

جامعة غرداية  
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية  
قسم العلوم الإجتماعية  
شعبة علم النفس

مصدر الضبط الصحي لدى المصابين بالسيدا

(تناذر نقص المناعة المكتسب SIDA)

- دراسة ميدانية على عينة من المصابين بالسيدا بمدينة غرداية -

مذكرة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي

إشراف أ.د.:

د. رشيد سعادة

إعداد الطالب:

علي اولاد هدار

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا

مناقشا

مقررا

د. يوسف قدوري

د. مراد يعقوب

د. رشيد سعادة

الموسم الجامعي 2016-2017

شكرا

لـ:

الأستاذ الدكتور رشيد سعادة

ثم

من شجعتني ووجهني وأعانتني

إهداء

إلى:

أمي وأبي،

زوجتي وابنتي

## الفهرس

ملخص الدراسة (باللغة العربية)

ملخص الدراسة (باللغة الانجليزية)

ملخص الدراسة (باللغة الفرنسية)

## الفصل التمهيدي

ص 1	مقدمة
ص 2	إشكالية البحث
ص 5	الدراسات السابقة
ص 7	الفرضيات
ص 7	أهداف الدراسة
ص 8	أهمية الدراسة
ص 8	التعريفات الإجرائية

## الفصل الأول مصدر الضبط الصحي

ص 15	تمهيد
ص 15	1- مصدر الضبط
ص 15	1-1- مفهوم و تعريف مصدر الضبط

ص 18	الأساس النظري	-2-
ص 22	مصدر الضبط الصحي	-II-
ص 22	مفهوم و تعريف مصدر الضبط الصحي	-1-II-
ص 22	الأساس النظري	-2-II-
ص 25	مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي	-III-
ص 27	خلاصة	

### الفصل الثاني مرض السيدا

ص 33	تمهيد	
ص 33	الإطار المفاهيمي	-I-
ص 42	الإطار الإكلينيكي	-II-
ص 61	خلاصة	

### الفصل الثالث إجراءات الدراسة

ص 65	تمهيد	
ص 65	إجراءات الدراسة	-I-
ص 65	منهج الدراسة	-1-I-
ص 65	حدود الدراسة	-2-I-

66 ص	عينة الدراسة	-3-1
68 ص	أدوات البحث	-11
68 ص	مقياس مصدر الضبط الصحي	-1-11
69 ص	الخصائص السايكومترية لأداة القياس	-1-2-11
71 ص	الأساليب الإحصائية المستخدمة	-2-2-11

#### الفصل الرابع تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

76 ص	عرض و تحليل النتائج	-1
76 ص	عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى	-1-1
78 ص	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية	-2-1
80 ص	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة	-3-1
82 ص	عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة	-4-1
84 ص	تفسير و مناقشة النتائج	-11
84 ص	تفسير نتائج الفرضية الأولى	-1-11
84 ص	مناقشة نتائج الفرضية الأولى	-2-11
85 ص	تفسير نتائج الفرضية الثانية	-3-11
86 ص	مناقشة نتائج الفرضية الثانية	-4-11

87 ص 87 -5-11 تفسير نتائج الفرضية الثالثة

87 ص 87 -6-11 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

88 ص 88 -7-11 تفسير نتائج الفرضية الرابعة

88 ص 88 -8-11 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

90 ص خلاصة

91 ص خلاصة عامة

93 ص الإقتراحات والتوصيات

الملحقات

أداة القياس

قائمة المراجع باللغة العربية

قائمة المراجع باللغة الاجنبية

## ملخص الدراسة

لقد كان تطوع الطالب، في دراسة موضوع مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السيدا، هو التحقق من وجود أو عدم وجود فروق في أبعاد مركز الضبط الصحي، الثلاث، بين الجنسين و بين المتزوجين و غير المتزوجين، و بين المتعلمين و الغير متعلمين وأيضا بين حديثي الإصابة و الاقدم إصابة ( أي الإزمان) في عينة لمرضى السيدا؛ بالتعرض، أولا، في شق نظري، إلى مصدر الضبط الصحي ومرض السيدا ، ثم القيام ببحث ميداني، في شق تطبيقي، من خلال استخدام المنهج الوصفي المقارن، باختيار عينة عرضية من مرضى السيدا، المسجلين على مستوى القطاع الصحي بولاية غرداية، وتطبيق مقياس مركز الضبط الصحي، الذي أعده الأستاذ جبالي نورالدين، عليهم، و معالجة البيانات، من مدخلات و مخرجات، باستخدام بعض الأساليب الإحصائية، المتوفرة في برنامج SPSS ، الإصدار 19.0.0 ، من مجموعة IBM ، ثم تحليلها و مناقشتها قبل تفسيرها، في ضوء ما تم عرضه من تراث نظري معرفي سلوكي و دراسات سابقة تناولت موضوع مصدر الضبط الصحي، في الجانب النظري، و كذلك بالتقيد بالإطار المفاهيمي المقدم في الفصل التمهيدي.

فتم التوصل إلى وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في بعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي بين الجنسين، من مرضى السيدا، ضمن عينة الدراسة، و وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي بين المتزوجين و غير المتزوجين، ضمن عينة الدراسة، و وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي بين المتعلمين و غير المتعلمين، ضمن عينة الدراسة، و وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، و ذلك المرتبط بذوي النفوذ و بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي بين حديثي الإصابة و ذوي الإصابة الاقدم، ضمن عينة الدراسة، و لم تظهر دراسة الطالب أي فروق، بين الجنسين، ضمن عينة الدراسة، في بعد الضبط الداخلي أو في ذلك المتعلق بذوي النفوذ كما لم تظهر دراسة الطالب أي فروق، بين المتزوجين و غير المتزوجين، ضمن عينة الدراسة، في



بعد الحظ أو في ذلك المتعلق بذوي النفوذ، لمصدر الضبط الصحي، ثم ان الدراسة لم تظهر أي فروق، بين المتعلمين و غير المتعلمين، ضمن عينة الدراسة، في بعد الحظ أو في ذلك المتعلق بذوي النفوذ، لمصدر الضبط الصحي.

وقد تبادر إلى ذهن الطالب أن يكون لطبيعة مرض السيدا، الفتاكة، وحتمية مآله، و سوء سمعته، دور فاعل في تكوين، المصاب به، لتصور ذاتي عن الوجهة التي يتبناها في ضبط صحته، و التي تتغلب، فيها، عوامل الحظ و الصدفة و القدر على الموارد و العوامل الذاتية و المصادر الإجتماعية المتاحة، لدى كلا الجنسين، ثم تبرز الموارد و العوامل الذاتية، في تكوين تصور ذاتي، أيضا، عن الوجهة التي يتبناها، المصاب، في ضبط صحته، نظرا لطبيعة الرابطة الأسرية، المتسمة بالإضطلاع بالمسؤولية و الإلتزام تجاه الشريك و الأولاد؛ كما أن ما يرافق نظرة المجتمع المُدينة و المُهينة، للمتزوجين الموصومين بالخيانة، بسبب الإصابة بالسيدا، من شعور، بالذنب، قد يكون عاملا في تبني موقف متحمل للمسؤولية و مولد لتوجه داخلي للضبط الصحي، و هو ما يؤيده، في رأي الطالب، التحقق النسبي للفرضية الثالثة، نتيجة الوعي و المعرفة العلمية الناتجة عن الاكتساب العلمي، لدى المصابين بالسيدا، و هو ما من شأنه أن يقوي الادراك الموضوعي و المتجرد لما يحدث لهم و يقلل من المعتقدات الخاطئة عن تأثيرات المحيطين بهم أو القوى الخارقة. و يعتقد الطالب أن تحقق الفرضية الرابعة، كلية، يدعم النتائج التي توصل إليها، في دراسته الحالية، عن تحقق الفرضيات الثلاثة الأولى، جزئيا، كون ازمان المرض، لا يؤثر على توجهات المرضى، بالسيدا، في تبنيهم لوجهة ضبط صحي متماثلة، ذلك أن سلوكي قبول العلاج و مزاولته يترتبان عن استسلام لواقع و حقيقة المرض المهددة، و التي يتوجب، غريزيا، مجابهته بموارد ذاتية و داخلية، من أجل البقاء؛ إلى جانب المكابدة

المستمرة للمعانة، المنهكة للموارد الفيزيوتشرية، التي تُحتم تبني توجهها خارجيا للضبط الصحي، متمثلا في عزو ما يحدث لهم إلى ذوي النفوذ و الحظ و الأقدار.

## Résumé :

## ملخص الدراسة (باللغة الفرنسية)

L'objectif de l'étude actuelle, porte sur la vérification de l'existence, ou non, de divergences, significatives, entre les trois dimensions du Lieu de Contrôle de Santé, communément, désigné par HLOC (pour Health Locus Of Contrôle, en anglais) des sidéens, selon leur sexe, leur situation matrimoniale, leur niveau d'instruction ainsi que leur chronicité, parmi les individus d'une population atteinte.

L'étude, ci-décrite, consiste en deux parties principales. La première, d'aspect théorique, traite, en deux chapitres indépendants, le sujet de l'HLOC et celui du syndrome du SIDA. La deuxième, qui se devait être, purement, pratique comprend un chapitre décrivant la démarche, entreprise, pour aboutir à l'objectif escompté et qui, d'ailleurs, englobe les grandes lignes de la méthodologie adoptée, faisant appel à la méthode descriptive et comparative d'un échantillon issu d'une population, représentative de sidéens, dépistée au niveau de la DSP de Ghardaia, en Algérie ; répartis selon le sexe et la situation matrimoniale le niveau d'instruction ainsi que la chronicité ; et, aux individus desquelles, est appliqué le Test HLOC Multidimensionnel, établi par K. & B.Walleston, et accommodé par l'illustre M/C N. Djebali. Les résultats obtenus, alors, sont traités, statistiquement, à l'aide du logiciel SPSS v 19.0. 0; avant d'être analysés, discutés puis interprétés dans une perspective cognitivo-comportementale, étayée par des études sur l'HLOC et selon les concepts exposés dans le chapitre-préambule.

L'étude a débouché sur la constatation d'absence de divergences significatives, quant aux dimensions de l'HLOC, se rapportant aux facteurs contrôle interne et celui des tiers influents, entre les sidéens des deux sexes. Par contre, ceux-ci semblent avoir des orientations différentes, quant aux dimensions chance et destin.

