عوامل التزام المرضى بالارشادات الطبية في المملكة العربية السعودية

راشد بن سعد الباز *

بدأت قضية الالتزام أو عدم الالتزام بالارشادات الطبية تظهر على السطح كمشكلة طبية في القرن التاسع عشر الميلادي مع إكتشاف الدواء وتحمل المريض المسؤولية في تنفيذ العلاج، بعد أن كان العلاج ينفذه الطبيب على المريض، حتى ولو كرهًا (على سبيل المثال الفصد والحجامة) (Davidson 1976; Farberow 1986). وقد زاد الاهتمام بقضية الالتزام في العالم الغربي في الوقت الحاضر، كقضية مهمة لها تأثير كبير في عملية العلاج، حتى أن عدد البحوث المنشورة وصل في إحدى الاحصاءات إلى 200 مقالة علمية في السنة (Kulltun and Stone 1986). وللأهمية الكبيرة لموضوع الالتزام بالارشادات الطبية فهناك دورية خاصة بالالتزام تصدر في الولايات المتحدة الأميركية تدعى بـ "The Journal of Compliance in Health Care".

تشير البحوث والدراسات التي أجريت في الدول الغربية إلى أنه وبالرغم من أهمية التزام المرضى بالارشادات الطبية، فإن معدل الالتزام لايزال منخفضًا. فنسبة عدم الالتزام بين المرضى بعامة تتراوح ما بين 25 ـ 50% (Fletcher 1989). كما أشار بسونت وسيلير إلى أن معدل عدم اتباع أوامر الطبيب يتراوح من 20 إلى 70% (Bissonatte and Seller 1980). ويؤكد ساكت أن نصف المرضى لا يستخدمون أدويتهم الموصوفة لهم (Sackett 1976). كما أن معدّل عدم الانتظام في حضور المواعيد الطبية يتراوح ما بين 20 ـ 50% (Gerber 1986). وفي دراسة أخرى وجد أنه ما بين 20 ـ 50% من المرضى لم يحضروا لمواعيدهم الطبية، وأن 20 ـ 80% يسيئون استخدام الدواء الموصوف، وكذلك فإن 25 ـ 60% يوقفون استخدام الدواء قبل الموعد المحدد لايقافه، كما أن 20 ـ 80% يتوقفون عن البرامج المعدة لتغيير أسلوب حياتهم (Dunbar and Stunkard 1979). وفي تقييم لـ 686 حالة دخول للمستشفى عن طريق الطوارئ بواسطة لجنة مراجعة مكونة من أطباء وجد أن من الأسباب المهمة التي أدت إلى دخول المستشفى عدم اتباع الارشادات الطبية في العلاج

* أستاذ مساعد (Assistant Prof.) ـ قسم الخدمة الاجتماعية ـ كلية العلوم الاجتماعية ـ جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية ـ الرياض.

خاصة بين كبار السن (Bigby et al 1987).

وبالرغم من خطورة الأمراض المزمنة والتي تستلزم متابعة دقيقة من المريض في العملية العلاجية فإن عدم الالتزام بالارشادات الطبية تبقى مشكلة، فقد وجد أن نسبة كبيرة من المرضى لا يلتزمون بعملية العلاج المقترحة لهم. فالتزام مرضى السكر مثلا بالحمية المطلوبة ضعيف (Wing et al 1984). وأظهرت دراسة لبلوم وآخرين أن أقل من 7% من مرضى السكر المزمنين يتقيدون بالنصائح الطبية المتعلقة بإجراءات العناية الذاتية (Bloom et al 1980). وقد أكد مكني وآخرون أن هناك سوء استخدام لأدوية ضغط الدم hypertension الموصوفة للمرضى الذين يعانون من مشاكل هذا المرض (Mckenney et al 1973). كما توصلت دراسة أجريت على مرضى مصابين بالصرع لمعرفة مدى اتباعهم للتعليمات الطبية في استخدام الدواء إلى نتائج مدهشة، فباستخدام قنينات خاصة لتسجيل تاريخ ووقت فتح القنينات لقياس مدى اتباع هؤلاء المرضى للتعليمات، وجد أنه وبالرغم من الآثار الطبية الخطيرة المترتبة على إهمال التعليمات الطبية في هذا المرض، فإن 76% فقط من المرضى استخدموا الدواء الموصوف (Cramer et al 1989).

فإذا كان عدم التزام المرضى بالارشادات الطبية يمثل مشكلة كبيرة في الدول المتقدمة، فالحالة ستكون أسوأ في الدول العربية نتيجة لاختلاف المستويات الثقافية ونقص الوعي الصحي في الدول العربية. لذا، فهذه الدراسة ستلقي الضوء على قضية التزام المرضى بالارشادات الطبية والعوامل المؤثرة فيها في احدى المجتمعات العربية، خصوصاً أن الاهتمام بقضية الالتزام بالارشادات الطبية في العالم العربي ليست موجودة على الخارطة. فمن خلال البحث المكتبي عن طريق استخدام قواعد المعلومات الالكترونية المتوفرة عن المنطقة لم أجد أثراً لأي مادة علمية تتناول قضية الالتزام بالارشادات الطبية والوقوف على العوامل المؤثرة في عملية التزام المرضى بها. وبالتالي وضع الحلول لما يعيق عملية الالتزام سيكون له أثر إيجابي كبير على الفرد وعلى الخدمات الصحية في المملكة. وتهدف الدراسة إلى:

1 ـ مشكلة الدراسة

في المملكة العربية السعودية كما في بقية الدول العربية غالباً ما تقدم الخدمات الصحية للمستفيدين من غير تقويم لمدى تحقيقها لأهدافها من عدمه، مما يؤدي إلى تجاهل المشكلات المرتبطة بتقديم الخدمات. هذا القصور غالباً ما ينتج عنه عدم الاستفادة المثلى من الخدمات المقدمة والتي أنفقت عليها الدولة الأموال الكثيرة كما يؤدي ذلك إلى انخفاض في المستوى الصحي للفرد. وهذه الدراسة ستتناول أحد الجوانب المهمة المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية والذي يؤثر بدوره في مدى الاستفادة منها وتحقيقها لأهدافها الا وهو التزام المرضى بالارشادات الطبية. وستبحث هذه الدراسة العلاقة بين الالتزام بالارشادات الطبية ونوعين من العوامل أولهما العوامل الديموغرافية، وتشمل جنس المريض وعمره وحالته الاجتماعية ومستواه التعليمي وحالته الصحية، وثانيهما العوامل المؤسسية، وتشمل مدة الزيارة للطبيب واستمرارية الطبيب ومهارة الطبيب في الاتصال بالمريض

ومهارة الطبيب في التعامل الشخصي مع المريض. وستحدد هذه الدراسة أيًا من العاملين السابقين أكثر تأثيرًا على الالتزام من الآخر.

2 ـ الإطار النظري

هناك اختلافات بين الباحثين في تعريف الالتزام بالارشادات الطبية ولكن يمكن تعريفه بوجه عام على أنه اتباع المريض للتعليمات والنصائح التي يوصي بها الطبيب وسلوكه بمقتضى ذلك سواء كان ذلك يتعلق باستخدام الدواء أو باتباع نظام معيشي معين.

يرى الباحثون أن عدم اتباع المرضى للارشادات الطبية يبدو منطقيًا لأن كثيرًا من الأطباء يتوقعون أن اتباع المرضى لتعليماتهم الطبية أمر واقع لأنهم يرون أن المريض شخص مسلوب الإرادة، فيملون عليه أوامرهم وتعليماتهم من غير أخذ أدنى اعتبار للمريض مما يخلق لدى المريض ردة فعل لعدم الاكتراث به فيثور على الطبيب. والوسيلة المقبولة والممكنة لتفريغ هذه الثورة تتمثل في عدم اتباع ما يُطلب منه (Sackett & Snow 1979; Gordis 1979)

وبالرغم من إقتناع بعض من الأطباء والمؤسسات الصحية بوجود مشكلة في التزام المرضى بالارشادات الطبية إلاّ أن هناك تجاهلا وعدم إكتراث بوضع الحلول لها. وبوجه عام فإن البحوث التي تناولت قضية الالتزام تلقي اللوم على المريض في عدم تقيده والتزامه بالارشادات الطبية وتبرئ ـ إن صح التعبير ـ ساحة الطبيب والمؤسسة الصحية. فغالبًا ما يعزى عدم الالتزام إلى شخصية المريض أو قلة فهمه أو تدني مستوى تعليمه أو قلة ادراكه لحالته، إلى غير ذلك من العوامل التي تدور جميعها حول المريض. وهذا التوجه ينطوي على أنه مادام المريض هو سبب المشكلة، فأي علاج أو حل للمشكلة لا بد أن ينصب على المريض، سواء بتغيير شخصيته أو سلوكه أو اتجاهاته.

من ناحية أخرى، تشير بعض من الدراسات إلى أن الطبيب والمؤسسة الصحية لهما دور كبير في عدم التزام المريض بالارشادات التي تعطى له، كما سنرى في ما بعد. فمثلا، عدم التزام المريض قد يكون نتيجة لأن الطبيب أو مساعديه لم يوضحوا طريقة استخدام الدواء للمريض أو أن العلاج متعدد ومعقد بحيث يحدث لبساً للمريض. ومن هنا، فإن مواجهة مشكلة عدم التزام المرضى قد تستدعي توجيه الجهود، أولاً وقبل كل شيء، إلى المؤسسة الطبية وما تحتويه من طاقم طبي بدلاً من القاء اللوم على المريض.

