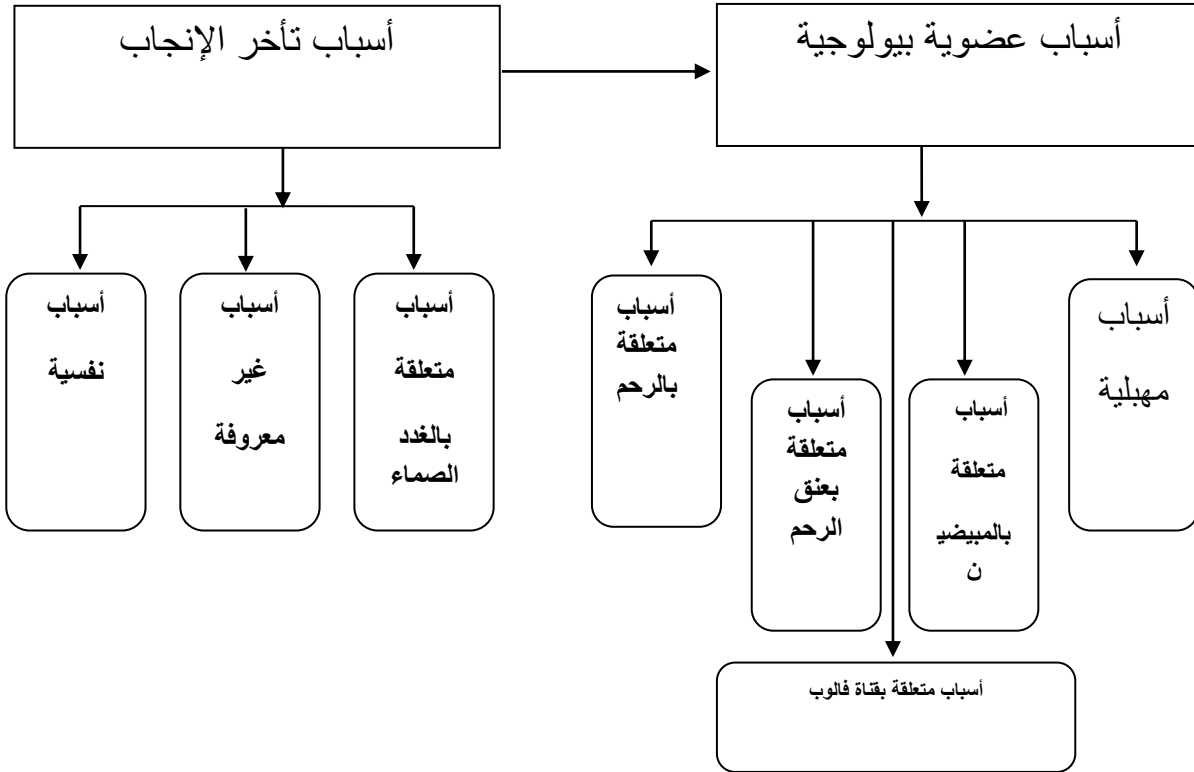
- الخوف اللاشعوري من الألم، متعلق بألم الجماع وألم الولادة؛ إذ يعيق هذا الخوف الدور الأمومي فيحول دون التفكير بإنجاب ولد.

- تكرار الإثارة الجنسية ذي الإشباع، مما يصيب عنق الرحم بالاختناق والجفاف والتزلج.

- وجود رغبات متناقضة في الحمل وعدمه، إذ من جهة ترغب في تحقيق الدافع الفطري بان تكون أما أو ترفضه في نفس الوقت خوفا من مشاكله وتبعاته أو شعورها بان حياتها الزوجية تعيسة وغير مستقرة.

إضافة إلى البرود الجنسي الذي يسبب أو يصاحبه نشاط هرموني ضعيف، بالإضافة إلى عدم قدرة المرأة على الإنجاب لرفضها الأطفال وللتماهيات الذكورية التي تقوم بها وهي حالة اعتلال الصحة الإنجابية لأسباب خاصة وأسرية قديمة.

(BouryGR,1990,p103,104)



شكل رقم(16): يوضح أسباب تأخر الإنجاب من إعداد الطالبة.

5. سمات شخصية المرأة المتأخرة في الإنجاب :

تتميز المرأة المتأخرة في الإنجاب بـ:

- تتسم بالعجز والقصور.

- ذات اعتمادية سلبية.

- ذات تعاني من صراع الأدوار.

- ذات متطلعة طموحة.

- ذات تعاني فقدان القيمة.

- ذات تعاني الإحساس بالتشويه.

- ذات دونية مرفوضة.

- فاقدة، قاصر.

- تتسم بالثنائية الوجدانية.

- تعاني التهديد وتوقعه.

- تجتاحها مشاعر التدمير والتشويه. (سبير وفاخوري، 1983، ص 218، 219)

6. الآثار النفسية للمرأة المتأخرة في الإنجاب :

إن تأخر الإنجاب يتسبب في آثار نفسية كثيرة على المرأة فهي تشعر بالعدوانية والخجل والفشل وتفقد الثقة في هويتها كأنثى؛ لأنها غير قادرة على أداء مهمتها في الإنجاب وغير قادرة على أن تلبى نداء فطرتها في أن تصبح أمًا، وهذا يجعلها تتجنب

الزيارات العائلية أو الظهور في التجمعات حتى لا تسمع تعليقات أو تساؤلات جارحة، أو ترى النظرات الماقتة ممن تكرههم أو يكرهونها، وتصبح شديدة الحساسية تجاه أي كلمة أو إشارة إلى موضوع الإنجاب، وإلى نفسها عموماً، وأحياناً تشعر بالذنب تجاه زوجها خاصة، إذا اعتقدت أنها السبب في حرمانه الأبوة، وهذه المشاعر إذا تضخمت لديها فربما تدخل في دائرة الاكتئاب الذي يجعلها حزينة منعزلة وقليلة الشهية وفاقة للرجبة في أي شيء، وكأن لسان حالها يقول: ما معنى الأشياء إذا كنت قد حرمت أهم شيء في حياتي كأنثى، وبالتالي فإن كل شيء بديل يبدو تافهاً باهتاً، وقد أجرى "احمد ابو العزائم وأحمد فايفل بحثاً عن السيدات المترددات على عيادات النساء والتوليد في مصر فتبين ارتفاع معدلات الاكتئاب والقلق لدى من يعانين حالات تأخر الإنجاب.

(<http://www.maganin.com/articles/articlesview.asp?key=205>)

7. تشخيص تأخر الإنجاب:

1.7. الكشف الطبي:

يقوم الطبيب خلاله بفحص المرأة فحصاً طبياً شاملاً (البول، ضغط الدم، الوزن، والكشف عن وظيفة الغدد الصماء)، بعد أن يقوم بدراسة التاريخ المرضي لها بمعرفة العمر، وانتظام الدورة الشهرية، والأمراض الطفيلية، والأمراض الوراثية، والسوابق الجراحية لديها، وكذلك حياتها الجنسية، كل هذا يمثل خطوة هامة وأساسية في التشخيص.

2.7. الكشف على الجهاز التناسلي :

إذا تعذر على الطبيب الوصول إلى السبب خلال الفحص العام، فإنه ينتقل إلى الكشف عن الأعضاء التناسلية بواسطة الأشعة والتحليل المخبرية، والفحوصات التي يستخدمها في ذلك تتمثل في:

-جدول الحرارة الصباحي:

تستعمل المرأة جهاز ترمومتر لقياس درجة حرارتها كل صباح وذلك بمجرد نهوضها من فراشها قبل قيامها بأي نشاط، وتسجل النتيجة في الجدول الخاص الذي يقدمه لها الطبيب وتستمر في ذلك حتى تملأ الجدول، وهذا يمد للطبيب معلومات حول دورتها الشهرية، وعدد مرات الاتصال الجنسي خلال الشهر ومدى قدرة هذه المرأة على قذف بويضات صالحة للتلقيح.

-فحص قطعة من نسيج الغشاء الرحمي :

وذلك عند الساعة الأولى من بدئ الطمث لمعرفة ما إذا كانت بطانة الرحم مهيأة لتعشيش البويضة أم لا، ولمعرفة ما إذا كان انطلاق البويضة قد تم أم لا.

-نفخ النفير بالهواء :

يجري الفحص المخبري بعد الطمث لمعرفة ما إذا كان ثمة التهابات أو انسداد في

البوقين.

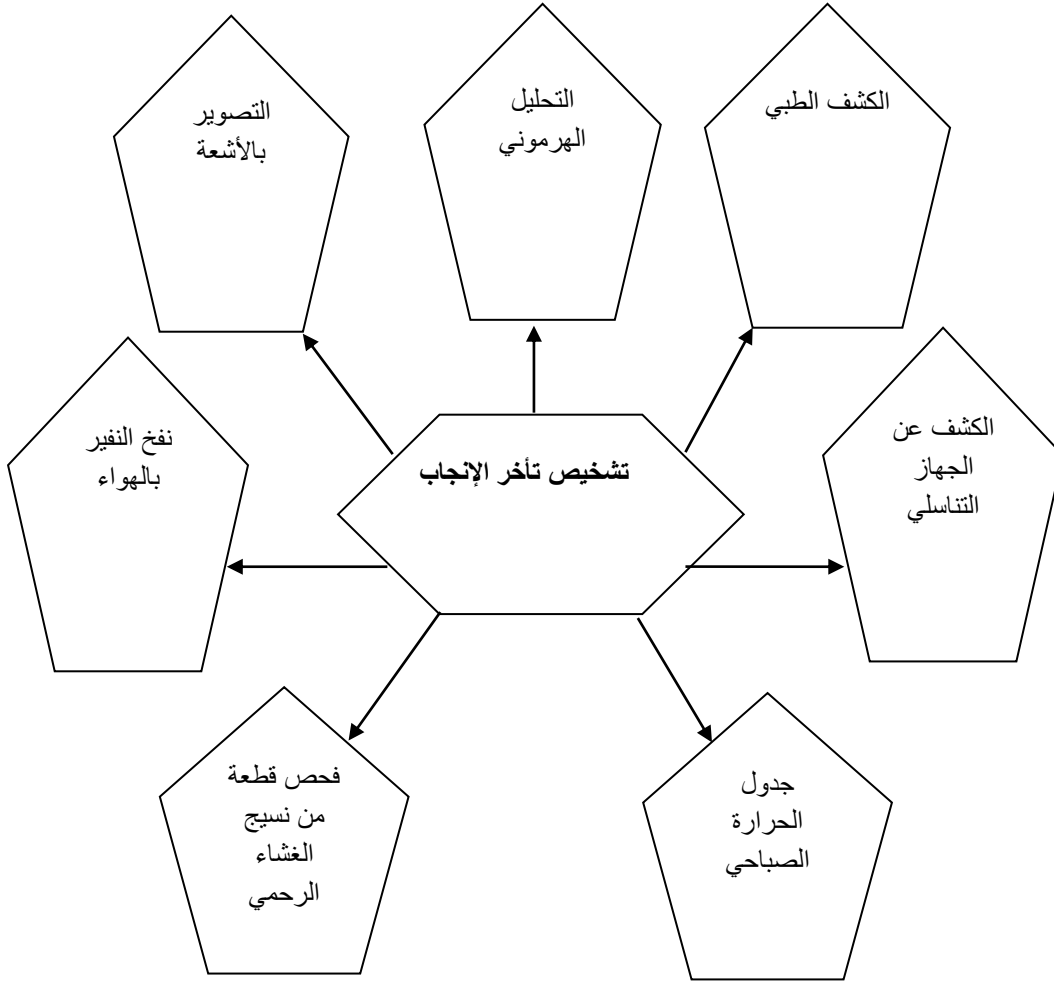
-التصوير بالأشعة: وذلك باستخدام ما يلي , l'Hystérogaphie , l'échographie, la pelvienne , coneioscopie .

فهي تعطينا صورة قيمة عن حالة عنق الرحم ومساحة تجويفه، وشكل الرحم وحجمه وحالة جداره من الداخل، لمعرفة إذا كان يحتوي على أورام أو أكياس أو التهابات مزمنة، وكذا تمكنا من معرفة شكل الأنابيب وتجويفاتها من الداخل واما إذا كانت مصابة بأمراض مزمنة أو حادة وإن كان هناك انسداد في النفيرين.

3.7. التحليل الهرموني:

يقوم الطبيب بتحليل دم وبول المرأة لمعرفة مدى إفرازات الغدة النخامية وكذا الغدة الدرقية للهرمونات المتمثلة في هرمون F S H الذي ينشط تكوين الجريبات LH الذي يشكل الجسم الأصفر، وهرمون البروجيسترون والاستروجين، وغيرهما من الهرمونات والإنزيمات المسئولة عن تعشيش البويضة في الرحم، والانقسامات ونمو الجنين.