Les résultats obtenus affirment, aussi, des divergences significatives, quant aux dimensions de l'HLOC, se rapportant au facteur contrôle interne entre les sidéens mariés et non-mariés ; qui semblent, cependant, avoir un comportement identique, quant aux dimensions de l'HLOC, se référant aux facteurs chance et destin, et celui ayant rapport aux tiers influents, traduisant, ainsi, l'absence de divergences significatives, quant aux dimensions de l'HLOC, se rapportant à ces deux dernières.

L'étude affirme, aussi, l'existence de divergences significatives entre les dimensions de l'HLOC, se référant au facteur de contrôle interne, néanmoins les résultats font état d'une absence de divergences significatives entre les dimensions de l'HLOC, se référant aux facteurs de chance ou des tiers influents, parmi les sidéens, selon leur instruction.

La présente étude apporte, en outre, des résultats affirmant des divergences significatives, quant aux dimensions de l'HLOC, se rapportant aux facteurs contrôle interne, ou ceux se référant aux facteurs chance et destin, ou bien celui ayant rapport aux tiers influents, entre les sidéens selon la chronicité de l'affection.

Ce qu'affirment les résultats de la présente études conduit, vraisemblablement, à accorder à la nature, impitoyable et meurtrière, du syndrome du SIDA et à sa réputation morbide, un rôle prépondérant dans la conception de toute orientation de l'HLOC à adopter, parmi les sidéens des deux sexes, qui semblent préférer un HLOC orienté, plutôt, vers les facteurs chance et destin, au détriment de ceux ayant rapport aux facteurs de contrôle interne, ou aux tiers influents - tout deux incapables de contrecarrer la maladie. Il semble, par ailleurs, que le statut matrimonial n'influe en rien, dans la conception et l'adoption d'un HLOC orienté vers les facteurs chance et destin ou celui des tiers influents, parmi les sidéens mariés ; dû, certainement, à la perception de la nature, particulière au sida, discriminante et culpabilisante aux yeux de la société; mais aussi, incurable et non maîtrisable par les praticiens, et altérante des ressources physiologiques du sidéen et, apparemment au facteurs de prise de conscience, dû à l'instruction et, à l'instinct de survie, galvaniseur et motivant.

## **Abstract:**

The objective of the current study is to verify, whether, there are significant differences between the three dimensions of the Health Control Location, commonly referred to by the Health Locus of Control (HLOC) of AIDS patients, by sex, marital status, educational level and chronicity, among individuals in an affected population.

The study, described here, consists of two main parts. The first, theoretical, treats, in two independent chapters, the subject of the HLOC and that of the syndrome of AIDS. The second, which should be purely practical, includes a chapter describing the approach undertaken to achieve the desired objective and which, moreover, encompasses the broad outlines of the methodology adopted, using the descriptive and Comparative study of a sample from a population representative of AIDS patients detected at the Ghardaia DSP in Algeria; By gender and marital status, level of education and chronicity; And to the individuals of which is applied the HLOC Multidimensional Test, established by K. & B. Walleston, and accommodated by the illustrious M / C N. Djebali. The results obtained, then, are treated statistically using the SPSS software v 19.0.0; before being analysed, discussed and interpreted in a cognitiv-behavioural view, argued by related studies on HLOC.

The study found that there were no significant divergences in the dimensions of the HLOC, related to the factors of internal control and that of influential third parties, between AIDS patients of both sexes. On the other hand, these seem to have different orientations, as regards the dimensions chance and destiny.

The results, also, indicate significant divergences in the dimensions of the HLOC, relating to the internal control factor between married and unmarried AIDS patients; which seem to behave identically, in terms of HLOC dimensions, referring to factors of chance and destiny, and the one related to influential third parties, thus reflecting the absence of significant divergences in the dimensions of the HLOC, referring to the latter two.

The study, also, asserts the existence of significant differences between the dimensions of the HLOC, referring to the internal control factor, but the results show an absence of significant divergences between the dimensions of the HLOC referring to the factors of chance or influential third parties, among the AIDS patients, according to their instruction. Moreover, the present study shows significant differences in the dimensions of the HLOC, relating to the factors of internal control, or those referring to factors

of chance and destiny, or that relating to influential third parties , between the AIDS patients, according to the chronicity of the affection.

What the findings of the present study suggest is, likely, to lead to the relentless and murderous nature of the AIDS syndrome and its morbid reputation, a leading role in the design of any HLOC direction to be adopted, among the AIDS patients of both sexes, who seem to prefer an HLOC, rather, oriented towards luck and fate factors, to the detriment of those with internal control factor, or influential third parties - both unable to counteract the disease. It seems, moreover, that marital status does not influence, in the conception and the adoption of an HLOC oriented towards the factors chance and destiny or that of influential third parties, among the married AIDS patients; due, of course, to the perception of nature, peculiar to AIDS, discriminating and guilty in the eyes of society; But also, incurable and untraceable by practitioners, and altering the physiological resources of the AIDS patient and, apparently to the factors of awareness, to education and, to survival instinct, galvanizing and motivating human being.

# الفصل التمهيدي

## الفصل التمهيدي

مقدمة

إشكالية البحث

الدراسات السابقة

الفرضيات

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

التعريفات الإجرائية



## مقدمة

إن قلة الدراسات التي تناولت موضوع مركز الضبط الصحي ( Health Locus of Control) كونه مفهوما سيكولوجيا جديدا، رغم أنه، في رأي الطالب، من أهم المواضيع التي تتطلب اهتماما كبيرا لدى الباحثين، حذت به إلى التصدي له بالدراسة، لعله يساهم، قليلا، في إثراء التراث السيكولوجي. ومصطلح مركز الضبط الصحي ( Health Locus of Control)، مستمد من المفهوم الذي قدمه روتر (Rotter)، في نظرية التعلم الاجتماعي (المصدر، 2007، ص 600). والذي قام ببناء مقياس لمصدر الضبط أو التحكم. وقد ظل هذا المفهوم محل تطوير، حيث اهتم به الكثير من العلماء من أمثال: كنيث وباربارا والستون (K.& B.Walleston)، جوردن كابن (J.Kaplan) وآخرون.

وبما أن السلوك الصحي للفرد، كما ثبت للعلماء، يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته، توصلوا إلى ارتباط هذا المفهوم بالصحة (Bastany & all، 2010، ص 396)، واستحدثت، في الوسط العلمي، مقياس مصدر الضبط المتعدد الإتجاه (HLC Multidimensionnel) (Walleston & Walleston، 1981، ص 193)، والذي تم تطويره انطلاقا من مقياس مصدر الضبط الأحادي الإتجاه (HLC Unidimensionnel).

ويشير هذا المفهوم إلى أن الأفراد الذين يعتقدون أن صحة الفرد هي مسألة تتعلق بما يقوم به هذا الأخير من نشاطات صحية إيجابية، هم ذوو مصدر تحكم داخلي للصحة. أما الأفراد الذين يعتقدون عكس ذلك، فهم ذوو مصدر تحكم خارجي لها، أي أن صحتهم يتحكم فيها ذوو النفوذ، من الأطباء والممرضين وعوامل خارجية أخرى مثل الحظ والصدفة. (وندلوس، 2000، ص 110)

وبما أن الأفراد ذوو مصدر التحكم الداخلي للصحة، يظهرون مستويات عالية من التكيف، مقارنة بأصحاب الضبط الخارجي، فإن إستعداد ورغبة ذوي الضبط الداخلي، يبرز في انتهاج السلوكات الصحية السليمة؛ خلافا لذوي الضبط الخارجي، في تميزهم بأنماط سلوكية صحية غير سليمة، كالتدخين والتغذية الغير صحية (عشوي، 2007، ص 6)؛ مما يعرضهم للإصابة بأمراض مزمنة، تخضعهم للعلاج، كحتمية للبقاء، مثل تناذر نقص المناعة

المكتسب أو السيدا الذي يدمر جهاز المناعة، في جسم الإنسان (العويش والعاصي، 2007، ص 1). ومن اختلاف أنماط السلوك الصحي، لدى المصابين بتناذر نقص المناعة المكتسب، يتساءل الطالب عن وجود فروق جوهرية في أبعاد الضبط الصحي لدى المصابين من ذوي الضبط الداخلي وذوي الضبط الخارجي، عند الذكور والإناث، المتزوجين منهم والغير متزوجين، وكذا المتعلمين وغير المتعلمين و، أيضا، حديثي الإصابة وذوو الإصابة القديمة.

وقد تناول الطالب هذا الموضوع، بالدراسة، في جانبين: جانب نظري، وجانب تطبيقي؛ فقسم الجانب النظري إلى فصلين: فصل أول، خاص بمركز الضبط الصحي، أين تناول الطالب مصدر الضبط، عموما، من خلال تقديم مفهوم له، أبعاده والنظريات المفسرة له ثم مصدر الضبط الصحي، وذلك بإلقاء نظرة تاريخية على تطور المفهوم، تعريفه، الهدف منه، المحددات الإجتماعية لمركز الضبط الصحي وأخيرا العلاقة بين كل من مركز ضبط الصحة والسلوكات الصحية.

أما الفصل الثاني، فتعرض فيه لمرض السيدا. حيث تم تعريفه والتطرق لأشكال العوامل المسببة له، مراحل حدوثه، تشخيصه، وكذا الجانب الوقائي منه، وكيفية علاج هذا المرض، وأخيرا واقعه الإجتماعي.

وعالج الجانب الميداني الخاص بالإطار المنهجي للدراسة وإجراءاتها في فصلين، أين عرض الفصل الأول منه وسائل الدراسة، بوصف عينة البحث والإختبار المستخدم، وكذا الأساليب الإحصائية المستعملة؛ واقتصر الفصل الثاني منه على عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج؛ كما احتوت المذكرة على مقدمة وملخص للدراسة.