3 ـ صعوبة قياس الالتزام

إحدى المسائل الشائكة في قضية التزام المريض بالارشادات الطبية هي كيفية قياس الالتزام. فقياس الالتزام مازال موضوعاً للخلاف بين الباحثين والمهنيين الطبيين. والاتفاق على مكونات السلوك الالتزامي قليلا ما يحدث (Gerber 1986). كما أن الالتزام ليس ظاهرة ملموسة يمكن التعرف عليها وقياسها بسهولة، كما أنها معقدة لوجود العديد من العوامل المتصلة بها. ومع ذلك، فيمكننا الاشارة إلى وجود أربع طرق رئيسة مستخدمة لقياس الالتزام، هي: (1) التقارير الذاتية، التي من خلالها يقوم المريض بالاخبار عن مدى التزامه7

بالنصائح الطبية (على سبيل المثال عدد مرات استخدام الدواء ومقداره) ويكون ذلك إمّا عن طريق المقابلة التي يقوم بإجرائها أحد أعضاء الفريق الطبي أو من خلال استبانة يقوم المريض بتعبئتها بنفسه أو المسؤول عن متابعته، إذا كان طفلاً أو شيخًا كبيرًا. (2) القياس الدوائي، وفيه يتم قياس مدى الالتزام عن طريق معرفة ما تم تناوله من الأدوية الموصوفة للمريض (على سبيل المثال حصر الحبوب المتبقية في علبة الدواء أو وضع قنينات شراب خاصة تبين مقدار ما تم استخدامه من الدواء أو عدد مرات فتح قنينات الدواء). (3) التحاليل الكيميائية biochemical analyses وفيه يتم تحليل الدم لمعرفة مدى وجود ونسبة الدواء في جسم المريض. (4) فعالية العلاج، قد يقاس التزام المريض بمدى تحقيق العلاج للنتائج المرجوة منه إمّا عن طريق الشفاء من المرض أو وقف تقدمه أو تخفيف أعراضه وآثاره.

وهذه الطرق المتبعة لقياس التزام المريض لا تخلو من العيوب. فالتقارير الذاتية غالباً ما تكون غير موضوعية، إذ أن المريض قد يعتريه النسيان لعدد المرات التي إستخدم فيها الدواء أو قد لا يصدق المريض في الاخبار عن مدى التزامه بالارشادات الطبية حتى لا يغضب الطبيب عند علمه بعدم الالتزام في استخدام الدواء. كما أن طريقة القياس الدوائي قد تكون غير دقيقة. فقد يحدث أن يتخلص المريض من الحبوب أو الشراب بدلاً من تناوله. ومع أن التحاليل الكيميائية تعتبر من أفضل طرق قياس الالتزام، إلاّ أنها ـ كما ذكر جربر ـ عرضة للفروق الفردية الخاصة بالتغيرات الكيميائية الإستقلابية في الخلايا الحية individual metabolic differences، فضلاً عن أنها متعبة ومكلفة إقتصاديًا وتحتاج إلى متابعة حتى يتسنى الوقوف على نسبة الدواء في الدم في أوقات مختلفة (Gerber 1986). وفي ما يتعلق بفعالية العلاج فإن جربر (Gerber 1989) يؤكد أن هذه الطريقة لا يمكن اعتبارها مقياسًا مباشرًا للالتزام لأن فعالية العلاج تتأثر بعوامل أخرى عدة، مثل حالة الجسم عند بداية العلاج وفاعلية الدواء نفسه (Gerber 1986).

وبوجه عام فإن التقرير الذاتي ـ والذي تم استخدامه في هذه الدراسة ـ يعدّ من أكثر الطرق شيوعاً لقياس الالتزام لسهولته وقلة تكلفته، كما أنه يعامل المريض كإنسان عاقل مسؤول عن تصرفاته. لذا، فهي تناسب الأشخاص البالغين سليمي العقل. إن التزام المريض بالارشادات الطبية يتأثر بعدد من العوامل يجدر بنا أن نلقي الضوء عليها في الفقرات التالية:

العوامل المؤثرة في الالتزام

أجريت دراسات عدة لتحديد طبيعة العلاقة بين بعض من المتغيرات الديموغرافية وسلوك الالتزام. وانتهت هذه الدراسات إلى عدم وجود علاقة، مما يشير إلى أن سلوك الالتزام لا يتأثر بالجنس أو العمر أو المستوى التعليمي أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية في المجتمعات الغربية (Fletcher 1989; Gerber 1986). لذا نجد ديماتو ودينكولا يقران بأن عدم الالتزام موجود بين مختلف الفئات الاجتماعية والاقتصادية وبين جميع أنواع الأفراد وفي جميع أنماط الرعاية الصحية (Dimatteo and and Dincola 1982). ومن هنا استبعد

الباحثون العوامل الديموغرافية كمحددات للالتزام بالارشادات الطبية.

من ناحية أخرى، توصلت بعض من الدراسات إلى وجود عوامل محددة للالتزام، ومنها عامل النمو. فقد يكون لمرحلة النمو التي يمر بها المريض دور مؤثر في مدى التزامه بالارشادات الطبية. فلكل مرحلة من مراحل العمر خصائص واحتياجات تختلف عن المراحل الأخرى. فمثلاً، فترة المراهقة التي يمر بها الشاب تؤثر على التزامه. ففي دراسة لمقارنة اجابات الوالدين وأبنائهم المراهقين المرضى بالسرطان عن مدى اتباع الأبناء لعلاجهم، وجد أن هناك اختلافًا في الاجابات بين الوالدين والأبناء المرضى الذين تقل أعمارهم عن 17 عاماً. وقد أوضحت الدراسة أن تلك المرحلة العمرية للمرضى، وهي مرحلة المراهقة، تتميز بكثرة التساؤلات والعصيان ومحاولة الاستقلالية، التي قد تؤدي إلى عدم تقبل الأوامر أو التعليمات من أي شخص مهما كانت صلته بالمراهق، حتى وإن كان الأمر يختص باتباع الارشادات الطبية. لذا، أكدت الدراسة أهمية التواصل والتفاهم بين الوالدين وأبنائهم المراهقين في حالة مرض الأبناء (Tebbi et al 1988).

كذلك فإن كثرة الأدوية وتعقد العلاج تؤثر على التزام المريض. ففي دراسة لمرضى مصابين بفشل القلب الاحتقاني والداء السكري diabetes and congestive heart failure mellitus وجد أنه كلما زاد عدد الأدوية زاد النسيان، وسوء استخدام الدواء لدى المريض (Hulka et al 1976). وفي دراسة مماثلة على مائة شخص لتحديد تأثير تخفيف الوزن على العوامل المؤثرة في القلب والأوعية الدموية cardiovascular factors باستخدام برنامج علاجي وقائي يستخدم مع الأمراض القلبية الوعائية cardiovascular diseases وجد أنه كلما زاد تعقيد البرنامج العلاجي قل اتباعه (Streja et al 1983). وهذا كله ناتج عن أن كثرة عدد الأدوية أو تعقد العلاج يدفع المريض إلى النسيان والتشكك في ما تم وفي ما لم يتم استخدامه من أدوية. علاوة على ذلك، فإن كثرة الأدوية وتعقد العلاج يشعران المريض بالملل والضيق. وفي هذا الاطار توصلت دراسة أخرى أجريت على مرضى مصابين بالصرع لمعرفة مدى اتباعهم للتعليمات الطبية في استخدام الدواء إلى أن استخدام الدواء، كما هو موصوف، يقل كلما زاد عدد مرات تعاطي الدواء في اليوم. كما أظهرت هذه الدراسة أن تعقد العملية العلاجية وطولها وكثرة جرعات الدواء تؤدي إلى عدم اتباع المرضى للتعليمات الطبية (Cramer et al 1989).

ومن العوامل، أيضًا، ما يتصل بصحة المريض وشدة المرض. فعلى خلاف ما هو متوقع، ذكر هينس أنه بعد مراجعته لعدد من الدراسات لم تظهر أغلب تلك الدراسات إرتباطًا بين شدة المرض والالتزام بالارشادات الطبية بل لم توجد دراسة واحدة تظهر أن زيادة شدة الأعراض تؤدي إلى التزام المريض (Haynes 1979). وفي المقابل أوضح هينس أن أربع دراسات وجدت أنه كلما كثرت الأعراض المرضية قل الالتزام الطبي. وقد يرجع هذا إلى إعتقاد المريض في عدم فعالية الدواء، أو إلى عدم جدوى الدواء مع تعدد الأعراض التي يعاني منها، أو إلى تشتت ذهن المريض، ما يؤثر على قدرته التذكرية ويؤدي به إلى نسيان بعض الأدوية أو الجرعات.

من ناحية أخرى، فإن درجة العجز الذي يسببه المرض له تأثير على الالتزام. فكلما

زاد العجز زاد التزام المريض وقد يرجع هذا إلى أن إحساس المريض بالعجز الظاهر يجعله يحرص على تناول الأدوية أو إلى زيادة الاشراف من قبل أفراد الأسرة على مريضهم الذي يعاني من العجز. ويؤكد ذلك ما وجد من أن مؤازرة زوج المريضة أو زوجة المريض للبرنامج العلاجي تلعب دورًا كبيرًا في التزام وتقيّد المريض بالبرنامج (Streja et al 1983). ومن هذه العوامل ما يتعلق بنوع المرض وطبيعته. ففي دراسة أجريت على 107 مرضى بالسرطان، وجد رتشردسون وآخرون أنه وبالرغم من الأعراض الجانبية للمرض نفسه أو للمعالجة الكيميائية، فإن معظم المرضى إستمروا في استخدام الدواء كما وصف لهم (Richardson et al 1988). وربما يرجع هذا إلى نوعية المرض. فالسرطان من الأمراض الخطيرة التي تجعل المريض يحرص كثيراً على العلاج، لأن الموقف لا يحتمل المجازفة.