ومن خلال ما يتوصل إليه الطبيب الأخصائي من نتائج ومعطيات يحدد سبب تأخر الإنجاب لدى المرأة، وقد يحدد الطبيب السبب من أول فحص، كما قد يستدعيه الأمر إجراء كل هذه الفحوص وإعادتها لمرات عديدة فهذا يكون حسب الحالة، لذا فالعلاج يكون حسب الحالة. (حسام زكي، ص74- 86)



شكل رقم (17): يوضح طرق تشخيص تأخر الإنجاب من إعداد الطالبة.

8. علاج تأخر الإنجاب:

1.8. العلاج الدوائي:

ويتم ذلك بإعطاء أنواع مختلفة من الأدوية والهرمونات، بإعطاء حبوب أو حقن

أو كليهما حسب الحالة، ويكون العلاج بكمية وفترة يحددها الطبيب المعالج، ثم تتم

متابعتها بطرق مختلفة ومن أمثلة ذلك:

-علاج ضيق مجرى الرحم: ويعالج بكميات وافرة من الهرمونات الجنسية المؤنثة التي من شأنها تنشيط وظيفة المبيض وتضخيم حجم الرحم، وتنميته مع بقية الأعضاء التناسلية، ويستغرق هذا العلاج عدة أشهر متتالية، وهناك أدوية ذات مفعول لدى الصيدليات مثل (Gestyl) و(Humegon).

- علاج الحموضة الزائدة في المهبل: بإجراء دش مهلي بالماء المعقم بواسطة الغلي والمبرد، مع إضافة ملعقة كبيرة من بيكربونات الصودا إلى كل لتر من الماء المحضر، أو بواسطة محلول آخر مؤلف من كلورات الصوديوم، الكالسيوم، المغنيزيوم ، البوتاسيوم وبيكربونات الصودا.

2.8. العلاج الجراحي:

لإزالة السبب المرضي المؤثر في وظيفته العضو المصاب بالخلل، ونقصد هنا الجراحة مثل:

-علاج ضيق المهبل:

لسبب عضوي وعلاجه سهل؛ بمكافحة التهابات غشاء المهبل ومداومة جروح غشاء البكارة، وتوسع مدخله بواسطة أصابع معدنية مختلفة السماكة أو بإجراء عملية جراحية بسيطة.

- علاج انسداد أنابيب الرحم: بإجراء عمليات جراحية لفتح الانسداد حتى تتمكن البويضة من الانتقال من المبيض إلى الرحم، ليتمكن الحيوان المنوي من الوصول إليها، وتتجح العملية إذا كان الانسداد خفيفاً، أما إذا كان الانسداد نتيجة لالتهابات قديمة فأمل النجاح ضئيل.

- علاج أورام الرحم: وهي أورام ليفية غير خبيثة وعملية إزالتها تعتبر عملية جراحية نوعاً ما .

-علاج انقلابات الرحم: وهناك حالات ينصح فيها ببعض الحركات الرياضية كالاستلقاء الطويل على الظهر أو البطن، أو بواسطة الحلقات البلاستيكية، وفي حالات أخرى لابد من التدخل الجراحي بإعادة ربط ووصل الأربطة الرحمية لإعادة الرحم إلى وضعه الطبيعي.

-علاج أورام المبيض: تتم جراحة المبيض عند وجود الأورام السرطانية أو أنسجة تشبه الأنسجة التي تغطي التجويف الداخلي للرحم، وتختلف هذه العمليات باختلاف حجم الورم، إذ في بعض الحالات يكون الورم ضخماً لدرجة تستدعي استئصال المبيض كلياً مما يؤدي إلى الإصابة بالعقم الأبدي.

3.8. التلقيح الصناعي:

وهو إحداث عملية الخصوبة بطريقة صناعية، لتجاوز العقبة الحائلة بين ملاقات الحيوانات المنوية والبويضة وهناك ثلاثة أنواع من التلقيح الصناعي:

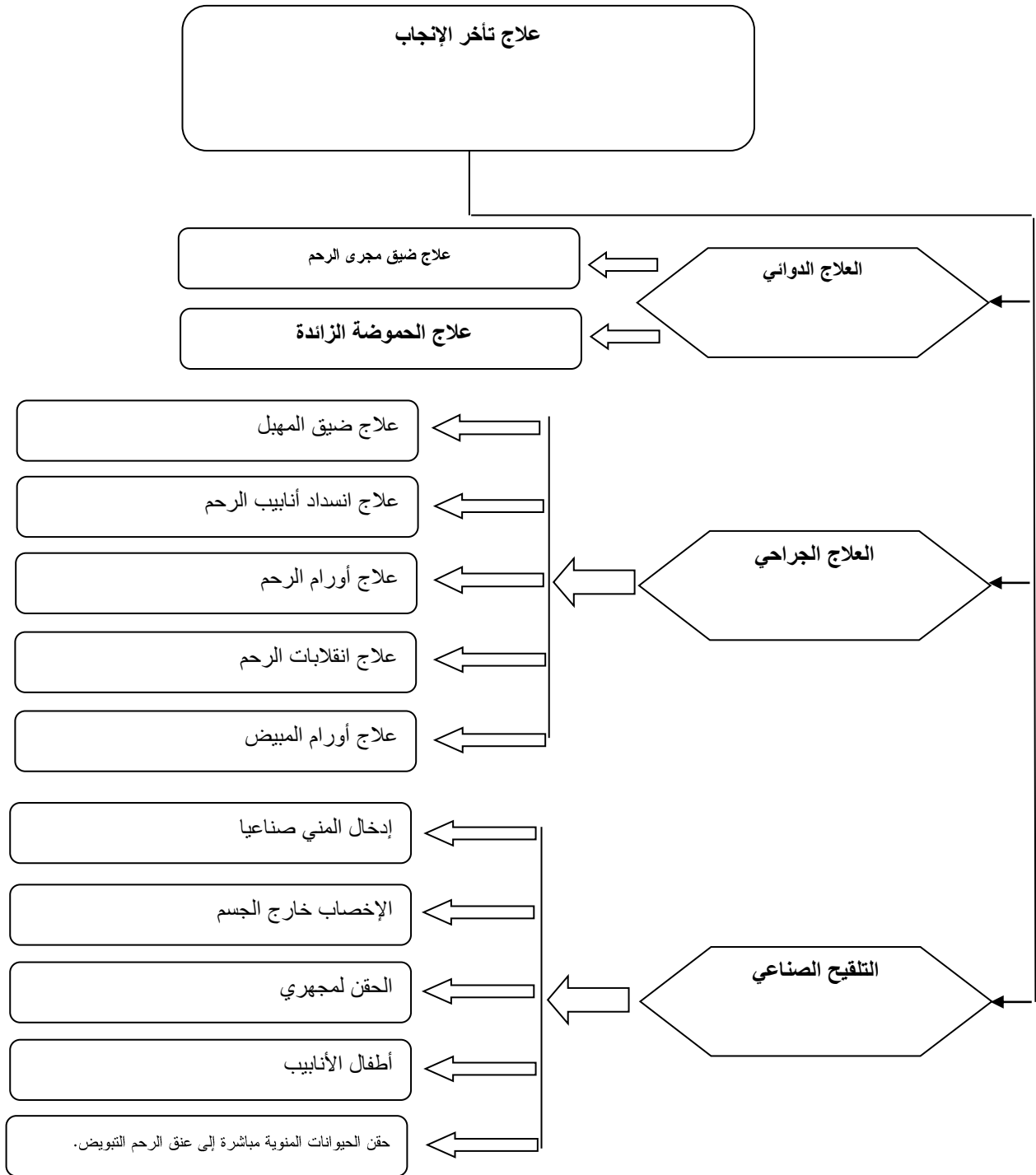
-حقن الحيوانات المنوية مباشرة إلى عنق الرحم وقت التبويض.

-إدخال المني صناعيا: أو داخل الرحم ذاته وتستخدم هذه الوسيلة في حالات وجود لزوجة عالية في عنق الرحم تمنع الحيوانات المنوية من الدخول وأيضا في حالات ضعف حركة الحيوانات المنوية وفي بعض الحالات التي لا يوجد تفسير لعدم حدوث الإنجاب فيها

-الانخصاب خارج الجسم IVF : بشطف 12 بويضة من المبيض وأثناء التبويض المحفز وتضع هذه البويضات في محلول خلال 3-6 ساعات يتم إضافة الحيوانات المنوية التي تم استخلاصها من الزوج ويستخدم حوالي 100 ألف حيوان منوي للبويضة وبعد 48 ساعة تصل الأجنة إلى مرحلة 3-8 انقسام خلوي يؤخذ من 2-4 أجنة وتزرع في جدار الرحم ونسبة الحمل في هذه الوسيلة من 10-45 بالمائة وتستخدم هذه الوسيلة في حالة النقص في الحيوانات المنوية من 50 ألف إلى نصف مليون وكذلك هي مفيدة في حالات انسداد قناة فالوب للزوجة ولكنها مكلفة ماديا، استخلاص حيوان منوي واحد وحقنه في بويضة.

-الحقن المهجري ICSI: واحدة تحت المجهر وهي تستخدم في حالات النقص الشديد للحركة كما أنها تستخدم في حالة فشل الوسائل الأخرى ويتم استخلاص الحيوان المنوي المطلوب من البربخ أو الخصية وبعد معالجة الحيوان المنوي والبويضة في سلسلة معقدة من العمليات الحيوية والتقنية وبعد حضانة 48 ساعة يزرع الجنين في الرحم مثل ما يتم الإخصاب خارج الجسم ونسبة الحمل في هذه العملية 35 بالمائة .

-أطفال الأنابيب: كان أول انتصار علمي سجله التاريخ عندما نجحت عملية الإخصاب خارج الجسم عام 1978 لسيدة بريطانية كانت نتيجتها ميلاد الطفلة لويزا براون في مدينة اولدام بعملية قيصرية، بعد دراسات وأبحاث استغرقت قرنا كاملا، وقد استخدمت هذه الطريقة في البداية فقط للسيدات اللائي يشكين انسداد قناتي فالوب ثم مع تطور التجارب والعلم اتسع استخدام هذه الطريقة لمشاكل أخرى، وهي من أكثر الطرق انتشارا توقع للحمل فيها 25-35 بالمائة لكل دورة شهرية، ونعني بأطفال الأنابيب إخصاب البويضة بالحيوان المنوي في أنبوب اختبار بعد أخذ البويضات الناضجة من المبيض، لتوضع مع الحيوانات المنوية الجيدة فقط بعد غسلها حتى يحدث الإخصاب، ثم تغرس الأجنة في رحم إلام وتستغرق هذه العملية من 2 إلى 5 أيام يتم بعدها اختيار أفضل الأجنة لنقلها للام، كما أن احتمال الحمل بأكثر من جنين يبقى واردا، للإشارة فان اغلب الأزواج يلجئون إلى أطفال الأنابيب كحل أخير حيث أنها جعلت من الحلم حقيقة. (الفاضل العبيد الحنفي، 1979، ص38-50)



شكل رقم(18):يوضح علاج تأخر الإنجاب من اعداد الطالبة.

خلاصة :

ينظر لتأخر الإنجاب ككفاءة جسمية ونفسية للزوجين، وخصوصا المرأة فهي تدل على اكتمال أنوثتها ووجود الخصوبة، فالمرأة أمام تحدّ للأمومتها أمام نفسها، وتحدّ آخر لإثبات جدارتها أمام المجتمع بأن تكون زوجة ناجحة وأماً في الوقت نفسه، فهي تواجه ضغوطات البيئة الخاصة والمحيطية بها، وما يفرض أمامها ضرورة مواجهتها والتوافق معها إذا كانت تشكل عليها ضغطاً.

الفصل الخامس

ترتكز دقة النتائج التي يتوصل لها الباحث على صحة الإجراءات التي يتبعها والأدوات والأساليب التي يستخدمها أثناء إجرائه لبحثه، لذا وبعد تطرقنا للفصول السابقة لمشكلة الدراسة وإطارها النظري، سنحاول في هذا الفصل التطرق لأهم الإجراءات المتبعة في هذه الدراسة، حيث يعمل الجانب التطبيقي من البحث على تكملة وتأكيد ما جاء في الجانب النظري، فهو وسيلة نقل مشكلة البحث إلى الميدان وتوضيحها وتحديدها، لذا تم في هذا الفصل من الجانب الميداني استعراض أهم الإجراءات المنهجية للبحث بالتطرق أولاً إلى الدراسة الاستطلاعية، ثم إلى الدراسة الأساسية المتمثلة في المنهج المستخدم، مكان إجراء البحث عينة ومجتمع البحث، أدوات البحث وإجراءات التطبيق الميداني، وفي الأخير نصل إلى التقنيات الإحصائية.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

« تهدف الدراسة الاستطلاعية في أي بحث علمي إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، والتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة» (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 38)

تعد الدراسة الاستطلاعية الأولى التي تساعد الباحث في إلقاء نظرة من أجل الإلمام بجوانب الدراسة الميدانية، ولا بد من إجراء دراسة استطلاعية والتي كانت بدايتها:

- التعرف على مكان الدراسة ومدى إمكانية إجراء هذه الدراسة.
- التعرف على كل ما يمكنه عرقلة عملنا ومختلف الصعوبات المحتمل مواجهتها.
- تحديد العينة ومعرفة الأجواء المحيطة بها ومختلف ظروفها.
- استشارة بعض الأطباء في متغيرات الدراسة (مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج).
- التقرب من أفراد العينة.
- تقسيم المستوى المعرفي للأفراد العينة ومدى مطابقتها لموضوع البحث وفي الأخير خلصنا إلى ضبط إشكالية وفرضيات البحث وكذلك تحديد الصيغة الختامية للأدوات الخاصة بالدراسة.
- بعد جمع المعلومات اللازمة، وباستخدام التراث النظري المتعلق بمتغيرات البحث، تم التوصل إلى اقتراح أن تكون أدوات جمع البيانات كالتالي:
- الاعتماد على مقياس مصدر الضبط الصحي لـ (wallston 1978) والمترجم إلى اللغة العربية من طرف جبالي نور الدين.
- الاعتماد على مقياس تقبل العلاج لـ (قارة السعيد 2015) والذي قمنا بتعديله بحسب عينة الدراسة.
- وقد تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في مدينة المسيلة.