## إشكالية البحث

إن مشكلة الصحة تحتل مكانا بارزا، في أوساط الباحثين والعاملين في مجال علم النفس، وقد أدى اهتمامهم الكبير بهذا الموضوع إلى نشأة "علم نفس الصحة"، مبرزا الدور الكبير للعوامل النفسية (في مختلف اشكالها)، في الصحة والمرض؛ من خلال

الاهتمام بدراسة العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية - المتفاعلة-المسببة لبعض الإضطرابات الصحية. (عشوي،2007، ص 5)

فكان أن استحدث مفهوم "مصدر الضبط الصحي"، والذي يتكون من ثلاثة أبعاد (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، والتي، بدورها، لها علاقة بسلوك الفرد، الذي ثبت تأثره بمعتقداته، الخاصة، حول مصدر صحته (Bastany & all، 2010، ص 396)؛ وقد جاءت الدراسة التي أجرتها سمية عليوة، سنة 2007، عن مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية عند مرضى السكري، لتثبت ذلك.

فالأفراد الذين يعتقدون أن أفعالهم الخاصة وخصائصهم الشخصية تحدد وتوجه مسارات الأحداث التي تواجههم، ينتمون، كما يطلعنا التراث السيكلوجي (وندلوس، 2000، ص 110)، إلى صنف أصحاب ضبط داخلي، والذين يظهرون مستويات عالية من التكيف، مقارنة بصنف أصحاب الضبط الخارجي، وهم أولئك الذين يعتقدون أن مثل هذه الأحداث تحدث بشكل مستقل عن أفعالهم، وهو ما استخلصته الدراسة التي أجرتها مزاور نسيمة، سنة 2007، عن مركز التحكم و استراتيجيات المقاومة عند مرضى السرطان؛ ومن خلال هذه الحقيقة، تظهر مشكلة إرتباط الأشخاص، من ذوي الضبط الخارجي، بسلوكات صحية غير سليمة، كالتدخين والتغذية الغير صحية، عكس الأشخاص، من ذوي الضبط الداخلي، بالإستعداد والرغبة في تنفيذ السلوكات الصحية السليمة (عشوي،2007، ص 6)، وهو ما أكدته دراسة والسطن وديفيليس عام 1980.

وبتعدد السلوكات والممارسات الصحية، خاصة، الغير سليمة منها، تتعدد إستجابات الفرد، المرضية، والتي تبرز في شكل أمراض مزمنة، تلازمه مدى الحياة، وتجبره على تناول ومزاولة العلاج، كحتمية للبقاء، مثلما استنتجته دراسة أجرتها نسيمة وندلوس بوثلجة، سنة 2000، مبرزة التأثيرات النفسية لاختلافات أبعاد مصدر الضبط الصحي عند مرضى السرطان. ومن بين هذه الأمراض المزمنة، مرض السيدا الذي يعتبر من أهم وأخطر الأمراض التي تهاجم جهاز المناعة، في جسم الإنسان (العويش و العاصي،2007، ص 1)؛ و لهذا السبب

جاءت دراسة كالفن غواندوري، سنة 2010، فتناولت مصدر الضبط الصحي من ناحية عملية، بغية تعديله عند الأفراد، بواسطة التدريب، لتخفيض احتمالية الإصابة بالسيدا.

إلا أن الأمر ليس بسيطاً، فلمصدر الضبط الصحي محددات عديدة ومتنوعة، مثل الجنس والمستوى الثقافي والتعليمي والارتباط الاجتماعي والإيمان وغير ذلك من المتغيرات (كالسن والعرق و الخصائص الفيزيوتشرحية... إلخ)، و التي قد تجعل صنيفي الافراد أكثر تنوعاً و تعدداً، بما قد يوحي باحتمالية وجود اختلافات و فروق جوهرية في ابعاد مصدر الضبط الصحي لكلا الصنفين، تعزز توجهات الأفراد نحو سلوكيات صحية متنوعة متكيفة مع إصابتهم المرضية، مثلما أكدته دراسات ماركس في 1986 حول تكيف مرضى السرطان؛ و ما حققه هولدر و ليفي في دراستهما عن أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى الذكور و الإناث المعرضين للضغوط النفسية و القلق و الاكتئاب.

وبناء على ما تقدم، إرتأى الطالب دراسة هذا الموضوع، ومحاولة حل إشكاليته من خلال طرح التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد نوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الجنس.
- 2- هل توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد نوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الحالة العائلية.
- 3- هل توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد نوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب المستوى التعليمي.
- 4- هل توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد نوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الإزمان أي مدة الإصابة بالمرض.

## الدراسات السابقة

لقد بات من المعلوم أن دراسات عديدة تناولت موضوع مركز التحكم، في سياق الأمراض المزمنة، كالسكري والسرطان وأمراض القلب ومرض الصرع، محاولة الربط بين أبعاد مركز ضبط الصحة الثلاث، وأسلوب تعامل المريض مع مرضه، حسب والسطن وديفيليس (Walleston & Devillis) في 1980 ، لتحديد مدى تأثير مركز الضبط الصحي في أسلوب تعامل المريض مع مرضه ، ومدى إلتزامه بالسلوك الصحي السليم (مراقة، 2009، ص 7)

وعلى وجه أخص تلك التي أجراها ماركس (Marks,1986) وآخرون، وتناولت العلاقة بين مصدر ضبط الصحة والتكيف مع السرطان، حيث تؤكد، على ضوء نتائجها، دور مركز الضبط الداخلي، في مواجهة هذا المرض الفتاك، مواجهة صحيحة؛ أي أن المرضى قد حققوا أعلى مستويات التكيف، لِمَا كانوا يشعرون به من إحساس بالتحكم والسيطرة على حياتهم ومرضهم. (وندلوس، 2000، ص 112)

ودراسة هولدر و ليفي (Holder & Levi, 1988) التي قاما، فيها، بدراسة الصحة النفسية و مركز الضبط، أين استخدم في البحث مقياس ليفنسون (Levenson) للضبط، و الذي يُعرف بـ مقياس IPC و ذلك لأنه يقيس الضبط الداخلي I=، و ضبط الآخرين الأقوياء P =، و ضبط الصدفة = C؛ كما استخدم أيضاً مقياسي الاكتئاب و القلق من قائمة مسح الأعراض المعدلة ذات التسعين عبارة SCL-90-R. (Holder & Levy, 1988، ص ص 753-755)

وقد أظهرت نتائج التحليل، للمجموعة الكلية (إناث + ذكور)، عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في درجاتهم على أي من مقاييس الضبط الفرعية ومقياس القلق، أما بالنسبة لمقياس الاكتئاب فقد وجدت فروق بين الجنسين في هذا المتغير، بأن حصلت الإناث على درجات أعلى في الاكتئاب (ت = 2.62، دالة عند مستوى 0.01). فقد ارتبطت الدرجات المرتفعة، على القائمة، بالاعتقاد بأن الحياة محكومة من الخارج، بالصدفة أو بآخرين أقوياء. وقد ارتبطت درجات قائمة مسح الأعراض سلبياً بالضبط الداخلي، إذ أظهر الأفراد، ذوي الضبط الداخلي، مستويات أقل من الضغط النفسي. (Holder & Levy, 1988، ص 754)

و نجد، كذلك، الدراسة التي قامت بها نسيمة وندلوس بوثلجة عن أثر المتغيرات النفسية الإجتماعية على الإستجابة للعلاج الكيميائي لدى المرضى بالسرطان، بجامعة الجزائر(2000/99)، و التي استخدمت فيها مقياس مصدر الضبط المتعدد الاتجاه، التي خلصت، فيها، إلى أن المصاب يشعر بفقدان قدرته على التحكم في جسده و إحساسه بالذنب و تخوفه المستمر من الموت. (وندلوس، 2000، ص 296)

ولا يمكن إغفال، بأي حال من الأحوال، دراسة د. مزاور نسيمة، التي حاولت، من خلالها التعرف على استراتيجيات المقاومة، المستعملة لدى المصابين بالسرطان، وكيف يتعاملون مع المرض ويستجيبون له. واستعملت لهذا الغرض أدوات قياس مناسبة، مثل مقياس مركز التحكم لروتر. وبعد المعالجة التحليلية للنتائج، توصلت إلى أن هناك اختلاف بين المصابين بالسرطان وأقرانهم الغير مصابين، باختلاف بعدي التحكم (الداخلي والخارجي). (مزاور، 2006، ص 145)

ولا يمكن التغاضي، أيضا، عن دراسة د. عليوة سمية، في معرفة الفروق الكامنة في أبعاد مركز ضبط الصحة الثلاثة عند مرضى السكري، بجامعة بسكرة (2007/2006)، بين الجنسين، وحسب الإزمان والمستوى التعليمي وكذلك مقارنة مع الأصحاء. حيث تم تناول مركز ضبط الصحة ومرض السكري، وتم اختيار عينتين للبحث (عليوة، 2007، ص 92) (عينة مرضى، أصحاء) وطبق عليهما مقياس مركز الضبط الصحي، واستخدمت بعض الأساليب الإحصائية لمعالجة النتائج، وقد استنتجت عدم وجود فروق، دالة إحصائيا، بين الجنسين، في أبعاد مركز ضبط الصحة، كما توصلت إلى وجود فروق، دالة إحصائيا، بين مرضى السكري والأصحاء. (عليوة، 2007، ص 92)

أما فيما يخص مرض السيدا، فنجد الدراسة التي أجراها أ.د. كالفن غواندوري(K.Guandouri) في جانفي 2010 بجامعة نيلسن منديلا، عن برنامج تدريبي لبناء مركز ضبط قاعدي يتعلق بتخفيض خطر السيدا وفيروسه بين طلبة الجامعة، وذلك بجامعة نلسن منديلا(N.Mandella) في 2010. (Guandouri، 2010، ص ص iv-v)؛ وأما عن الدراسات التي تصدت لمرض السيدا فأذكر تلك التي أجرتها أ. فتيحة كركوش، وكانت هذه الدراسة

عن الإصابة بالسيدا في المؤسسات العقابية، وذلك بجامعة سعد دحلب-البليدة. (كركوش، دس، د. ص)

## الفرضيات

من خلال وجهات النظر المعروضة في الدراسات السابقة، القليلة، في حدود علم الطالب، والتي بحثت في وجود إختلاف في بعد مركز الضبط الصحي من فرد لآخر (وندلوس، 2000، ص ص 111-112)، ارتأى الطالب حل الإشكالية، بطرح الفرضيات التالية:

1- لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الجنس.

2- لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الحالة العائلية.

3- لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب المستوى التعليمي.

4- لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الإزمان أي مدة الإصابة بالمرض.

