

(المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وعلاقتها بملاءمتهم العلاجية)

د/ دهبية أيت حمودة

أ.د/ حكيمة أيت حمودة، جامعة الجزائر-2-

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو ومستوى ملاءمتهم العلاجية، كما اهتمت بدراسة الارتباط بينهما. ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة تتكون من 88 مريض بالربو من الجنسين، وتم استخدام مقياسي المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية. وبعد جمع المعطيات وتفريغها تم إجراء المعالجة الإحصائية وتوصلنا إلى أن مستوى المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو متوسطة، ولا توجد علاقة دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية.

الكلمات المفتاحية: المعتقدات الصحية، الملاءمة العلاجية، مرض الربو.

Résume :

Le but de cette présente recherche est de déterminer le niveau des croyances de la santé et de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques, elle vise aussi à étudier la corrélation entre ces deux variables. Pour atteindre ce but notre échantillon est constitué de 88 asthmatiques, et deux échelles d'évaluation des croyances de la santé et de l'observance thérapeutique ont été appliquées. Les résultats montrent que le niveau des croyances de la santé et de l'observance thérapeutique chez les asthmatiques sont moyennes ; Les résultats montrent aussi l'absence de corrélation significatives entre les croyances de la santé et de l'observance thérapeutique.

Mots clés : les croyances de la santé ; l'observance thérapeutique, l'asthme.

1- إشكالية الدراسة:

في الممارسات الميدانية الطبية غالبا ما يواجه الأطباء مشكلات إتباع المريض لنصائحهم وتعليماتهم العلاجية (الملاءمة العلاجية)، فهناك العديد من المرضى لا يمثلون بصفة صحيحة للتعليمات الطبية رغم المجهودات المبذولة من طرف الأطباء (معلومات – حوار) سواء تعلق الأمر بمرضى مصابين بأمراض حادة (Aigues) أو بأمراض مزمنة (Assal, 1996, p2).

وهذا ما دفع بالعديد من الباحثين أمثال كولب وآخرون (Kolbe et al, 1996, p 1463) التساؤل لماذا لا يمثل المرضى للتعليمات والنصائح الطبية المقدمة لهم (عدم الملاءمة العلاجية) مع علمهم ومعرفتهم بالأخطار التي يمكن أن يتعرضوا إذا استمروا في عدم إمتثالهم الطبي؟ ويضيف بأن الكثير من المرضى نجدهم يستهترون ويضعون حياتهم في خطر قد يصل إلى حد الموت.

يصرح بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001, p470) أن كثيرا ما يواجه الأطباء المختصون بالتكفل العلاجي بمرضى الربو مشكلات الملاءمة العلاجية، حيث لاحظوا عدم إلتزام المرضى الربويين بالتعليمات والنصائح الطبية المقدمة من قبل المعالج. ويضيف دوتواولاوود (Dutau&Lavaud, 2016, p5) أن حوالي 50 % من المرضى الربويين (راشدين وأطفال) لا يأخذون أدويتهم كما وصفها الطبيب، وهذه الملاءمة العلاجية السيئة أدت إلى ضبط سيء للمرض وظهور الأعراض.

على العموم، أظهرت العديد من الدراسات أن مريض الربو يتميز بمستوى ملاءمة علاجية منخفضة نظرا لكونه يمارس سلوكيات لا صحية كالإستعمال السيء للأدوية، عدم الإلتزام في أخذ الدواء أو عدم تناوله أو نسيانه... إلخ. أوضحت نتائج دراسة بيكسادو وآخرون (Piscado et al, 1989, p 232) (دراسة تتبعية مستقبلية إسبانية) تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو مع حدوث حالات وفاة وحالات أخرى أخضعت للعلاج السيكاتري. كما أظهرت دراسة تتبعية أمريكية قام بها كوتس وآخرون (Coutts et al, 1992, p 332) أن نسبة 55 % من مرضى الربو تميزوا بتدني مستوى الملاءمة العلاجية والتي تجلت في زيادة تناول جرعات اليومية للدواء.

وفي نفس السياق، تؤكد العديد من الدراسات أن تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو من خلال عدم الإلتزام بالعلاج المقترح والمواعيد الطبية المبرمجة يزيد من عدد الاستشارات الطبية وحالات الاستشفاء وتفاقم حدة المرض التي قد تهدد حياة المريض. فقد أوضحت دراسة ستروديو وآخرون (Strudy et al, 2002)

على عينة قوامها 533 مريض بالربو في بريطانيا، بأن هناك ارتباطاً لتدني الملاءمة العلاجية بخطر الموت لدى مرضى الربو (Strudy et al, 2002, p 1034).

كما أظهرت دراسة ريا وآخرون (Rea et al, 1986) على عينة قوامها 121 مريض بنيوزيلاندا حيث سجلت 23 حالة وفاة نتيجة تدني مستوى الملاءمة العلاجية (مستوى منخفض)، كما سجلت 8 حالات إلى 16 حالة تعرضت إلى الإستشفاء (Rea et al, 1986, p 833).

ونظراً لتعدد الحالات الصحية وبروز مضاعفات المرض التي قد تهدد صحة المريض وتعرضه لخطر الموت، دفع العديد من الباحثين إلى الإهتمام بسلوك الملاءمة العلاجية والأسباب الكامنة وراء نجاحاً أو فشل بعض المرضى في تبني هذا السلوك.

ويشير رايسون (Raheison, 2006, p145 - 146) بأن للمعتقدات التي يحملها مريض الربو حول مرضه، وإدراكه لأعراضه ووجهة نظره وتوقعاته تجاه تكفله العلاجي من العوامل المهمة لفهم سلوك الملاءمة العلاجية.

