

الالتزام الصحي والأمراض المزمنة. -مرضى السكري نموذجاً-

د. نبيلة بوعافية. أ. صهيب سامعي.

قسم العلوم الاجتماعية.

قسم العلوم الاجتماعية.

جامعة البليدة02-جامعة البليدة02

ملخص:

من أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية للمرضى المزمنين بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة، فشل معظم المرضى في متابعة التوصيات الموصوفة من قبل الأطباء والأخصائيين، وهذا ما يعرف بعدم الالتزام الصحي أو العلاجي وهو ما سيتناوله هذا المقال، من خلال التطرق لأهم التعريفات المقدمة حوله ولأهميته من الناحية الإكلينيكية، والاقتصادية، والأكاديمية، والعوامل المؤثرة فيه كما سنستعرض نتائج عدم الالتزام الصحي على المستوى الطبي والاقتصادي، وأهم الإستراتيجيات المقدمة لتحسينه لدى المرضى، لنعرض في الأخير سلوكيات الالتزام الصحي لدى مرضى السكري.

Abstract:

Of the most important problems facing those in charge of health care for patients with chronic in general and diabetes in particular, most of the patients failed to follow up the recommendations prescribed by doctors and specialists, and this is known not to ,or therapeutic health commitment, and is to be taken up this article, through the most important definitions provided ,and the importance of the clinical, economic, academic, and factors affecting it, as we will review the results of economic health commitment on the medical level and measurement methods, the most important strategies presented for improvement in patients, so we can show in the last health behaviors commitment of diabetics.

مقدمة:

شهدت السنوات الأخيرة ارتفاعا ملحوظا في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة وارتفاع التكاليف الصحية المتعلقة بها، حيث تشير الإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي 50% من الأفراد يعانون من حالة من حالات المرض المزمن وتشير الأرقام إلى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و83% من الوصفات الطبية و80% من أيام الإقامة في المستشفى، و66% من الزيارات للأطباء، و55% من الزيارات لأقسام الطوارئ هي من نصيب المرضى المزمنين (شيلي تايلور، 2008)

ويشكل داء السكري أحد هذه الأمراض المزمنة التي تفرض تحديا أمام الأمم، حيث يحتل المرتبة الثالثة بين الأمراض المزمنة حول العالم، وهو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة وتشير الإحصائيات بأن هناك أكثر من 180 مليون مصاب بالسكري، ويتوقع أن يتضاعف هذا العدد في سنة 2030 م، وداء السكري مسؤول عن وفاة 3.5% من مجموع 36 مليون حالة وفاة بسبب الأمراض المزمنة سجلت سنة 2008. وحسب الفدرالية العالمية للسكري فإنه في كل 10 ثواني يشخص فردين بالسكري، وفي كل 10 ثواني يموت شخص بسبب السكري حول العالم (World health organization 2012)

وتسجل بلدان العالم العربي 26.6 مليون شخص مصاب بالسكري، ويتوقع أن يصل هذا العدد إلى 51.7 مليون مريض في 2030م، ويعتقد أن كل حالة مشخصة بالسكري تقابلها حالة أخرى غير مشخصة (Tawfik Ahmed 2010)، وتحصيا للجزائر، حسب إحصائيات الاتحاد الدولي للسكري، 1.6 مليون مصاب بداء السكري من النمط (2)، و1.2 مليون مصاب بداء السكري من النمط (1)، بمجموع 2.8 مليون مصاب، وقفز عدد المصابين بهذا الداء من مليون مصاب في 1993 م إلى العدد المذكور سالفا في 2011 م، وهي الأرقام التي تعكس فقط عدد المصالحين بإصابتهم وفي المقابل كان وزير الصحة وإصلاح المستشفيات في سنة 2012، كشف أن عدد المصابين بداء السكري في الجزائر أصبح يقارب 3.5 مليون مريض، أي ما يعادل 10 بالمئة من مجموع الجزائريين، ويأتي داء السكري في المرتبة الثانية من حيث عدد الإصابات بعد ارتفاع ضغط الدم الشرياني، وحسب رئيس الفدرالية الوطنية لجمعيات المصابين بداء السكري نور الدين بوستة أن التحدي الأكبر الذي يواجه القائمون على البرنامج الوطني لمكافحة داء السكري هو منع مضاعفات الصحة للمصابين، حيث يهدد بتر القدم أزيد من 7 بالمئة منهم، بتعداد 200 ألف حالة وداء السكري هو حالة عجز مزمن في العمليات الأيضية، والناجم عن إفراز كميات غير كافية من الأنسولين أو استخدامه بصورة صحيحة (شيلي تايلور 2008). وهو يمثل مشكلة صحية رئيسية بسبب المضاعفات التي يمكن أن تنتج عنه فهو يرتبط بمرض الشريان التاجي، وهو السبب الرئيسي لضعف البصر أو فقدانه عند الكبار، كما أن 50% من مرضى السكري يعانون من الفشل الكلوي، كما أنه السبب الرئيسي في بتر الأعضاء ويكون متوسط حياة مرضى السكري أقصر بـ 5 إلى 10 سنوات من معدل حياة غير المصابين، إضافة لتفاقم صعوبات أخرى على مستوى الوظائف النفسية والاجتماعية (velma Harkins 2008, p30)

إن الالتزام الصحي مفتاح النجاح في السيطرة على السكري، وبوجه خاص لدى مرضى النمط الثاني، حيث يمكن إحداث أثر من خلال تغيير أسلوب حياة المرضى، مما يؤدي إلى تحسين مسار المرض وتفاذي مضاعفاته المدمرة، والمعالجة المثالية في الوقت الحاضر هي المعالجة المتمركزة حول المريض لا على الطبيب، فضبط السكري يقتضي التزام المريض بمراقبة مستويات الجلوكوز في جسمه يوميا و التصرف فورا إذا ما اقتضى الأمر، بالإضافة إلى ذلك، فإن الالتزام بالحمية الغذائية المناسبة، ممارسة الرياضة ضبط الوزن، واستخدام الأدوية بصورة سليمة، كلها عناصر أساسية لأي برنامج علاجي يسعى إلى ضبط السكري. (شيلي تايلور، 2008) وبغض النظر عن توافر استراتيجيات التدخل، تبقى الحقيقة الماثلة أمامنا أن الكثير من الأفراد لا يلتزمون ببرامج التدخل، أو لا يحافظون على السلوك الجديد لفترات زمنية ذات دلالة. حيث يقدر أن حوالي 50% من الأشخاص لا يلتزمون بالنصائح الطبية أو الصحية، بينما ينبغي لاستراتيجيات برامج الناجحة أن تخلق التزاما واستمرارا طويل الأمد، وينبغي لها أيضا أن