## أهداف الدراسة

وفيما يخص أهداف الدراسة، وبما أن إشكالية الدراسة تتعرض لموضوع الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي عند مرضى السيدا، فإن هذا البحث يهدف، إذا، إلى الكشف عن الاختلاف بين المصابين بمرض السيدا في مصدر ضبطهم الصحي، من خلال البحث عن الفروق في:

- أبعاد مصدر الضبط الصحي، بين الجنسين، من المرضى.

- أبعاد مصدر الضبط الصحي، بين المرضى، حسب الحالة العائلية.
- أبعاد مصدر الضبط الصحي، بين المرضى، حسب المستوى التعليمي.
- أبعاد مصدر الضبط الصحي، بين المرضى، حسب الإزمان أو مدة الإصابة بالمرض.

## أهمية الدراسة

إن أهمية الدراسة، الحالية، تكتسي طابعا خاصا، كون الأمر يتعلق بموضوع من المواضيع الجديدة و القليلة التداول، بين أوساط الباحثين والدارسين، بغية التثبت من وجود اختلافات بين الأفراد، في نوع و كذا أبعاد مصدري الضبط الصحي لديهم؛ إلى جانب افتقاد التراث السيكولوجي لبحوث، في حدود علم الطالب، تصدت بدراسة مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السيدا، من ناحية نظرية، و حيث أن الأمر يتعلق أيضا، من ناحية تطبيقية، بإمكانية الإستفادة العملية من نتائج البحث و استثمارها في مجال الصحة ، بغية التحكم السليم ، على المستوى الفردي ، بمصدر الضبط المتعلق بها، ومن ثمة الإرتقاء بها إلى أعلى المستويات عند الأفراد ، عموما، والمرضى ، خصوصا.

## التعريف الإجرائي

**السيدا:** هو مرض الإيدز(بالإنجليزية: AIDS) أو تناذر نقص المناعة المكتسبة (بالفرنسية: SIDA) هو مرض يصيب الجهاز المناعي البشري، والذي يتم تشخيصه إما من خلال كمية الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) المتبقية في الدم أو عن طريق أعراض الإصابة بأمراض انتهازية معينة ، أو بكليهما معًا. ويسببه فيروس يسمى "فيروس نقص المناعة البشري" Human Immune-Deficiency Virus " أو اختصارا HIV. (ACCS، 2010، ص 7)

**مصدر الضبط الصحي:** هو المكون المعرفي في شخصية الفرد، وإحدى سماتها والتي يصنف الافراد، حسبها، إلى صنفين، استنادا إلى الدرجة التي تمنح للمفحوص على مقياس مصدر الضبط الصحي، من إعداد أ. د. جبالي نور الدين، وذلك من خلال أبعاد ثلاثة



تشير إلى مفهوم الفرد حول مصدر صحته، هل هو داخلي، يتحكم فيه بنفسه أم خارجي، يتحكم فيه ذوي النفوذ (أطباء أو أقارب)، أو يرجع إلى الصدفة ويتحكم فيه القدر والحظ.

**البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي:** هو أحد أبعاد مصدر الضبط الصحي، الثلاثة، والذي يعكس مدى اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن صحته. أي أن مصدر صحته داخلي، ويرجع، أساساً، إلى عوامل داخلية. وهو الدرجة التي تمنح للمفحوص على مقياس مصدر الضبط الصحي من إعداد أ. د. جبالي نور الدين، من خلال ست عبارات.

**بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي:** هو أحد أبعاد مصدر الضبط الصحي، الثلاثة، والذي يعكس مدى اعتقاد الفرد بأنه غير مسؤول عن صحته. أي، أن مصدر صحته هو خارجي، ويتحكم فيها ذوو النفوذ، من أطباء وأفراد الأسرة وأصدقاء. وهو الدرجة التي تمنح للمفحوص، على مقياس مصدر الضبط الصحي، من إعداد أ. د. جبالي نور الدين، من خلال ست عبارات.

**بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي:** هو أحد أبعاد مصدر الضبط الصحي، الثلاثة، والذي يعكس مدى اعتقاد الفرد بأن صحته، أو مرضه، يحدث بمحض الصدفة أو سوء الحظ أو القدر. وهو الدرجة التي تمنح للمفحوص، على مقياس مصدر الضبط الصحي، من إعداد أ. د. جبالي نور الدين، من خلال ست عبارات.

**الجنس:** وهو أحد المتغيرات النوعية، في الدراسة الحالية، والذي يشير إلى أحد المكونين في النوع البشري من ذكر أو أنثى والذي يحدد صنف مصدر الضبط الصحي عند الفرد.

**الحالة العائلية:** وهو أحد المتغيرات النوعية في الدراسة الحالية، كذلك، والذي يشير إلى إحدى الوضعيات الإجتماعية التي يكون عليها الفرد، في ارتباطاته الاجتماعية، كأن يكون أعزباً، متزوجاً، مطلقاً و/أو أرملًا والذي يحدد، بدوره، صنف مصدر الضبط الصحي عند الفرد.

**المستوى التعليمي:** وهو، أيضا، أحد متغيرات الدراسة، النوعية، الحالية، ويشير إلى إحدى الصفتين التي تميز الافراد بناءا على مكتسباتهم المعرفية والعلمية، كأن يكون متعلما أو غير متعلم، محددًا، بذلك، صنف مصدر الضبط الصحي عند الفرد.

**الإزمان أو مدة الإصابة بالمرض:** وهو متغير نوعي آخر، في هذه الدراسة، محددًا، بذلك، صنف مصدر الضبط الصحي عند الفرد، ويقصد به الفترة الزمنية التي تفصل بين السنة التي تم اكتشاف المرض، عند الفرد المصاب، والسنة التي تم فيها فحصه بأداة القياس المستخدمة في الدراسة الحالية، ويتم تصنيفها كالتالي:

. مدة إصابة قصيرة: من سنة واحدة إلى سنتين.

. مدة إصابة طويلة: من ثلاث سنوات فأكثر.

الجانب النظري

# الفصل الأول

## مصدر الضبط الصحي

## الفصل الأول مصدر الضبط الصحي

تمهيد

ا- مصدر الضبط

ا-1- مفهوم و تعريف مصدر الضبط

ا-2- الأساس النظري

ا-2-1- نظرية الدافعية

ا-2-2- نظرية العزو

ا-2-3- نظرية التعلم الإجتماعي

ا-2-3-1- التوقع

ا-2-3-2- التعزيز

ا- مصدر الضبط الصحي

ا-1- مفهوم و تعريف مصدر الضبط الصحي

ا-2- الأساس النظري

ا-2-1- تطور نظرية مصدر الضبط الصحي

II-2-1-1- البعد الداخلي لمصدر ضبط الصحة

II-2-1-2- بعد ذوي النفوذ لمصدر ضبط الصحة

II-2-1-3- بعد الحظ لمصدر ضبط الصحة

II-2-2- هدف النظرية

III- مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي

III-1- المحددات السلوكية لمصدر الضبط الصحي

III-2- العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي

خلاصة

## الفصل الأول مصدر الضبط الصحي

### تمهيد

إن المنهجية تقتضي، عند التعرض إلى أي بحث في أي تخصص معرفي، أن يبتدئ البحث بما هو أولي وأساسي، ألا وهو تقديم المفاهيم والتعاريف التي يحتويها، عبر تحديدها، و «هذا التحديد هو الذي يجعل المواضيع التي نعالجها مفهومة ومحددة ويجعل عملية الإتصال، بين ذوي الإختصاص، في العلم يسير". (حامد، 2008، ص 8)

وعليه فإن مفهوم مصدر الضبط أشتق من نظرية التعلم الإجتماعي، لجوليان روتر (J.Rotter)، في الخمسينيات؛ وهي تُرجع موقع الضبط أو السيطرة، الخاصة بالسلوك، إلى الإعتقادات العامة للفرد، إجابة على السؤال: ما ومن هو المسؤول عما يحدث؟ (Corso، 2010، ص 21) ولقد توصلت البحوث والدراسات التي أجريت، في هذا الشأن، إلى أن السلوك الصحي، للفرد، يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته؛ أي بمفهومه حول مصدر ضبط صحته. (Otto & all، 2011، ص 2)

ذلك أن للمحددات السلوكية التي تعود إلى الثقافة والمجتمع والمعايير والاتجاهات والمعتقدات، الخاصة بثقافات المجموعات والطبقات التي ينسب إليها الأفراد، دور كبير في تحديد وجهة الضبط. (بني خالد، 2009، ص 492)

### -I مصدر الضبط

#### 1-I - مفهوم و تعريف مصدر الضبط

تشير أمل الأحمد، في كتابها " بحوث ودراسات في علم النفس"، إلى اختلاف المصطلحات في الترجمة العربية لمفهوم مصدر الضبط. (الأحمد، 2001، ص 209)

وقدم صفوت فرج، في مؤلفه "مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتهما بالإنبساط والعصابية"، تعريفا لمصدر الضبط، مؤداه أنه "متغير أساسي، من متغيرات الشخصية، تتعلق بتفكير الفرد، وأي العوامل هي الأقوى والأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته". (Henry، 2001، ص ص 9-12)

وعرف ليفكورت (Lefcourt) مصدر الضبط، على أنه "يعتبر بعدا من أبعاد الشخصية، ويؤثر في العديد من أنواع السلوك، وأن الإعتقاد، لدى الفرد، في أنه يستطيع التحكم والسيطرة في أموره، الخاصة والعامة، يسمح له بالإستمرار على قيد الحياة، دون ضغط، ومن ثم، يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها". (بني خالد، 2009، ص 492)

ولمفهوم مصدر الضبط شقان: البعد الداخلي، والبعد الخارجي. الأول يشير إلى إعتقاد الفرد بأنه هو المسيطر على الأحداث الإيجابية، منها، والسلبية، في بيئته أو عالمه الخاص؛ وهي ترجع إلى الإدراك الحسي لتلك الأحداث، كنتيجة لتصرفات الشخص الذاتية. (مزغيش، 2006، ص 70)

ويدرك الفرد التلازم بين ما يقوم به من أفعال ومحصلات هذه الأفعال. ويتميز أصحاب هذه الفئة بالسمات التالية: (مزاور، 2006، ص ص 91-93)

- القدرة على خلق انطباع إيجابي، الطموح والأمل بالفوز، تعلم الطرق للتأثير على الآخرين.