ومن العوامل المؤثرة أيضًا في سلوك الالتزام، ما كشفت عنه دراسة لجاريتي لاوسن، التي أظهرت أن اتباع الارشادات الطبية يزداد عندما يكون الاتصال بين الطبيب والمريض جيدًا، وذلك في كون المعلومات والارشادات الطبية المعطاه للمريض واضحة، وعندما تكون توقعات الأطباء واضحة ومعقولة، وعندما تكون العلاقة بين الطبيب والمريض جيدة (Garrity and Lawsen 1989). كما أن فريدين وآخرون يرون أن قدرة الطبيب على إرضاء توقعات المريض ونوع المعلومات المقدمة للمريض وطريقة عرض المعلومات، مرتبطة إرتباطًا وثيقًا بمدى التزام المريض بالارشادات الطبية (Freidin et al 1980). ويقرر برلمان وابراموفيتش أن سوء الاتصال والفهم بين الطبيب والمريض التي تحدث عند زيارة المريض للطبيب سبب رئيسي في عدم التقيد بالتعليمات الطبية بين المرضى البالغين والأطفال (Perlman and Abramovitch 1987). وفي هذا الاطار أظهرت دراسة تبعية لمرضى تم معالجتهم عن طريق الطوارئ أن سوء الاتصال بين المريض والطبيب يؤثر تأثيرًا سلبيًا على مدى اتباع المريض للارشادات الطبية (Jones et al 1987). وسوء الاتصال هذا يؤدي إلى عدم وضوح التعليمات وخلط للمريض. وقد وجد هلكا وآخرون أن المرضى المصابين بفشل القلب الإحتقاني والداء السكري congestive heart failure and diabetes mellitus يجهلون الجرعة الصحيحة للدواء أو عدد مرات التعاطي لـ 17٪ من الأدوية الموصوفة لهم (Hulka et al 1976). كما أن مدى الثقة التي يكنّها المريض للطبيب تؤثر على التزامه، فكلّما كان المريض واثقًا من قدرات الطبيب وتعامله معه وخبراته ومهاراته زادت ثقته في أن العلاج الذي وصفه الطبيب هو العلاج الأمثل لحالته. وبالتالي، حرص المريض على اتباع الارشادات الطبية. وبناء هذه الثقة يعتمد على: التعامل الشخصي للطبيب مع المريض، والشهادات التي يحملها الطبيب، ومعرفة المريض السابقة بالطبيب، وجودة الاتصال أو التخاطب بين الطبيب والمريض.

أسئلة الدراسة

تبيّن من العرض السابق أن العوالم المؤثرة في الالتزام عدة، ومن الصعب الالمام بها ودراستها في بحث واحد. وهذه الدراسة تسعى للإجابة عن بعض التساؤلات. فهي تسعى أولاً للتعرف على مدى التزام المرضى بالارشادات الطبية. ثانيًا، معرفة ما إذا كان لبعض

من الخصائص الديموغرافية تأثير على التزام المرضى بالارشادات الطبية في المملكة وبخاصة ما يتعلق باستخدام الأدوية. ثالثًا، معرفة ما إذا كان لبعض من العوامل المؤسسية تأثير على مدى التزام المرضى بالارشادات الطبية المتعلقة باستخدام الأدوية. وقد رأى الباحث طرح عدد من الأسئلة بدلاً من وضع الفروض، نظرًا لأن الدراسة تبحث في موضوع جديد في المملكة. وهذه الأسئلة تدور حول تحديد طبيعة العلاقة بين نوعين من العوامل والتزام المرضى بالارشادات الطبية في المملكة، والأسئلة هي: (1) ما مدى التزام المرضى بالارشادات الطبية المتعلقة باستخدام الدواء الموصوف لهم؟

(أ) الأسئلة التي تتعلق بالخصائص الديموغرافية تشمل: (1) هل هناك علاقة بين جنس المريض والتزامه بالارشادات الطبية؟ (2) هل هناك علاقة بين الحالة الاجتماعية للمريض والتزامه بالارشادات الطبية؟ (3) هل هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمريض والتزامه بالارشادات الطبية؟ (4) هل هناك علاقة بين الحالة الصحية للمريض والتزامه بالارشادات الطبية؟ (5) هل هناك علاقة بين عمر المريض والتزامه بالارشادات الطبية؟

(ب) الأسئلة التي تتعلق بالعوامل المؤسسية تشمل: (1) هل هناك علاقة بين الوقت الذي يمضيه الطبيب مع المريض والتزامه بالارشادات الطبية؟ (2) هل هناك علاقة بين جودة إتصال الطبيب مع المريض والتزامه بالارشادات الطبية؟ (3) هل هناك علاقة بين جودة تعامل الطبيب الشخصي مع المريض والتزامه بالارشادات الطبية؟ (4) هل هناك علاقة بين استمرارية الطبيب مع المريض والتزامه بالارشادات الطبية؟

متغيرات الدراسة وتعريفاتها الاجرائية

تحتوي هذه الدراسة على متغير تابع واحد وتسع متغيرات مستقلة. المتغير التابع هو التزام المريض بالارشادات الطبية ويقصد به السلوك الفعلي للمريض (في مدى استخدامه للدواء الموصوف من قبل الطبيب). وتم قياس هذا المتغير ثنائيًا بنعم أو لا. ويتمثل السؤال في الآتي: عندما يصف الطبيب لك الدواء هل تستخدمه كما وصفه لك؟

المتغيرات المستقلة تشمل ما يلي: (1) الجنس: نوع جنس المريض ذكرًا أم أنثى. (2) الحالة الاجتماعية: الحالة الزواجية الحالية للمريض وتم قياسها ثنائيًا، متزوج أم غير متزوج. (3) العمر: عمر المريض الزمني وتم قياسه بالسنوات. (4) المستوى التعليمي: المستوي الدراسي للمريض وقيس بسبع مستويات تدريجية محددة تتراوح من الأمية إلى مرحلة الدراسات العليا. ويتمثل السؤال في الآتي: كيف تصف حالتك التعليمية؟ (5) الحالة الصحية: الحالة الصحية الحالية للمريض كما يصفها، وتم قياسها باستخدام خمس مستويات تدريجية على طريقة مقياس ليكرت Lickert-type تتراوح من ممتازة إلى ضعيفة. ويتمثل السؤال في الآتي: كيف تصف حالتك الصحية؟ (6) مدة الزيارة: هذا المتغير يرجع إلى تقدير المريض للفترة الزمنية المتاحة له مع الطبيب. وتم قياس ذلك المتغير باستخدام أربع مدد زمنية مرتبة تتراوح من أقل من خمس دقائق إلى أكثر من ربع ساعة. ويتمثل السؤال في الآتي: كم من الوقت يمضيه الطبيب معك؟ (7) مهارة الاتصال: يرجع هذا المتغير إلى تقييم المريض لمقدار المعلومات المقدمة من قبل الطبيب واهتمام الطبيب وإنصاته لما يقوله المريض. وتم قياس

هذا المتغير تدريجيًا باستخدام خمس درجات على طريقة مقياس ليكرت تتراوح من سيء إلى ممتاز. ويتكون هذا المتغير من ثلاثة بنود تشمل: شرح الاجراءات الطبية والتحاليل المطلوب إجراؤها، واهتمام الطبيب وإنصاته لما يقوله المريض، واعطاء النصح للمريض لاتقاء المرض والحفاظ على الصحة. (8) مهارة التعامل الشخصي: يقصد بهذا المتغير ما يظهره الطبيب في تعامله مع المريض من ود وتلطف واهتمام واحترام. وتم قياس هذا المتغير تدريجيًا باستخدام خمس درجات على طريقة مقياس ليكرت تتراوح من سيء إلى ممتاز. ويتكون هذا المتغير من خمسة بنود تشمل: الود والتلطف التي يظهرها الطبيب نحو المريض، واهتمام الطبيب الشخصي بالمريض وبمشكلته الطبية، واحترام الطبيب للمريض ولأموره الشخصية، وطمأنة الطبيب والعاملين ومساعدتهم للمريض، فضلاً عن الود والتلطف التي يظهرها العاملون نحو المريض. (9) استمرارية الطبيب: ويدور هذا المتغير حول ما إذا كان المريض يرى الطبيب نفسه في كل زيارة، وتم قياس هذا المتغير تدريجيًا باستخدام خمس درجات على طريقة مقياس ليكرت تتراوح من «دائمًا أرى الطبيب نفسه» إلى لا أرى الطبيب نفسه». ويتمثل السؤال في الآتي: هل ترى الطبيب نفسه في كل زيارة؟

الاجراءات التنفيذية

منهج المسح الاجتماعي منهج مشاع استخدامه لدراسة السلوك الإنساني (Monette et al 1990)، ونظرًا لأن الدراسة تهدف إلى التعرف على مدى ارتباط وتأثير بعض من العوامل الديموغرافية والمؤسسية في سلوك الالتزام بالارشادات الطبية لدى المرضى، فقد تم استخدام المسح الاجتماعي في هذه الدراسة. كما أن الدراسة ستعتمد على العينة لوصف مجتمع بحث أكبر. ولا شك أن المسح الاجتماعي هو أفضل طريقة لجمع معلومات من مصادرها الأصلية لوصف مجتمع أكبر من الصعب دراسته مباشرة (Babbie 1989).

استبانة الدراسة

تم بناء الإستبانة من مجموعة من الأسئلة. وهذه الأسئلة تم إختيارها بعد مراجعة الباحث للعديد من الدراسات والبحوث في موضوع الالتزام بالارشادات الطبية وفي المواضيع ذات الصلة. وبعد اختيار الأسئلة تم عرضها على محكمين من أساتذة الجامعات في التخصصات الاجتماعية، وقد اقترحوا تعديلات تم تضمينها في الإستبانة. بعد ذلك تم تجريب الاستبانة على مجموعة من الأشخاص للتأكد من وضوح الأسئلة وفهم المبحوثين لها قبل البدء في تنفيذ الدراسة. ونتيجة لذلك تم تعديل بعض من العبارات وإعادة صياغة بعض الأسئلة. بعد هذه المرحلة تأكد للباحث جاهزية الاستبانة للتطبيق.

وقد تم حساب قيمة الثبات للمتغيرين اللذين يشملان على أكثر من بند وذلك باستخدام Cronbach's alpha coefficient حيث كانت قيمة الثبات بين بنود متغير مهارة الاتصال 92.، وقيمة الثبات بين بنود متغير مهارة التعامل الشخصي 93.