تأخذ كلا من العوامل السلوكية، والنفسية الاجتماعية بعين الاعتبار. (تيموثي.ج.ترول، 2007، ص795)، انطلاقاً من هذه الإحصائيات المخيفة لتزايد عدد المصابين بأمراض مزمنة أبرزها مرض السكري، وانطلاقاً من أهمية الالتزام الصحي كاستراتيجية مدعمة للصحة العامة لهؤلاء الأفراد سنتطرق بشيء من التفصيل الى مفهوم الالتزام الصحي والامراض المزمنة وسنخصص بالتفصيل مرض السكري كنموذج.

1- مفهوم الالتزام الصحي:

عندما نتكلم عن الالتزام الصحي يتبادر للذهن في المقام الأول الالتزام بتناول الدواء لكن في الواقع ، يجب أن ندرك أنّ كل توجيهات الطبيب يجب إتباعها، وليس فقط الأدوية مثل (الجرعة اليومية، ومدة العلاج) المنصوص عليها، ولكن أيضاً توصيات أخرى مثل تلك التي تتعلق بإتباع الحمية، وممارسة النشاط البدني اليومي للسيطرة على الوزن أو نسبة السكر في الدم، وأداء اختبارات إضافية قبل الزيارة القادمة، أو مجرد الحفاظ على مواعيد الزيارات الطبية بانتظام (2006) Reach (Gérard). وبالتالي اختلفت وتنوعت التعريفات حسب الاستعمال، وسنستعرض بعض ما ورد منها في التراث العلمي كما يلي:

• يعرف هاينيس (Haynes) الالتزام الصحي بـ: "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية، والطبية (من حيث تناول الأدوية و اتباع الحمية أو تغييرات أخرى تخص نمط الحياة) (2001) Anthony James ()
• ويعرف الالتزام الصحي على أنه: درجة الانسجام (التوافق) بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية ، اتباع الحمية، أو تعديل سلوك الحياة واتباع الوصفات والتوصيات الطبية.

• كما يعرف الالتزام الصحي بأنه: " سلوك الشخص بأخذ الدواء بالانضباط والانتظام الأمثل وفقاً للشروط، والشروح التي يحددها الطبيب من إتباع دقيق لكيفية أخذ الدواء فيما يتعلق بالجرعات، الشكل، طريقة التعاطي، نوعية الجرعة لكل يوم، احترام الفترات الفاصلة بين الجرعات والوجبات الغذائية، المشروبات، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدواء (Aurélie Gauchet, 2008, p, 22)

• أما المنظمة العالمية للصحة فقد تبنت التعريف التالي: "درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم، أو القيام بتعديلات سلوكية) والتعليمات، والإرشادات الصحية من قبل مختري الصحة. World Health Organization . 2003 , opcit :P3)

• أما الالتزام الصحي لمرضى السكري فيعرفه معهد الطب الأمريكي على أنه المهام التي يتعهد المريض بالقيام بها للعيش مع الشروط المزمنة ، هذه المهام تتضمن امتلاك الثقة للتعامل مع الحالات الطبية، السلوك، وإدارة العاطفة المتعلقة بهذه الحالات، وهذه السلوكات الصحية مؤسسة لتحقيق السيطرة القسوى على الجلوكوز في الدم لتفادي تعقيدات مرض السكري من خلال المعرفة، والوعي بتعليمات تقنيات سلوكية فعالة لإدارة مرض السكري.

بالرغم تنوع وتعدد التعريفات الاصطلاحية للالتزام الصحي، إلا أنها تنصع على مدى إتباع المرضى لكل ما هو متعلق بمتطلبات العلاج، سواء كان أدوي، حمية غذائية رياضية، وغيرها من التوصيات والإرشادات الصحية المقدمة من طرف الفريق العلاجي للمرضى.

2. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، والأكاديمية للالتزام الصحي:

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية الذي نشر سنة 2003، يعتبر حل مشكلة عدم الالتزام تطورا أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي، فالالتزام الصحي المنخفض للتوصيات الطبية الموصوفة هو مشكلة معقدة ودائمة، خصوصا عند المصابين بأمراض مزمنة، وهو مشكلة صحية رئيسية تفرض عبئا ثقيلا على عاتق أنظمة الرعاية الصحية حول العالم، فالالتزام الصحي السيئ يكلف 100 مليون دولار في الولايات المتحدة الأمريكية بما في ذلك 10% من المرضى المتواجدين في المستشفيات، و23% من حالات الاعتناء بالمرضى في منازلهم، كما يعتبر الالتزام الصحي المنخفض مصدر إحباط للأطباء، والأخصائيين. (Vermeire E 2001.P331);

وهناك دليل قوي على أن العديد من المرضى المصابين بأمراض مزمنة كارتفاع ضغط الدم، مرض السكري، الربو، هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في الالتزام بالتوصيات العلاجية المقدمة إليهم، وهو ما يؤدي إلى التعقيدات الطبية، وخفض جودة حياة المرضى، واستنزاف للموارد المالية للدول، هذه النتائج تضعف مباشرة من قدرة أنظمة الرعاية الصحية حول العالم على تحقيق الأهداف الصحية لشعوبها، وبالنسبة لمرض السكري فإن الالتزام الصحي السيئ يؤدي إلى معاناة المرضى وزيادة كبيرة في تكاليف الرعاية الصحية، فقد بينت دراسات أجريت في أوروبا أن 28% فقط من مرضى السكري تمكنوا من السيطرة على نسبة الجلوكوز في الدم، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فإن أقل من 2% من المصابين بمرض السكري نجحوا في إنجاز السلوكيات الصحية التي أوصت بها جمعية مرض السكري الأمريكية.