- متعاونون، جديون، مغامرون، وهم أكثر تفاعلا في مواقف التعلم.

- الإبتكارية وارتفاع نسبة الذكاء لديهم.

- الثقة العالية في النفس، علاقتهم بالقلق والكآبة وعدم إحترام الذات سالبة، وهم قليلو الإصابة بالأمراض النفسية.



- البحث والاستكشاف، للوصول إلى المعلومات واستخدامها في حل المشاكل، فضلا عن القدرة على استرجاع المعلومات ومعالجتها، بأشكال مختلفة.

أما الشق الثاني، فهو البعد الخارجي، وهو يشير إلى إعتقاد الفرد بأنه قطرة صغيرة في محيط الحياة المتصارع. ويرى الفرد أنه مهما بذل من جهد، أو كانت لديه القدرة، فإن ذلك لن يغير في مجرى حياته. أي أنه لا يعتقد في وجود صلة بين ما يفعله وما يحدث له؛ ويرجع ذلك إلى الإدراك الحسي للأحداث، الإيجابية والسلبية، بكونها غير مرتبطة بتصرفات الشخص الذاتية. (مزاور، 2006، ص ص 91-93)

ويتميز أصحاب هذه الفئة بالسمات التالية:

- إدراكهم للنجاح يكون منخفضا. هم أكثر مجاراة ومسايرة للأحداث وأقل ثقة بالنفس.

- نقص الأصالة في تفكيرهم، القلق الدائم والخوف العام والشعور بعدم الاستقرار.

- هم أفراد لديهم أشكال عديدة من التقلب الإنفعالي، ولديهم مشكلات سلوكية.

وقد أثبتت معظم الدراسات، مثل دراسات ديفين (Devine)، ستاليون (Stallion)، هيلبيرن (Helburn)، ماك كوبي (Mc Coby)، جاكلان (Jacklan)، سايدنبرغ (Seidenberg)، أن الذكور أكثر تحكما، داخليا، من الإناث، وذلك بسبب الثقة العالية بالنفس؛ وأن لديهم قوة التحكم في الأحداث، لأن البيئة والمجتمع يطالب الذكور، بمطالب معينة، تتسم بالصرامة والقوة؛ حيث يدفعون، منذ الصغر، لشق طريقهم، ذاتيا، عكس الإناث. وفي دراسات أخرى، ثبت أن الإناث أكثر اعتقادا، في الضبط الداخلي. ومن بين هذه الدراسات، الدراسة التي قام بها كل من خانا وخانا (Khana & Khana) بالهند، ودراسة أحمد عبد الرحمن إبراهيم، بمصر.

في حين، كشفت دراسات أخرى عن عدم وجود فروق، في مصدر الضبط،

بين الجنسين، كدراسة كل من هوسطن (Huston)، وصلاح أبو ناهية (1987). (مرازة، 2009، ص

ويعود عدم الاتفاق على النتائج المتوصل إليها، إلى المقاييس المستعملة والمختلفة. فهناك من أستخدم فيها مقياس "روتر أحادي البعد"، وأخرى استخدمت فيها مقاييس متعددة الأبعاد.

## 1-2- الأساس النظري

تعددت النظريات التي اضطلعت بتفسير مدى قدرة الفرد على ضبط بيئته والأحداث التي تقع فيها، ومن أهم هذه النظريات:

### 1-2-1- نظرية الدافعية

قدم تايلور وزملائه (Taylor & al) ، في 1982، واحدا من أهم التعاريف التي تناولت الدافعية، مفاده أن الدافعية عملية، أو سلسلة من العمليات، تعمل على إثارة السلوك الموجه نحو الهدف، وصيانته والمحافظة عليه وإيقافه في نهاية المطاف. (Corso، 2010، ص 20)

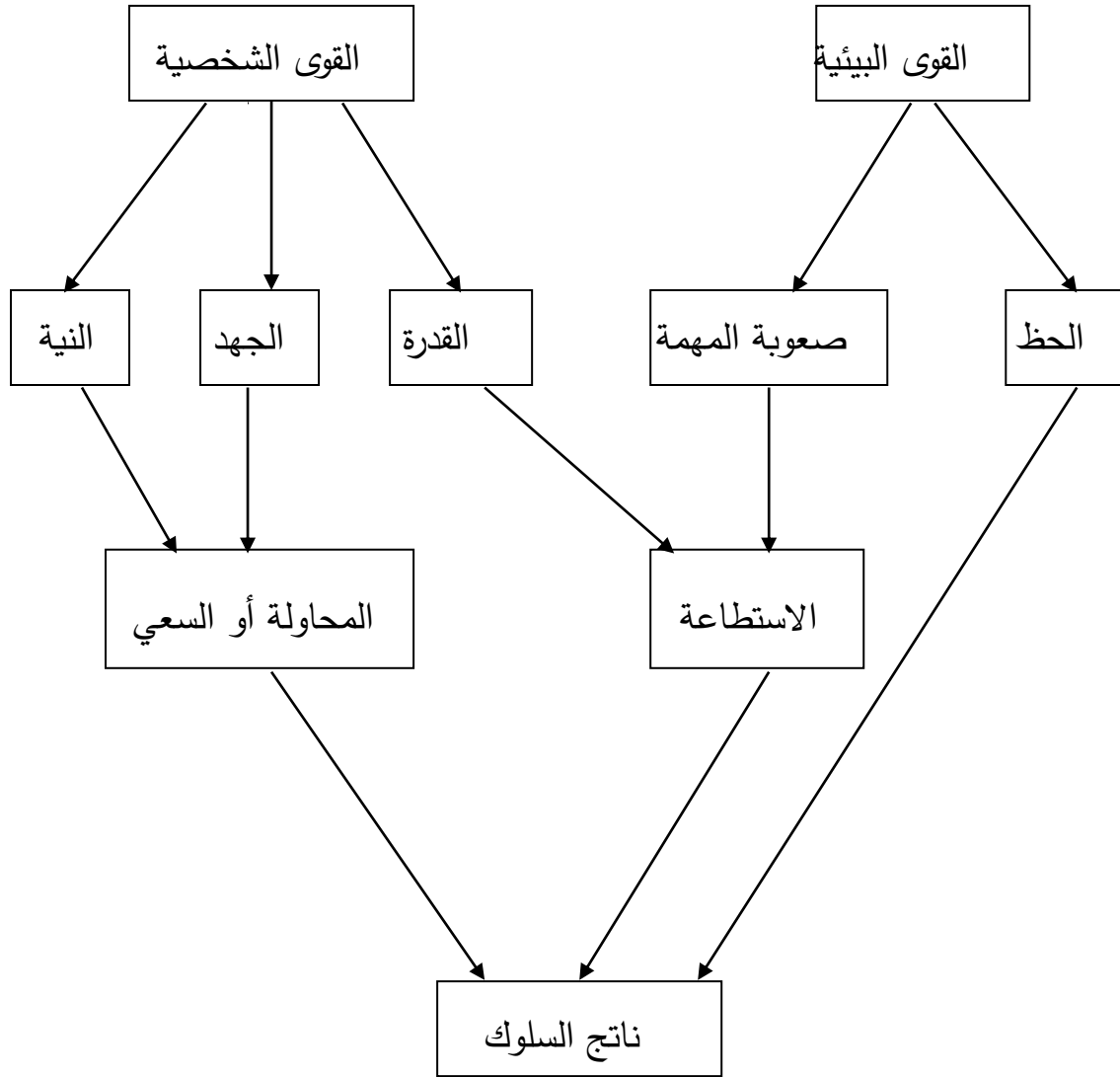
وهناك نوعان من الدافعية:

- فالنوع الأول هو الدافعية الداخلية التي تتمثل في إقبال الإنسان على العمل، طواعية، ولأسباب وعوامل ذاتية؛ كأن يكون لديه تصميم كبير وعزيمة قوية على إنجاز عمله، أو لأسباب وعوامل في العمل نفسه، كأن يكون العمل ممتعا أو يساعد في تطوير مهارة، يعتبرها الشخص، مهمة لحياته وسعادته. أو أن يكون العمل هو الشيء الصحيح، من وجهة نظر الشخص، مما يدفعه للقيام به. (بني يونس، 2004، ص 33)

- أما النوع الثاني، فهو الدافعية الخارجية التي تتمثل في القيام بالمهمة، أو العمل، لعوامل وأسباب خارجة عن ذات الشخص أو طبيعة المهمة. كأن يسعى الشخص للحصول على مكافأة مالية أو الحصول على علامة مرتفعة في الامتحان و/ أو اكتساب شهرة وسمعة طيبة، بين الناس. (بني يونس، 2004، ص 333)

### 1-2-2- نظرية العزو

وتنسب لهايدر (Heider)، أولاً، من خلال ما أسماه علم النفس الساذج. مقترحاً أنه، من الناحية المنطقية، فإن الإنسان ينسب سلوكه إما: إلى عوامل ذاتية، موجودة فيه، أو عوامل خارجية غير موجودة فيه. وتتضمن العوامل الداخلية حاجات الإنسان ورغباته وانفعالاته وقدراته واستعداده للعمل، أما العوامل الموقفية، الخارجية، فتشمل صعوبة المهمة والحظ. (جميل وآخرون، د.س، ص ص 7-8)



شكل رقم (1) "مخطط العزو حسب هايدر" (مزاور، 2006، ص 78)

ثم عدلت نظرية هايدر (Heider)، حين أدخل واينر (Winner) تغييرا جذريا عليها. إذ أهتم بالعزو الذي نعتقد به حيال النجاح أو الفشل، السابقين، بدلا من التركيز القديم الذي كان يهتم بتوقعات النجاح أو الفشل، مستقبلا.