في مرحلة جمع البيانات تمت الاستعانة بمساعدي بحث من الذكور والإناث. وقد تم شرح كيفية جمع البيانات من المبحوثين لمساعدي البحث. وما يزيد الثقة في نتائج هذه

الدراسة أن الباحث وجامعي البيانات في هذه الدراسة ـ كما تم توضيحه للمبحوثين ـ ليسوا من الأطباء أو العاملين في الخدمات الصحية. لذا، فالمريض يشعر بالحرية في التعبير عن رأيه من غير حرج أو خوف من اغضاب الطبيب إذا أخبر المريض بالحقيقة.

عينة الدراسة

مجتمع البحث في هذه الدراسة هم الأفراد الذين سبق استخدامهم للخدمات الصحية قبل اجراء هذه الدراسة. وقد تم استخدام مراكز الرعاية الأولية في المملكة العربية السعودية كأماكن تجمع لسحب العينة نظراً لانتشارها في الأحياء. وعينة البحث هي عينة عشوائية طبقية. فقد تم اختيار ثلاثة مراكز عشوائيًا من مدينة الرياض وقسمت العينة طبقيًا (حسب جنس المريض ذكرًا أم أنثى). وتم اختيار مفردات العينة (المبحوثين) عشوائيًا من تلك المراكز، بحيث كان العدد الكلي لمفردات العينة 210 مبحوثًا نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث. واشترط عند اختيار المبحوث أن يكون شخصًا بالغًا لكي يكون ناضجًا عقليًا للإجابة عن أسئلة الدراسة.

التحليل الاحصائي

للاجابة عن تساؤلات الدراسة تم استخدام نوعين من الاحصاءات: أولاً، الإحصاءات الوصفية من نسب ومقاييس النزعة المركزية لمتغيرات الدراسة. وثانيًا، الإحصاءات الإستنتاجية. وفي النوع الثاني ولتحليل العلاقة بين المتغير التابع. والمتغيرات المستقلة تم استخدام نوعين من الإحصاءات: 1 ـ إحصاءات كاي التربيعية Chi-square وذلك حينما تكون المتغيرات المستقلة مقاسة على المستوى الاسمي أو الثنائي، 2 ـ التحليل الإنحداري وذلك للمتغيرات المستقلة مقاسة على المستوى الترتيبي أو التدرجي أو النسبي. ونظرًا لأن المتغير التابع في هذه الدراسة تم قياسه على المستوى الثنائي (نعم ولا) فقد تم استخدام الإنحدار اللوجستكي المناسب في هذه الحالة Logistic Regression (Fox 1984). وقد تم تحويل المتغير التابع إلى متغير صامت dummy variable، وتم تخصيص القيمة (0) للفئة الأولى وهم الملتزمون بالارشادات الطبية والقيمة (1) للفئة الثانية وهم غير الملتزمين بالارشادات الطبية. وقد تم تحديد مستوى الدلالة الإحصائية لاختبار أسئلة الدراسة عند مستوى Alpha=0.05 أو أقل. وقد تم ادخال البيانات وتحليلها إحصائيًا باستخدام برنامج الحاسوب الإحصائي +SPSS. وأظهرت نتائج الإحصاءات الوصفية والإستنتاجية لهذه الدراسة نتائج عدة ومهمة كما سيتبين في الفقرات التالية.

التحليل الوصفي

توصّل التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة (أنظر الجدولين رقم 1 و2) إلى أنه في ما يتعلق بالمتغير التابع، الالتزام بالارشادات الطبية، فقد أظهرت الدراسة أن 154 من المبحوثين أي بنسبة 74٪ أجابوا بأنهم يلتزمون بالارشادات الطبية بينما أجاب 54 من المبحوثين أي بنسبة 26٪ بأنهم لا يلتزمون بالارشادات الطبية. ومن هذا يتضح أنه ومع أن نسبة كبيرة من المرضى يلتزمون بالارشادات الطبية الموصوفة من قبل الطبيب إلاّ أن عدم الالتزام يمثل مشكلة. فما يقارب أكثر من ربع المرضى، وهو عدد ليس بقليل، لا يلتزمون

الجدول رقـم (1)

الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الالتزام والجنس والحالة الاجتماعية

المتغيرات الثنائية الالتزام	العدد	النسبة %
نعم	154	74
لا	54	26
الجنس		
ذكر	105	50
أنثى	105	50
الحالة الاجتماعية		
متزوج	165	78,6
أعزب	45	21,4

الجدول رقـم (2)

الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة المتصلة

المتغيرات المتصلة	درجة المتغير		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	الدنيا	العليا		
العمر (بالسنوات)	18	62	31	9,36
المستوى التعليمي	1	6	3,62	1,72
	أمي	شهادة جامعية أو عليا		
الحالة الصحية	1	4	2,58	0,91
	ممتازة	ضعيفة		
مدة الزيارة	1	4	2,01	0,74
	أقل من 5	أكثر من 15 دقيقة		
استمرارية الطبيب	1	5	2,22	1,19
	دائمًا	لا		
مهارة الاتصال	1	5	3,25	0,96
	سيء	ممتاز		
مهارة التعامل	1	5	3,35	0,95
	سيء	ممتاز		

بارشادات الطبيب. أما في ما يتعلق بالمتغيرات المستقلة فقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

(1) الجنس: العينة في هذه الدراسة ذات صبغة طبقية حسب جنس المبحوث ذكرًا أم أنثى بحيث شملت عددًا متساويًا من الذكور والاناث (105 لكل فئة). (2) العمر: عينة البحث هم من الأشخاص البالغين. وقد تراوحت الأعمار بين 18 و62 سنة. والمتوسط الحسابي يبلغ 31 سنة، والانحراف المعياري قدره تسع سنوات. وهذا المتوسط يشير إلى أن غالبية المستفيدين من الخدمات الصحية الأولية هم من فئة متوسطي العمر. (3) الحالة الاجتماعية: عدد المتزوجين الممثلين في العينة أكبر من عدد العزاب فالفئة الأولى يبلغ تعدادها 156 متزوجًا بنسبة 78,6٪ والفئة الثانية يبلغ تعدادها 45 أعزب بنسبة 21,4٪. ويرجع الفرق إلى أن عينة البحث هم من فئة البالغين. (4) المستوى التعليمي: تنوع المستوى التعليمي لدى العينة والذي يشمل على ست مستويات تدرجية من الأمية إلى الشهادة الجامعية أو أعلى. فنسبة الأميين بلغت 16,7٪ ونسبة الذين مستواهم التعليمي أقل من الشهادة الابتدائية 13,3٪ ونسبة الذين مستواهم التعليمي أقل من الشهادة المتوسطة 15,7٪ ونسبة الذين مستواهم التعليمي أقل من الشهادة الثانوية 16,2٪ ونسبة الذين مستواهم التعليمي أقل من الشهادة الجامعية 21,1٪ ونسبة الذين مستواهم التعليمي الشهادة الجامعية او اعلى 17,1٪ ، وكان المتوسط الحسابي للمستوى التعليمي 3,62 والانحراف المعياري مقداره 1,72. (5) الحالة الصحية: فيما يتعلق بمتغير الحالة الصحية والذي يشمل أربعة مستويات تدريجية من ممتازة إلى ضعيفة. فقد بلغ نسبة الذين وصفوا صحتهم بأنهم ممتازة 12,9٪ والذين وصفوها بأنها جيدة جداً 32,9٪ والذين وصفوها بأنها جيدة 37,6٪ والذين وصفوها بأنها ضعيفة 16,7٪. وكان المتوسط الحسابي لمتغير الحالة الصحية 2,58 والانحراف المعياري مقداره 0,91 ويشير المتوسط الحسابي إلى أن الحالة الصحية لعينة الدراسة متوسطة. (6) مدة الزيارة: هذا المتغير ينظر إلى مدة الوقت الذي يمضيه الطبيب مع المريض. وقد أجاب 23,3٪ من المرضى بأنهم يمضون أقل من خمس دقائق مع الطبيب و55,7٪ بأنهم يمضون من خمس إلى عشر دقائق و17,1٪ بأنهم يمضون من 11 إلى 15 دقيقة وما يقارب 3,8٪ بأنهم يمضون أكثر من ربع ساعة. المتوسط الحسابي لمتغير مدة الزيارة هو 2,01 والانحراف المعياري مقداره 0,74 ويتضح من تلك الاحصاءات أن الوقت الذي يمضيه الطبيب مع المرضى قصير، فغالبية المبحوثين (79٪) أجابوا بأنهم يمضون مع الطبيب عشر دقائق أو أقل. (7) استمرارية الطبيب: فيما يتعلق بمدى استمرارية الطبيب في رؤية المريض في كل زيارة فقد أجاب 36,4٪ بأنهم دائمًا يرون الطبيب نفسه في كل زيارة و23٪ أجابوا غالبًا و30,1٪ قالوا بعض الأحيان و2,9٪ قالوا نادرًا ما يرون الطبيب نفسه في كل زيارة و7,7٪ أجابوا بأنهم لم يروا الطبيب نفسه في كل زيارة. المتوسط الحسابي لهذا المتغير= 2,25 والانحراف المعياري= 1,19. وهذا المتوسط الحسابي يشير إلى أن استمرارية رؤية الأطباء ومتابعتهم لمرضاهم تتم في حوالي 50٪ من الحالات. وهذا يتنافى مع فلسفة الخدمة الصحية التي تؤكد على أهمية بناء علاقة متينة بين الطبيب والمريض تعتمد على استمرارية الطبيب مع المريض بما يساعد في تقديم خدمة صحية شاملة. (8) مهارة الاتصال: في ما يتعلق بتقويم المرضى لمهارات الاتصال لدى الطبيب، وهذا المتغير يتراوح من 1 إلى 5 درجات متصلة، فقد كان

المتوسط الحسابي 3,25 بإنحراف معياري مقداره 0,96 . والمتوسط الحسابي يشير إلى أن عينة الدراسة يميلون إلى التقويم الإيجابي لمهارة الاتصال لدى الطبيب. (9) مهارة التعامل الشخصي: هذا المتغير يتراوح من 1 إلى 5 درجات متصلة وقد كان المتوسط الحسابي 3,35 بإنحراف معياري قدره 0,95 والمتوسط الحسابي يشير إلى أن عينة الدراسة يميلون إلى التقويم الايجابي لمهارة التعامل الشخصي لدى الطبيب.