لذلك تلعب المعتقدات الصحية دوراً مهماً وأساسياً عند دراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى المزمنين، وهي تمثل عامل من بين العديد من العوامل التي تتدخل في نجاح أو فشل التكفل العلاجي لمريض الربو.

ويضيف بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001, p476) لابد من الكشف عن المعتقدات الصحية وحصرها لدى المريض لأن ذلك يساعد على الملاءمة العلاجية الجيدة، كما أن تجاهلها لدى مريض الربو يؤدي إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية مما يؤدي بدوره إلى فشل التكفل العلاجي لمريض الربو.

وفي نفس السياق، أوضحت نتائج دراسة كل من هورمووينمان (Horme et Weinman, 2002) على عينة قوامها 100 مريض بالربو، بأن تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، ارتبطت بعدم ثقة بفعالية الدواء والعلاج وكذلك بالمعتقدات الخاطئة حول المرض ومضاعفاته (In Ogden, 2004, p 70).

كما أوضحت دراسة ماير وآخرون (Meyer et al, 2001, p 351) بأن مرضى الربو الذين كان مستوى معلوماتهم ومعارفهم (المعتقدات الصحية) حول مرض الربو منخفض تميزوا بنوعية حياة سيئة.

ويضيف شامبرز وآخرون (Chambers et al, 1999) من خلال دراسة أجراها على عينة قوامها 394 مريض بالربو. توصلت إلى أن المعتقدات الصحية للمرضى تجاه مرضهم (مثل الربو مشكلة صحية خطيرة) تؤثر إيجابياً أو سلباً على مستوى الملاءمة العلاجية (Chambers et al, 1999, p 90).

ونظرا لأهمية هذه المعتقدات الصحية في فهم سلوك الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، أشارت باولا كرينر وآخرون (Paula Kriner et al, 2003) أن مرضى الربو بحاجة إلى التربية الصحية والتثقيف الصحي سواء تعلق الأمر في الإستعمال الصحيح للدواء أو في تبني سلوك صحي (Kriner et al, 2003, p98-99).

ففي دراسة أجراها جيفارا وآخرون (Guevara et al, 2003) "لمعرفة آثار التربية الصحية في الإدارة الذاتية لمرض الربو"، لدى عينة قوامها 3706 مريض بالربو من الأطفال والمراهقين تراوحت أعمارهم بين 2-18 سنة. أسفرت نتائجها أن البرامج التربوية الصحية المقدمة ساهمت في تحسين الوظيفة التنفسية، وخفض نسبة الغياب المدرسي، وخفض الزيارات الإستعجالية وخفض تكرار الإستقاظ الليلي (In Vervloet et Rolland, 2005, p 16).

كما أسفرت نتائج دراسة جيبسون وآخرون (Gibson et al, 2002) بأن التربية العلاجية ساعدت على الإدارة الذاتية للربو لدى مرضى الراشدين من خلال تقليص دال لحالات الإستشفاء، وللزيارات الإستعجالية وللزيارات غير المبرمجة لدى الطبيب وللغياب عن العمل وتحسن دال في نوعية الحياة (Gibson et al, 2002, p3). وعليه، يساعد التثقيف الصحي وتنمية المعتقدات الصحية من خلال التربية العلاجية على تحسين مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو هذا من جهة.

نستخلص مما تقدم أن الملاءمة العلاجية (الجيدة أو السيئة) تشكل وتعتبر مسألة دقيقة ومعقدة في الأمراض المزمنة، وبالأخص في مرض الربو. كما لوحظ ارتباط مستوى الملاءمة العلاجية بالعديد من العوامل منها المعتقدات الصحية. ومن خلال العرض السابق، يمكن طرح التساؤل الأساسي للدراسة الحالية: ما مستوى المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو؟ وهل توجد علاقة بينهما؟. ويتفرع من التساؤل الأساسي للدراسة الحالية التساؤلات الفرعية التالية:

- 1- ما هو مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو؟.
- 2- ما هو مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو؟.
- 3- هل توجد علاقة بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو؟.
- 2- فرضيات الدراسة: من خلال ما تقدم من مقترح الفرضيات التالية:
- 1- مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو منخفضة.

2- مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو منخفضة.

3- توجد علاقة موجبة بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

3- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

1- تحديد مستوى المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

2- دراسة طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

4- المفاهيم الأساسية للدراسة:

4-1 مفهوم المعتقدات الصحية:

عرفت شيليتايلور (2008) المعتقدات الصحية: "بأنها تنبؤ بممارسة الفرد، لعادة صحية معينة وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها وجود تهديد صحي ما، ويدرك أن ممارسة صحية معينة تكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد" (تايلور، 2008، ص 888). وتعرف إجرائيا في الدراسة الحالية من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس نموذج المعتقدات الصحية (the Health Beliefs Model Questionnaire) لـ Miguel Perpiñá Tordera وآخرون سنة 2009.

4-2 مفهوم الملاءمة العلاجية:

يعرفها (p01Tourette-turgis, 2005): "أن مصطلح الملاءمة العلاجية يرتبط بقدرات الفرد في أخذ أدويته حسب الوصفة المقدمة، وهذه القدرات تتأثر إيجابيا أو سلبيا بعوامل إنفعالية، إجتماعية، سلوكية التي تتفاعل مع بعضها البعض".

ويعرف إجرائيا في الدراسة الحالية من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس الملاءمة العلاجية لـ Véronique Chateaux سنة 2005.

4-3 مفهوم الربو:

تعرف GINA (2010) على أنه: "التهاب مزمن في المسالك الهوائية مصحوبا بزيادة في توتر الشعب الهوائية وتقلصها والتهابها المتكرر مع تهتك في الغشاء المخاطي المبطن للشعب الهوائية، تحدث هذه التغيرات نتيجة

للمؤثرات المناعية وغير المناعية التي تجعل المسالك الهوائية تضيق، مما يخفض كمية الهواء الذي يجرى فيها ويجعل الشخص يعاني من ضيق في التنفس و/ أو من الصفير" (Gina, 2010, p15).