فالالتزام الصحي السيئ هو السبب الرئيسي لحدوث تعقيدات مرض السكري وما يرتبط بها من تأثيرات سلبية على المستوى الفردي، الاجتماعي، والحضاري، أما على الصعيد الاقتصادي فإن مرض السكري يشكل عبئا ضخما ومتزايدا، فقد بينت دراسات عديدة أن التكلفة الكلية لعلاج 10 مليون مريض بالسكري من النمط 2 كانت تقريبا 29 مليون دولار أمريكي، وهو ما يمثل 5% من الإنفاق الكلي على الصحة في كل بلد وتمثل الكلفة المباشرة للتعقيدات المنسوبة للالتزام الصحي السيئ لمرضى السكري بـ 65% من التكاليف الإجمالية للمرض، هذا بالإضافة إلى التكاليف غير المباشرة (خسائر إنتاج بسبب إجازات مرضية، التقاعد المبكر وغيرها). ومن الواضح فإن زيادة اهتمام أنظمة الرعاية الصحية بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري سينعكس بالإيجاب على الجوانب الاقتصادية والإنسانية للمرضى (World Health Organization 2003, pp 11-12). هذا ونظرا لأهمية الالتزام الصحي ودوره المحوري في نجاح العملية العلاجية أنجزت الكثير من الدراسات، والأبحاث التي نشرت في العديد من المجالات العلمية الطبية والاجتماعية، فاعتبارا من ماي 1995م، وجدت أكثر من 11600 بحث ومقالة بالغة الإنجليزية في الفهارس الطبية وغيرها من المراجع. فقد نشرت 22 مقالة بالغة الإنجليزية قبل سنة 1960 و850 في 1978. وتضاعف عدد المقالات حول الالتزام بين عامي 1966 و1985. ولا يزال عدد المقالات حول الالتزام هائلا. فقد تم نشر 700 مقالة حوله في سنة 1994 وحدها. (David S. 1997, p 110)

ومما سبق تتضح أهمية الالتزام الصحي لما له من تأثير كبير على تحديد تكاليف العلاج، والسيطرة أو التقليل من التعقيدات الصحية الخطيرة على المرضى، مما جعل دراسة موضوع الالتزام الصحي محل العديد من البحوث و الدراسات بهدف الوصول إلى فهم حقيقي للالتزام الصحي ثم العمل على الرفع من مستوياته لدى المرضى.

3. العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي:

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة (WHO 2003) العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي فيما يلي:

- عوامل متعلقة بالمريض والمرض، عوامل متعلقة بالسيورة العلاجية، العوامل الاجتماعية والاقتصادية، العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/ مريض.

1.3 العوامل المتعلقة بالمرضى: يعتبر المريض الحجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيروية جيدة للعملية العلاجية، وتجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصة في الأمراض المزمنة 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 ملائمتها من قبل المريض نفسه تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوارا اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة.

ذلك لأن سيروية المرض اتجاه هذا الواقع الجديد قبل بدء العلاج، لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب وإنما معتقدات المريض وانفعالاته وكذلك سوابقه، ومن أهم المشاكل المطروحة والمؤثرة في الالتزام الصحي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبل المريض، مما يعني رفض العلاج وتناول الأدوية، إذ أن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال في سير النشاطات اليومية للمرضى، مثلا مرضى السكري يحتاجون إلى ضبط حميتهم، ومراقبة نظام غذائهم والمرضى الذين يدركون خبرة المرض المزمن كخبرة ضاغطة ومؤلمة في معاشهم النفسي يظهرن صعوبات تكيفية، واضطرابات سيكولوجية، وهذا ما يؤدي إلى فشلهم في إتباع علاجهم وحميتهم، أي أنهم لا يمثلون للتعليمات الطبية، ولعل هذا يعود إلى تبني ميكانيزم الإنكار، 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 مضاعفات، حيث أنه يمكن التعرض إلى بعض العوامل المتعلقة بالمرضى فيما يخص التزامه الصحي رغم أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قد جاءت غير متوافقة تماما، فمثلا فيما يخص السن فقد بينت دراسة جيبسون (Gibson) أن الالتزام الصحي ينخفض مع التقدم في السن، وعلى العكس يكون مرتفعا لدى الأطفال وصغار السن (Jack E. Fincham 2007, p 66)، لكن في مثل هذه الدراسات يمكن أن ترجع أسباب الالتزام الصحي لدى الأطفال الصغار إلى حرص الأولياء والدعم الاجتماعي المقدم لهم، وعلى العكس نجد أن المسنين قد يعانون من أمراض عضوية أخرى، أو من النسيان، أو عدم وجود المتكفلين بهم على عكس الأطفال الصغار، كما أكدت بعض الدراسات على الدور الإيجابي للدعم الاجتماعي في زيادة الالتزام الصحي لدى المرضى. فقد وجد سبيكور (Specor) في دراسة أجراها سنة 1985م أن الأطفال المصابين بالربو يزيد التزامهم الصحي في حال حصولهم على الدعم الاجتماعي فالأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي يمثلون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم. (Fisher, 2002, opcit : P147)

يمكن القول أن المريض يلعب دورا محوريا في تحديد مستوى الالتزام بالبرنامج العلاجي بما في ذلك من تناول للأدوية، وإتباع للحمية الغذائية، وممارسة للرياضة والامتثال للإرشادات الطبية، هذا من خلال معتقدات المريض وانفعالاته وطريقة تقبله وإدراكه لمرضه، وهو ما يقودنا إلى عوامل أخرى تتعلق بطبيعة المرض في حد ذاته وهو ما سنوضحه في العنصر القادم.

2.3 العوامل المتعلقة بالمرض: تؤثر طبيعة المرض على الالتزام الصحي لدى المرضى بطرق مختلفة، فقد يزيد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حسب طبيعة المرض ودرجة خطورته التي يتصورها المريض، وكيف يعيشها، فمن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض:

- إزمان المرض.
- عدم وجود أعراض واضحة.
- أعراض ثابتة يمكن الاعتماد عليها.
- عدم وجود خطورة للمرض كما يحسها المريض بشكل ذاتي.