- أما عينة الدراسة الاستطلاعية فقد تم توزيع 30 نسخة من المقاييس المذكورة سابقا

على 30 فردا، وقد تم استرجاعها جميعا كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (01): يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية.

العدد المتبقي	العدد المستبعد	العدد الموزع	العينة الاستطلاعية
30	00	30	النساء المتأخرات في الإنجاب
30	00	30	المجموع

ثانيا: الدراسة الأساسية

1. منهج الدراسة:

المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة

وللإجابة عن الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث، وهو البرنامج الذي

يحدد لنا السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها. (محمد شفيق، 2001،

ص86)

وبما أننا تناولنا في دراستنا مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى

النساء المتأخرات في الإنجاب فقد تم اختيار المنهج الوصفي ذي الطابع الارتباطي بما

يناسب دراسة هذا الموضوع، ذلك باعتبار هذا المنهج يقوم بتحديد الظروف والعلاقات

التي توجد بين الوقائع وكذلك يهدف إلى جمع البيانات والمعلومات عن حقائق الأشياء والظواهر الموجودة وإخضاعها للدراسة العلمية. (عمار بوحوش، 1995، ص122)

2. حدود الدراسة:

تتضمن مجالات الدراسة الميدانية ثلاث مجالات (المجال المكاني، المجال الزمني، المجال البشري (عينة الدراسة) وهي كالاتي:

أ. المجال المكاني:

أجريت الدراسة في مدينة مسيلة وبالضبط لدى أطباء العيادات الخاصة بأمراض النساء.

ب. المجال الزمني:

أجريت الدراسة الميدانية خلال الموسم الدراسي 2015/2016، وأجري الجانب الميداني منها خلال الفترة الممتدة بين 2016/03/17 إلى غاية 2016/03/31.

ج. المجال البشري:

ويتمثل في مجموع النساء المتأخرات في الإنجاب التي تم التوصل إليهن في هذه الدراسة والبالغ عددهن 60 امرأة متأخرة في الإنجاب.

3. عينة الدراسة:**أ. تعريف العينة:**

تؤديّ العينة دورا كبيرا في نجاح البحث الأمبريقي ودقته، وتعرف بأنه النموذج الذي يجري معظم العمل عليه، وهي في العلوم الإنسانية معبر عنها بالإنسان الذي يعدّ الوحيد ضمن المجموعة التي يبني الباحث عمله عليها، والمأخوذة من المجتمع الأصلي شريطة تمثيله أحسن تمثيل. يقول في هذا رشيد زرواتي: هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصليّ تجري عليها الدراسة، ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله". (رشيد زرواتي، 2002 ، ص 191)

ب. حجم العينة:

تمثلت عينة الدراسة في مجموع النساء المتأخرات في الإنجاب المتوصل إليهن من خلال زيارة العيادات الخاصة بأمراض النساء في مدينة مسيلة وبالتنسيق مع الأطباء والبالغ عددهن إجمالاً (60) امرأة.

ج. نوع العينة وطريقة اختيارها:

لاختيار نوع معين من العينة لا بد من الرجوع أولاً إلى طبيعة مشكلة الدراسة، فقد تتطلب هذه المشكلة نوعاً معيناً من المعاينة دون أخرى، وتتطلب داخل النوع صنفاً من المعاينة يكون أكثر ملاءمة. (موريس أنجرس، 2004، ص 316)

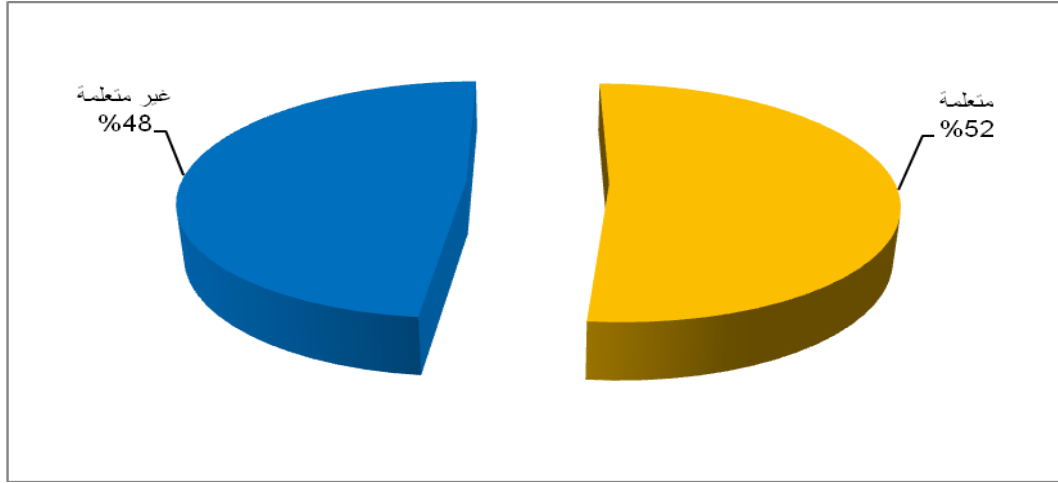
ولقد اقتضت منا طبيعة الموضوع والمجال البشري للدراسة اللجوء إلى العينة القصدية، وإلى أسلوب المعاينة الغرضية والتي تعرف بأنها "المعاينة الغرضية تكون في بعض الأحيان مقبولة في مواقف خاصة والأساس في المعاينة هنا هو حكم الخبير في اختيار الحالات المطلوبة، أو قد يكون اختيار الحالات بناء على أغراض خاصة في عقل الباحث". (رجاء محمود أبو علام، 2006، ص 180)

كما ذكر علام (2006) أن البحوث الغرضية مناسبة في ثلاثة مواقف، ومن بين تلك المواقف التي تتماشى والدراسة الحالية هي "اختيار حالات فريدة يمكن الحصول منها على معلومات هامة" وللحصول على عينة من مجتمع يصعب التوصل إليه كما في دراستنا هذه، وقد جرى تقسيم عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (02) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى

التعليمي

المجموع الكلي	المستوى التعليمي		العينة
	غير متعلمة	متعلمة	
60	29	31	النساء الماخرات في الإنجاب
100%	48%	52%	النسبة المئوية



شكل رقم (19): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساس حسب متغير المستوى

التعليمي (متعلمة، غير متعلمة).

3. أدوات جمع البيانات:

يتم تحديد وسائل جمع البيانات كخطوة أساسية في الدراسة الميدانية للتمكن من الحصول على أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة، ويتم هذا التحديد وفقا لطبيعة الموضوع المعالج والمنهج المستخدم، حيث تتوقف القيمة العلمية لهذه الدراسة على الأداة المستخدمة، ولقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

أولا. استبيان مصدر الضبط الصحي:

1. وصف الاستبيان:

تم استخدام استبيان مصدر الضبط الصحي لـ (wallston 1978) والمعد إلى العربية من طرف جبالي نور الدين من جامعة باتنة_الجزائر_ يقيس ثلاثة أبعاد لمصدر الضبط الصحي: مصدر الضبط الداخلي، مصدر الضبط الخارجي لذوي

النفوذ، مصدر الضبط الخارجي للحظ وكل بعد يتكون من 6 بنود، وبذلك عدد بنود

الاستبيان 18 بندا لكل بُعد من هذه الأبعاد خيارات خمسة:

موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما* .

2. طريقة التصحيح :

تعطى الدرجات التالية عن كل خيار :

- موافق تماما:5

- موافق:4

- غير متأكد:3

- غير موافق:2

- غير موافق تماما:1

3. الخصائص السيكومترية:

1.3. الخصائص السيكومترية للاستبيان الاصلى:

قام صاحب المقياس بحساب صدق وثبات المقياس وكانت النتائج كالتالي:

*أنظر الملحق رقم 1

1.1.3. الثبات:**أ. الثبات بمعامل الفا كرومباخ:**

تم حساب الثبات عن طريق الفا كرومباخ لكل بعد من الأبعاد الثلاثة لاستبيان مصدر الضبط الصحي، ومن خلال قيم معاملات الفا كرومباخ لكل بعد (البعد الداخلي: 0.608، بعد ذوي النفوذ: 0.644، بعد الحظ: 0.635)، ومن خلال هذه القيم نلاحظ أن جميع أبعاد الاستبيان تتمتع بالثبات وهذا يؤكد ثبات استبيان مصدر الضبط الصحي.

ب. عن طريق التجزئة النصفية:

وذلك بتقسيم بنود الأبعاد الثلاثة للاستبيان إلى بنود فردية وبنود زوجية وتم حساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية لكل بعد وتوصل إلى النتائج التالية (البعد الداخلي: 0.604، بعد ذوي النفوذ: 0.61، بعد الحظ: 0.615)، ومنه أن جميع معاملات الارتباط مقبولة وهي أيضا متقاربة مما يعكس ثبات الاستبيان.

2.1.3. الصدق:**أ. صدق المحتوى أو صدق الاتساق الداخلي:**

وذلك بحساب معاملات الارتباط وهي تتراوح من 0.554 إلى 0.693 وهي دالة عند 0.01 و0.05 وهذا يعني أن البعد الداخلي للاستبيان مصدر الضبط الصحي يتمتع بصدق المحتوى، وفي البعد الثاني أن معاملات الارتباط تتراوح من 0.545 إلى

0.883 وهي دالة عند 0.01 و0.05 باستثناء البند الرابع وبالنظر إلى معاملات الارتباط ودلالاتها نستنتج أن بعد ذوي النفوذ يتمتع بصدق المحتوى، وفي البعد الثالث أن معاملات الارتباط تتراوح ما بين 0.421 إلى 0.895 وهي دالة عند 0.01 و0.05 باستثناء البعد 2 وبالنظر إلى معاملات الارتباط ودلالاتها نستنتج أن بعد الحظ يتمتع بالصدق ومنه نستنتج أن معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، نستنتج أن هناك اتساق داخلي بين بنود الاستبيان وإبعاده، مما يدل على تمتع استبيان مصدر الضبط الصحي بصدق المحتوى.

ب. الصدق الذاتي:

والذي قدر بـ $\sqrt{0.715} = 0.866$ ؛ أي أن الاستبيان يتمتع بصدق إحصائي عالٍ.