فقد افترض واينر (Winner) أن عزونا للنجاح والفشل، السابقين، لا يتعدى 4 عوامل: القدرة والجهد، وصعوبة المهمة والحظ. (الصالح، 2003، ص 19)

داخلي	خارجي	
القدرة	صعوبة المهمة	مستقر
الجهد	الحظ	متغير

شكل رقم (2) عوامل العزو على بعدي الاستقرار والتغير. (مزاور، 2006، ص 19)

وأضاف كل من تيسديل (Teasdale)، سيليجمان (Seligman)، أبرانسن (Abranson)، عام 1978، بعدا ثالثا إلى البعدين الذين أقترحهما واينر (Winner)، وهو بعد: عام/ محدد (Global / Specific)؛ بحيث تكون الأسباب الداخلية، المستقرة، العامة، مؤشرا على العزو الداخلي، وتكون الأسباب الخارجية، المتغيرة، المحددة، مؤشرا على العزو الموقفي الخارجي. (Davizies، ديس، ص 8)

### 1-2-3- نظرية التعلم الاجتماعي

1-2-3-1- التوقع: يشير التوقع (Expectancy) في نظرية التعلم الاجتماعي التي طرحها روتر (Rotter)، إلى أن التعلم يخلق توقعات معرفية توجد السلوك، وأن

الشخص يكتسب هذه التوقعات نتيجة لنوعية خبراته وتعزيزات سلوكه وكيفية تفسيره للعزو. (راجع، 2009، ص 3)

ويرى روتر (Rotter) أن الناس يتعلمون أساليب عامة للتفكير، وخاصة، كيف تضبط المكافآت والعقوبات. وأقترح وجود مركز للضبط (Locus of Control)، اعتبره توقعاً سائداً أو إستراتيجية معرفية يقيم الناس على ضوءه المواقف. ورأى أن الناس ينقسمون إلى فريقين، في هذا المجال. فمنهم من يعتقد أن مركز الضبط، لديهم، داخلي؛ أي أن مكافأة السلوك أو معاقبته تعتمد على سلوك الفرد، وحسب؛ ويخطط لسلوكه على هذا الأساس. ويعتقد مثل هؤلاء بأنهم، بالعمل الجاد والمهارة والأمانة، يمكنهم أن يجدوا مكافأة (تعزيزاً) لسلوكهم، ويتجنبوا العقوبات. أما الفريق الثاني، فيعتقد أن المكافآت والعقوبات تعود، إلى حد كبير، للحظ والصدفة، وأنهم لا يملكون من أمرهم شيئاً. أي أن مركز الضبط، لديهم، خارجي.

وقد كشفت الدراسة أن أفراد الفئة الأولى يتحملون مسؤوليات حياتهم ومشاكلهم. فقد ظهر، في إحدى الدراسات، أن مرضى السل، من هذا الطراز، قد تعلموا، عن مرضهم وعلاجه، أكثر مما تعلمه مرضى الفئة الثانية. مما يعني أنهم أكثر استعداداً لتحمل المسؤولية. ثم أن أفراد الفئة الأولى أقل تأثراً بالآخرين، ويميلون إلى التخطيط لحياتهم، بعناية كبيرة. فضلاً عن أنهم يحصلون على علامات مدرسية أعلى، في الاختبارات المقننة، من الفئة الثانية.

### **1-2-3-2- التعزيز: أشار روتر (Rotter) إلى أن التعزيز يقوي التوقع لسلوك**

أو حدث معين سوف يقع بواسطة هذا التعزيز، في المستقبل. لذا، فإن الأفراد يختلفون في الدرجة التي يمكن عن طريقها تقديم التعزيزات المختلفة. وهذا الاختلاف هو نتيجة طبيعية للتوقع. كما يشير "روتر" إلى أن إدراك الفرد، للتعزيز، يتوقف على سلوكه. لذلك، فإن حدوث تعزيز، موجب أو سالب، يقوي أو يضعف طاقة السلوك. أما إذا أدرك الفرد أن التعزيز خارج عن سيطرته، أو تحكمه، ولا يتوقف عليه، بينما يتوقف على الصدفة والقدر والآخرين الأقوياء، فإن سلوكه، إتجاه هذا التوقع، يكون ضعيفاً. (مرازة، 2009، ص 42)

## II - مصدر الضبط الصحي

### II-1 - مفهوم و تعريف مصدر الضبط الصحي

لمركز ضبط الصحة (HLC) مفهوم يشير إلى درجة اعتقاد الفرد بتحكمه في صحته، بواسطة عوامل داخلية أو خارجية. سواء كان هذا الشخص ذا بعد داخلي أو خارجي. ويعتمد هذا على مجموعة من العبارات التي تحدد إذا كان الفرد يملك اعتقادات صحية داخلية أو خارجية. وهذا ما يسمى بمقياس "مركز ضبط الصحة الأحادي الإتجاه" (Unidimensionnel HLC)، الذي قام ببنائه والستون ووالستون (Walleston & Walleston) و م. كابلن (M.Kaplan) (Lepycouche، 2008، ص ص 2-3): و يتم التقويم فيه بناءا على علامتين:

+ العلامة المسجلة فوق المتوسط تشير إلى: البعد الخارجي.

+ العلامة المسجلة تحت المتوسط تشير إلى: البعد الداخلي.

فالبعد الخارجي يرجع إلى اعتقاد الفرد أن صحته محددة بواسطة قوى الآخرين، أو هو مسألة قدر أو حظ. أي أن صحته يتحكم فيها ذوو النفوذ من الأطباء، والممرضين، أو عوامل خارجية أخرى مثل الحظ أو الصدفة.

أما البعد الداخلي لمركز ضبط الصحة، فيرجع إلى اعتقاد الفرد في أن العوامل الداخلية مسؤولة عن الصحة أو المرض. وتتعلق هذه العوامل بسلوكه الشخصي، وهي مسألة تتعلق بما يقوم به، هذا الأخير، من نشاطات صحية إيجابية لكي يحمي صحته ويرتقي بها إلى مستويات عالية. (Kroch، 2009، ص ص 6-7)

## II-2 - الأساس النظري

### II-2-1 - تطور نظرية مركز الضبط الصحي

لقد أخذ مفهوم مركز ضبط الصحة من نظرية التعلم الاجتماعي لـ لجوليان روتر (J.Rotter)، وقد أطلق عليه أولاً "مركز الضبط بالتعزيز"، بغية سد الهوة بين علم النفس السلوكي وعلم النفس المعرفي، إذ أنه كان يؤمن أن استعمال التعزيز يؤثر على السلوك بشكل كبير، وأن الطرق التي يترجم بها الناس نتائج أفعالهم الشخصية، تشكلها العقوبة والمكافأة. ففي البداية كانت النظرية تأخذ بمبدأ التعزيز فقط، لكن هذا كان غير كاف لتفسير السلوك الإنساني. ولكونها نظرية معرفية، فقد ربطته بمفهوم التوقع، لكي يصبح توقع التعزيز محددًا أساسيًا لحدوث السلوك الإنساني، حيث أن الأفراد يواصلون القيام بسلوك معين، عند توقعهم أنه سيعقبه تعزيز. أي أن التعزيز يعمل على تغيير التوقعات المستقبلية.

وقد قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيق مفهوم التحكم الذاتي، في مجال الصحة السلوكية، (Behavioral Health). ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة، في التراث العلمي الصحي، إلى ب. وك. والستون (K.& B.Walleston). حيث اكتشف الباحثان، من خلال ملاحظتهما للأقسام الجديدة المخصصة لمرضى السكري وعائلاتهم، أن الطاقم الطبي كان يركز على أهمية دور المريض في اعتناؤه بصحته. وكان واضحاً أن الأطباء كانوا يحاولون جعل المرضى يبنون مركز ضبط داخلي. وهذا ما دفع إلى الاهتمام بربط مركز الضبط مع وضعيات الرعاية الصحية. (مرازة، 2009، ص 57)

غير أنهما لم ينتبها إلى مقياس روتر (J.Rotter) في ذلك الوقت، والذي كان يتضمن بعدين: داخلي وخارجي.

وتساءلت حنا لفينسون (H.Levinson) عن ماهية مركز الضبط، كبناء أحادي الاتجاه. فلقد توقعت أن المقياس يمكن أن يكون مفهوماً، أكثر، بدراسة القدر والحظ، بعيداً عن الضبط الخارجي لقوى الآخرين. (مرازة، 2009، ص 57) لهذا السبب، فإن لفينسون (H.Levinson) طورت (8/3) ثلاثة أثمان العبارات الموصوفة بسلم (IPC) والذي تم استعماله لقياس مركز ضبط الاعتقادات المعقدة، حيث أن:

Internal:I : داخلي.

P: Powerful others: قوى الآخرين.

C: Chance: الحظ.

وربط كل من والستون و والستون (Walleston & Walleston) فكرتهما: سلم HLC الأحادي الاتجاه بفكرة لفسون (H.Levinson): سلم (IPC)، وقاما بإعداد أداة خاصة تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم، وتعرف بمقياس: سلم مصدر الضبط الصحي المتعدد الأبعاد (Multidimensional Health locus of control-scale)، الذي يتكون من 18 عبارة تتبثق عن 3 أبعاد: (Walleston & Walleston، 1981، ص ص 195-196)

### II-2-1-1- البعد الداخلي لمركز ضبط الصحة (Internal health locus of control)

ويشمل ست عبارات، منها، مثلا: ("سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي، عند إصابتي بالمرض." و، "بوسعي أن أتحكم في المحافظة على صحتي."). ويقاس البعد الداخلي مدى اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن صحته. أي أن مصدر صحته داخلي ويرجع، أساسا، إلى عوامل داخلية، وبالتالي، فمسؤولية صحته تقع على عاتقه.

### II-2-1-2- بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الصحة (Powerful others health locus of control)

ويتضمن ست عبارات منها («المدائمة على زيارة الطبيب هي أفضل طريقة لتجنب المرض" و "لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما").

ويقاس هذا البعد مدى اعتقاد الفرد بأنه غير مسؤول عن صحته: أي، أن مصدر صحته هو خارجي، ويتحكم فيها ذوو النفوذ (Powerful others) ، من أطباء وأفراد الأسرة وأصدقاء.

### II-2-1-3- بعد الحظ لمركز ضبط الصحة (Chance health locus of control)



ويتضمن ست عبارات، منها، على سبيل المثال: ("إذا قدر لي أن أمرض، فإن ذلك سيحدث مهما بذلت من جهد" و"معظم الأشياء، التي تؤثر على صحتي، تحدث لي بمحض المصادفة"). وتعكس هذه العبارات مدى اعتقاد الفرد بأن صحته، أو مرضه، يحدث بمجرد الصدفة أو سوء الحظ أو القدر.