التحليل الاستنتاجي

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي ما يلي (أنظر جدول رقم 3): لدراسة العلاقة بين جنس المريض ومدى التزامه بالارشادات الطبية عند استخدام الدواء فقد تم استخدام إختبار كاي التربيعي Chi-square test، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $p<0,05$ بين جنس المريض والتزامه فمن بين المبحوثين الذكور أشار حوالي 78% إلى التزامهم بالارشادات الطبية وبنسبة مقاربة بين الإناث (حوالي 70%) أشرن إلى التزامهن بالارشادات الطبية وكانت قيمة كاي=1,6 بدلالة إحصائية=20. (x^2= 1.6, df= 1, p=0.20).

ولمعرفة ما إذا كان هناك علاقة بين الحالة الاجتماعية للمريض والتزامه بالارشادات الطبية فقد أظهرت نتائج كاي التربيعي chi-square test عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين المتغيرين فمن بين المبحوثين المتزوجين أشار 75% إلى التزامهم بالارشادات الطبية وبنسبة مقاربة، حوالي 70%، من غير المتزوجين أشاروا إلى التزامهم. وكانت قيمة كاي= 37. بدلالة إحصائية= 54. (x^2= .37, df= 1, p= 0.54).

ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي للمريض على التزامه بالارشادات الطبية، فقد

الجدول رقم (3)

كاي تربيع لتأثير المتغيرات المستقلة الثنائية على الالتزام

الجنس

	ذكر	أنثى
نعم	%77,9	%70,2
لا	%27.1	%29.8

p= 0.20, D.F= 1, x^2= 1.60

الحالة الاجتماعية

	متزوج	غير متزوج
نعم	%75	%70,5
لا	%25	%29.5

p=0.54, D.F= 1, x^2= 37

تم استخدام الإنحدار اللوجستكي logistic regression (أنظر جدول رقم 4). وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين المتغيرين عند مستوى الدلالة الإحصائية p<0.05، حيث أن الميل الإنحداري قدره 10. =regression slope بدلالة إحصائية p=0.28.

كما أن النتائج الإحصائية أثبتت عدم وجود علاقة بين الحالة الصحية للمريض ومدى التزامه بالارشادات الطبية فنتائج الإنحدار اللوجستكي logistic regression أظهرت ميلاً إنحداريًا مقداره 01.=regression slope بدلالة إحصائية p=0,94.

إن هذه النتائج التي دلت على عدم وجود علاقة بين جنس المريض وحالته الاجتماعية ومستواه التعليمي وحالته الصحية وبين مدى التزامه بالارشادات الطبية تتماشى مع نتائج الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأميركية والتي دلت على هامشية غالبية العوامل الديموغرافية في تأثيرها على مدى التزام المريض بالارشادات الطبية. لذا فإن جنس المريض وحالته الاجتماعية ومستواه التعليمي وحالته الصحية لا يعال عليها في تفسير الفروق في مستوى الالتزام بالارشادات الطبية بين المرضى.

وبعد ارتداد الالتزام على العمر لدراسة العلاقة بين عمر المريض والتزامه بالارشادات الطبية، أوضحت نتائج الإنحدار اللوجستكي logistic regression أنّ ميل الإنحدار قدره 05.- regression slope بدلالة إحصائية p=0.01 وهذا يشير إلى أنّ هناك علاقة بين العمر والالتزام عند مستوى الدلالة الإحصائية p<0.05 فكلما تقدّم العمر بالمريض كان التزامه بالارشادات الطبية في ما يخص استخدام الدواء أكثر. وقد توحي تلك النتيجة بأن ذلك لا يتفق مع الاتجاه السائد في الدراسات العلمية التي تشير إلى أن العمر كبقية العوامل الديموغرافية ليس له ارتباط بالالتزام. ولكن إذا علمنا أنّ ذلك قد يرجع إلى أنّ غالبية عينة البحث العشوائية في هذه الدراسة هم من صغار ومتوسطي العمر حيث أنّ ما يقارب 90٪ من المبحوثين تبلغ أعمارهم من 18 إلى 44 سنة زال ذلك التعارض. ونتيجة هذه الدراسة تدل على أنه كلما وصل المريض إلى المرحلة العمرية المتوسطة كلما كان أكثر نضجاً واستقرارًا وفهمًا لأهمية اتباع تعليمات الطبيب بخلاف صغار السن من المرضى.

أظهرت الدراسة أهمية العوامل المؤسسية وتأثيرها على التزام المريض بالارشادات الطبية مقارنة بالعوامل الديموغرافية. فالنتائج الإحصائية أثبتت أن تعامل الطبيب الشخصي مع المريض له تأثير كبير في مدى التزام المريض بالارشادات الطبية. فبعد ارتداد الالتزام على تعالم الطبيب الشخصي كان الميل الإنحداري اللوجستكي قدره 45.- =regression slope بدلالة إحصائية مقادرها 008.=p. فكلما كان الطبيب جيدًا في طريقة تعامله مع المريض كان المريض أكثر التزامًا. والمعاملة الطيبة من جانب الطبيب وما تحمله من اهتمام واحترام وتلطف للمريض تشعره بأنّ الطبيب يعامله كإنسان له مشاعر وأحاسيس وليس مجرد طبيب يؤدي عملاً روتينيًا يحاول التخلص منه بأسرع وقت. وهذا عامل مهم في المجتمع السعودي. فنحن كشعب عربي شعب عاطفي نتأثر كثيرًا بطريقة تعامل الطبيب وما يبديه من تعاطف نحونا. فكلما كانت معاملة الطبيب مع المريض جيدة أحس المريض بالقرب من الطبيب وأنه حريص على مصلحته، وفي النتيجة فالمعاملة الحسنة يقابلها المريض بسلوك حسن يرغبه الطبيب

ويتمثل في ذلك التزامه التام بتعليمات طبيبه.

كما أظهرت الدراسة أن الاتصال بين الطبيب والمريض يؤثر في عملية الالتزام. فالميل

الجدول رقم (4)

معامل الإنحدار اللوجستيكي لتأثير المتغيرات المستقلة المتصلة على الالتزام

	معامل الإنحدار	الخطأ المعياري	الاحتمالية
التعليم	,01	,09	,28
الحالة الصحية	-,01	,17	,94
العمر	-,05	,02	,01
مهارة التعامل	-,45	,17	,008
مهارة الاتصال	-,38	,17	,02
مدة الزيارة	-,41	0,22	,06
استمرارية الطبيب	-,18	,13	,14

الإنحداري اللوجستكي وقدره regression slope= -.38 ذو دلالة إحصائية عند مستوى p<0.05. فكلما كان الاتصال جيدًا كان المريض أكثر التزامًا بالإرشادات الطبية. وهذا يتفق مع العديد من الدراسات التي تم تناولها مقدمًا. فالاتصال هو محور التفاعل وأساس العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض. وما لا شك فيه أن جودة الاتصال لها أهمية كبيرة في العملية العلاجية، وبخاصة لجهة التزام المرضى بالارشادات الطبية. فإعطاء الطبيب للمريض المعلومات الكافية عن المرض وكيفية العلاج يُساعد المريض على تفهم حالته ومدى خطورتها، وبالتالي يزيد من حرصه في اتباع تعليمات الطبيب. وتزويد المريض بالمعلومات الطبية أمر ضروري خصوصًا في المجتمعات النامية كالمجتمع السعودي، الذي عادة ما تكون الثقافة الصحية لدى أفراده محدودة. كما أن الاتصال الجيد يعني إعطاء الفرصة للمريض ليتحدث ويشرح شكواه للطبيب وللأخذ والرد مع الطبيب. وهذا، بالتالي، يؤدّي إلى اقتناع المريض بأن تشخيص الطبيب وعلاجه بُني على قرار سليم وليس عشوائيًا. فقد أتخذ القرار بعد سماع شكوى المريض، وهذا يجعل المريض أكثر التزامًا بالارشادات الطبية. وفي هذا الاطار فإن العديد من مشاعر الاستياء التي أظهرها المبحوثون أثناء جمع المعلومات تدور حول عدم اعطاء الطبيب الفرصة للمريض للتحدث عن شكواه. وبعضهم أشار إلى أن الطبيب يكتب الوصفة الطبية قبل أن ينتهي المريض من وصف شكواه. كما أن الاتصال الجيد يمكّن الطبيب من إيضاح مفعول الدواء للمريض، وما إذا كانت هناك آثار جانبية للدواء والاستخدام الأمثل له والتأكد من أن المريض فهم التعليمات. وهذه الأمور تساعد المريض في الالتزام بالتعليمات. ففي بعض من ا لأحيان ونتيجة لحدوث آثار جانبية للدواء كالغثيان أو الخمول أو سرعة في دقات القلب، قد يحجم المريض عن الاستمرار في تناول الدواء وذلك لعدم توضيح الصورة له. والعديد من الدراسات ـ مثل دراسات هلكا

1976، 1979 ـ أثبتت أنه كلما كان الاتصال جيدًا كان التزام المريض أكثر. ونظرًا لأن المؤسسات الصحية الخاصة تحرص على حسن الاتصال بين الطبيب والمريض فإنه وجد أن التزام المرضى لدى هذه المؤسسات بالارشادات الطبية أفضل منه لدى مرضى المؤسسات الصحية العامة (Hulka 1976, 1979).