إذ أن تشخيص الإصابة بالمرض، وما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الداخلية والخارجية للفرد فحسب، فهذا التغير بحكم المرض، وما يفرضه من اختلال على الوظائف البيولوجية، وما ينجر عنها من آثار نفسية لا يكون تغييرا إراديا من قبل المريض، وحسب الباحثة شنأيدر (2005) **Schneider** فإن أسباب عدم الالتزام الصحي بسبب المرض يكون نتيجة:
. عدم ظهور الأعراض أو استمرارها.
. تحسن الحالة الصحية للمريض (دون شفاؤه التام).

كما يتأثر الالتزام الصحي بمعاونة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعوق الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة الأخرى، فتصبح مسألة الالتزام الصحي تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاؤه ويجول دون تحسن حالته الصحية، وهنا يطرح في هذا السياق مسألة الخضوع المطول للعلاج، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب، بل تتعداها 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) ولاشك في أن طبيعة المرض وكيفية إدراكه من قبل المريض ومن المجتمع الذي يعيش فيه تؤثر في مدى التزام المريض بالخطة العلاجية الموضوعية، فلكل مرض علاجه الخاص ومدته، وأثاره الجانبية، وهو ما يقودنا حتما إلى الحديث عن العوامل المتعلقة بالعلاج والتي تؤثر على الالتزام الصحي للمريض في العنصر التالي.

3.3. العوامل المرتبطة بالسيروورة العلاجية (أو بالعلاج): لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف، وهذا من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج، وتعقيداته، وفعاليتها، والأعراض الجانبية الناتجة عنه.. (Fisher, 2002, opcit :P237) وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية، ومدى تقبل المريض لها ومدى امتثاله، ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

1.3.3. المعرفة المرتبطة بالعلاج: إن المعرفة المرتبطة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، أو وجود تفاعلات بين العلاج والأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد من الالتزام العلاجي وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية (Bauer . C , 2001, p16)

2.3.3. تعقيدات النظام العلاجي: تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الالتزام الصحي سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراسات أن عدم الالتزام يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد، و25% عندما يفوق خمسة أدوية. (J. de Blic , 2007, p422) ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الالتزام والامتثال للعلاج صعبا لكون مدة العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة بالنسبة لبعض.

3.3.3. الاستشفاء: عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى في حالة قلق حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، حيث يخضع المريض لفحوصات تبدو غريبة له وغالبا ما يشعر هذا المريض بأنه محجوز في غرفته، وعليه التكيف مع الوضع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب مما كان تصوره وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لا سيما القلق والكآبة كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق والكوابيس

وانعدام التركيز بصفة عامة. (شيلي تايلور ، 2008)، وبالرغم من هذا نجد أنّ المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض التزامهم الصحي ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية، والحمية الغذائية إذ يؤكد هيدباغ (Heedeberg)، أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد فترة الاستشفاء، ويضيف كريس (Kruse) في دراسة على 300 مريض مكثوا بالمستشفى، أن 51% منهم غيروا علاجهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و48% التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من خروجهم من المستشفى، في حين قدرت نسبة التغييرات التي يحدثها المرضى على علاجهم بـ 30% بعد انتهاء نفس الفترة، وترتفع نسبة الالتزام خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة (Bauer et tessier, 2001, opcit : P16)

4.3.3. تحسن الأعراض: في هذا الصدد يرى بايدا وآخرون (Bayada et al) أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض، وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه، ويؤكد كوليس وآخرون (colis et al (2008) في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي 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 العلاج، ونقص التزامه، ومن جهة أخرى فإن تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرضى إلى توقيف العلاج وعدم الانصياع والامتنال لتعليمات الطبيب، وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج.

5.3.3. الآثار الجانبية للعلاج: كثيرا ما تكون الآثار الجانبية 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، في دراسة قام بها تورات وتيرجيس (Tourette et Turgis) سنة 2000 عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج شكلت عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم، كما أثبتت دراسة قام بها ليفنتال (Leventhal) عام 1986 لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ، ومما سبق تتضح أهمية العوامل المتعلقة بالمرض في تحديد مدى التزام المرضى، فمعرفة المريض بطبيعة علاج مرضه، من حيث الأهداف، وخطورة الانقطاع مدة البقاء بالمستشفى، والآثار الجانبية غير المرغوبة كلها عوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند دراسة موضوع التزام المرضى.

4.3. العوامل الاجتماعية والاقتصادية: إنّ الوضع الاجتماعي، والاقتصادي، وكذلك المستوى التعليمي، والدخل كلها عوامل تؤثر على الالتزام الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما إيجابية في التزامه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي (Aurélie Gauchet, 2008, pp36-42) ولا تتوقف المساندة على دعم العائلة 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 عدم امتلاك التأمين الصحي يجعل مستوى الالتزام الصحي ينخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية، والاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحديا أكبر في تحقيق الالتزام الصحي الجيد، على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع.

5.3. العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض: يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب، إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة، حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول

تدني التغذية الراجعة، واستخدام مصطلحات علمية معقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة.

لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي وجودته لا تتركز في كثير من الأحيان على مقومات موضوعية، وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المريض بالأمور الطبية، ومعايير الكفاءة وبالتالي عدم امتلاكهم ما يكفي من المعلومات، أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا.

كما أنه من أسباب عدم الالتزام الصحي لدى المرضى، ورفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد أنه 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 12 ثانية من كلام المريض يقاطعه الطبيب. (شيلي تابلور ، 2008).