## II-2-2- هدف النظرية

- بعيدا عن صعوبة التكهّن بالسلوك الصحي، تم تطوير مقياس مركز ضبط الصحة، مثل المقياس الأحادي الاتجاه، لتحديد معتقدات الأفراد الذين تم، أو لم يتم بعد، تحديد صحتهم، من خلال سلوكهم الشخصي.

- لقد توجه اهتمام الكثير من الباحثين نحو مقياس ضبط الصحة، باعتباره أفضل بديل لدراسة الصحة وسلوكيات الفرد المريض، وذلك باستخدام بنود مقياس مصدر ضبط الصحة، بقصد إنجاح برامج التربية الصحية، ويتحقق ذلك بتغيير الاعتقادات أو التوقعات، مع أن ذلك يكون مستبعدا، إلا إذا ترافق مع تغير سلوكي.

- باقترانه مع مقياس السلوك، فإن مقياس (M.H.L.C) يمكن من تعميم برامج التربية الصحية، لأن البعد الداخلي ظهر أكثر إيجابية وارتباطا بين الصحة ودور سلوكيات المريض، حيث أن مركز ضبط الصحة أكد أهمية المربين في أن يشاركوا بأنفسهم في تدريب المرضى ليتجهوا أكثر نحو الاعتقادات الداخلية.

- طور مقياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم، لإيجاد أشكال مشابهة للمقياس، لهذا السبب يعتقد الباحثون أن تلك الأنواع، المشابهة لهذه المقاييس، يمكن أن تنقص من إمكانية تذكر الإجابات السابقة عند العملاء، وتزيد من حساسية الوسائل لتصديق التغيرات مع الوقت. (Otto & all, 2011, ص ص 10-11)

## III- مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي

### III-1- المحددات السلوكية لمصدر الضبط الصحي:

لقد أثبتت الدراسات أن الأفراد، في البلدان الصناعية، يعتمدون على نواتهم، أكثر، ولا يكونوا خاضعين لأسرهم، مما ينتج عنه ضبط داخلي أكبر. وهذا ما نجده في المجتمعات الغربية، التي تؤكد على أهمية المبادرة والإقدام وتحمل المسؤولية واتخاذ القرار (بني خالد، 2009، ص 491). وقد وجد أن أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا يميلون إلى الضبط الخارجي، لاعتقادهم بالحظ والصدفة والقدر والحكومة، وأن الأغنياء هم المسؤولون عن الخسارة والمعاناة والفشل. فهذه المعطيات تقترض أن العادات الصحية المبكرة، المتعلقة بالزيارات المنتظمة للأطباء، من أجل الفحوصات الوقائية والتلقيحات، هي الأكثر انتشارا عند العائلات الراقية (Bertolini & all، دس، دص)؛ ويؤكد لو (Lou) أنه، من المهم، لأخصائي الصحة، التواصل مع عائلات الطبقة الكادحة، لتأكيد أهمية التنظيم لممارسة عادات صحية جيدة. هذه العادات ليست مهمة في حياتهم ولأنفسهم، فقط، ولكنها، أيضا، توفر أسس بناء اعتقادات تؤثر على مدى استمرار السلوكيات الصحية. وللآباء والأمهات علاقة كبيرة بوجهة الضبط، لدى أبنائهم، حيث أن أغلب السلوكيات الإيجابية، مثل الرعاية والتدريب والاعتماد على النفس، يزيد من درجة التحكم، عكس الأطفال الفاقدين لآبائهم، والذين يتسمون بالضبط الخارجي، إذ أن الآباء هم الأكثر انتباها لسلوك أبنائهم، وهم محضرون للاستجابة لأفعال الأبناء، إزاء المحفزات التي تشجعهم على ممارسة عادات صحية جيدة ونبذ السيئة منها. ومن هنا فإن الآباء يلعبون دورا كبيرا في تثبيت الاعتقادات الصحية للأطفال. (Otto & all، 2011، ص 10)

### III-2- العلاقة بين مركز الضبط الصحي والسلوك الصحي

إن الدراسات التي بحثت في العلاقة بين مركز الضبط والسلوكيات الصحية السليمة كانت دائما محل تساؤل، بفضل حقيقة مفادها أن الفرد قد يملك الاستعداد والقابلية ليكون داخليا، في الكثير من جوانب الحياة، لكن مع وجود اعتقاد خارجي ينظر به إلى سلوكيات الصحة السليمة. (جميل وآخرون، دس، ص ص 11-12)

وكذلك، فإن النتائج التي استعملت في سلم روتر (Rotter) والسلوكيات الصحية كانت أكثر ارتباطاً بالأشخاص ذوو الضبط الداخلي، وأنهم مستعدون للتصرف بشكل صحي أكثر. وهناك دراسات تؤكد أنهم يملكون العادات، الأفضل، لبلوغ اللياقة الجسدية، ومثال ذلك أن الأشخاص ذوو الضبط الداخلي، قد تكون خسارة الوزن الزائد وعملية تقليل وإيقاف التدخين مفيدة لهم. (Jacob، د.س، ص ص 4-6)

فأظهرت نتائج دراسة، أجراها كل من سايمن وسايمن (Simon & Simon) في سنة (1983)، حول العلاقة بين مركز ضبط الصحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية، ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية (Preventive health care)، أن ذوي التحكم الخارجي هم أقل استعداداً وميلاً إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية، بينما كان ذوو التحكم الداخلي أكثر ميلاً إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحية أخرى يتخذونها، بثلاثة أضعاف من ذوي التحكم الخارجي. (Walleston & Walleston، 1981، ص 226)

وبهذا، يتضح الدور الذي تؤديه معتقدات الفرد حول مصدر صحته، حيث يلعب أسلوب التحكم الداخلي للصحة دوراً وقائياً، في مجال الصحة الشخصية، ويعمل على الحفاظ عليها، من خلال تكوين عادات صحية سليمة في الحياة. وهي النتيجة التي توصل إليها لو (Lou) سنة (1982)، في مقال هام، في هذا الشأن، حيث وجد علاقة إيجابية بين التحكم الذاتي في الصحة وإتباع القواعد الصحية السليمة، بينما يعمل الميل إلى التحكم الخارجي، تقريباً، عكس ذلك.

حيث نجد ذوي التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز المكتسب المرضية والتشاؤم (جميل و آخرون، د.س، ص 14). وفي نفس الوقت، نجدهم أقل استعداداً لتنفيذ سلوكيات صحية إيجابية، قد تحقق لهم سيطرة، أفضل، على حياتهم وتجسد طموحاتهم. (وئندلوس، 2000، ص 111)

## خلاصة

لقد وَجَد مفهوم مصدر الضبط المستوحى من نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر ( J. Rotter ) ، الذي أعتبره توقعاً سائداً أو إستراتيجية معرفية يقيم الناس على ضوءه المواقف بناءً على الكيفية التي يدرك بها الشخص ما يخبره من معززات لسلوكه ، تطبيقاً في مجال السلوك الصحي.

فأعد كل من بريارا و كنيث والستون (K.& B.Walleston)، مقياساً يهدف إلى تقدير إعتقادات الأفراد عن يتحكم في صحتهم. و ذلك من خلال استقصاء لتصوراتهم ومعتقداتهم في أبعاد ثلاثة هي: البعد الداخلي لضبط الصحة ( IHLC )، بعد ذوي النفوذ ( PHLC )، و بعد الحظ و الصدفة ( CHLC ).

وانطلاقاً من نتائج عديد الدراسات التي تناولت هذا الموضوع تبينت حقيقة الفروق بين الأفراد في سماتهم الشخصية الكامنة وراء أنماط سلوكياتهم الصحية المرهونة بمصدر الضبط الصحي لديهم والذي تؤثر في بلورته محددات عدة مثل متغير الجنس أو السن أو الحالة العائلية وغيرها.

## الفصل الثاني مرض السيدا

## الفصل الثاني مرض السيدا

تمهيد

I- الإطار المفاهيمي

I-1- التعريف

I-2- آلية الانتقال

I-2-1- الاتصال الجنسي

I-2-2- التعرض لدم ملوث بالمرض

I-2-3- انتقال الفيروس من الأم لطفلها

I-3- الفيزيولوجيا المرضية للسيدا

I-3-1- الخلايا المتضررة من الإصابة

I-3-2- تأثير الإصابة بالفيروس

II- الإطار الإكلينيكي

II-1- الاعراض المرضية

II-1-1- الإصابات الرئوية

II-1-2- إصابات الجهاز الهضمي

II-1-3- الأورام الحميدة والخبثية

II-1-4- العدوى الانتهازية

II-1-5- الآثار العصبية والنفسية

II-2- التشخيص

II-2-1- التصنيف المرحلي حسب منظمة الصحة العالمية

II-2-2- تصنيف وكالة مراكز مكافحة الأمراض والوقاية

II-2-3- اختبار فيروس HIV

II-3- الوقاية و العلاج

II-3-1- الوقاية من الإصابة

II-3-1-1- الاتصال الجنسي

II-3-1-2- التعرض لسوائل الجسم التي تحمل عدوى HIV

II-3-1-3- انتقال المرض من الأم لطفلها (MTCT)

II-3-2- العلاج

II-3-2-1- العلاج المضاد للفيروسات

II-3-2-2- العلاجات التجريبية وطرق العلاج المقترحة

II-3-2-3- استخدام الطب البديل في علاج السيدا

III- الإطار الواقعي و الإجتماعي للمرض

واقع مرض السيدا في الجزائر -1-III

الأثر الاجتماعي والثقافي لمرض السيدا -2-III

خلاصة



## الفصل الثاني مرض السيدا

### تمهيد

إن صيت وخطورة مرض السيدا المروع لا يخفى على أحد. فالمرض بدأ ينتشر بسرعة فائقة في كل دول العالم، حيث تقدر منظمة الصحة العالمية عدد الإصابات بالمرض في العالم بأكثر من 33 مليون حالة، منذ بداية اكتشاف الفيروس المسبب للمرض وحتى نهاية عام 2007م. (مزغيش، 2005، ص 5)