ومن مشكلات الاتصال ما يتعلق باستخدام الطبيب لمصطلحات طبية جامدة يجد المريض المتعلم نفسه تائهًا أمامها، فكيف بالمريض قليل التعليم. فمن الواجب أن يتحدّث الطبيب بأسلوب يفهمه المريض ويقرّب الصورة لديه بدلاً من ترديد العديد من المصطلحات الطبية على مسامع المريض، والتي ربما تسبب خوفًا وقلقًا لدى المريض. كما أن وجود أطباء وصيادلة أجانب وعدم اتقانهم للغة العربية، أو اللهجة المحلية، قد يعيق الاتصال والتفاهم بينهم وبين المريض. فالطبيب،هنا، قد لا يستطيع توصيل المعلومات للمريض، وإذا حاول ذلك فباسلوب ركيك قد لا يفهمه المريض. بل إنّه نتيجة لجهله باللغة العربية قد يعطي الطبيب ارشادات خاطئة أو قاصرة للمريض في طريقة استخدام الأدوية.

كما أنّ الدراسة دلّت على وجود علاقة بين مدة الزيارة أو الوقت الذي يمضيه الطبيب مع المريض ومدى التزام المريض بالارشادات الطبية. فالميل الإنحداري اللوجستكي وقدره regression slope= -.41 كان بدلالة إحصائية قريبة جدًا من المستوى 05, حيث كانت الدلالة p=.06. وهذا يشير إلى أنّه كلّما كان الوقت الذي يمضيه الطبيب مع المريض أطول كان المريض أكثر تقيدًا بالارشادات الطبية. فطول الوقت الذي يمضيه الطبيب مع المريض مؤشر على أن الوصفة العلاجية تمت بعد فحص دقيق وشامل، ما يزيد ثقة المريض في الطبيب وبالتالي اقتناعه بالعلاج. كما أن طول وقت الزيارة مؤشر على إهتمام الطبيب بالمريض واتاحة الفرصة للمريض لمناقشة الطبيب. وذلك كله يؤدي إلى التزام أكثر من المريض بالوصفة الطبية. وهذا يتماشى مع الدراسة التي أجراها جيرتسن وآخرون، حيث وجد أنّ المرضى الذين يشعرون بأنّ الطبيب أمضى معهم وقتًا غير كاف أقل إلتزاماً من المرضي الذين يشعرون بأنّ الطبيب أمضي معهم وقتًا كافيًا (Geertsen et al 1973).

وبالنسبة لاستمرارية الطبيب مع المريض (رؤية المريض للطبيب نفسه في كل زيارة) فقد دلت نتائج الدراسة على عدم وجود علاقة بين هذا المتغير والتزام المريض بالارشادات الطبية عند مستوى الدلالة الإحصائية p.05. فالميل الإنحداري اللوجستكي وقدره regression slope= .18 بدلالة إحصائية =p.14. وهذه النتيجة تشير إلى عدم أهمية متغير استمرارية الطبيب مع المريض في تأثيره على إلتزام المريض.

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة يتبين أنّ العوامل الديموغرافية ليس لها تأثير في التزام المرضى بالارشادات الطبية (ما عدا العمر) بينما جميع العوامل المؤسسية لها تأثير في إلتزام المرضى بالارشادات الطبية (ما عدا استمرارية الطبيب مع المريض). وهذا يشير إلى ما للعوامل المؤسسية من أهمية كبرى في تفسير الاختلاف في الالتزام بالارشادات الطبية بين المرضى، ويؤكد أن الجهود لا بد أنّ توجه بشكل كبير نحو تلك العوامل المؤسسية لرفع الالتزام بين المرضى.

تطبيقات الدراسة ودور الخدمة الاجتماعية الطبية

الخدمة الاجتماعية عمومًا، وفي المملكة على وجه الخصوص، لا ينبغي أن ينحصر دورها في نطاق ضيق ربما لا يمس أو يمتد إلى حاجات المريض وحاجات المجتمع، مما ينعكس سلبيًا على دور المهنة وسمعتها في المؤسسة الصحية والمجتمع الكبير. فلا بد أن يتسع دورها ليعالج الكثير من المشكلات الاجتماعية التي تواجه المريض والمؤسسة الصحية حسب حاجة المجتمع فيمكن أن تقوم الخدمة الاجتماعية بدور كبير في مواجهة مشكلة عدم التزام المرضى بالارشادات الطبية. ونظرًا لأن مهنة الخدمة الاجتماعية تنظر إلى الفرد وتتعامل معه في محيط البيئة التي يعيش فيها فهي أنسب مهنة لتقدير مشكلة عدم الالتزام وبالتالي وضع الحلول لها. كما أن الاختصاصيين الاجتماعيين لديهم المعرفة المهنية والتدريب العلمي للتعامل مع مشكلات المريض الاجتماعية والعاطفية (Ben-Sira 1988).

إن العديد من الأطباء يبالغون في توقعاتهم لجهة التزام المريض بالارشادات الطبية فإذا اشتكى المريض من عدم التحسن فإن الطبيب يتجه إلى الاشتباه في عدم فعالية الدواء فيقوم بوصف دواء أقوى مفعولاً أو إضافة بعض من الأدوية، ويغفل جانباً آخر وهو أنّ عدم تحسن حالة المريض قد يرجع إلى عدم إلتزام المريض بالوصفة الطبية. وإغفال هذا الجانب وما ينتج عنه من كثرة وتنوع الأدوية التي يتناولها المريض، يؤدّي إلى نتائج سيئة إذ يذكر الدكتور محمد طلعت عزالدين أن «حالات الفشل الكلوي بدأت تزداد في العالم العربي بسبب الآثار الجانبية للأدوية التي نستخدمها من مضادات حيوية ومضادات للروماتيزم، والتي أثبتتها البحوث العلمية في الخمس عشرة سنة الماضية. والدليل على ذلك هو إنتشار حالات الفشل الكلوي الذي لم نكن نسمع عنه منذ خمسة عشر عامًا، ولم نكن نسمع عن الغسيل الكلوي الذي نراه هذه الأيام بشكل مخيف»، (اليمامة: 38). وفي هذا الإطار أشارت مجلة النيوزويك الأميركية في تقرير لها إلى أن المضادات الحيوية، التي كانت معجزة القرن العشرين ،تغلبت عليها البكتيريا (الجراثيم) في الوقت الحاضر (Newsweek 1994). إنّ مقاومة البكتيريا للمضادات الحيوية يرجع في أغلب الأحيان إلى الأطباء المعالجين. فبعض من الأطباء يصرفون المضاد الحيوي للمريض من غير التأكد ما إذا كان المرض سببه فيروسي أو بكتيري. كما أن بعض من الأطباء ينزلون عند رغبة المريض في إعطائه مضادًا حيويًا لاصابة فيروسية كالبرد أو ألم الحنجرة (مع أن المضاد الحيوي لا يمكن أن يؤثر فيه)، بدلاً من توعية المريض بعدم الحاجة لها والخطر الذي قد ينجم عن إساءة استخدامها. ففي الولايات المتحدة وجد أن سبعة من كل عشرة يصرف لهم مضادات حيوية حينما يراجعون من أعراض البرد (Newsweek 1994). كما أنّ سوء استخدام المضادات الحيوية يعمل على مقاومة الجسم لها ويجعل قدرتها على شفاء الأمراض تتلاشى. بل أنّ سوء استخدام بعض من المضادات الحيوية «قد يسبب نمو البكتيريا المقاومة التي يستعصي علاجها في ما بعد ويؤدي إستعمالها إلى تثبيط البكتيريا النافعة التي تنمو في الأمعاء وتساعد في منع الاضطرابات المعوية» (عقيل والدنشاري 1987)، لذلك يجب أن يتصف الطبيب ببعد نظر عند عدم تحسن حالة المريض ويضع في تصوره أنّ ذلك قد يرجع إلى إهمال وتساهل المريض في استخدام الدواء ويتأكد من ذلك قبل المضي في كتابة وصفة جديدة أو زيادة الجرعة الدوائية.

ويجب أن يدرك المسؤولون والعاملون في القطاع الصحي أنّ عدم التزام المريض مكلف إقتصاديًا. فتغيير الدواء اللامدروس وكثرة الأدوية التي يتناولها المريض ليست بلا ثمن فهي خسارة على المواطن والدولة. وقد أشار عقيل والدنشاري (1987) إلى أنّه بالاستخدام الصحيح للمضادات الحيوية يمكن توفير ثلاثة أرباع ما يصرف من المضادات الحيوية سنويًا. كما ذكرت مجلة النيوزويك أنّ مبيعات المضادات الحيوية سجلت إرتفاعًا كبيرًا. فبين عام 1988 وعام 1993 زادت مبيعات المضادات الحيوية للصيدليات والمستشفيات من 3,7 بلايين دولار إلى 5,6 بلايين دولار. كما أنّ استبدال الأدوية المتكرر للمرضى يضيف حملاً على النفقات الصحية للدولة. فمثلاً في الولايات المتحدة الأميركية يقدّر ذلك الحمل ما بين 100 مليون إلى 200 مليون دولار أميركي (Newsweek 1994). ونظرًا لضخامة النتائج المترتبة عن ذلك ـ ليس فقط الاقتصادية ولكن البشرية كما أسلفنا ـ فإنّ هذا يستدعي من وزارة الصحة جهودًا أكبر في المراقبة والاشراف على المستشفيات والعيادات العامة منها والخاصة، وأن لا يقتصر دور الوزارة مع القطاع الصحي الخاص على منح التراخيص. هذا فضلاً عن أنّ القطاع الصحي الخاص يتأثر بمشكلة عدم التزام المرضى. فعدم تحسن حالة المرضى المراجعين لذلك القطاع قد يُعزى إلى عدم كفاءة تلك المؤسسات والعاملين فيها، مع أنّ عدم التحسن ذلك يكون ناتجًا عن عدم التزامهم بالارشادات الطبية. لذا فإن مواجهة المؤسسات الصحية الخاصة لمشكلة عدم الالتزام ستؤدي إلى كسب ثقة المريض واكتساب سمعة طيبة بما يدعّم من منافستها الاقتصادية في سوق يشهد تزايدًا في عدد المؤسسات الصحية الخاصة. كما أنّ المؤسسات التعليمية كالجامعات ومدارس التعليم العام تتأثر بمشكلة عدم التزام المرضى. فعدم الالتزام يؤدي إلى سوء استخدام للخدمات الطبية الجامعية والمدرسية وما يعنيه ذلك من زيادة العبء المالي على الجامعات ووزارة المعارف والرئاسة العامة لتعليم البنات من ناحية. ومن ناحية أخرى، فإنّ عدم الالتزام يؤثر على التحصيل الدراسي لدى الطلاب نتيجة للغياب المتكرر للطلاب المرضى أو لتأثير استمرار المرضى على التركيز الذهني للطلاب، نتيجة لعدم استخدام الدواء كما هو مطلوب.