وفي تقرير المنظمة العالمية للصحة (WHO 2003) أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج، والتي من شأنها أن تعزز عملية الامتثال للعلاج عند المريض وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض، حول اختيار الحمية الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة، إذن فالعلاقة طبيب /مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الالتزام الصحي خاصة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء التفاوضي، وإشراك المريض في الخطة العلاجية، وشرح المرض وأعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه، ومضاعفاته مما يجعل منه فرداً أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول، وهو ما يرفع من درجة الالتزام الصحي لديه وهو ما يقود في نهاية المطاف إلى تجنب النتائج السلبية لعدم الالتزام على الصعيد الاقتصادي والطبي وهو ما سنناقشه في العنصر التالي.

4- نتائج عدم الالتزام:

تتمثل أهمية الالتزام الصحي في ارتباطها مباشرة بنتائج العلاج، فعدم الالتزام يخلف مخاطر صحية واقتصادية، سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة، ولا يتعلّق بالفرد وحده بل يتعداه إلى العائلة، المجتمع، النظام القائم على الرعاية، وحتى إلى الدولة بصفة عامة. وسنوضح نتائج عدم الالتزام الصحي على المستوى الاقتصادي والطبي فيما يلي:

1.4. النتائج الاقتصادية: تنخفض فعالية الرعاية الصحية بسبب عدم الالتزام، حيث يتم إهدار المال على الأدوية غير المستخدمة أو غيرها من العلاجات التي لا يتم إتباعها. كما يزيد عدم الالتزام أيضاً من الفحوصات التي لا لزوم لها، ويرفع من عدد الزيارات إلى غرف الطوارئ والاستشفاء فعلى سبيل المثال: تقدر التكاليف المرتبطة بأمراض الالتهابات المقاومة للأدوية ما بين 100 و200 مليون دولار سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية (Michael A, 1999, p14) وتقدر تكلفة عدم الالتزام في الولايات المتحدة الأمريكية (بما في ذلك المرضى الكبار والأطفال) بمئات الملايين من الدولارات سنوياً، وتتعلق التكلفة الناتجة عن عدم الالتزام لدى الراشدين المصابين بأمراض مزمنة، بتضاعف تكاليف العلاج الناجمة عن الاستشفاء وبمدة الاستشفاء والنفقات المتعلقة بالصحة. (Pamala D.Larsen 2009, pp470-471)

وتتنوع التكاليف المرتبطة بعدم الالتزام وتشمل: التكاليف المباشرة: وتشمل ما يلي:

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

❖ **التكاليف غير المباشرة:** وتشمل ما يلي:

- انخفاض الإنتاجية.
- فقدان الأرباح (عندما يتسرب المرضى من نظام الرعاية الصحية)
- الوفاة المبكرة والعجز (Jack. E , Fincham, 1995 : PP11-12)

ومما سبق يتضح أن عدم الالتزام الصحي يكلف الدول ميزانيات إضافية ضخمة تصرف في القطاع الصحي، ناهيك عن الآثار غير المباشرة على اقتصاد هذه الدول نتيجة لانخفاض الإنتاجية، والتغيب عن العمل، وهو ما كان بالإمكان تجنبه من خلال رفع مستويات الالتزام الصحي لدى المرضى خصوصا المصابين منه بأمراض مزمنة.

2.4 . **النتائج الطبية:** يحتمل أن ينجم عن عدم الالتزام آثار صحية خطيرة. ويفيد **بومان (Bauman)** وآخرون سنة 2002م أن المرضى غير الملتزمين بعلاج الربو تتفاقم حالتهم، ارتفاع حالات الاستشفاء لديهم، الغياب عن المدرسة، نقص الأداء، ويقضوا المزيد من الأيام يعانون من سوء التنفس، وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة.

كما أظهرت التجارب حول مضاعفات السكري أن الحفاظ على نسبة معتدلة من السكر في الدم، وذلك بتكثيف العلاج في البداية من شأنه الإبطاء من المضاعفات على المدى البعيد (مثل العمى) وهذا يتطلب مستوى عالي من الالتزام بعلاج السكري. ويرتبط عدم الالتزام بمضاعفات الفيروسات في علاج نقص المناعة بتعقيد الحالة الصحية وتطور المرض، إذ يؤدي عدم الالتزام إلى عجز بيولوجي، ومناعي، ويؤدي إلى مقاومة الدواء وهو ما قد يزيد من خطورة تطور مقاومة الدواء، والتي يحتمل أن تؤدي إلى عدوى مقاومة الفيروس للدواء، وبالتالي الحاجة إلى مراجعة العلاج. كما يمكن أن يؤثر عدم الالتزام الصحي على ما يلي:

- **القرارات السريرية:** يمكن للاختلاف في الالتزام أن يؤثر سلبا في القرارات الطبية. إذا كان الطبيب يجهل مشاكل عدم الالتزام، حيث يمكن أن يرجع فشل العلاج إلى عدم كفاءة الدواء، وبالتالي يقوم الطبيب بوصف أدوية أكثر فعالية بمزيد من الآثار الجانبية كما يمكن أن يتخذ إجراءات أكثر خطورة للحد من عدم نجاح العلاج.

- **التجارب السريرية:** يمكن للالتزام أن يؤثر على التجارب السريرية للعلاجات المستقبلية. ففي تجربة سريرية لمقارنة دواء جديد (مجموعة أ) مع دواء وهمي (مجموعة ب) تتم مطابقة خصائص المرضى، ويوزعون عشوائيا على المجموعتين. إذا كان للمرضى في المجموعة (أ) التزام أقل من الالتزام الأمثل، فإن الفوائد العلاجية والآثار الجانبية للدواء الجديد يمكن أن يساء تقديرها.

(Michael A. Rapoff, 1999, opcit : pp11-12).