5- الدراسة الميدانية:

1-5- منهج الدراسة:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي، ويعرف المنهج الوصفي بأنه: "مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتماداً على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها، وتحليلها تحليلًا كافيًا ودقيقًا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث" (الرشدي، 2000، ص59).

2-5- العينة وخصائصها:

اعتمدنا في اختيار أفراد العينة على أسلوبين غير عشوائيينهما طريقة العينة القصدية وعينة كرة الثلج (Snowball Sampling) أو (التراكمي)، وعلى أساسها تم إختيار 88 مريض مصاب بداء الربو من الجنسين، يبلغ متوسط أعمارهم 28.44 وبانحراف المعياري قدره 8.59. ويمكن حصر أهم خصائص العينة في ما يلي:

جدول رقم (01): خصائص العينة

النسبة %	العدد	خصائص العينة	
36.36	32	الذكور	الجنس
63.64	56	الإناث	
100	88	المجموع	
32.95	29	22-18	
21.59	19	27-23	
10.23	9	32-28	

السن	37-33	5	5.68
	38 فأكثر	26	29.55
	المجموع	88	100

يوضح الجدول رقم (1) ما يلي:

* أنغالبية أفراد العينة هم من الإناث بنسبة 63.64%، ثم الذكور بنسبة 36.36%.

* غالبية أفراد العينة يتمركزون في الفئة العمرية بين 18-22 سنة بنسبة 32.95%، ونسبة 29.55% فئة العمرية 38 فأكثر، ثم تليها الفئة العمرية بين 23-27 سنة بنسبة 21.59%، ثم تليها الفئة العمرية بين 28-32 سنة بنسبة 10.23%، وأخيرا الفئة العمرية بين 33-37 سنة بنسبة قدرت بـ 5.68%.

3-5- أدوات الدراسة:

1-3-5 مقياس المعتقدات الصحية:

اعتمدت الباحثتان في الدراسة الحالية على مقياس الذي وضعه كل من توديرا وآخرون (Tordera et al, 2009) (نسخة الأسبانية)، المستوحى من مقياس المعتقدات الصحية العام لمنظمة الصحة العالمية وهذا مقياس بنية لقياس المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو حول مرضهم. يحتوي المقياس على 19 بند. وتتم الإجابة وفق الاختيارات الخمس على البنود: موافق تماما (05)، موافق (04)، غير متأكد (03)، غير موافق (02)، غير موافق تماما (01).

2-3-5 الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية في البيئة الجزائرية:

* صدق الاتساق الداخلي: تم حساب صدق الاستبيان على عينة قوامها 39 مريض مصاب بالربو، بالاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي، وذلك حسب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للاستبيان بأبعاده الستة، وبين الدرجة الكلية للمقياس، أسفرت النتائج على معاملات ارتباط تتراوح بين 0.41 – 0.73 ، وتشير إلى صدق المقياس.

* الثبات: تم التأكد من مقياس المعتقدات الصحية عن طريق حساب قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ والتي بلغت قيمته 0.66 وتشير إلى ثبات المقياس..

2-3-5 مقياس الملاءمة العلاجية:

اعتمدت الباحثتان في الدراسة الحالية على المقياس الذي وضعته Véronique Chateaux لقياس سلوك الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، يحتوي المقياس على 25 بند. وتتم الإجابة وفق الاختيارات الخمس على البنود: أبدا (1)، نادرا (2)، أحيانا (3)، غالبا (4)، بانتظام (5) (Chateaux, 2005, p118).

2-3-5 الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

* صدق الاتساق الداخلي: تم حساب صدق الاستبيان على عينة قوامها 39 مريض مصاب بالربو، بالاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي، وذلك حسب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للاستبيان وأبعاده الأربعة، وبين الدرجة الكلية للمقياس، أسفرت النتائج على معاملات ارتباط تتراوح بين $0.62 - 0.94$ ، وتشير إلى صدق المقياس.

* الثبات: تم التأكد من مقياس المعتقدات الصحية عن طريق حساب قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ والتي بلغت قيمته 0.78 وتشير إلى ثبات المقياس..

4-5 عرض ومناقشة النتائج:

1-4-5 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى للدراسة الحالية على ما يلي: "مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو منخفضة". لدراسة هذه الفرضية استخدمت الباحثتان اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسط الافتراضي (الربيعي الأدنى = 50) ومتوسط العينة، واختبار (χ^2) لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة). وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول رقم (02): يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط المعتقدات الصحية بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة

المعتقدات الصحية	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة (ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) الجدولة	الدلالة الاحصائية
	88	38	67.09	7.88	34.60	87	2.61	دال عند 0.01

يتبين من نتائج الجدول رقم (02)، ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط المعتقدات الصحية بين المتوسط الافتراضي (المتوسط النظري = الربيعي الأدنى = 38) و متوسط العينة، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (34.60) أكبر من قيمة (ت) الجدولة والمساوية (2.61)، كما أن متوسط العينة (67.09) جاء أكبر من المتوسط الافتراضي (38)، وهذا يعني أن متوسط مستويات المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو (عينة الدراسة الحالية) يفوق المتوسط الافتراضي.

جدول رقم (03): يبين نتائج تطبيق اختبار كا² لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات المعتقدات الصحية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة) لدى مرضى الربو.