ويجب على المؤسسة الصحية النظر إلى مشكلة عدم الالتزام بنظرة جدية لأنّ عدم الالتزام قد ينم عن مشاكل نفسية واجتماعية يعاني منها المريض ولا يستطيع الطبيب علاجها، ولكن الاختصاصي الاجتماعي هو المعالج الأمثل لشكوى المريض، فعدم الالتزام قد يكون تعبيرًا عن القلق والغضب الذي يعاني منه المريض وقد يعاني أيضًا من مرض نفسي يعرف بـ somatization disorder وهو شكوى المريض من أعراض جسدية مرضية ولكن ليس لها مسبب عضوي، ما يترتب عليه ضرورة تحويله إلى الإختصاصي الإجتماعي لدراسة حالته ووضع خطة علاجية له.

ومن الضرورة بمكان أن نفرّق بين نوعين من عدم الالتزام وهما: (1) عدم الالتزام الإجباري و(2) عدم الالتزام الاختياري. عدم الالتزام الاجباري يرجع إلى وجود ظروف أو

عوامل فوق طاقة المريض تمنعه من الالتزام بالارشادات الطبية على الرغم من رغبته واقتناعه بالعلاج. فمثلاً، حينما يكون المريض ضريرًا لا يستطيع التفرقة بين الأدوية الموصوفة له مما قد يضطره إلى تكرار تناول الدواء الواحد ظنًا منه أنه تناول جميع الأدوية الموصوفة له. وكذلك في حالة ضعف الذاكرة، وبخاصة لدى كبار السن ما يسبب نسيان مواعيد تناول الدواء أو مقدار الجرعات. مثال آخر: حينما يكون الدواء الموصوف، غير متوفر إلاّ في صيدلية خارجية وبسعر مرتفع، وبسبب قلة دخل المريض لا يستطيع المريض دفع تكاليف العلاج مما يضطره إلى عدم شراء الدواء أو شراء بعض من الأدوية الموصوفة وترك بعضها الآخر، أو شراء دواء آخر مقارب للدواء الموصوف، وبسعر أقل، ولكن فعاليته أقل. فعلى سبيل المثال، لو تصورنا حالة المرضى الذين يوصف لهم دواء زينتاك لمعالجة قرحة المعدة والحموضة، والذي ينصح الطبيب في العادة بتناوله ثلاث مرات يوميًا، لعرفنا المعاناة التي يعانيها محدودو الدخل. فقيمة الدواء تبلغ 73 ريالاً سعوديًا وفي كل علبة منه عشر حبات فقط أي أن قيمة الحبة أكثر من سبعة ريالات، فالجرعة اليومية لهذا الدواء تكلف المريض أكثر من 21 ريالاً وفي الشهر الواحد تكلف أكثر من 630 ريالاً. ومثال آخر حينما يكون الدواء الموصوف يجلب الخمول والنعاس والمريض عمله يتعلق بتشغيل الآلات، مما يؤثر على أدائه لعمله وهو المصدر الوحيد للكسب فيضطر المريض في هذه الحالة لترك الدواء خوفًا على مورد رزقه. وعدم الالتزام الاجباري يتطلب من الطبيب الالمام بحالة المريض النفسية والاجتماعية والاقتصادية. وهذا يستلزم أن يكون الاتصال والتفاهم بين الطبيب والمريض جيدين، وأن يعطي الطبيب المريض الوقت الكافي ليشرح حالته وظروفه. كما أن لاشراك الاختصاصي الاجتماعي الطبي في وضع خطة العلاج ضرورة خاصة في حالات العلاج الطويل والمعقد وعند تعدد الأدوية. فيمكن مساعدة هؤلاء المرضى عن طريق: اشراك المريض وأسرته وإعطائهما دورًا أكبر في تخطيط وتنفيذ العملية العلاجية، وتنويع طرق تناول الدواء وتبسيطه وتعديل أوقات الدواء أو تغيير الدواء المسبب للنعاس حتى يتناسب مع عمل المريض ما أمكن ذلك، ومحاولة وصف دواء يتناسب مع قدرة المريض الاقتصادية أو الاتصال بالجمعيات الخيرية لمساعدة المريض في توفير المبلغ اللازم لشراء الدواء. وربما تقوم ادارة المستشفى المعالج بتوفير الأدوية وصرفها للمرضى الذين يتعذر عليهم شراؤها من الصيدليات الخارجية.

أمّا عدم الالتزام الاختياري فيحدث إمّا لتساهل المريض في استخدام الدواء ـ برغم معرفته للارشادات الطبية ـ أو لعدم رغبة المريض في تغيير نظام حياته أو لعدم قناعته بخطورة مرضه أو لعدم قناعته بالعلاج الموصوف. وهنا لا بد من اشراك الاختصاصي الاجتماعي لمواجهة هذه المشكلة. فقد يكون عدم الالتزام نتيجة لمخاوف المريض من استخدام الدواء التي ربما تكون نتيجة لترسبات من الماضي في مرحلة الطفولة أو لخبرات سيئة سابقة مع الدواء أو لما سمع عن الدواء من آثار سيئة أو لمخاوفه من الاعتمادية على الدواء. وللكشف عن تلك المخاوف والتغلب عليها، لا بد أن تكون العلاقة بين الطبيب والمريض وثيقة وأساس هذه العلاقة المعاملة الحسنة والتفاهم الجيد واستمرارية الطبيب مع المريض. كما أنّه لا بد أن يكون هناك تعاون بين الطبيب والاختصاصي الاجتماعي بحيث

يقوم الاختصاصي الاجتماعي بدراسة مستفيضة لحالة المريض ووضع خطة لمساعدة المريض، التي عادة ما تشتمل على توضيح الصورة أمام المريض وإزالة مخاوفه وإيضاح خطورة مرضه وتقديم المعلومات المطلوبة وتقديم الدعم النفسي للمريض والعمل على إقناع المريض بأهمية اتباع العلاج الموصوف، وما قد ينتج عن عدم الالتزام من استفحال المرض وطول فترة العلاج وربما الوفاة. كما أنّ اشراك المريض في العملية العلاجية حافز ضروري لالتزامه بالارشادات الطبية.

ويُلاحظ أن طريقة تعليب وتغليف الأدوية لها دور كبير في مدى التزام المريض بالارشادات الطبية. فكلما تنوعت طرق تعليب الأدوية الموصوفة للمريض وتعددت ألوانها ساعد ذلك المريض في تذكّر كيفية استخدام الأدوية. ومن المؤسف أنّ الطريقة التي تصرف بها الأدوية في المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية قد تساعد في عدم التزام المريض بالارشادات الطبية. فالأدوية (الحبوب والكبسولات) غالبًا ما تصرف في أكياس بلاستيك بيضاء صغيرة لا تحمل المعلومات الأساسية عن الدواء، كخواصه ودواعي الاستعمال وموانع الاستعمال والتأثيرات الجانبية ومدة صلاحية الدواء وتفاعل الدواء مع المستحضرات الأخرى والمشروبات المنبهة، فضلاً عن أنّ طريقة الاستعمال التي تكتب على أكياس البلاستيك تكون في بعض من الأحيان بخط غير واضح وسريعة الزوال. ويزداد الأمر سوءً حينما لا يجيد الطبيب أو الصيدلي اللغة العربية أو اللهجة المحلية للبلد مما يخلق صعوبة في التفاهم مع المريض أو مزحومًا بحيث لا يكون لديه القدرة والوقت لشرح طريقة الاستعمال.

ونظرًا لأهمية الالتزام، فإنّ على أعضاء الفريق الطبي، وعلى رأسهم الاختصاصي الاجتماعي، استخدام جميع الطرق الممكنة لزيادة التزام المريض. ومع أهمية الارشادات اللفظية، تبقى الارشادات المكتوبة (كتابة طريقة إستعمال الدواء للمريض بوضوح) ضرورية في العديد من الحالات، وبخاصة إذا كانت كيفية استخدام الدواء معقّدة أو أنّ العلاج يحتاج إلى وقت طويل. كما أنّ اشتراك الطبيب والصيدلي في إعطاء التعليمات يزيد من التزام المريض لأن المريض يشعر بأن الأمر مهم. فإذا أردنا للارشادات الطبية أن تُتبع، يجب على الطبيب والمريض مناقشتها حتى يتسنى للمريض فهمها. فالاتصال والفهم المتبادل بين الطبيب والمريض مفتاح رئيسي لاتباع الارشادات الطبية. وقد وجد أنّه كلما زاد الاتصال وزادت معرفة المريض لوظائف الدواء قل سوء استخدامه له (Garrity and Lawsen 1989). وينبغي التأكيد هنا على أنّ عملية الاتصال بين الطبيب والمريض يجب أن تشمل ابلاغ المريض بالمعلومات الضرورية كالآثار الجانبية للدواء أو الأعراض المصاحبة لاستخدامه حتى لا يتوقف المريض عن استخدام الدواء بمجرد ظهور تلك الأعراض الطبيعية المصاحبة لاستخدام الدواء. فإذا لم يستطع المريض فهم التعليمات شفهيًا، على الطبيب أن يكتب الارشادات الطبية بوضوح. وهذا كله يبرز أهمية إشراك المريض في العملية العلاجية، فهو ليس مستقبلاً فقط، بل مستقبل ومرسل في الوقت ذاته. كما أن بناء علاقة جيدة بين الطبيب والمريض تقوم على الثقة المتبادلة أمر ضروري لالتزام المريض بالارشادات الطبية وبالتالي نجاح العلاج.