ويتضح مما سبق أن لعدم الالتزام الصحي نتائج وخيمة سواء على المستوى الاقتصادي أين يكلف أنظمة الرعاية الصحية مبالغ طائلة تكون عبئا على اقتصاد الدول وكذلك على المستوى الصحي للمرضى أين يكونون عرضة للمضاعفات الخطيرة للأمراض

ولاسيما مرضى السكري الذين يعانون من مضاعفات القلب، اضطرابات الكلى، والبصر، وغيرها من المضاعفات التي يمكن تفاديها أو تأخيرها من خلال الالتزام بالخطط العلاجية الموضوعية، ولهذا سعى العلماء والمتخصصين في ميدان علم النفس إلى محاولة تحليل وتفحص مفهوم الالتزام، وهذا من خلال وضعهم لعدة نماذج نظرية سنتطرق إلى أهمها فيما يلي:

1. تحسين الالتزام الصحي:

من المتفق عليه عالميا أن على المرضى المصابين بأمراض مزمنة الالتزام بالتوصيات الصحية من أجل تعزيز الالتزام بالعلاج، هناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التي يمكن أن توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية، سواء كانت تعليمية تنظيمية أو سلوكية، نذكر منها:

• **تعليم المرضى:** ينبغي أن تشمل التدخلات التعليمية تقييما لمستوى المريض التعليمي، الثقافي وتحديد أهداف محددة. ينبغي أن تقدم المعلومات في أجزاء سهلة، مع معلومات إضافية لتعزيزها في لقاءات لاحقة. كما يجب التركيز على القضايا الرئيسية في إدارة المرض مع تحديد أهم الجوانب اللازمة للحفاظ على الصحة، يعتمد المريض في كثير من الأحيان على أفراد الأسرة لتفسير تفاصيل العلاج في المنزل وقد يشعرون بالحرج إزاء نقص المعرفة الصحية لديهم. لذلك ينبغي إشراك أفراد الأسرة ومن يكون قادرا على مساعدة المريض في الدورات التعليمية مع المريض مع التركيز في العملية التعليمية ليس فقط على المعلومات الخاصة بالمرض، ولكن أيضا على المهارات اللازمة لتسيير العلاج بالإضافة إلى تبسيط نظام العلاج قدر الإمكان.

• **تحسين المعرفة والفهم:** يجب أن تكون الأهداف التربوية أوسع من اكتساب المعرفة وحدها، فالالتزام يعتمد على مشاركة المتعلم وليس فقط الاستماع، والقراءة، واستيعاب المعلومات.

لابد للأطباء من تشجيع المرضى للمشاركة في الرعاية الصحية الخاصة بهم إن نظام الرعاية الذاتية تمكن المرضى من العيش في درجة من الاستقلال الذاتي، والذي قد لا يكون خيارا في نظام العلاج المقنن، حتى عندما يتم تكييفه إلى حد ما. بالإضافة إلى مرونة التعليمات يجب إتاحة بعض الحرية في اتخاذ خيارات مدروسة، مما يعزز الاستقلال وتحسين نوعية الحياة (لكحل رفيقة، 2011)

• **الاستراتيجيات السلوكية لتحسين الالتزام:** تعتبر الاستراتيجيات السلوكية محاولة لتحسين الالتزام مباشرة باستخدام تقنيات مختلفة . ويمكن استخدام هذه الاستراتيجيات منفردة أو مجتمعة، لتحقيق النتائج المرجوة. ويعتقد أن الالتزام يزيد عند المرضى بإشراكهم في تقرير كيفية تنفيذ العلاج الموصوف.

• **تحسين المساندة الاجتماعية:** إن إقحام العائلة والأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الالتزام بالعلاج. اهتمام محيط المريض بأدويته، ومواعيد زيارته للطبيب، وحميته الغذائية يساعد المريض على تقبل العلاج والالتزام به (Julia

Russell2005, pp 122–123)

• **تبسيط العلاج:** من الممكن أن يكون المريض غير قادر على إدارة تعقيدات العلاج الموصوف وبالتالي يجب التفاوض حول تبسيط العلاج أكثر لتحسين الالتزام، وكقاعدة عامة ينبغي تقليل عدد الأدوية وتخفيض عدد الجرعات إلى الحد الأدنى قدر الإمكان.

- **تعزيز استراتيجيات التكيف:** على مقدمي الرعاية الانتباه لما يصدر عن المرضى من استجابات عاطفية التي تتداخل مع تعلم السلوكيات الصحية، إذ ترتبط ظروف القلق، والحрман ولاكتئاب مع مستويات منخفضة من الالتزام. ينبغي أن تفسر هذه الردود العاطفية وعلى المريض أن يتعلم التكيف معها وبالتالي فإن التعديل في نهج العلاج قد يكون أكثر فعالية.
- **تعليم القائمين على الرعاية الصحية:** هناك مبادئ عملية لتحسين العلاقة طبيب/مريض، إذ يمكن للطبيب تعلم مختلف تقنيات الاتصال الخاصة (اللفظية وغير اللفظية) التي يمكن أن تحسن من عملية الاتصال بين المريض والطبيب، كما يمكن تدريب الطبيب لتطوير صفات التعاطف الإصغاء الفعال التواصل غير اللفظي، التشجيع والتفاوض، فنوعية الاتصال بين الطبيب والمريض هي مفتاح الالتزام الصحي. (J. de Blic ,2007,opcit : pp 420-421).

6. الالتزام الصحي لدى مرضى السكري:

تؤكد التوجهات الحديثة في رعاية مرضى السكري على الدور المركزي للعناية الذاتية للمريض ويشير مفهوم العناية الذاتية أن المريض يراقب بشكل نشط، ويستجيب للتغيرات البيئية والبيولوجية من خلال إجراء تعديلات للتكيف مع مختلف جوانب العلاج مرض السكري، وهذا للحفاظ على السيطرة الأيضية الكافية، والتقليل من احتمال حدوث مضاعفات على المدى البعيد، ولقد وصف هانتينان (Hentinen) الالتزام بسلوكيات العناية الذاتية على أنها عملية مرنة نشطة، ومسؤولة من الإدارة الذاتية التي يتبناها المريض من أجل تحقيق الصحة الجيدة وذلك بالتعاون مع الفريق الطبي المعالج، إن سلوكيات العناية الذاتية التي تسهم في تحقيق إدارة مرض السكري بنجاح، تتمثل في المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم، اتباع الحمية الغذائية، التحكم في نسبة الأنسولين عن طريق الحقن أو الحبوب، ممارسة الرياضة بانتظام العناية بالأقدام، الزيارات المنتظمة للأطباء وسلوكيات أخرى كالعناية بالأسنان واختيار الألبسة المناسبة،... إلخ.