مستوى المعتقدات الصحية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا ² المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا ² الجدولة	الدلالة الاحصائية
منخفضة	01	1.14%	117.56	2	9.21	دال عند α 0.01
متوسطة	77	87.50%				
مرتفعة	10	11.36%				
المجموع	88	100%				

كما يتبين من تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات المعتقدات الصحية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند 0.01 ، حيث أن قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (117.56) أكبر من قيمة كا2 المجدولة والمساوية (9.21)، وهذا يعني أن نسبة مرضى الربو ذوي مستوى متوسط في المعتقدات الصحية (87.50%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في المعتقدات الصحية (1.14%). وعليه نرفض فرضية الدراسة الأولوكجواب لها يمكن القول: "مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو متوسط".

وحسب ألون (Aloin) إن الإدراكات الشخصية ونظم المعتقدات تؤثر في سلوك الملاءمة العلاجية، لذلك من المهم أن يفهم المريض مرضه، لأن تدني مستوى الملاءمة العلاجية قد تعزى لعدم فهم مريض الربو لمرضه أو لما قاله الطبيب ولم يستوعب مختلف الشروحات المقدمة له فيما يتعلق بعلاجه.

كما يضيف بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001) بأن المعتقدات الصحية تعتبر من العوامل الهامة التي لا بد من حصرها والكشف عنها، مما يساعد على الحصول على ملاءمة علاجية جيدة وأفضل. كما أن تجاهلها لدى مرضى الربو، تؤدي إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية مما يؤدي بدوره إلى فشل التكفل العلاجي للمريض (Boutry et al, 2001, p476).

وفي نفس هذا الإطار، تشير كوسون-جولي وآخرون (Cousson-geli et al, 1998) يتضح أن لمريض الربو وعائلته لديهم معتقدات وتصورات حول نشأة المرض الربو، تطوره، وعلاجه. وتتجلى هذه المعتقدات في تصريحات المرضى مثل: "أنا مصاب بالربو بسبب التلوث" أو "إن أدوية الكورتيكويد مضرّة بالصحة"، و"يشفى مرض الربو تلقائياً عند البلوغ". وفي حين هناك مرضى لا يصرحون بمعتقداتهم (Cousson-geli et al, 1998, p 513).

ويفسر أنجل وآخرون (Engel et al, 1973) أن لكل فرد منا يلجأ عند تعرضه لموقف ما إلى معلوماته الداخلية أي إلى تصورات ومعتقداته التي يمتلكها مسبقاً تجاه هذا الموقف. وفي مجال الإصابة بمرض الربو، يتضح أن للمعتقدات دور هام في علاج مرضى الربو، ذلك أن الربوي قبل أن يطبق تعليمات الطبيب بخصوص أخذ الدواء، تعديل أسلوب حياته،... إلخ تراوده أفكار ومعلومات وتصورات (المعتقدات) حول العلاج الذي تم وصفه له، وهنا تتدخل معتقداته حول صحته عموماً والتي تؤثر بدورها على سلوك الملاءمة العلاجية (In Boutry et al, 2001, p472).

يشير بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001) بأن المعتقدات الصحية لمرضى الربو وعائلاتهم تؤثر على كل من:

- 1- إتجاهاته نحو الطب (مثل لا أثق بالعلاج بالكورتيكويد لأنه يضر بالصحة).
- 2- أحكامه (مثل أخاف من إستعمال الكورتيكويد، وأرى أنها غير فعالة مع مرض إبني).
- 3- السلوكات (مثل لا أعطي صغيري المريض بالربو علاجه لأنه دواء كورتيكويد) (Boutry et al, 2001, p472).

ويتضح من خلال ما تقدم أهمية تدعيم المعتقدات الصحية لدى مريض الربو، وتعتبر التربية العلاجية والتثقيف الصحي من أفضل التقنيات لتحقيق هذا الهدف، فقد أوضح رايسون (Raheison, 2006, p145) في دراسته حول مكانة وأهمية التربية العلاجية في الربو الحاد، بأن هناك العديد من العوامل التي تتعلق بالمرض وتتدخل بصفة متشابكة ومعقدة في التربية العلاجية منها: التصورات والمعتقدات التي يحملها المريض حول مرض، إدراكه لأعراضه، وجهة نظره وتوقعاته تجاه تكلفة علاجه.

2-4-5 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية للدراسة الحالية على ما يلي: "مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو منخفضة". لدراسة هذه الفرضية استخدمت الباحثتان اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسط الافتراضي (الربيعي الأدنى = 50) ومتوسط العينة، واختبار (كا²) لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة). وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول رقم (04): يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة.

الملاءمة العلاجية	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	المتوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة (ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	الدلالة الاحصائية
	88	50	76.66	15.14	16.51	87	2.61	دال عند 0.01

ويوضح الجدول التالي نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة).

يتبين من نتائج الجدول رقم (04)، ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الملاءمة العلاجية بين المتوسط الافتراضي (المتوسط النظري= الربيعي الأدنى) ومتوسط العينة، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (16.51) أكبر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (2.61)، حيث أن متوسط العينة (76.66) أكبر من المتوسط الافتراضي (50)، وهذا يعني أن متوسط مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تفوق المتوسط الافتراضي.

جدول رقم (05) : يبين نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)

المدرء	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا2 المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا2 المجدولة	الدلالة الاحصائية
منخفضة	07	%03.97	131.88	2	9.21	دال عند 0.01
متوسطة	80	%94.40				
مرتفعة	01	%01.63				
المجموع	88	%100				

كما يتبين من الجدول (05) ومن تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في التكرارات بين مستويات الملاءمة العلاجية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند 0.01 ، حيث أن قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (131.88) أكبر من قيمة كا2 المجدولة والمساوية (9.21)، وهذا يعني أن نسبة مرضى الربو ذوي مستوى متوسط في الملاءمة العلاجية (%94.40) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى منخفض في الملاءمة العلاجية (%3.97). وعليه نرفض فرضية الدراسة الثانية وكجواب لها يمكن القول: "مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو متوسط".