وتنبغي الاشارة إلى أنّ هناك عاملاً مهمًا يؤثر على الالتزام بالارشادات الطبية لدى الأطفال، لم تتضمنه الدراسة نظرًا لأنّ المبحوثين من البالغين، ألا وهو عمل الأم. فقد وجد أرنهولد وآخرون أنّ عدم اتباع الارشادات الطبية في استخدام الدواء يكثر لدى أطفال الأمهات العاملات عنه لدى أطفال ربات البيوت (Becker et al 1972). وهذا يبين ما لخروج المرأة للعمل من تأثير على حياة الأطفال، ويؤكد على أهمية وضع استراتيجيات جديدة ومناسبة لعمل المرأة في المملكة العربية السعودية، خصوصًا أنّ هناك تغيّرًا في تركيبة القوى العاملة في السعودية، يتمثل في الزيادة الكبيرة للعمالة النسائية في السنوات الأخيرة. وهذه الاستراتيجيات الجديدة يجب أن تعطي المرأة وقتًا أكبر للعناية بأسرتها وبخاصة عند مرض أحد الأبناء. وهذا يتناسب مع المسؤولية العظيمة للأم العاملة إذ أنها هي المسؤولة الأولى عن رعاية الأبناء وإشباع حاجاتهم. وقد تكون إحدى هذه الاستراتيجيات تطبيق نظام العمل الجزئي للمرأة العاملة بحيث يتيح للمرأة وقتًا كافيًا لبيتها لترعى شؤون أسرتها. كما أنّ الاختصاصية الاجتماعية قد تحتاج إلى بذل جهد مضاعف حينما تكون أم الطفل المريض عاملة، وذلك لوضع طريقة مناسبة تكفل متابعة الطفل المريض. كما تسعى الاختصاصية الاجتماعية إلى إشراك والد الطفل وباقي أفراد الأسرة القريبين من المريض في متابعة العلاج بحيث لا يقتصر أمر المتابعة على الأم فقط.

من خلال نتائج هذه الدراسة تبيّن أنه وبالرغم من أنّ عينة البحث تم سحبها عشوائيًا من الأفراد البالغين إلاّ أنّ غالبية المبحوثين هم من فئة صغار ومتوسطي العمر كما سبق توضيحه وهذا قد يلقي الضوء على مؤشر مهم، وهو أنّه كلما تقدم الفرد في السن قل استخدامه للخدمات الصحية في المملكة بالرغم مما هو معروف من أنّه كلما تقدم الفرد في السن زادت حاجته للخدمات الصحية. وقلة الاستخدام للخدمات الصحية هذا قد يرجع إلى أنّ الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية أو أسلوب تقديم تلك الخدمات لا يتناسب مع احتياجات ورغبات بعض من الفئات العمرية. كما أنّ قصور تلك المؤسسات في عدم نشر الوعي الصحي بطرق مناسبة بين جميع الفئات العمرية في المجتمع قد يكون له دور كبير في احجام بعض من تلك الفئات عن عدم الإستفادة من الخدمات الصحية وهذا يتطلب استراتيجيات جديدة من المؤسسات الصحية في توعية وتسهيل الحصول على الخدمات الصحية لمختلف الفئات العمرية في المجتمع.

وفي الختام، لا بد من التأكيد على ضرورة أن يدرك المهنيون الطبيون والمؤسسة الصحية ككل أنّ عدم الالتزام بالارشادات الطبية ليس سببًا فقط بل نتيجة أيضًا. فهناك عوامل ظاهرة وباطنة تؤدي بالمريض إلى عدم الالتزام. وبالتعاون المتبادل بين الاختصاصي الاجتماعي والطبيب يمكن معرفة حالات عدم الالتزام بين المرضى والكشف عنها، وبعد الكشف عن الحالات يقوم الاختصاصي الاجتماعي بوضع دراسة تشخيصية للحالة وبناء على هذه الدراسة يتم وضع الخطة المناسبة لمواجهة مشكلة عدم التزام المريض بالارشادات التي تعطى له من قبل الطبيب.

المصادر

عقيل، عبدالرحمن والدنشاري، عزالدين

1987 التثقيف الدوائي. السعودية ، جامعة الملك سعود ،الرياض.

Babbie, E.

1989 The Practice of Social Research. Bellmont, CA: Wordsworth Publishing Co.

Ben-Sira, Z.

1988 "Social Work in Health Care: Needs, Challenges and Implications for Structuring Practice". Social Work in Health Care 13 (1): 79-100.

Bigby, J., Dunn, J. Goldman, L., Adams, J., Jen, P., Landefield, S. & Komaroff, Al. L.

1987 Assessing the Preventability of Emergency Hospital Admissions. The American Journal of Medicine February (83): 1031 - 1038.

Bissonette, R. and Seller, R.

1980 "Medical Noncompliance: Cultural Perspective". Man and Medicine 5: 41-52.

Bloom, N.; Cerkoney, K.; Hart, L.

1980 "The Relationship between the Health Beliefs Model and Compliance of Persons with Diabetes Mellitus ."Diabetes Care 3: 490-500.

Cramer, J., Mattson, R., Prevy, M., Scheyer, R. & Quewllette, V.

1989 "How Often is Medication taken as Prescribed? "JAMA 251 (22): 3273-3278.

Davidson, P.

1976 "Therapeutic Compliance." Candian Psychological Review 16(4) October: 247-259.

Dunbar, J., A.

1979 Adherence to Drug and Diet Regimen. In R. Levey, B. Rifkind, N. Ernst eds. Nutrition, Lipids, and Coronary Disease. NY: Raven Press.

Farberow,N .

1986 Noncompliance as Indirect Self-destructive Behavior. In K. Gerber, eds., Compliance: The Dilemma of the Chronically Ill. N.Y, N.Y: Springer Publishing Company.

Fletcher, .R.

1989 "Patient Compliance with Therapeutic Advice: A Modern View". The Mount Sinai Journal of Medicine 56(6) November: 453-458.

Freidin, M.D., Goldman, M.D. and Rosellen C.

1980 "Patient-physician Concordance in Problem Identification in the Primary Care Setting". Annals of Internal Medicine 93(3) Sept.: 490-493.

Garrity, T. and Lawsen, E. J.

1989 "Patient-physician Communication as a Determinant of Medication Misuse in Older Minority Women". Journal of Drug Issues 19(2): 245-259.

Gerber, K.

1986 "Compliance in the Chronically Ill: An Introduction to the Problem". In K. Gerber ed. Compliance: The Dilemma of the Chronically Ill. N.Y, N.Y: Springer Publishing Company.

Geertsen, H., Gray, R., And Ward, J.

1973 "Patient Compliance within the Context of Medical care for Arthritis". Journal of Chronic Diseases 26: 689-698.

Gordis, L.

1979 "Conceptual and Methodologic Problems in Measuring Patient Compliance". In R. Haynes, D. Taylor & D. Sacket eds. Compliance in Health Care. Baltimore: John Hopkins University. Press.

Haynes, R.

1979 "Determinants of Compliance: The Disease and the Mechanis of Treatment". In R. Haynes. D. Taylor & D. Sackett Compliance in Health Care. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Hulka, B.

1979 "Patient-clinican Interaction and Compliance". In R. Haynes, D. Taylor & D. Sackett: Compliance in health Care. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Hulka, B. Cassel, S., Kupper, J., Lawrence L., and Burdette, J.

1976 "Communication, Compliance, and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications". American Journal of Public Health, 66: 847-853.

Jones J., Clark, W., Bradford, J., & Dougherty, J.

1987 "Efficacy of a Telephone Follow-up System in the Emergency Department. The Journal of Emergency Medicine (April): 249-254.

Kultun & Stone

1986 "Compliance in the Chronically Ill: An Introduction to the Problem". In K. Gerber and A. Nehemkis eds. Compliance: The Dilemma of the Chronically Ill. New York: Springer Publishing Co.

Mckenney, J. Slining, J. Henderson, H. Bar, M.

1973 "The Effect of Clinical Pharmacy Services on Patients with Essential Hypertension". Circulation 48: 1104-1111.

Monette, D. Sulhvan, T., & Dejong C.

1990 Applied Social Research. Chicago: Holt, Rhinehart and Winston, Inc.

Sackett, D.

1976 "The Magnitude of Compliance and Compliance". In D. Sacket & R. Haynes eds. Compliance with Therapeutic Regimes., Baltimore M.D.: Johns Hopkins University Press.

Sackett, D. & Snow, J.

1979 "The Magnitude of Compliance and Noncompliance". In R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sacket eds. Compliance in Health Care. Baltimore: John Hopkins University Press.

Streja, D. , Boyko, E., & Rabkin, S.

1983 "Predictors of Outcome in a Risk Factor Intervention Trial Using Behavior Modifaction. "Preventive Medicine 11: 291-303.

Tebbi, C., Richards, M., Cummings, K., Zevon, M., & Mallon, J.

1988 "The Role of Parent Adolescent Concordance in Compliance with Cancer Chemotherapy". Adolescence, 23 (91) Fall.

Wing, R., Epstein, L., & Nowalk, M.

1984 "Dietary Adherence in Patients with Diabetes." Behavioral Medicine Update 6: 17-22.

Psychology - Sociology

Factors Affecting Patient Compliance in Saudi Arabia

Rashid S. Albaz *

Patient compliance is a keystone in achieving a successful treatment. This study is an attempt to understand factors affecting patient compliance. Two groups of factors are examined. The first one is patient sociodemographic variables which include: gender, marital status, age, educational level, and health status. The second group is organizational variables including time spent with the doctor, doctor continuity, doctor communication style, and doctor interpersonal style. The study has shown that organizational variables are far more important than sociodemographic variables in affecting patient compliance.

* Associate Professor, Dept. of Social Work, College of Social Sciences, Imam Mohammed Ben Saud Islamic University, Saudi Arabia.

Journal of the Social Sciences.
Vo. 25- No. 4 - Winter 1997 - P.P.125-147.