ضمن هذه الخلفية من المتطلبات المتعلقة بالمرض، فإن الإلتزام الصحي هو نشاط طوعي يشترك فيه المريض لإدارة مرضه من خلال إتباع البرنامج العلاجي، وتقاسم المسؤولية بينه وبين الفريق الطبي (World Health Organization, 2003,opcit:p72). ومن أجل قياس الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري فقد أجريت العديد من الدراسات التي تناولت كل بعد من أبعاد البرنامج العلاجي الذي يتضمن قياس نسبة السكر في الدم تناول الأدوية، إتباع الحمية الغذائية، ممارسة الرياضة وغيرها من سلوكيات الرعاية الذاتية، وسنعرض النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات فيما يلي:

1.6. الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1): سنستعرض بعض نتائج الدراسات التي أجريت على

مرضى السكري من النمط (1) حسب كل بعد من أبعاد الإلتزام الصحي على حدى كما يلي:

1.1.6. المراقبة المستمرة للسكر في الدم: مدى الإلتزام بالمراقبة المستمرة للسكر في الدم يتفاوت بين مرضى السكري من النمط (1) على نحو واسع، فعلى سبيل المثال في عينة من أطفال مراهقين مصابين بالنمط (1) فإن 26% من هذه العينة التزموا بما هو مطلوب منهم، بينما وصلت النسبة إلى 40% عند البالغين المصابين بالنمط(1)، ونفس النتائج توصلت إليها دراسة فنلندية أجريت على 213 مريضا تتراوح أعمارهم ما بين 17- 65 سنة حيث أن 20% من المشاركين راقبوا نسبة السكر في دمهم كما هو موصى بها، وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة من مرضى السكري من النمط(1) يتراوح متوسط السن لديهم 30 سنة بلغت نسبة الإلتزام 7% فقط.

2.1.6 استخدام حقن الأنسولين: إن الإلتزام باستخدام حقن الأنسولين على نحو صحيح يتفاوت على نحو واسع بين مرضى السكري من النمط(1) ، فقد بلغت نسبة المرضى من المسنين الذين إستخدموا حقن الأنسولين كما هو موصى به 84 %، بينما بلغت النسبة 53% عند الشباب، وفي دراسة أخرى بلغت النسبة 25% فقط لدى المراهقين.

3.1.6 إتباع الحمية الغذائية: نتائج البحث على مدى التزام مرضى السكري من النمط(1) بالحمية الغذائية كانت متناقضة، ففي دراسة أجريت من قبل كرفجال و آخرون **Carvajal et al** في كوبا ودراسة وينغ و آخرون **Wing et al** في الولايات المتحدة الأمريكية، بينت نتائجهما أن ما بين 70 إلى 75% من المشاركين في هاتين الدراستين لا يلتزمون بالحمية الغذائية بينما وجد في دراسة تولجامو وآخرون **Toljamo et al** التي أجريت في فلندا أن الإلتزام بالحمية الغذائية كان مرتفعاً، حيث أن 70 % من المشاركين كانوا يلتزمون بنظام غذائي صحي **(World Health Organization, 2003, opcit:p73)**.

4.1.6 ممارسة الرياضة بانتظام: إن الدراسات التي أجريت لتحديد مدى الإلتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري من النمط(1) نادرة، ففي دراسة أجريت في فلندا على 213 مريضاً وجد 35 % مارسوا التمارين الرياضية مرتين في الأسبوع، و10% مارسوا التمارين الرياضية كل يوم.

2.6 الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط(2): سنورد بعض نتائج الدراسات التي أجريت على مرضى السكري من النمط (2) حسب كل بعد من أبعاد الإلتزام الصحي على حدى كما يلي:

1.2.6 المراقبة المستمرة للجلوكوز في الدم: في دراسة أجريت لتقييم مدى التزام مرضى السكري من النمط(2) بالمراقبة الذاتية للجلوكوز في الدم أجريت في شمال كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 67% ممن شملتهم الدراسة ذكروا أنهم لا يراقبون نسبة الجلوكوز في دمهم كما هو موصى به، ونفس النتائج توصلت إليها دراسة أجريت في الهند، حيث أن 23% فقط من المشاركين أبلغوا عن قيامهم بمراقبة الجلوكوز في الدم كما هو مطلوب منهم من الفريق الطبي.

2.2.6 استخدام الأدوية: في دراسة أجريت على 91 مريضاً بالنمط(2) من السكري وجد أن 75% ممن شملتهم الدراسة أخطأوا في تناول الجرعة اللازمة، والشكل السائد من عدم الإلتزام بتناول الأدوية حسب نفس الدراسة كان بتناول المرضى جرعات أكثر مما هو مطلوب منهم، وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بالتعاون مع الصيدليات وجد أن 15% فقط من مرضى السكري من النمط (2) يسعون للحصول على أدويتهم عند نفاذها في الوقت المناسب.

3.2.6 اتباع الحمية الغذائية: في دراسة أجريت في الهند توصلت إلى أن 37% فقط من مرضى السكري من النمط(2) التزموا بالنظام الغذائي المطلوب، بينما وصلت نسبة الإلتزام بالحمية الغذائية في الولايات المتحدة الأمريكية 52% ، وفي دراسة قام بها وينغ وآخرون **Wing et al** بينت أن مرضى السكري من النمط(2) يخسرون وزناً أقل من أزواجهم غير المصابين.

4.2.6 ممارسة الرياضة بانتظام: سجلت دراسات أجريت في هذا المجال، ففي كندا مثلاً أجريت دراسة على عينة من مرضى السكري من النمط (2) تم اختيارها بطريقة عشوائية، وجد أن 37% فقط من المرضى يمارسون الرياضة، و7% فقط مشتركين في نوادي رياضة، وفي دراسة ثانية أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 26% فقط من المشاركين يتبعون برنامج رياضي.