2.3. ثبات وصدق مقياس الضبط الصحي في دراستنا الحالية:

1.2.3. ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق ألفا كرونباخ، وقد بلغ معامل ألفا كرونباخ بالنسبة للمقياس ككل (0.75)، ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) يوضح ثبات مقياس الضبط الصحي عن طريق ألفا كرونباخ		
عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المقياس ككل
18	0.75	

2.2.3. صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي، ثم الارتباط بين الدرجات الكلية لمحاور المقياس مع درجته الكلية:

1. الارتباط بين العبارات والدرجات الكلية للمحاور التي تنتمي إليها:

1.1. الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور مصدر الضبط الصحي

الداخلي:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الأول (مصدر الضبط الصحي الداخلي) بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الأول مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارة، وهي (1، 2، 3، 4، 5، 6) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,89) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (4) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,50) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (5) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (مصدر الضبط الصحي الداخلي) صادق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مصدر الضبط الصحي الداخلي مع درجته الكلية			
الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.892**	العبارة 4	0.825**	العبارة 1
0.501**	العبارة 5	0.709**	العبارة 2
0.786**	العبارة 6	0.706**	العبارة 3
(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا**			

2.1. الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور مصدر الضبط الصحي

الخارجي "ذوي النفوذ":

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثاني (ذوي النفوذ) بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثاني مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارة، وهي (7، 8، 9، 10، 11، 12) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,86) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (8، 10) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,58) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (9) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي النفوذ") صادق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (05) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مصدر الضبط الصحي الخارجي

"ذوي النفوذ مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.868**	العبارة 10	0.730**	العبارة 7
0.727**	العبارة 11	0.868**	العبارة 8
0.634**	العبارة 12	0.588**	العبارة 9

(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا**

3.1. الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور مصدر الضبط الصحي

الخارجي "الحظ":

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثالث (مصدر الضبط الصحي الخارجي "الحظ") بمعامل الارتباط بيرسون؛ حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثالث مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات، وهي (13، 14، 15، 16، 17، 18) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,68) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (17) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,50) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (15) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (مصدر الضبط الصحي الخارجي "الحظ") صادق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مصدر الضبط الصحي الخارجي "الحظ" مع درجته

الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.665**	العبارة 16	0.670**	العبارة 13
0.686**	العبارة 17	0.677**	العبارة 14
0.516**	العبارة 18	0.506**	العبارة 15

(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا**

2. الارتباط بين الدرجات الكلية للمحاور مع الدرجة الكلية للمقياس ككل:

كما تم حساب أو تقدير الارتباطات بين الدرجة الكلية لكل محور مع الدرجة الكلية لمقياس مصدر الضبط الصحي ككل بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)، وتمثلت في ارتباط الدرجة الكلية للمحور الأول مع الدرجة الكلية للمقياس ككل فقد بلغ 0.57، كما بلغ ارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني مع الدرجة الكلية للمقياس ككل فقد بلغ 0.69، في حين قدر معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمحور الثالث مع الدرجة الكلية للمقياس ككل ب 0.63، وبالتالي يمكن القول بأن هذا الاستبيان صادق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات بين الدرجات الكلية لمقياس الضبط الصحي ودرجته الكلية	
الدرجة الكلية للمحور	المحاور
0.573**	المحور الأول
0.699**	المحور الثاني
0.636**	المحور الثالث
(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا**	

ثانياً: استبيان تقبل العلاج

1. وصف المقياس :

قارة السعيد صمم استبيان تقبل العلاج 2015 لمرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي، استناداً إلى التراث الأدبي، وعلى الدراسات التي تناولت تقبل العلاج، وارتفاع ضغط الدم الأساسي، وعلى استبيان Morisky واستبيان Girerd حول تقبل الدواء.

وقدم هذا الاستبيان بـ 32 بنداً يقيس محاور مختلفة مدرجة مع بعضها البعض (تقبل الدواء والالتزام بالإرشادات والتعليمات الطبية وبالسلوكيات الصحية والابتعاد عن سلوكيات الخطر وعن الضغوط)*.

* أنظر الملحق رقم 2

2. طريقة التصحيح:

- دائما 2

- أحيانا 1

- أبدا 0

باستثناء العبارات رقم: 8-9-29-30، وهي الإجابات السلبية والتي تعطى لـ:

- دائما 0

- أحيانا 2

- أبدا 1

3. الخصائص السيكومترية :**1.3. الخصائص السيكومترية للاستبيان الاصلى:**

وقد قام قارة السعيد بحساب ثبات المقياس وصدقه وتوصل إلى الآتي:

1.1.3. الثبات:

تم حساب ثبات الاستبيان عن طريق التجزئة النصفية، فقد بلغ معامل الارتباط

بين البنود الفردية والزوجية بعد تصحيح الطول 0.865 وهو معامل ارتباط عالٍ

مما يدلّ على أن استبيان تقبل العلاج يتمتع بالثبات.

2.1.3. الصدق: تم حساب الصدق عن طريق**أ. صدق المحكمين:**

حيث قدم الاستبيان لـ 7 محكمين من أساتذة وأطباء مختصين قاموا بتعديل عبارة واحدة وهي: هل تفرط في تناول المشروبات الكحولية التي أصبحت كالتالي: هل تتناول المشروبات الكحولية، وتم تطبيق معادلة لوشي لصدق المحكمين حيث كان صدق المحكمين $0.5 \leq$ فإن العبارة تقيس.

وحولت النتائج إلى النسب المئوية فوصلت نسبة اتفاق المحكمين على صدق استبيان تقبل العلاج إلى 100 % أي أن استبيان تقبل العلاج يتمتع بدرجة عالية من صدق المحكمين.

ب. الصدق الإحصائي:

وبلغ بعد حساب الثبات القيمة 0.930: وهذا يعني تمتع الاستبيان بصدق إحصائي عالٍ.

وفي دراستنا الحالية قمنا بتعديل استبيان تقبل العلاج على حسب عينة الدراسة (النساء المتأخرات في الإنجاب) فبعد استشارة أطباء مختصين في أمراض النساء وبعض الأساتذة في علم النفس، قمنا بحذف بعض العبارات رقم (19، 20، 21، 24، 25، 26، 28) الخاصة بتقبل العلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي،

ووضعت مكانها عبارات خاصة بتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، وأصبح الاستبيان في صورته النهائية يحتوي على 31 عبارة*.

ثانيا/ ثبات وصدق استبيان تقبل العلاج في دراستنا الحالية:

1. الثبات:

1.1. ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات هذا الاستبيان باستخدام ألفا كرونباخ حيث بلغ بالنسبة للمقياس ككل (0.78)، ومنه يمكن القول بأن هذا الاستبيان ثابت، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (08) يوضح ثبات استبيان تقبل العلاج عن طريق ألفا كرونباخ		
عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	الاستبيان ككل
31	0.785	

2. الصدق:

أ. صدق المحكمين:

تم عرض هذا الاستبيان على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس العيادي كان عددهم اثنان، كما تم عرضها على أطباء متخصصين في أمراض النساء وكان عددهم أيضا اثنان، وأستاذ متخصص في اللغة العربية*.

*أنظر الملحق رقم 3

* أنظر الملحق رقم 4

وقد كان عدد المحكمين إجمالاً خمسة محكمين ** .

وسيتم تقدير الصدق الظاهري لهذا الاستبيان بمعادلة كوبر Cooper (حسن عبد

الله النجار، 2012، ص 425) حيث تم تحديد سقف العبارات التي سيتم الإبقاء عليها

بـ 80% كحد فاصل بين قبول العبارات ورفضها، وتعطى معادلة كوبر بالعلاقة

التالية:

عدد المحكمين الموافقين على العبارة / العدد الإجمالي للمحكمين $100 \times$

وقد تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم(09): النتائج نسبة الاتفاق لعبارات مقياس تقبل العلاج بعد عرضه على المحكمين.

رقم العبارة	نسبة الاتفاق	رقم العبارة	نسبة الاتفاق
1	%100	17	%100
2	%100	18	%100
3	%100	19	%80
4	%100	20	%100
5	%100	21	%100
6	%100	22	%80
7	%100	23	%100
8	%100	24	%100
9	%100	25	%100
10	%100	26	%100
11	%100	27	%80
12	%100	28	%80
13	%100	29	%80
14	%100	30	%100
15	%100	31	%100
16	%100		

** أنظر الملحق رقم 5

ب. صدق (المقارنة الطرفية):

كما تم حساب صدق هذا الاستبيان باستخدام طريقة المقارنة الطرفية وذلك بترتيب الدرجات تنازليا ثم أخذ نسبة 27% من طرفي الاختبار الأعلى والأدنى، أي ما يقابلها 8 درجة عليا و8 درجة دنيا ثم المقارنة بينهما باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T_{test}) وبعدها يتم تفسير هذه القيمة وفقا لحالتين هما:

- إذا كانت قيمة الفرق لـ (T_{test}) دالة عند مستوى الدلالة (0.05 أو $\alpha=0.01$)

فهذا يعني أن هذا الاختبار صادق لأنه استطاع أن يميز بين الطرفين.

- إذا كانت قيمة الفرق لـ (T_{test}) غير دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

فهذا يعني أن هذا الاختبار غير صادق؛ لأنه لم يميز بين الطرفين.

وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة (T_{test}) كما هو موضح في الجدول رقم

(09) يتضح بأن هذا الاستبيان صادق؛ إذ بلغت قيمته (10.03)، وهي قيمة دالة عند

درجة الحرية (14) ومستوى الخطأ أو الدلالة ($\alpha=0.01$) كما هو مبين بالجدول

التالي:

الجدول رقم (09) يوضح صدق المقارنة الطرفية لاستبيان تقبل العلاج										
القرار	مستوى الدلالة	T المحسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	اختبار F التجانس	الطرفين	
دال	0.000	10.03	14	3,090	84,12	8	0.278	1,274	الأعلى	درجات
				4,627	64,37				الأدنى	الاستبيان

4. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

لقد استخدمنا مجموعة من الأساليب الإحصائية في تحليل بيانات الدراسة، بغرض معرفة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي (الداخلي، ذوي النفوذ، الحظ) وتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب والكشف عن الفروق في كلا المتغيرين تبعاً للمستوى التعليمي لدى عينة الدراسة، حيث تم الاعتماد على برنامج المعالجة الإحصائية المعروف بالحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS إصدار 21 لتحليل النتائج حيث تم تطبيق الأساليب الإحصائية الآتية:

- معامل الارتباط بيرسون البسيط في معالجة فرضيات الدراسة العلائقية.
- اختبار الدلالة الإحصائية (Ttest) في معالجة فرضيات الدراسة الفارقية.

خلاصة :

في الأخير نستخلص أن الفصل المنهجي يعدّ الأساس الذي تقوم عليه الدراسة أو البحث؛ لأنه يمكن الباحث من الإحاطة والإلمام بالظاهرة ورصدها ، وكل هذا عن طريق مجموعة من الإجراءات التي يتخذها الباحث تحقيقا للهدف الأساس من هذه المرحلة المتمثلة في تحصيل عيّنة من السلوك المدروس في شكل بيانات ومعلومات لمعالجتها في إطارها الإحصائي من أجل فروض الدراسة.

الفصل السادس

عرض تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض وتحليل فرضيات الدراسة.

2. مناقشة فرضيات الدراسة.

3. الاقتراحات.

خلاصة.

تمهيد:

بعد تطرقنا في الفصل الرابع إلى تحديد معالم الإطار المنهجي بكل ما يحتويه من تقنيات جوهرية تمهد لمواصلة ما ينبغي الوصول إليه كغاية لأي دراسة أو بحث علمي، وعليه فنحن في هذا الفصل الخامس سنتطرق لتحليل ومناقشة النتائج المتوصل لها حسب الفرضيات التي طرحت وفي ضوء الدراسات السابقة، وهذا ما يثبت أهمية الجانب الميداني كونه يدعم ويكمل ما تم بنائه في الإطار النظري.

1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات:

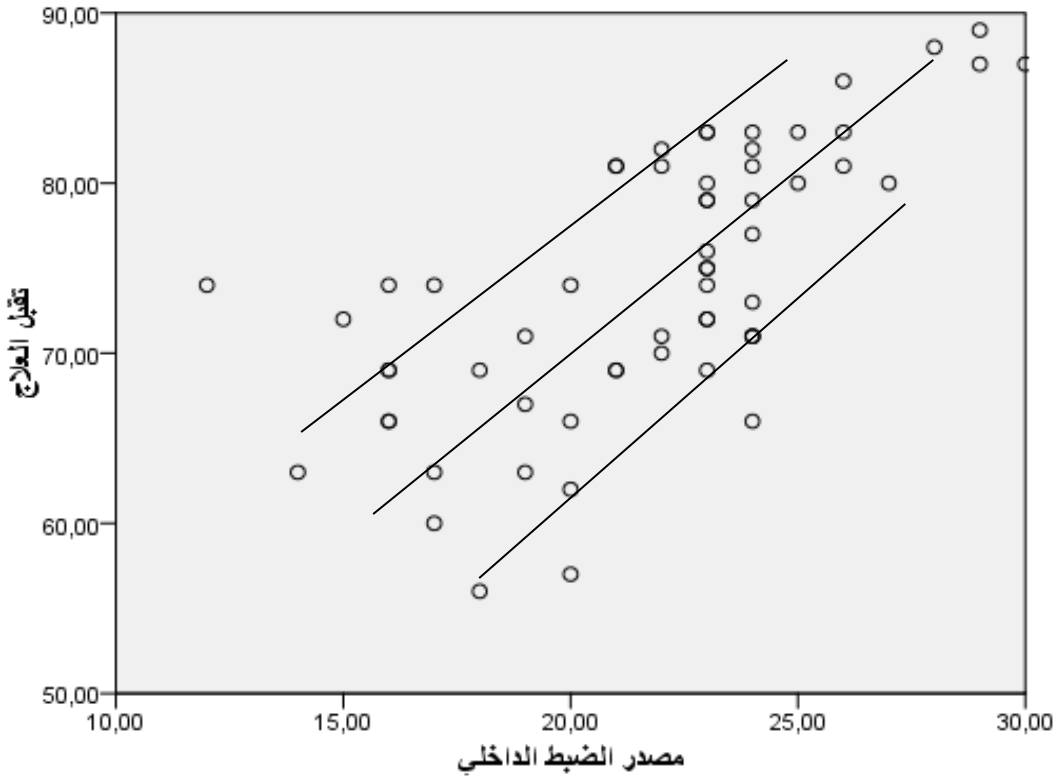
1.1. عرض وتحليل الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى لهذه الدراسة على: " توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الانجاب"، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (10) يوضح العلاقة بين درجات أفراد عينة الدراسة في كل من مصدر الضبط الداخلي وتقبل العلاج.			
القرار	تقبل العلاج		
الارتباط دال	0.684**	معامل الارتباط	مصدر الضبط الداخلي
	0.000	مستوى الدلالة	
	60	حجم العينة	

من خلال الجدول رقم (10) أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة في (مصدر الضبط الداخلي) ودرجاتهم في استبيان تقبل العلاج بلغ (0.68) وهي قيمة مرتفعة وموجبة، ويعني هذا أن الارتباط بين درجات (مصدر الضبط الداخلي) ودرجات تقبل العلاج لدى أفراد عينة الدراسة هو ارتباط طردي، وبالتالي فإن درجات (مصدر الضبط الداخلي) تتوزع بنفس توزيع درجات

تقبل العلاج كما هو موضح في لوحة الانتشار شكل رقم (19)، كما أن نتيجة هذا الارتباط جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0,01$)، ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي نتوصل إلى قبول فرضية البحث الأولى القائلة بوجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب.