لا تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة حول مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو. فقد أظهرت بعض الدراسات أن مريض الربو يتميز بمستوى ملاءمة علاجية ضعيفة، نظرا لكونه يمارس سلوكيات لا صحية كالإستعمال السيء للأدوية، عدم الإنتظام في أخذ الدواء، أو عدم تناوله ونسيانه،... إلخ. لهذا يبقى قياس الملاءمة العلاجية حقا حيويا في مرض الربو، لأن الأبحاث التي أجريت في هذا المجال والطرق المنهجية المتبعة أسفرت على نتائج غير مرضية وبعضها جاء متناقض (ANAES, 2002, p24).

ويضيف باندر (Bender, 2003) بأن الدراسات التي إهتمت بدراسة الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو تنتهي غالبا كما بدأت، وهذا راجع لصعوبة تقدير وقياس الملاءمة العلاجية لدى هذه الفئة المرضية (Bender, 2003, p 936). ففي دراسة أجراها بريديت- باردو (Perrudet- Badoux, 1985) على عينة قوامها 25 مريض راشد يعاني من الربو من أوساط إجتماعية- إقتصادية مختلفة، يعانون من هذا المرض منذ أكثر من 5 سنوات. أسفرت نتائج هذه الدراسة أن 80% من الحالات (25/20) تؤكد إلتزامها للعلاج الذي إقترحه الطبيب من خلال تحليل نتائج إستبيان التقدير الذاتي، في حين أسفرت نتائج المقابلة نصف الموجهة مع نفس الحالات، إتضح أن نسبة 84% (من حالات) يصرحوا بعدم الإلتزام بالنصائح والتعليمات الطبية، حيث صرحت 6 حالات زيادة تناول الدواء (جرعة أكثر) و15 منهم يصرحون يتناول جرعات أقل نسبيا مما موصوف من طرف الطبيب المعالج. ويتضح من نتائج هذه الدراسة (بإستخدام إستبيان التقدير الذاتي- المقابلة نصف الموجهة) وجود تناقض حول تبني سلوك الملاءمة العلاجية من عدمها لدى عينة الدراسة (In Blanc, 2007, p 43).

وفي السياق نفسه، أوضحت دراسة تتبعية مستقبلية (بإسبانيا) قام بها بيسكادو وآخرون (Piscado et al, 1989) على عينة قوامها 49 مريض بالربو، إمتدت الدراسة بين 23 أسبوعا إلى 10 سنوات. أسفرت نتائجها تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو مع حدوث حالات وفاة وأخرى خضعت للعلاج السيكاتري (Piscado et al, 1989, p 232).

كما توصلت دراسة دايتت وآخرون (Diette et al, 1999) بالولايات المتحدة الأمريكية، هي دراسة تتبعية عرضية على عينة قوامها 6612 مريض بالربو يتابعون علاجا بالكورتيكوييد المستنشق. أسفرت نتائجها نسبة تقدر بـ 15،8% من مرضى الربو المعتدل إلى الربو الحاد يستعملون الكورتيكوييد المستنشق بشكل مفرط (إستعمال أكثر من 8 نفخات بالبخاخة)، بينما سجلت نسبة تقدر بـ 64% من الحالات تميزت بإنخفاض إستعمال هذا الدواء (إنقاص الجرعة). يتضح من هذه الدراسة تدني مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو سواء

بالإفراط في تناول الدواء أو الإنقاص من إستعماله مقارنة بتعليمات الطبيب المعالج (Diette et al, 1999, p 697).

من خلال عرض نتائج الدراسات السابقة حول مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو إتفقت غالبيتها على تدني مستواها، وهذا ما لم يتفق مع الدراسة الحالية حيث أن 94،40% من أفراد عينة البحث الحالي أظهروا من خلال إجاباتهم على مقياس الملاءمة العلاجية أن مستوى ملاءمتهم العلاجية كان في المتوسط مقابل نسبة ضعيفة قدرت بـ 3،97% تميزوا بتدني الملاءمة العلاجية.

وإتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية (OMS, 2003) أن قرابة 50% فقط من المرضى المزمنين في البلدان النامية والمتطورة يلتزمون ويمثلون لعلاجهم الطبي مقابل نسبة تتراوح ما بين 50-55% من المرضى الذين لا يلتزمون بعلاجهم (تدني مستوى الملاءمة العلاجية) (OMS, 2003, p 24).

3-4-5 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة للدراسة الحالية على ما يلي: "توجد علاقة موجبة بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو"، لدراسة هذه الفرضية استخدمت الباحثتان بحساب قيمة معامل الارتباط لبيرسون وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول رقم (06): معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو:

المتغيرات	معامل الارتباط	الدالة الاحصائية
المعتقدات الصحية / الملاءمة العلاجية	0,21	غير دالة عند $\alpha 0.05$

يتضح من الجدول رقم (06) عدم وجود علاقة دالة احصائية (0.05) بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

وعليه نرفض الفرضية الثالثة للدراسة الحالية ويمكن القول: "لا توجد علاقة دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو".

ولم تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة حيث أكدت أن من بين عوامل تدني الملاءمة العلاجية نجد العوامل المعرفية وبالأخص المعتقدات الصحية التي تلعب دوراً مهماً في تدني أو تحسين مستواها لدى مرضى المزمنين وبالأخص مرضى الربو. والتي عرفت شيليتايلور (2008): "بأنها تنبئ بممارسة الفرد، لعادة صحية معينة وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها وجود تهديد صحي ما، ويدرك أن ممارسة صحية معينة تكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد" (تايلور، 2008، ص 888).