من خلال العرض السابق يتضح لنا أن مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط(1) والنمط(2) منخفض جداً، وهو ما يدعو إلى دق ناقوس الخطر نظراً لما يسببه عدم التزام مرضى السكري بالبرامج العلاجية من أخطار صحية تهدد حياة المرضى والمتتبع لنتائج الدراسات التي تم عرضها، يلاحظ أن نسب الإلتزام تتفاوت ما بين كل بعد من أبعاد الإلتزام

الصحي، هذا التفاوت في النسب يمكن أن يفسر انطلاقا من عوامل متعددة يمكن أن تؤثر في مدى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري كالسن، الجنس، نوع السكري، تعقيد البرامج العلاجية، وحتى البعد الثقافي يطرح بقوة، ومن هنا وجب إجراء المزيد من الدراسات والبحوث من أجل الوصول إلى تحليلي عميق للعوامل المؤثرة في الالتزام الصحي.

الخاتمة:

من خلال العرض السابق نستنتج أن الالتزام الصحي خاصة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، هو مشكلة صحية تفرض عبئا ثقيلا على عاتق أنظمة الرعاية الصحية لدول العالم، نظرا للتكلفة المالية الباهظة لعدم الالتزام، بالإضافة إلى المضاعفات الخطيرة للأمراض، لهذا أصبح موضوع الالتزام الصحي من أولويات الأنظمة الصحية للبلدان ومجال بحث واسع للباحثين، والمتخصصين في علم النفس، ويمكننا تعريف الالتزام الصحي على أنه مدى توافق سلوكيات المريض مع توصيات الفريق المعالج مثل الالتزام بتناول الأدوية، واتباع الحمية الغذائية، وممارسة الرياضة حيث أن هناك عدة عوامل تؤثر فيه، منها ما هو متعلق بالمرض والمرضى وبالسيرورة العلاجية، وبالحالة الاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى العلاقة التي تربط بين المريض وطبيبه، نظرا للأهمية الإكلينيكية والاقتصادية للالتزام الصحي فقد سعى العلماء لتعزيز الالتزام بالعلاج لدى المرضى من خلال استراتيجيات متنوعة، والتي يمكن أن توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية، مثل زيادة وعي المرضى بمضاعفات المرض وبالعلاجات المتوفرة وتعزيز ثقتهم بالنفس، وبقدراهم على اتباع العلاج وتدريبهم على الرعاية الذاتية وإدارة مرضهم، تبسيط العلاج، وتوعية أسر المرضى ومحيطهم بأهمية المساندة الاجتماعية، وفي الأخير يمكننا القول أن الالتزام الصحي ليس مشكلة يتحمل مسؤوليتها المرضى فقط بل يجب على كامل الفريق المعالج من أطباء، وأخصائيين نفسانيين ونظام الرعاية الصحية، بالإضافة لأسر المرضى، ووسائل الإعلام، بل على المجتمع ككل العمل على رفع مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى لتجنب مضاعفات الأمراض والتقليل من تكاليف الرعاية الصحية، خاصة في حالة مرض السكري نظرا لانتشاره الكبير في المجتمع الجزائري، وهو ما يشكل معضلة صحية تدعو المسؤولين عن المنظومة الصحية لإعادة النظر في الاستراتيجيات الوقائية والعلاجية المتبعة التي أثبتت عدم فعاليتها إلى حد الآن.

قائمة المراجع والهوامش:

- 1- تيموثي.ج.ترول، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي شاكرا طعيمة داوود، عمان، دار الرياض، 2007.
- 2- شيلي تايلور، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وآخرون، عمان، دار حامد، 2008.
- 03- لكحل ريفقة: تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2011..
- Alain Bottéro, La compliance au long cours dans les schizophrénies d'une nécessité à la 04
réalité, neuropsychiatrie, endances et débats, N°17, Paris, 2002.
- Anthony James Curtis, Health Psychology, 2nd Edition, Canada, Routledge, 2001.05
- 06- Aurélie Gauchet, Observance thérapeutique et VIH, enquête sur les facteurs biologiques
et psychosociaux, France, Editions l'Harmattan. 2008.
- 07- Bauer .C, Tessier .S, Observance thérapeutique chez les personnes âgées, Synthèse
documentaire, Paris, 2001.
- 08- Bruce A, Thyer W, Hudson W. :Progress in behavioral social work, journal of Social
Service Research, V°10, N2, USA, Haworth Press. 1987.

- 09-Drouin.D, lobservance un facteur de risque méconnu ,Direction de santé ,Québec.2004.
- David S. Gochman , Handbook of health behavior research :Provider contents, V° 2,New 90
York ,Plenum Press ,1997.
- Fischer .G ,Traité de psychologie de santé , Edition Duno , Paris ,2002. 10
- Gérard Reach , Clinique de l'observance :l'exemple des diabètes , Paris : Editions John 11
Libbey Eurotext.2006.
- 12- J. de Blic, Groupe de Recherche sur les Avancées en Pneumopédiatrie
(GRAPP),Observance thérapeutique chez l'enfant asmatique Recommandations pour la
pratique clinique , Paris ,Elsevier masson.2007.
- 13- Jack E. Fincham, Patient compliance with medications , issues and opportunities , USA ,
Haworth Press.2007.
- 4- Julia Russell, Introduction to psychology for health carers ,United Kingdom ,Nelson 1
Thomes,2005.
- 15- Michael A. Rapoff , Adherence to pediatric medical regimes , New York, Kluwer
Academic/Plenum Publishers,1999.
- 16- Pamala D.Larsen ,llene Morof Lubkin , Chronic illness :impact and intervention, 7th
editions,Unted Kingdom, Jones and Bartlett Publishers,2009.
- 17- Tawfik Ahmed khoga and all, diabetes:the hidden pandemic and its impact on the middle
east and northen Africa. Dubai, Mena Diabetes Leadership Ferom,2010.
- 18-Vermeire E ; Hearnshaw H , Van Royen P;and Denekens J.: Patient adherence to treatment
: three decades of research, A comprehensive review, journal of Clinical Pharmacy
Therapeutics .2001.
- 19- William T. O'donhue, Eric R. Levensky , Promoting treatment adherence : a practical
handbook for health care providers, USA, Sage Publications,2006.
- 20- World Health Organization, Adherence to long-term therapies, evidence for action, World
Health Organization ,Switzerland, 2003.