شكل رقم (19): يوضح لوحة الانتشار للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

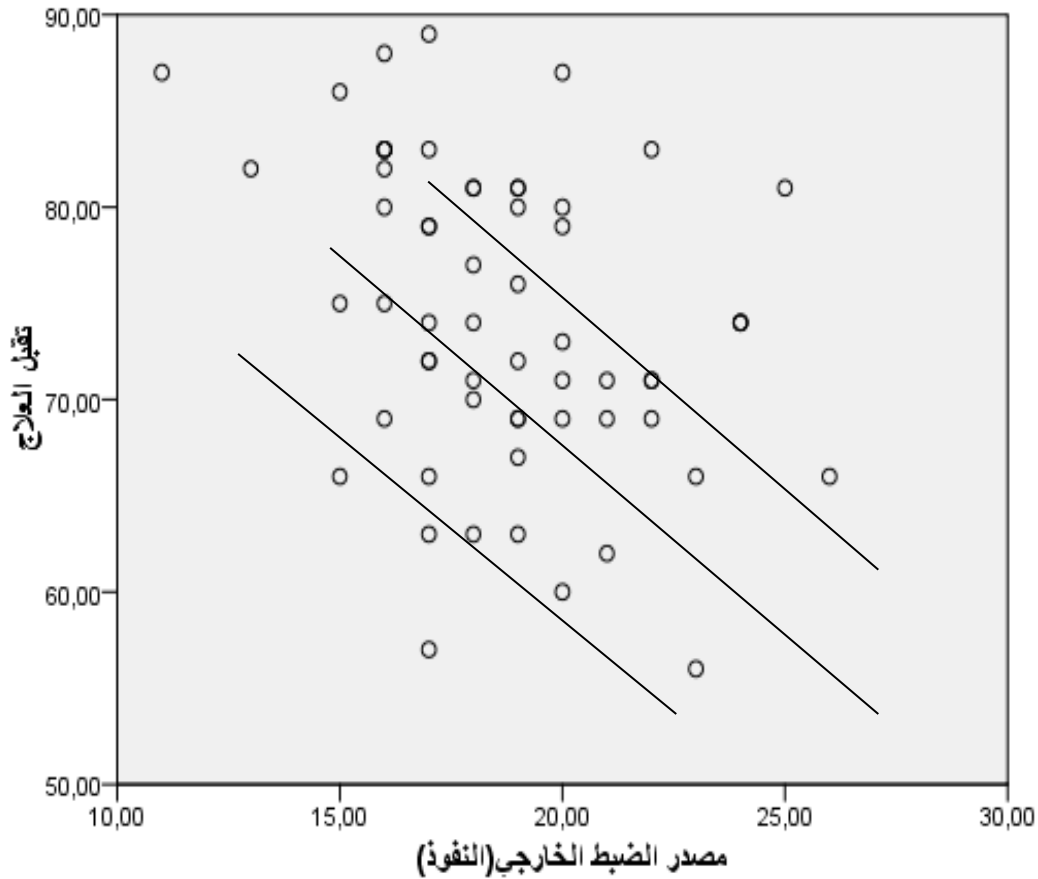
2.1. عرض وتحليل الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية لهذه الدراسة على: "توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب"، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (11) يوضح العلاقة بين درجات أفراد عينة الدراسة في كل من مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) وتقبل العلاج.			
القرار	تقبل العلاج		
الارتباط دال	-0.342**	معامل الارتباط	الضبط
	0.007	مستوى الدلالة	الخارجي (ذوي
	60	حجم العينة	النفوذ)

من خلال الجدول رقم (11) أعلاه نلاحظ أنّ معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة في (مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ") ودرجاتهم في استبيان تقبل العلاج بلغ (-0.34) وهي قيمة ضعيفة نوعاً ما وسالبة، ويعني هذا أنّ الارتباط بين الدرجات في (مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ") والدرجات في تقبل العلاج هو ارتباط عكسي، وبالتالي فإنّ درجات (مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ") تتوزع عكس توزيع درجات تقبل العلاج كما هو موضح في لوحة الانتشار

شكل رقم (20)، كما أن نتيجة هذا الارتباط جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0,01$)، ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي نتوصل إلى قبول فرضية البحث الثانية القائلة بوجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب.



شكل رقم (20): يوضح لوحة الانتشار للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ

وتقبل العلاج

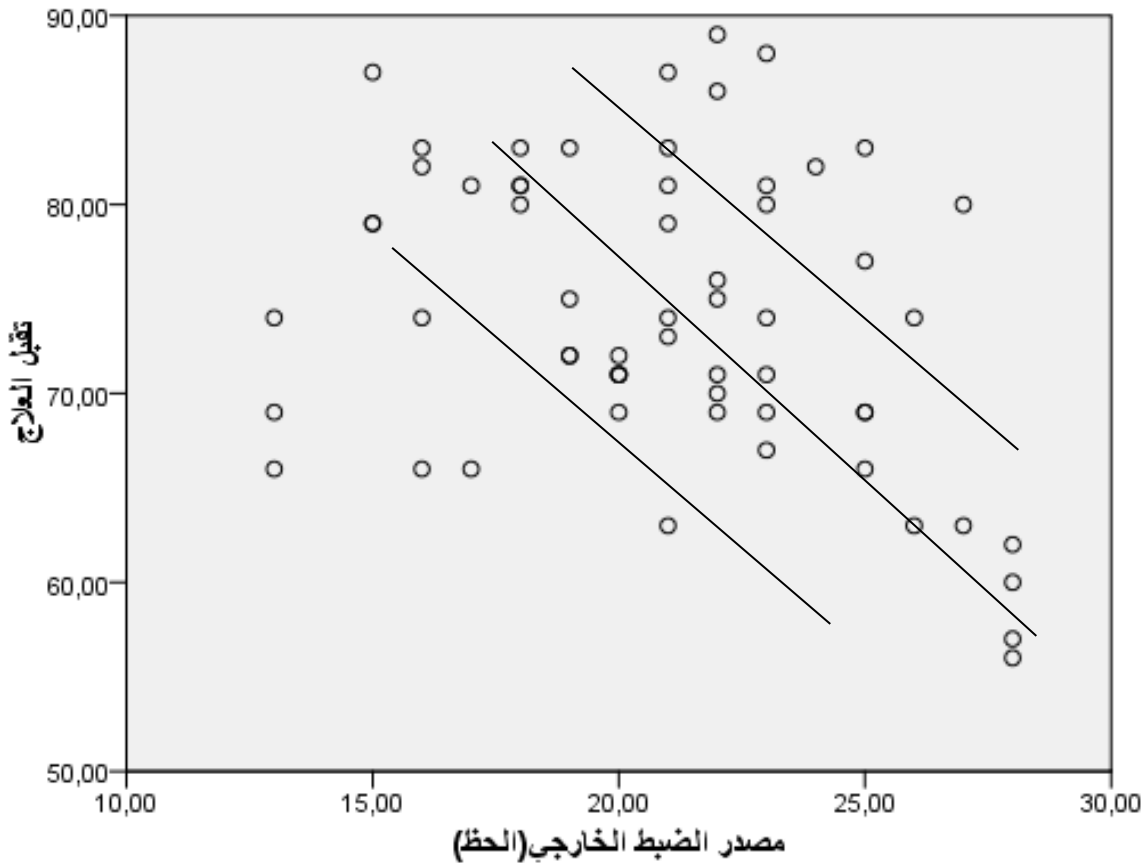
3.1. عرض وتحليل الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثانية لهذه الدراسة على: " توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (الحظ) وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب"، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (12) يوضح العلاقة بين درجات أفراد عينة الدراسة في كل من مصدر الضبط الخارجي (الحظ) وتقبل العلاج			
القرار	تقبل العلاج		
الارتباط دال	-0.337**	معامل الارتباط	الضبط الخارجي (الحظ)
	0.008	مستوى الدلالة	
	60	حجم العينة	

من خلال الجدول رقم (12) أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة في (مصدر الضبط الخارجي "الحظ") ودرجاتهم في استبيان تقبل العلاج بلغ (-0.33) وهي قيمة ضعيفة نوعا ما وكذلك سالبة، ويعني هذا أن الارتباط بين الدرجات في (مصدر الضبط الخارجي "الحظ") ودرجات في تقبل العلاج هو ارتباط عكسي، وبالتالي فإن درجات (مصدر الضبط الخارجي "الحظ") تتوزع عكس توزيع درجات تقبل العلاج كما هو موضح في لوحة الانتشار رقم (21)، كما أن نتيجة

هذا الارتباط جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0,01$)، ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي نتوصل إلى قبول فرضية البحث الثالثة القائلة بوجود علاقة ارتباطية بين درجات مصدر الضبط الصحي الخارجي (الحظ) ودرجات تقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب



شكل رقم (21): يوضح لوحة الانتشار للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ

وتقبل العلاج

4.1. عرض وتحليل الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة لهذه الدراسة على: "توجد فروق بين متوسطات درجات

أفراد عينة الدراسة على مقياس الضبط الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي"، وبعد

المعالجة الإحصائية حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (13) يوضح الفروق بين أفراد العينة في درجاتهم على (مصدر الضبط الصحي) تبعا لمتغير المستوى التعليمي										
المقياس	المستوى التعليمي	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
الداخلي	غير متعلمة	3,122	0,08	29	22.65	3.456	58	1.81	0.074	غير دال
	31			20.87	4.088					
الخارجي ذوي النفوذ	غير متعلمة	0.715	0.401	29	18.06	2.631	58	-1.72	0.091	غير دال
	31			19.35	3.115					
الخارجي للحظ	غير متعلمة	2.290	0.136	29	21.13	3.367	58	0.28	0.773	غير دال
	31			20.83	4.517					

من خلال الجدول رقم (13) أعلاه نلاحظ أن قيم اختبار التجانس ليفين (F) بلغت

(3.12) بالنسبة لمصدر الضبط الداخلي و(0.71) بالنسبة لمصدر الضبط الخارجي

"ذوي النفوذ" و(2.29) بالنسبة لمصدر الضبط الخارجي "الحظ"، وهي قيم غير دالة

إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وهذا يستوجب استخدام اختبار الدلالة

الاحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين، وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في درجات (مصدر الضبط الداخلي) والتي بلغت عند غير المتعلمات (22.56) وعند المتعلمات (20.87) وفي درجات (مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ") والتي بلغت عند غير المتعلمات (18.06) وعند المتعلمات (19.35) وفي درجات (مصدر الضبط الخارجي "الحظ") والتي بلغت عند غير المتعلمات (21.13) وعند المتعلمات (20.83)، يمكن القول بأن متوسطات النساء غير المتعلمات قريبة من متوسطات النساء المتعلمات، غير أن قيمة اختبار الفروق (Ttest) والتي بلغت (1.81) بالنسبة لـ (مصدر الضبط الداخلي) و(-1.72) بالنسبة لـ (مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ") و(0.28) بالنسبة لـ (مصدر الضبط الخارجي "الحظ") جاءت كلها غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وبالتالي تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق، ومنه تم رفض فرضية البحث الرابعة القائلة بـ "توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الضبط الصحي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي".

5. عرض وتحليل الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة لهذه الدراسة على: "توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على استبيان تقبل العلاج تبعا لمتغير المستوى التعليمي"، وبعد المعالجة الإحصائية حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (14): يوضح الفروق بين أفراد العينة في درجاتهم على (تقبل العلاج) تبعا لمتغير المستوى التعليمي										
القرار	مستوى الدلالة	قيمة (T)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	اختبار ليفين (F)	المستوى التعليمي	استبيان تقبل العلاج
غير دال	0,077	1,79	58	7,884	76,10	29	0,713	0,137	غير متعلمة	
				7,710	72,48	31			متعلمة	

من خلال الجدول رقم (14) أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار التجانس ليفين (F) بلغت (0.13)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وهذا يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين. وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في درجات (تقبل العلاج) والتي بلغت عند غير المتعلمات (76.10) وعند المتعلمات (72.48) يمكن القول المتوسطات متقاربة، غير أن قيمة اختبار الفروق (T test) والتي بلغت (1.79) جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وبالتالي تم قبول

الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق، ومنه تم رفض فرضية البحث الخامسة القائلة بـ "توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على استبيان تقبل العلاج تبعاً لمتغير المستوى التعليمي".