أجرت كل من كرينر وآخرون (Kriner et al, 2003) بدراسة اهتمت بفحص دور كل من المعتقدات والاتجاهات والممارسات اتجاه مرض الربو لدى عينة من الراشدين المصابين بالمرض (بكاليفورنيا). أسفرت نتائجها على أن المرضى الربويين بحاجة إلى التربية الصحية والتثقيف الصحي (الإستعمال الصحيح للدواء، تبني سلوك صحي) بهدف تحسين جودة الحياة لديهم وتمديد العمر لديهم. كما أوضحت الدراسة أن هناك مجموعة من العوامل تزيد من نسبة الإستشفاء لمرضى الربو نقص المعلومات (محدودة) لدى المرضى حول مرضهم وعدم فهم سيرورته. بالإضافة إلى الفقر، نقص التأمين الصحي (Kriner et al, 2003, p98-99).

في حين توصلت دراسة فان جرانس-فان وآخرون (Van Gruns-ven et al, 2000) التي أجريت على عينة قوامها 29 مريض بالربو، لمدة سنتين على النتائج التالية: ملاءمة علاجية جيدة: إقتناع المريض بفعالية العلاج. وأنه لا يوجد ارتباط بين الملاءمة العلاجية ومعتقدات المريض تجاه الآثار الجانبية للدواء (Van Gruns-ven, 2000, p 225).

أوضحت دراسة هورن وواينمان (Horne et Weinman, 2002) التي أجريت على عينة قوامها 100 مريض بالربو، بأن عدم الملاءمة العلاجية وتدنيها لدى مرضى الربو يرتبط بالشك وعدم الثقة بفعالية الدواء والعلاج وكذلك بالمعتقدات الخاطئة حول المرض ومضاعفاته (In Ogden, 2004, p 70).

وفي السياق نفسه، أسفرت نتائج دراسة شامبرز وآخرون (Chambers et al, 1999, p90)، هي دراسة أمريكية تتبعية عرضية على عينة قوامها 394 مريض بالربو، أوضحت وجود ارتباط بين معتقدات المرضى ومستوى الملاءمة العلاجية. فالمرضى الذين كانت لديهم اتجاهات إيجابية تجاه العلاج بالكورتيكويد المستنشق، وإعتقادهم بأهمية مشاركتهم الفعالة في العلاج تميزوا بمستوى ملاءمة علاجية جيدة وبالأخص لدى مرضى الربو الحاد.

في حين أسفرت دراسة فان غرانس فان وآخرون (Van Grunsven, 2000, p 225) على عينة قوامها 29 مريض بالربو، إستغرقت مدة سنتين. إرتباط الملاءمة العلاجية الجيدة بإقتناع المريض (المعتقدات) بفعالية العلاج، في حين لا يوجد إرتباط دال بين مستوى الملاءمة العلاجية ومعتقدات المريض تجاه الآثار الجانبية للدواء. أسفرت نتائج دراسة مايرو وآخرون (Meyer et al, 2001, p531) بأن مرضى الربو الذين كان مستوى معلوماتهم ومعارفهم حول مرضى الربو منخفض تميزوا بنوعية حياة سيئة. كما توصلت دراسة شامبرز وآخرون (Chambers et al, 1999) على عينة قوامها 394 مريض بالربو إلى أن المشاركة الفعالة للمريض في العلاج، ومعتقداته الصحية تجاه مرضه (مثل مرض الربو كمشكلة صحية خطيرة) تؤثر إيجابيا أو سلبيا على مستوى الملاءمة العلاجية (Chambers et al, 1999, p90).

كما أوضح بريس وآخرون (Price et al, 1999) أن إغفال وعدم الأخذ بعين الإعتبار المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو (وعائلتهم في حالة الأطفال) ينجر عنه العديد من المشكلات منها سوء التفاهم بين المريض والطبيب المعالج، لأن مفردات المريض قد تختلف عن مفردات الطبيب مثال: ذلك ما يعتبره الطبيب نوبة الربوية، يمكن أن يعتبره المريض بأنه مجرد ضيق تنفسي بسيط (Price et al, 1999, p2).

وفي السياق نفسه، يضيف بوتري وآخرون (Boutry et al, 2001) قد يؤدي عدم الإهتمام بالمعتقدات الصحية للمرضى الربويين وعائلتهم إلى حدوث تفاوت وعدم تطابق بين توقعات المرضى والحلول المقترحة من طرف الطبيب المعالج، ذلك لأن تصورات المرضى الربويين وعائلتهم ترتبط بشكل كبير برغباتهم ودوافعهم وأهدافهم. فإنطلاقا مما يعرفونه ويعتقدونه، فإنهم على أساسها ينتظرون ويتوقعون الحلول لحالتهم الصحية مثال ذلك تضخيم ممارسة مريض الربو للرياضة أو إحضار كلب إلى المنزل...إلخ، فإن معارضة مثل هذه المعتقدات والتصورات قد تؤدي إلى خفض دافعية المرضى. وهذه الوضعية يمكن أن تؤدي إلى فشل التكفل العلاجي للمريض: مما يؤكد بأن التصورات المريض ومعتقداته تلعب دورا مهما وتأثرا كبيرا على أي حوار طبي، وهي قادرة بدورها أن تؤدي إلى عدم الملاءمة العلاجية الجزئية أو الكلية (Boutry et al, 2001, p472-473).