2. مناقشة فرضيات الدراسة:

1.2. مناقشة الفرضية الأولى:

بعد عرض وتحليل الفرضية الأولى والتي توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية طردية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون 0.68 عند مستوى الدلالة 0.01 وهي دالة إحصائية، وهذا ما اتفق مع دراسة عليوة سمية 2007 والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة، واختلف مع دراسة قارة السعيد 2015 والتي كانت بعنوان علاقة مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج وفاعلية الذات لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي، والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى عينة الدراسة، وقد يعود تقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب ذوي مصدر الضبط الداخلي إلى عامل الدعم الذي يتلقينه من طرف

أزواجهن، باعتبارهم السند والشخص الأقرب إليهن والأكثر تأثيراً عليهن، بالإضافة إلى البيئة المحيطة بالأسرة المتمثلة في المساندة الوالدية، وكما نرى أيضاً أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي لديهم توقع إيجابي للعلاج والذي يعود الفضل فيه إلى الطبيب الذي يساهم بشكل كبير في رفع مستوى الأمل لديهم، ولعل هذا ما توصلنا إليه من خلال زيارتنا للأطباء الذين إضافة إلى دورهم الطبي إلا أنهم لا يهتمون الجانب النفسي والمتمثل في الدعم النفسي، وكذلك بما أن من صفات الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي كثرة الحذر والانتباه من البيئة وقابليتهم الكبيرة لتتبع كل تعليمات ونصائح الطبيب الأمر الذي يساهم في تسهيل عملية العلاج وزيادة تقبله.

2.2. مناقشة الفرضية الثانية:

بعد عرض وتحليل الفرضية الثانية والتي توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون 0.342 عند مستوى الدلالة 0.01 وهي دالة إحصائياً، وهذا ما اتفق مع دراسة مع عليوة سمية 2007 والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدي مرضى السكري، والتي توصلت إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي

النفوذ والكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة، وكذلك مع دراسة عزوز إسمهان 2009 والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي، والتي توصلت إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ واستراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة، واختلف مع دراسة قارة السعيد 2015 والتي كان عنوانها مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج وفاعلية الذات لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ وتقبل العلاج وفاعلية الذات، وقد يكون راجعا إلى الأسباب غير المنطقية التي يعزوها أصحاب مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ أن أسباب إصابتهم بهذا المشكل الصحي إلى أيادي الآخرين كالأسرة أو الأطباء والمسؤولين، وبحكم ضعفهم فهن لا يستطعن أن يؤثرن فيهم، وذلك راجع إلى نقص حس المسؤولية لديهن فهن يرجعن كل ما يصيبهن إلى الظروف الخارجية والأشخاص الآخرين، وإن السبب في عدم فعالية العلاج هو اعتقادهن الأساسي أن العلاج الموصوف أو التعليمات الموجهة من طرف الطبيب لن تأتي بنتيجة وذلك ما يقودهن إلى عدم اتباع التوصيات الطبية والحمية وهذا بدوره يؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل العلاج، وكذلك من خلال احتكاكنا بهذه الفئة لوحظ أنه بعض

النساء لا يتبعن أوامر الطبيب والالتزام بالدواء الموصوف وبعدهن عنه واعتقادهن بعدم فعالية العلاج الطبي واللجوء إلى أنواع أخرى كالتبديل والأعشاب.

3.2. مناقشة الفرضية الثالثة:

بعد عرض وتحليل الفرضية الثانية والتي توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ وتقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون -0.337 عند مستوى الدلالة 0.01 وهي دالة إحصائية، وهذا ما اتفق مع دراسة Debra et al (1997) والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصحة العامة والاكئاب والقلق والعدوانية لدى عينة من الطلبة متعددي الأعراق، وتوصلت إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي للحظ والكفاءة الذاتية لعينة الدراسة، وكذلك اتفقت مع دراسة عليوة سمية (2007) بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، والتي توصلت إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ والكفاءة الذاتية لعينة الدراسة، واتفق أيضا مع دراسة عزوز إسمهان والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي، والتي توصلت إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ ونوع

استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة، واختلف مع دراسة قارة السعيد 2015 والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج وفاعلية الذات لدى المصابين بضغط الدم الأساسي، والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وتقبل العلاج لدى عينة الدراسة، وهذا قد يرجع إلى أن عدم تقبل العلاج للنساء ذوات مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ إلى أنهن يعتقدن أن ما يحدث لهن في مواقف معينة ليس مرتبطاً بما يفعلون في هاتاه المواقف إنما يرجعونها للحظ والقدر، ويعززون الأحداث البيئية إلى قوى خارجية أبعد من قدرتهن على الفهم والتحكم أو إلى عوامل يصعب التنبؤ بها، فالفشل في الحصول على الأهداف المرغوبة تعزو إلى شيء عدى أفعالهن الخاصة وافتقارهن إلى القدرة والكفاءة، هذا ناهيك عن كونهن أشخاص سلبيين قليلي المشاركة والإنتاج وهذا ما يقلل التزامهن وامتثالهن للمواقف، فهاتاه العينة من النساء ذوات مصدر الضبط الخارجي للحظ هن أقل احتمالية لتغيير سلوكياتهن لأنهم لا يؤمن بان تغيير سلوكياتهن له اثر على هاتاه المواقف أو الأحداث كالمشاكل الصحية (تأخر الإنجاب) هذا ما يجعلهن خاضعات للوضعية التي هن فيها ومنه لا يبادرن للعلاج أو الالتزام به أو المحافظة على النصائح المقدمة من طرف الطبيب مما يجعلهن غير متقبلات للعلاج.

4.2. مناقشة الفرضية الرابعة:

بعد عرض وتحليل الفرضية الثانية والتي توصلنا إلى أنه لا توجد فروق في متوسطات مصدر الضبط الصحي لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي حيث كانت قيمة $T_{\text{teste}} = 1.81$ عند مستوى دلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا ما اتفق مع دراسة عزوز اسمهان 2009 والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي، والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، واختلفت مع دراسة عليوة سمية 2007 بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري والتي توصلت إلى وجود فروق في مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وهذه النتيجة غير متوقعة لأن الفرد المتعلم أو الذي له مستوى تعليمي معين يؤثر ولو جزئياً في طريقة تفكيره وإدراكه وتفسيره لمختلف المواقف من الفرد غير المتعلم نهائياً، وذلك يمكن أن يرجع إلى حساسية المشكل الصحي وهذا ما يؤثر على إدراك الفرد بمصدر ضبطه أو النظرة السلبية للمرأة المتأخرة في الإنجاب والضغط الآتية من المحيط الخارجي وكذلك تجارب الفشل والنجاح في علاج هذا المشكل الصحي والرغبة الملحة في الإنجاب أكسبت المرأة المتأخرة في الإنجاب وجهة

ضبط معينة والتي تتراوح ما بين داخلي وخارجي بغض النظر عن مستواه التعليمي.

5.2. مناقشة الفرضية الرابعة:

بعد عرض وتحليل الفرضية الرابعة والتي توصلنا إلى أنه لا توجد فروق في متوسطات تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، حيث كانت قيمة $T_{\text{teste}} = 1,79$ عند مستوى دلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا ما اتفق مع دراسة لكل رفيقة 2011 والتي كانت بعنوان تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، وقد توصلت إلى عدم وجود فروق في مستويات تقبل العلاج لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وهذا قد يكون راجعاً لسهولة التواصل بين الطبيب والمعالج والذي يزوده بمعلومات صحية تتعلق بجانبه الصحي، وكذلك قدرة المرأة المتأخرة في الإنجاب سواء كانت أمية أو متعلمة على البحث حول مشكلتها الصحية ومعرفة كل جوانبها وكل ما يتعلق بها مما يساعد على فهم المعلومات المقدمة إليها بطريقة بسيطة من طرف الطبيب، وأيضاً يرجع إلى العلاج الممارس والمعروف مع هاته الفئة من النساء المتأخرات في الإنجاب مما يجعل المرأة واختلاف مستواها قادرة على فهم ما يمر بها.

3. الاقتراحات:

- لابد من توعية المحيطين بالمرأة المتأخرة في الإنجاب حول أهمية الدعم المعنوي والحب والحنان من قبل الأهل وشريك الحياة كلها تلعب دورا مهما في تحسن المرأة.
- توجيه النساء إلى أخصائيين نفسانيين كسبيل علاجي آخر علما أن تأخر الإنجاب ليس إشكالية عضوية فقط بل يمكن أن تكون نفسية.
- التحسيس والتوعية الصحية بأهمية المتغيرات المتداولة في الدراسة (مصدر الضبط الصحي، وتقبل العلاج) كمتغيرات لها أثرها على الصحة الجسمية للمريض وخاصة المرأة المتأخرة في الإنجاب، وذلك من خلال تنظيم دورات تكوينية لممهني الصحة والعلاج تتناول هذه المتغيرات.
- مواصلة البحث لمعرفة أي السلوكات الصحية ترتبط بالبعد الداخلي والتي ترتبط ببعد ذوي النفوذ لمصدر ضبط الصحة.
- لفت انتباه الأطباء والأخصائيين النفسانيين إلى ضرورة تدريب المرضى (النساء المتأخرات في الإنجاب) على تغيير معتقداتهم في الضبط الخارجي بالتركيز على تعزيز الضبط الداخلي لما له من إيجابيات في الجانب الصحي.

- تحسيس القائمين بالرعاية الصحية بأهمية تقبل العلاج وتحسينه، وضرورة تعليم المرضى (النساء المتأخرات في الإنجاب) وتزويدهم بالمعلومات التي ترتبط بتأخر الإنجاب.

- ضرورة تحسيس الأطباء بعدم حصر عملهم في تشخيص المرض وكتابة الوصفة الطبية بل بالاهتمام لخصوصية التأخر في الإنجاب والتكفل بالمرأة خصوصا فيما يتعلق بالكشف عن عدم تقبل العلاج .

الدراسات المقترحة:

- بناء برنامج معرفي سلوكي لرفع مستوى تقبل العلاج لدى النساء المتأخرات في الإنجاب.

- ربط مصدر الضبط الصحي بمتغير آخر كالتفاؤل والتشاؤم.

خلاصة:

من خلال عرض وتحليل نتائج دراستنا تم التوصل إلى مجموعة من القرارات والمتمثلة في تحقق الفرضيات التي تناولت العلاقة وعدم تحقق الفرضيات التي تناولت الفروق، كما تم التوصل إلى التأكيد من تحقيق بعض الأهداف إضافة إلى أنه تم إيضاح بعض العوامل والتفسيرات التي قد تعتبر مؤشرات للنتائج المتوصل إليها، هذا وقد سعينا إلى تعديد مجموعة من الاقتراحات نريد من خلالها التوعية والتوصية.

خاتمة

خاتمة:

وفي الختام وعلى ضوء ما تناولناه وبعد استعراض موضوع دراستنا هاته، اتضحت جليا متغيرات الموضوع وخلفياته النظرية، فمصدر الضبط الصحي هو أحد تطورات مفهوم مصدر الضبط " لجوليان روتر" صاحب نظرية العزو، كما تناولنا أيضا تقبل العلاج والذي يشير إلى التزام المريض بالدواء والتعليمات والإرشادات الطبية بما فيه السلوكيات الصحية، والذي تتداخل فيه أيضا مجموعة من العوامل السيكولوجية، الانفعالية، المعرفية، العوامل المرتبطة بالدواء والمرض وبالحالة الطبية وعوامل المحيط.

وكان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج لدى عينة حساسة ألا وهي المرأة المتأخرة في الإنجاب وكذلك الكشف عن الفروق في كل من مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وذلك من خلال التقرب لهذه الشريحة في المجتمع (المرأة المتأخرة في الإنجاب) وتم التوصل إلى النتائج التالية:

1. توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج لدى

عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب .

2. توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي (الخارجي) لذوي النفوذ وتقبل

العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

3. توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي (الخارجي) للحظ وتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة) لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة، غير متعلمة) لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. احمان لبنى (2012). دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، مذكرة دكتوراه في علم النفس العيادي، باتنة.
2. بزازي جازية (2011). استراتيجيات مواجهة الضغط الدينية ومركز التحكم الصحي المدرك وعلاقتها بالامتثال العلاجي للمصابين الراشدين بداء السكري، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر (2).
3. بسام خالد طيارة (1999). العقم مسؤولية الزوج ام الزوجة، ط1، لبنان، بيروت: مؤسسة المعارف.
4. بشير معمري (1995). نظرية التعلم الاجتماعي لروتز، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 04، جامعة باتنة، الجزائر.
5. بن خليفة محمد (2007). التصورات الاجتماعية للعقم في الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بسكرة.
6. بواليف امال (2010). مركز الضبط وعلاقته بالتفوق الدراسي الجامعي، رسالة ماجستير في علم النفس التربوي، عنابة.
7. البورت فليب، ترجمة الفاضل عبيد عمر (1979). العقم عند النساء والرجال - أسبابه وعلاجه-، (ب.ط): مكتبة الهلال للنشر.

8. جبالي نور الدين (2007). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة.
9. الجوهرة عبد الله الزواد (2002). دراسات عربية في علم النفس، العدد 03: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
10. حسام زكي(ب.س). دليل علاج تأخر الحمل، القاهرة: برج سرايا المعادي، كورنيش النيل.
11. رجاء محمود ابو علام (2006). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط5، مصر: دار النشر للجامعات.
12. رحاحلية سمية (2010). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيماوي، رسالة ماجستير غير منشورة، باتنة، الجزائر.
13. رشيد رزقي (2012). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر.
14. رشيد زرواتي(2002). تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية،(ب.ط)، الجزائر: دار عومة.
15. رفيقة لكحل(2011). تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، رسالة ماجستير غير منشورة، باتنة.

16. سبير وفاخوري (1983). العقم عند النساء والرجال - أسبابه وعلاجه-، ط2، بيروت: دار العلم للملايين.

17. السعيد قارة (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الاساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، باتنة، الجزائر.

18. السعيد قارة (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فاعلية الذات وتقبل العلاج لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة باتنة.

19. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعمية داوود(2008). علم نفس الصحة، (ب.ط)، عمان، الاردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

20. عبد الله الزواوي (2002). وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى بعض طالبات الجامعي السعودية والمصرية، دراسة عبر ثقافية، دراسات عربية في علم النفس، دار عربي للطباعة، مجلد 1، العدد 03.

21. عثمان يحي(2001). علم النفس الصحة، (ب.ط)، قطر، الدوحة: دار الثقافة للطباعة.

22. عثمان يخلف (2001). علم النفس الصحة- الاسس النفسية والسلوكية للصحة-، ط1، قطر: دار الثقافة.

23. عزوز اسمهان (2009). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات
المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة ماجستير في علم النفس
الصحة، باتنة.

24. عليوة سمية (2007). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى
مرضى السكري، رسالة ماجستير، باتنة.

25. عمار بوحوش، احمد محمود ننيبات(1995). منهج البحث العلمي وطرق
إعداد البحث، (ب.ط)، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

26. الفاضل العبيد الحنفي (1979). العقم عند الرجال والنساء-اسبابه وطرق
علاجه- (ب.ط)، بيروت، لبنان: ديوان يوسف للنشر والتوزيع.

27. فيصل محمد خير الدين الزراد(2000). أمراض نفسية وجسمية" أمراض
العصر"، ط1، بيروت: دار النفائي للنشر والطباعة والتوزيع.

28. محمد شفيق (2001). الخطوات المنهجية لإعداد البحوث المنهجية،(ب.ط)،
مصر: المكتبة الجامعية.

29. محمد فريد وجدي (2011). موسوعة القرن، ط2، تونس: دار المتوسطيين
للنشر.

30. محمد نجيب عناصر(2002). علاقة مركز التحكم والقلق والدعم
الاجتماعي والضغط المهني لدى اساتذة التعليم العالي، ماجستير في علم النفس
التنظيم والعمل.

31. مدور مليكة (2005). وجهة الضبط وعلاقتها بانماط التفكير، رسالة ماجستير غير منشورة، باتنة.

32. مروان عبد المجيد ابراهيم(2000). اسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية، ، ط1، الاردن: مؤسسة الوراق.

33. معاليم صالح(2008). محاضرات في الامراض النفسية الجسدية، (ب.ط)، الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية.

34. مفتاح عبد العزيز(2010). مقدمة في علم النفس الصحة، ط1، عمان، الاردن: دار وائل للنشر.

35. موريس انجرس، ترجمة بوزيد صحراوي واخرون(2004). البحث العلمي في العلوم الانسانية، ط1، الجزائر، دار القصبية للنشر.

36. نادية عيادي(2009). علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، باتنة.

37. نبيل محمد زايد(2003). قلق الموت وعلاقته بكل من الدافعية للانجاز ونوعية التعليم لدى عينة من طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 35.

المراجع باللغة الاجنبية:

38. Amdé D mamart et Jaque Bourmeuf(1976) : petit la rousse médecine, Tome2,librairie la rousse. Paris.

39. Boury Gr,(1990) :abrégé de physiologie géncologique ed. masson.

40. Buer,c,tessio, s,(12-13 novembre 2001). Colloque observance thérapeutique chez les perssons âgées :syn thèse documentaire.paris.

41. Deblic.(2007), observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique :recommanseation pour la pratique clinique,revue générale paris :Edition Elseveir Masson.

42. Drouin,D,(2004),l'inobservance un facteur de 12 risque meconnu !? quebec : directionde santé publique

43. Fisher ,G-N-(2008),traité de psycholodie de santé. Paris :edition Dunod.

44. Gauchet.A. (2008)Observance thérapeutique et VIH.Enquete sur les facteurs biolodique et psychosociaux. Edtion l'harmattan. Pais.

45. Gormi et Karoub.I. (2007). Dictionnaire la rousse mexipoche.Editions la rousse.paris.

46. Marcelli.D; braconnier,A ,(2008).adolescence et psychopathologie.(7^{ème} edition) paris :masson.

47. Moyle.G.(12 octobre 1997), les facteurs de compliance. Trouvé le 17 novembre 2007. Dans <http://www.actions-traitemnts.org/spip.php? Article157>

48. Sillamy Norber (1980) :Dictionnaire de la psychologie,3 la rousse ,paris.

49. Omeje, and Nebo ,c,2011, the influence of locus control on adherence to treatmnt regimen among hypertensive patients, patient preference and Adherence, 5.141-148.

50. Organisation monsil de santé (OMS).(2003)
<http://apps.who.int/iris/simple-search?query=2003>

51. Reach, G.(2006), clinique de l'observation : l'exemple des diaétes.paris : edition eurotexte.

52. Rotter ,R(1966) .Generalized expectancies for internal versus external control, psychological monographs:General and applied,vol , 80,N° ,1,1-28.

53. Shneider,M.P.(12 septembre 2008).les consultation d'adhesion therapeutique : un élémnt de continuité des soin, 237^{eme} séminaire en sciences pharmaceutique. Villars.

54. Thiery.M ; Quiviger, p-y. (2007), action médicale et confiance– France : presses universitaires.

55. Wallston, K, A, (1982). Health locus of control beliefs patient Education Neussletter.

مواقع الانترنت:

56 . جهاد سمور.قضايا المرأة العربية و الأدب النسائي، من الرابط التالي:

<http://www.maganin.com/articles/articlesview,asp?11.key=205>

يوم 2016/3/18 ، على الساعة 14:30.

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1)

استبيان مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج

تعليمة الاستبيان :

أختي الفاضلة:

في إطار القيام بدراسة مكملة لشهادة الماجستير تخصص علم النفس العيادي حول تقبل العلاج ومصدر الضبط الصحي، وضعنا بين يديك مجموعة من العبارات والجمل التي تحاول تقييم موقفك من العلاج الذي تتلقينه، واعتقاداتك حول الصحة والمرض، لذا نطلب منك المساهمة في إثراء هاته الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان، وذلك بعد قراءة جميع العبارات والإجابة عليها بكل صراحة وصدق بوضع علامة (X) في المكان المناسب.

مع العلم أن المعلومات ستكون في غاية سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي .

المعلومات الشخصية:

- السن:.....

- مدة الزواج:.....

- المستوى التعليمي:.....

ملاحظة: لا توضع أكثر من علامة واحدة في الخانات (دائما ، أحيانا، أبدا)،
(موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما).

استبيان مصدر الضبط الصحي

غير موافق تمامًا	غير موافق	غير متأكد.	موافق	موافق تمامًا	العبارة	
					سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	1
					إذا قدر لي أن امرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض	2
					المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض	3
					أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة	4
					عند شعوري بوعكة صحية أزور فوراً طبيباً مختصاً	5
					اعتقد أنني متحكم في صحتي	6
					لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليماً	7
					لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض	8
					يلعب الحظ دوراً كبيراً في سرعة شفائي من المرض	9
					يلعب المختصون في المجال الصحي دوراً كبيراً في التحكم في صحتي	10
					حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة	11
					تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي	12
					إذا اعتنيت بصحتي جيداً يمكنني تجنب المرض	13
					يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء، الأقارب، الأصدقاء...)	14
					اعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه	15
					القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	16
					يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني	17
					إتباع إرشادات الطبيب حرفياً هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي	18

استبيان تقبل العلاج للنساء المتأخرات في الإجاب

- ضع العلامة (X) في المكان المناسب، حيث لا توضع أكثر من علامة واحدة

في الخانات.

الرقم	العبرة	دائماً	أحياناً	أبداً
1	هل تشتترين الدواء الموصوف لك؟			
2	هل عندك افتناع أن الدواء الموصوف لك هو الملائم ؟			
3	هل تأخذين دواءك معك أثناء سفرك أو غيابك عن البيت ؟			
4	هل تستشيرين طبيبك عن كيفية تناول الدواء أثناء الفترات التي تغير فيها عاداتك (صيام، سفر....)؟.			
5	هل تلتزمين بأوقات تناول الدواء ؟			
6	هل تحسین بالتوتر كلما تأخرت عن تناول الدواء؟			
7	هل تلتزمين بالجرعات الدوائية المحددة لك؟			
8	هل تهملين تناول الدواء؟			
9	هل تتوقفين عن تناول الدواء إذا أحسست انك تحسنت؟			
10	هل تستشيرين طبيبك في حالة تعرضك لمضاعفات جانبية للدواء ؟			
11	هل أنت مدركة بمضاعفات المرض إذا لم تتناولين الدواء ؟			
12	هل أنت ملمة بمعلومات حول مرضك ؟			
13	هل تتجنبن اخذ الأدوية التي لم يصفها لك طبيبك ؟			
14	هل تستشيرين طبيبك في حالة أخذك لأدوية ذات وصف شخصي ؟			
15	هل تجددین الوصفات الدوائية باستمرار؟			
16	هل تتبعين التعليمات الطبية بدقة ؟			
17	هل تجرين فحوصات دورية ؟			
18	هل تلتزمين بالمواعيد الطبية ؟			

			هل تراقبين وزنك باستمرار ؟	19
			هل أجريت فحوصات طبية تثبت عدم إصابتك بمرض مزمن (سكري، ضغط دم،...).	20
			هل تذهبين للطبيب في حالة اضطراب العادة الشهرية؟	21
			هل تثقين في طبيبك المعالج ؟	22
			هل تلتزمين بطبيبك المعالج ولا تستشيرين طبيب آخر ؟	23
			هل تتناولين أدوية خاصة بالطب البديل (الأعشاب...)?	24
			هل تجربين تحاليل لمعرفة مستوى هرموناتك ؟	25
			هل تقين نفسك من تعرضك لالتهابات أو أمراض تناسلية ؟	26
			هل تدخنين؟	27
			هل أنت من اللاتي يتناولن المشروبات الكحولية ؟	28
			هل تمارس رياضة خفيفة بصفة منتظمة؟	29
			هل تحاولين تجنب الضغوط (تتجنب المواقف الضاغطة ،تخرجين أحيانا للتنزه ،و للابتعاد عن الضغوط،...)?	30
			هل تسعين لجعل علاقتك الجنسية مع الزوج منتظمة؟	31

ملحق رقم (2)

الاستبيان المصمم من طرف قارة السعيد على مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

الرقم	العبارة	دائماً	أحياناً	أبداً
1	هل تشتري الدواء الموصوف لك؟			
2	هل عندك اقتناع أن الدواء الموصوف لك هو الملائم؟			
3	هل تأخذ دواءك معك أثناء سفرك أو غيابك عن البيت؟			
4	هل تستشير طبيبك عن كيفية تناول الدواء أثناء الفترات التي تغير فيها عاداتك (صيام، سفر....)؟			
5	هل تلتزم بأوقات تناول الدواء؟			
6	هل تحسي بالتوتر كلما تأخرت عن تناول الدواء؟			
7	هل تلتزم بالجرعات الدوائية المحددة لك؟			
8	هل تهمل تناول الدواء؟			
9	هل تتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست انك تحسنت؟			
10	هل تستشير طبيبك في حالة تعرضك لمضاعفات جانبية للدواء؟			
11	هل أنت مدرك بمضاعفات المرض إذا لم تتناول الدواء؟			
12	هل أنت ملم بمعلومات حول مرضك؟			
13	هل تتجنب اخذ الأدوية التي لم يصفها لك طبيبك؟			
14	هل تستشير طبيبك في حالة أخذك لأدوية ذات وصف شخصي؟			
15	هل تجدد الوصفات الدوائية باستمرار؟			
16	هل تتبع التعليمات الطبية بدقة؟			
17	هل تجري فحوصات دورية؟			
18	هل تلتزم بالمواعيد الطبية (LES RDV)؟			
9	هل تداوم على قياس ضغط دمك باستمرار؟			
20	هل تستعمل دفترًا صحيًا وتسجل فيه أرقام ضغط دمك؟			
21	هل تقيس ضغطك قبل أخذك لحمام ساخن أو حمام معدني؟			
22	هل تثق في طبيبك المعالج؟			
23	هل تلتزم بطبيبك المعالج ولا تستشير طبيب آخر؟			