ويضيف كل من هوفلاند وشريف (Sherif et Hovland, 1961) بأن الطبيب المعالج كثيرا ما يواجه في ممارسته الميدانية معتقدات صحية لا عقلانية لدى مرضاه، ويحاول جاهدا إقناع مرضاه بالمنطق والموضوعية ويوضح لهم بأنهم على خطأ، لكن يميل المرضى إلى إدراك المعلومة الطبية (الرسالة الخارجية) بعدم إستيعابها وهضمها، بالخصوص إذا تعارضت مع آرائه فيحكم عليها بالرفض. ويتقبلها إذا كانت تتفق مع آرائه ومعتقداته. وأمام هذه الوضعية، إذا أراد الطبيب معارضة معتقد صحي خاطئ يجب عليه إستعمال هذه المعتقدات لإيصال معلومة

صحية تربوية بهدف تحسين الملاءمة العلاجية. وعلى الطبيب تكييف حديثه وحواره وفق البنية المعرفية التي يمكنه الحصول عليها من مرضاه، وبهذه الطريقة يمكن مشاركة المريض للبحث عن حلول مناسبة وتقليص بذلك مخاطر عدم الملاءمة العلاجية (Sherif et Hovland, 1961, p10).

* خاتمة الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مستوى المعتقدات الصحية وملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو، وفحص مدى وجود ارتباط بين المعتقدات الصحية وملاءمة العلاجية. وبعد اختيار عينة البحث وتطبيق المقاييس النفسية المناسبة، وجمع المعطيات واخضاعها للتحليلات والمعالجات الإحصائية توصلت الباحثة إلى عدد من النتائج أهمها رفض فرضيات البحث الثلاثة، حيث جاء مستوى المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو متوسط، ولا توجد علاقة دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية والملاءمة العلاجية.

5-6- الاقتراحات: سيتم في ما يلي عرض بعض الاقتراحات:

- المرضى يتبعون تعليمات الطبيب عندما يقدم لهم شرحاً مستويًا حول تشخيص المرض، العلاج، ومآل المرض، خطوات تناول الأدوية، ونوع الحمية، وقد تكون هذه التعليمات مكتوبة أو مقروءة ويطلب من المريض إعادتها حتى يتأكد من فهمها، وهي طريقة لتعلم الملاءمة العلاجية.

- ولتحقيق ملاءمة علاجية جيدة لا بد من التأكد من تعلم المريض الاستعمال الصحيح والفعال للأجهزة الاستنشاق (البخاخات)، حيث يمكن للطبيب المعالج عند الزيارة الطبية أن يطلب من المريض الربوي أن يريه كيف يستعمل البخاخة، وفي حالة الاستعمال الخاطئ على المعالج تصحيح الخطأ من خلال توضيح الطريقة الصحيحة.

- تطبيق برامج التربية العلاجية والصحية لفائدة مرضى الربو والتي تتضمن العديد من النشاطات كالعديد من التحسيسية، تقديم المعلومات والمرافقة النفسية الاجتماعية بخصوص المرض وبخصوص العلاج الموصوف من قبل الطبيب، السلوكات الصحية واللاصحية للمريض، بهدف مساعدة المريض الربوي وعائلته (في حالة الأطفال) فهم المرض والعلاج، والتعاون مع الطبيب المعالج والعيش بطريقة أكثر صحية ممكنة ومحاولة تحسين نوعية الحياة للتعامل مع مرضه بصفة متفائلة، ضف إلى ذلك فالتربية العلاجية تساهم على تحسين مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو من خلال التثقيف الصحي.

. لابد من الكشف عن هذه المعتقدات الصحية وحصرها لدى المريض لأن ذلك يساعد على تحسين الملاءمة العلاجية، كما أن تجاهلها يؤدي إلى تدني مستوى الملاءمة العلاجية مما يؤدي بدوره إلى فشل التكفل العلاجي للمريض الربو.

- إقناع المرضى الربويين من خلال برامج التربية الصحية والعلاجية على تبني معتقدات صحية صحيحة حول مرضهم، والعلاج ومآل المرض، ذلك لأن مثل هذه المعتقدات قد تؤثر على سلوك الملاءمة العلاجية. أي أن مرضى الربو بحاجة إلى التربية الصحية والتثقيف الصحي سواء تعلق الأمر في الاستعمال الصحيح للدواء أو في تبني سلوك صحي.

- تطبيق برامج التربية العلاجية والصحية لفائدة مرضى الربو لأنها تساهم في تحسين الوظيفة التنفسية، وخفض نسبة الغياب المدرسي، وخفض الزيارات الاستعجالية وخفض تكرار الاستقاظ الليلي، كما تساهم على الإدارة الذاتية للربو لدى المرضى الراشدين من خلال تقليص دال لحالات الاستشفاء، والزيارات الاستعجالية وللزيارات غير المبرمجة لدى الطبيب وللغياب عن العمل وتحسن دال في نوعية الحياة. وعليه، يساعد التثقيف الصحي وتنمية المعتقدات الصحية من خلال التربية العلاجية على تحسين الملاءمة العلاجية لدى مرضى الربو.

* قائمة المراجع: 1- المراجع باللغة العربية:

- 1- الرشيد بشير صالح (2000): " مناهج البحث التربوي "، دار الكتاب الحديث.
- 2- تايلور شيلي (2008): " علم النفس الصحة "، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

2- المراجع باللغة الأجنبية:

- 3- Agence Nationale D'accréditations et d'évaluation en santé(ANAES)(2002): « Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent », Rev Mal Respir, 19, 2S4-84.
- 4- Assal, J.P (1996) : « Traitement des maladies chroniques de long durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité », Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Thérapeutique, 25-005- A-, P 1-18.
- 5-Bender, B, Milgrom, H. et Apter. A (2003) : « Adherence intervention research : What have we learned and what do next ? », Allergy Clin Immunol, 112(3), 489-494.