			هل تتناول وجباتك الغذائية محدودة الملح (ملح الصوديوم)؟	24
			هل تتجنب تناول المواد المعروفة أنها تزيد ضغط الدم (عرق السوس، المكسرات المملحة،...الخ)؟	25
			هل تتجنب الأطعمة الدسمة؟	26
			هل تتبع حمية غذائية خاصة؟	27
			هل تتجنب الإكثار من شرب القهوة والمشروبات المنبهة الأخرى؟	28
			هل أنت مدخن؟	29
			هل تفرط في تناول المشروبات الكحولية؟	30
			هل تمارس رياضة خفيفة بصفة منتظمة (المشي، تمارين بسيطة، الدراجة، السباحة)؟	31
			هل تحاول تجنب الضغوط (تتجنب المواقف الضاغطة، تخرج أحيانا للتنزه، و للابتعاد عن الضغوط،...؟)	32

ملحق رقم (3)

ملحق رقم (4)

جامعة محمد بوضياف - المسيلة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية و الأروطوفونيا

أستاذي الفاضل:.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد :

أتقدم إليكم أنا الطالبة: تيطراوي الحاجة سنة ثانية ماستر علم النفس تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة راجية منكم التكرم بتحكيم هذا الاستبيان الذي يقيس تقبل العلاج قبل كتابته في صورته النهائية وهذا ضمن متطلبات رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر موجهة للنساء المتأخرات في الإنجاب بمدينة المسيلة معنونة
بـ:

"مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات

في الإنجاب"

لذا أرجو منكم وضع علامة: (✓) في خانة : يقيس (1) ، لا يقيس (0)،

يعدل (2)، وملاحظاتكم حول كل بند من البنود التالية.

- تقبلوا مني جزيل الشكر وعظيم الامتنان ودمتم في خدمة البحث العلمي .

ماذا أقصد بتقبل العلاج؟:

هو درجة انتظام والتزام الفرد المريض (المرأة المتأخرة في الإنجاب) من حيث
(اخذ الدواء، إتباع الحمية الغذائية، تغيير سلوك الحياة) من جهة وإتباع التعليمات التي
يقدمها الطبيب من جهة أخرى ويمكن تحديد السلوكات الصحية التي يجب على المرأة
المتأخرة في الإنجاب إتباعها :

_ إتباع الحمية المحددة من طرف الطبيب.

_ تناول الأدوية بصفة منتظمة وفي أوقاتها المحددة كما يحددها الطبيب .

_ الالتزام بالمواعيد الطبية.

_ مراقبة الوزن ومستوى الهرمونات وانتظام العادة الشهرية.

ملاحظات	2	0	1	العبارة
.....	1. هل تشتري الدواء الموصوف لك؟
.....	2. هل عندك اقتناع أن الدواء الموصوف لك هو
.....	الملائم؟
.....	3. هل تأخذين دواءك معك أثناء سفرك أو غيابك
.....	عن البيت؟
.....	4. هل تستشيرين طبيبك عن كيفية تناول الدواء
.....	أثناء الفترات التي تغير فيها عاداتك (صيام،
.....	سفر...)?
.....	5. هل تلتزمين بأوقات تناول الدواء؟
.....	6. هل تحسني بالتوتر كلما تأخرت عن تناول
.....	الدواء؟
.....	7. هل تلتزمين بالجرعات الدوائية المحددة لك؟
.....	8. هل تهملين تناول الدواء؟
.....	9. هل تتوقفين عن تناول الدواء إذا أحسست أنك
.....	تحسنت؟
.....	10. هل تستشيرين طبيبك في حالة تعرضك
.....	لمضاعفات جانبية للدواء؟

.....	...	..	.....	11. هل أنت مدركة بمضاعفات المرض إذا لم تتناولين الدواء ؟
.....	
.....	...	..	.....	12. هل أنت ملمة بمعلومات حول مرضك ؟
.....	
.....	...	..	.....	13. هل تتجنبين اخذ الأدوية التي لم يصفها لك طبيبك ؟
.....	
.....	...	..	.....	14. هل تستشيرين طبيبك في حالة أخذك لأدوية ذات وصف شخصي ؟
.....	
.....	...	..	.....	15. هل تجددين الوصفات الدوائية باستمرار؟
.....	
.....	...	..	.....	16. هل تتبعين التعليمات الطبية بدقة ؟
.....	
.....	...	..	.....	17. هل تجرين فحوصات دورية ؟
.....	
.....	...	..	.....	18. هل تلتزمين بالمواعيد الطبية ؟
.....	
.....	...	..	.....	19. هل تراقبين وزنك باستمرار ؟
.....	
.....	...	..	.....	20. هل أجريت فحوصات طبية تثبت عدم إصابتك بمرض مزمن (سكري، ضغط دم،...).
.....	
.....	...	..	.....	21. هل تذهبين للطبيب في حالة اضطراب العادة الشهرية؟
.....	
.....	...	..	.....	22. هل تتقين في طبيبك المعالج ؟
.....	
.....	...	..	.....	23. هل تلتزمين بطبيبك المعالج ولا تستشير طبيبك آخر ؟
.....	

.....	...	..	.....	24. هل تتناولين أدوية خاصة بالطب البديل
.....	...	..	.....	(الأعشاب...)?
.....	...	..	.....	25. هل تجربين تحاليل لمعرفة مستوى هرموناتك؟
.....	...	..	.....	26. هل تقين نفسك من تعرضك لالتهابات أو
.....	...	..	.....	أمراض تناسلية؟
.....	...	..	.....	27. هل تفرطين في تناول المشروبات الكحولية؟
.....	...	..	.....	28. هل تدخنين؟
.....	...	..	.....	29. هل تمارسين رياضة خفيفة بصفة منتظمة؟
.....	...	..	.....	30. هل تحاولين تجنب الضغوط (تتجنب المواقف
.....	...	..	.....	الضاغطة، تخرجين أحيانا للتنزه، و للابتعاد
.....	...	..	.....	عن الضغوط،...)?
.....	...	..	.....	31. هل تسعين لجعل علاقتك الجنسية مع الزوج
.....	...	..	.....	منتظمة؟

علما أن بدائل الاستبيان كالتالي : دائما ، أحيانا ، نادرا

ختم وإمضاء الدكتور

الرتبة:

الجامعة:

التاريخ:

.....

.....

.....

.....

ملحق رقم (5)

قائمة المحكمين

التخصص	أسماء المحكمين
طبيبة مختصة في أمراض النساء	عمرون شيماء
طبيبة مختصة في أمراض النساء	خرخاش ثلجة
أستاذة في علم النفس	بورنان سامية
أستاذة في علم النفس	عزوق جميلة
أستاذة أدب عربي	حبوش سميحة

ملحق رقم (6)

ملحق ثبات وصدق أدوات الدراسة

أولاً/ ثبات وصدق مقياس الضبط الصحي

Fiabilité

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,758	18

Corrélations

Corrélations					
		M1			M1
Q1	Corrélation de Pearson	0,825**	Q4	Corrélation de Pearson	0,892**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	30		N	30
Q2	Corrélation de Pearson	0,709**	Q5	Corrélation de Pearson	0,501**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,005
	N	30		N	30
Q3	Corrélation de Pearson	0,706**	Q6	Corrélation de Pearson	0,786**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	30		N	30
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					

Corrélations

Corrélations					
		M2			M2
Q7	Corrélation de Pearson	0,730**	Q10	Corrélation de Pearson	0,868**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	30		N	30
Q8	Corrélation de Pearson	0,868**	Q11	Corrélation de Pearson	0,727**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	30		N	30
Q9	Corrélation de Pearson	0,588**	Q12	Corrélation de Pearson	0,634**
	Sig. (bilatérale)	0,001		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	30		N	30
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					

Corrélations

Corrélations							
			M3				M3
Q13	Corrélation de Pearson		0,670**	Q16	Corrélation de Pearson		0,665**
	Sig. (bilatérale)		0,000		Sig. (bilatérale)		0,000
	N		30		N		30
Q14	Corrélation de Pearson		0,677**	Q17	Corrélation de Pearson		0,686**
	Sig. (bilatérale)		0,000		Sig. (bilatérale)		0,000
	N		30		N		30
Q15	Corrélation de Pearson		0,506**	Q18	Corrélation de Pearson		0,516**
	Sig. (bilatérale)		0,004		Sig. (bilatérale)		0,004
	N		30		N		30
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).							

Corrélations

Corrélations		
		TOTAL
M1	Corrélation de Pearson	0,573**
	Sig. (bilatérale)	0,001
	N	30
M2	Corrélation de Pearson	0,699**
	Sig. (bilatérale)	0,000
	N	30
M3	Corrélation de Pearson	0,636**
	Sig. (bilatérale)	0,000
	N	30
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		

ثانيا/ ثبات وصدق استبيان تقبل العلاج

Fiabilité

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,785	31

Test-t

Statistiques de groupe					
	الطرفين	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الدرجات	الطرف الاعلى	8	84,12	3,090	1,09279
	الطرف الادنى	8	64,37	4,627	1,63595
Test d'échantillons indépendants					
		Test de Levene		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
الدرجات	var éga	1,274	0,278	10,039	14
	var inéga			10,039	12,210
Test d'échantillons indépendants					
		Test-t pour égalité des moyennes			
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	
الدرجات	var éga	0,000	19,75000	1,96737	
	var inéga	0,000	19,75000	1,96737	

ملحق نتائج الدراسة

الفرضية الأولى

Corrélations

Corrélations			
		مصدر الضبط الداخلي	تقبل العلاج
مصدر الضبط الداخلي	Corrélation de Pearson	1	0,684**
	Sig. (bilatérale)		0,000
	N	60	60
تقبل العلاج	Corrélation de Pearson	0,684**	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	
	N	60	60
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).			

الفرضية الثانية

Corrélations

Corrélations			
		مصدر الضبط الخارجي (النفوذ)	تقبل العلاج
مصدر الضبط الخارجي (النفوذ)	Corrélation de Pearson	1	-0,342**
	Sig. (bilatérale)		0,007
	N	60	60
تقبل العلاج	Corrélation de Pearson	-0,342**	1
	Sig. (bilatérale)	0,007	
	N	60	60
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).			

الفرضية الثالثة

Corrélations

Corrélations			
		مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	تقبل العلاج
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	Corrélation de Pearson	1	-0,337**
	Sig. (bilatérale)		0,008
	N	60	60
تقبل العلاج	Corrélation de Pearson	-0,337**	1
	Sig. (bilatérale)	0,008	
	N	60	60
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).			

الفرضية الرابعة

Test-t

Statistiques de groupe						
	المستوى التعليمي	N	Moyenne	Ecart-type	E s m	
مصدر الضبط الداخلي	غير متعلمة	29	22,6552	3,45663	0,64188	
	متعلمة	31	20,8710	4,08854	0,73432	
مصدر الضبط الخارجي (النفوذ)	غير متعلمة	29	18,0690	2,63128	0,48862	
	متعلمة	31	19,3548	3,11500	0,55947	
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	غير متعلمة	29	21,1379	3,36711	0,62526	
	متعلمة	31	20,8387	4,51735	0,81134	
Test d'échantillons indépendants						
		Test de Levene		Test-t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)
مصدر الضبط الداخلي	var éga	3,122	0,082	1,819	58	0,074
	var inéga			1,829	57,433	0,073
مصدر الضبط الخارجي (النفوذ)	var éga	0,715	0,401	-1,721	58	0,091
	var inéga			-1,731	57,424	0,089
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	var éga	2,290	0,136	,289	58	0,773
	var inéga			,292	55,312	0,771

الفرضية الخامسة

Test-t

Statistiques de groupe						
	المستوى التعليمي	N	Moyenne	Ecart-type	E s m	
تقبل العلاج	غير متعلمة	29	76,1034	7,88464	1,46414	
	متعلمة	31	72,4839	7,71091	1,38492	
Test d'échantillons indépendants						
		Test de Levene		Test-t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)
تقبل العلاج	var éga	0,137	0,713	1,797	58	0,077
	var inéga			1,796	57,533	0,078



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