- 6- Blanc. F-X (2007) : « L'observance thérapeutique pose encore et toujours des problèmes chez les asthmatiques », Rev Mal respir, 24 : 43-45.
- 7- Boutry. L, Matheron. I, Bidat. E (2001) : « Quand les prescriptions ne sont pas suivies ... Penser aux croyances et représentations de santé, l'exemple du patient asthmatique », Rev Fr Allergol Immunol Clin, 41 : p 470-476.
- 8- Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Bergre M (1999) : « Health Beliefs and compliance with corticosteroid inhaled by asthmatic patients in primary care practices », Respir Med, 93 (2) :88-94.
- 9- Chateaux . V(2005) : « Perception de l'asthme par les enfants et leurs parents, impact sur la qualité de vie et l'adhérence d'enfants asthmatiques », Thèse Pour obtenir le grade de docteur en Psychologie, Présentée et soutenue publiquement, université METZ_PAUL VERLAINE U.F.R. science humaines et arts.
- 10- Cousson- gelie. F, Foex. C, Gibaud. F, Raherison. C, Taytard.A (1998) : « Représentation de l'asthme par le patient : résultats préliminaires d'une étude sociométrique », Rev Mal Respir, 15 (4) : 513-7.
- 11- Coutts JAP, Gibson NA, Paton JY (1992) : « Measuring compliance with inhaled medication in asthma », Arch Dis Child, 67 (3) :332-3.
- 12- Diette GB, WU.Aw, Skinner EA, Markson L, Clark RD, McDonald Rc, HealyJP.jr, Huber M, Steinwachs DM (1999) : « Treatment patterns among adult patients with asthma : factors associated with over-use of inhaled β_2 agonists and under-use of inhaled corticosteroid », Arch Intern Med, 159(22), 2697-704.
- 13- Dutau. G, Lavaud. F (2016) : « Prise en charge et prévention de l'asthme chez les adultes et les enfants âgés de plus de 5 ans. Global Initiative for asthma (GINA). Mise à jour 2015 », Revue Française d'allergologie, disponible en ligne sur : www.em-consulte.com.

- 14- Gibson .p, Powell. H, coughlan. J, Wilson. Aj, Abramson. M, Haywood. P, Bauman.A, Hensley. Mj, Walters. EH (2002) : « **Self- management education and regularpractitnerreview for adultswithasthma** », The Cochrane Data-base of SystemicReviews, p3.
- 15- Global Initiative For Asthma (updated 2010) : « **Global Strategy for Asthma management and prevention** », the GINA Reports available on www.ginasthma.org.
- 16- Kolbe, J, Vemos. M, Elkind. G, W. et Garrett, J (1996) : « **Differential Influences on asthma self-managmentknowledge and self-managmentbehavoir in acute sverasthma** », Chest, 110 :1463-8.
- 17- Kriner. P, Yolanda Bernal, Amy Binggli, IndiaOrnelas (2003) : « **Attitude, Beliefs, and practices regardingasthma care amongprovides and adultasthmatic in imperialcounty** », California Journal Of Health Promotion, volume 7, issue 2, pp88-100.
- 18- Meyer. IH, Sternfels. P, Fagan. JK, Copeland. L, Ford. JG (2001) : « **Chahracteristic and correlates of asthmaknowledgeamong emergency departementusers in Harlem** », J Asthma, 38 : 531-539.
- 19- Ogden Jane. (2004) : « **Health Psychology** », A Textbook. 3rd Edition, Buckingham : Open UniversityPress.
- 20- Organisation Mondiale de la sante (2003) : « **Adherence to long-termtherapies. Evidence for action** », disponible sur : [http:// www.who.int/chronic-conditions/adherence report/en/](http://www.who.int/chronic-conditions/adherence-report/en/).
- 21- Piscado C, Mon teserrat JM, De pablo J, Plaza V, Agusti-vidol A (1989) : « **Predisposingfactors to deathafterrecoveryfrom a life- threateningasthmaticattack** », J. Asthma , 26 (4) : 231.
- 22- Price. D, Dermot. R, Pearce. L, Bride. F (1999) : « **Etude air(Asthma in real life), le vécu de la maladie asthmatique** », Asthma J, 4 :2.

- 23- Raheison .C (2006) : « Place de l'éducation thérapeutique dans l'asthme sévère », Revue Française d'allergologie clinique, vol (46), pp 145-147.
- 24- Rea. HH, Scaragg. R, Jackson. R, Beaglehole. R, Fenwick. J, Sutherland. DC (1986) : « A case-contrôle study of death from asthma », Thorax, 41 (11) : 833-9.
- 25- Sherif. M, Hovland. CI (1961) : « Social Jugement », New Haven : Yale University Press.
- 26- Strudy. PM, Victor. CR, Anderson. HR, Bland. JM, Butland. BK, Harrison. BD, Peckitt. C, Taylor. JC (2002) : « Mortality and severemorbidity, Working group of the national asthma task force psychological, Social and Health behaviorriskfactors for deathcertified as asthma : a national case- control study », Thorax, 57 (12) : 1034-9.
- 27- TorderaPerpina, Morgan, BellochFuster, Bayo and Cisar (2009): « Spanish asthma patients beliefs about health and medicine: validation of two questionnaire », Archbronconeumol, 45(5), pp 218-223.
- 28- Tourette- Turgis, C, Rébillion, M, et Pereira-Paulo, L (2005) : « De l'adhésion à l'observance thérapeutique: Réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'intervention dans la durée », Couselling, Santé et Développement, 1, pp 1-8.
- 29- Van Grunsven PM, Van Schayck P, Van Deuveren M, Van Herwarden CL, Akkermans RP, Vanweal C (2000) : « Compliance during long-term treatment with fluticasone propionate in subjects with early signs of asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD): results of the detection, intervention and monitoring program of copd and asthma (DIMCA) study », J. Asthma, 37(3) :225-34.
- 30- Vervloet .D, Rolland. C (2005) : « Les ecoles de l'asthme et l'association asthme et allergies », Rev Mal Respir, 22 :4S16-4S18.