إن أول تسجيل لظهور مرض السيدا كان في 05 / 06 / 1981 بالولايات المتحدة الأمريكية (م.ص.ع.، 1992، ص 2) باكتشاف عدد من حالات الإصابة بالتهاب المتكيسة الرئوي من نوع *Pneumocystis carinii* عند خمسة شواذ جنسيًا من الذكور. في البداية، أشير إليه من خلال الأمراض المرتبطة به. فعلى سبيل المثال استخدم اسم: اعتلال العقد الليمفاوية. وقد استخدم أيضًا اسم "سرطان كابوزي والعدوى الانتهازية" في عام 1981، و تم استخدام المصطلح GRID اختصارًا لـ Gay-related Immune Deficiency - مرض نقص المناعة المرتبط بالشواذ جنسيًا. و كانت الفئات والمجتمعات التي ينتشر فيها المرض، يبدأ اسمها بحرف H - وهم Haïtiens (سكان هايتي) و Homosexuels (المثليين جنسيًا) و Hémophilieens (المصابين بالهيموفيليا) و Addictés à l' Héroïne (مدمنو الهيروين)، فسمي "مرض الفور إتش" (المساء، 2010، د. ص) (Maladie des 4H). ، وتم استخدام مصطلح SIDA (السيدا) في عام 1982. وقد جاء في دراسة حديثة أن فيروس HIV قد يكون انتقل من أفريقيا إلى هايتي ثم الولايات المتحدة الأمريكية حوالي عام 1969. (الصالح، 2003، ص ص 31-33)

### 1- الإطار المفاهيمي

#### 1-1- تعريف السيدا

يمكن تعريف السيدا كالتالي:

"السيدا أو الإيدز أو داء نقص المناعة المكتسبة (بالفرنسية: SIDA) هو مرض يصيب الجهاز المناعي البشري ويسببه فيروس يسمى "فيروس نقص المناعة البشرية" Human Immune-Deficiency Virus " أو اختصارا HIV. " (Gentil، 2007، ص 7)

و "السيدا اعتلال خطير، جدا، ينتج عن عجز مقدرة أجهزة المناعة في الجسم على صد كثير من الأمراض، وغالبا ما يقود هذا المرض في نهاية المطاف إلى الموت. وتعني، أيضا، كلمة السيدا متلازمة عوز المناعة المكتسب، عند الإصابة بهذا الفيروس وتواجهه في الخلايا الليمفاوية التي تسمى (خلية ت) (LymphocyteT)، وهي خلية مساعدة ولها دور كبير في الجهاز المناعي للإنسان. " (عباس، 1434هـ، ص 4)

وهذا الفيروس يهاجم خلايا الجهاز المناعي المضطلة بالدفاع عن الجسم ضد أنواع العدوى المختلفة وأنواع معينة من السرطان. وبالتالي، يفقد الإنسان قدرته على مقاومة الجراثيم المعدية والسرطانات فيؤدي تدمير خلية T إلى ضعف الخلايا المناعية. وعند تعرض المريض للإصابة بالفيروس أو البكتيريا أو الطفيليات، يصبح الإنسان مريضا (وندلوس، 2000، ص ص 9-10). وتحدث الإصابة بهذا المرض، كما سلف، نتيجة تقليل فاعلية جهاز المناعة عند الإنسان تدريجيا. و تتم الإصابة، بانتقال فيروس HIV إلى المصاب، من خلال اتصال مباشر بين غشاء مخاطي أو مجرى الدم وبين سائل جسدي يحتوي على هذا الفيروس، مثل:مني؛وإذاك، يمكن أن ينتقل الفيروس عبر الاتصال الجنسي غير المؤمن ( شرجي ، مهبلي ، فموي) عمليات نقل الدم، الحقن بالإبر الملوثة ، خلال مرحلة الحمل من الأم إلى جنينها ، الرضاعة أو عن طريق أي كيفية أخرى يتعرض فيها الشخص لأحد السوائل الجسدية المذكورة أعلاه. ومرض السيدا يعتبر جائحة (مرض وبائي ومتفشي) (المساء، 2010، د. ص).

كما أن المصاب بمرض السيدا يصبح عرضة لأن يصاب بمختلف الأنواع من العدوى الانتهازية والأورام مثل: (كبوسي سرcoma Kaposi's Sarcoma) و ( اللمفاومه Lymphoma ) سرطان الغدد الليمفاوية ، و التركوما ، و يصيب فيروس السيدا كذلك الجهاز العصبي. (الحمداني، د.س، ص ص 5-7)

والاسم العلمي لمرض السيدا هو "متلازمة العوز المناعي المكتسب" أو "متلازمة نقص المناعة المكتسب" Acquired Immune Deficiency Syndrome أو اختصارا AIDS (Moalla، 2007، ص 8)

وقد اختزل أحد اللغويين العرب عبارة **داءِ نقصِ المناعةِ المكتسبةِ** في كلمة **دانوم** اختصارا وسمي المصاب بالايذز **مدنوم**، وجمعها **مدنومون**. (ويكيبيديا، د.ص)

## 1-2 -آلية الإنتقال

إن مرض السيدا هو أشد الأمراض فتكا وشراسة وأسرعها تطورا. ويعتبر فيروس HIV من الفيروسات الارتدادية المستهدفة أساسا لعناصر جهاز المناعة البشري الحيوية مثل: الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) والخلايا الملتزمة والخلايا المتغصنة. ويعتمد إلى تدمير الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ )، بشكل مباشر وغير مباشر. و تنعدم المناعة الخلوية تماما ، بمجرد أن يفتك فيروس HIV بعدد كبير من الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) التي يقل عددها دون المائتين في كل ميلي لتر من الدم. و بمرور الوقت تتفاقم الإصابة بفيروس HIV الحاد إلى مرحلة الإصابة بالعدوى السريرية الكامنة للفيروس ثم ظهور المراحل المبكرة من أعراض الإصابة بالعدوى ثم إلى الإصابة بمرض السيدا، الذي يتم تشخيصه إما من خلال كمية الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) المتبقية في الدم أو عن طريق أعراض الإصابة بأمراض معينة ، أو بكليهما معًا. ويتراوح متوسط فترة التطور منذ بداية الإصابة بفيروس HIV حتى الإصابة بمرض السيدا ما بين تسعة إلى عشرة أعوام ، في ظل غياب علاج مضاد للفيروسات الارتدادية (Lepycouche، 2008، ص 6-7).

وهناك عوامل كثيرة تعمل على تطور حالة المرض، منها عوامل متعلقة بقدرة الجسم على الدفاع عن نفسه ضد هجوم فيروس HIV، أي الحالة المناعية العامة لجسم المصاب، مثل حال المسنين المعرضين لخطر أكبر من غيرهم من الأشخاص، الأصغر سناً-في التطور السريع للمرض- بسبب جهاز مناعي أضعف. كما أن إصابة المريض بأنواع أخرى من العدوى مثل: الدرن وانعدام الرعاية الصحية الكافية قد تعرضه أيضًا لتطور أسرع للمرض. و لموروثات الشخص الجينية دورًا مهمًا؛ إذ أن بعض الأشخاص لديهم قدرة على

مقاومة سلالات معينة من فيروس HIV. مثل حال الأشخاص المصابين بالانحراف الجيني الوراثي متجانس الازدواج (CCR5-Δ32). وقابلية فيروس HIV للتغير، من الناحية الجينية، وتواجهه في صورة سلالات مختلفة، تتسبب في اختلاف معدلات التطور السريري للمرض (Larousse M، 2009، د. ص).

ويتم انتقال العدوى، بهذا الفيروس، بالطرق التالية:

## 1-2-1- الاتصال الجنسي

عندما يحدث اتصال بين الإفرازات الجنسية لشخص مصاب مع المخاطية، الموجودة في المستقيم أو الأعضاء التناسلية أو الفم، يتم الانتقال الجنسي لهذا المرض لشخص آخر. وتكون خطورة الأفعال الجنسية - الغير مؤمنة - من جانب الطرف المستقبل أكبر من تلك - الغير مؤمنة - من جانب الطرف غير المستقبل. كما تكون الخطورة أكبر بكثير من خلال اتصال جنسي شرجي - غير مؤمن - مقارنة باتصال جنسي مهبلي أو فموي. إلا أنه لا يمكن اعتبار الاتصال الجنسي الفموي آمناً بصورة كاملة. وتزداد خطورة انتقال فيروس HIV في حالات الاغتصاب، حيث يندر استخدام العازل الطبي الذكري؛ إضافة إلى الأذى المادي، المتكرر، للعضو التناسلي للمرأة (MSPRH، 2003، ص ص 47-55).

والإصابة بالقرح التناسلية، مثل تلك التي يتسبب فيها مرض الزهري أو القريح أو كليهما معاً تزيد من خطورة الإصابة بفيروس HIV ، بنحو أربعة أضعاف، حسب ما تشير إليه الدراسات الخاصة بالأوبئة التي تم إجراؤها في جنوب الصحراء الكبرى الواقع بالقارة الإفريقية وفي أوروبا وكذلك في أمريكا الشمالية. و تظل مخاطرها أقل في أنواع العدوى الأخرى، المنقولة جنسياً، مثل: السيلان وداء المتدثرات وداء المشعرات ، والتي تؤدي ، جميعها، إلى تراكم الخلايا الليمفاوية والخلايا الملتزمة. وانتقال فيروس HIV مرهون بمدى إصابة حالة أول مريض يتم اكتشاف إصابته بالمرض، في العينة السكانية التي يتم إجراء الفحوصات عليها، وعلى استعداد الشريك، غير المصاب. وتتفاوت القدرة على نقل العدوى أثناء رحلة تطور المرض، كما إنها تتباين من شخص لآخر. ولا يشير

انخفاض معدل الحمل الفيروسي في الدم-بالضرورة -إلى انخفاض هذا المعدل في السائل المنوي أو في الإفرازات التناسلية الأخرى. وتعمل التغيرات الهرمونية المصاحبة لتكوين الأنثى، بالإضافة إلى توافر البيئة الصالحة لنمو الميكروبات في مهبل المرأة - الذي يساعد تركيبه التشريحي في ذلك-في جعل النساء أكثر عرضة للإصابة بفيروس HIV-1. والتعرض للإصابة بسلالة واحدة من فيروس HIV ترشح للتعرض للإصابة بسلالات أخرى من هذا الفيروس، في وقت لاحق؛ وتكون أشد ضررا وإيذاءا. وانتقال العدوى من اتصال جنسي واحد، فقط، غير محتمل. إذ أن المعدلات العالية، للإصابة بالمرض، مرتبطة بالعلاقات الجنسية المتداخلة، طويلة الأمد؛ مما يوسع من دائرة وسرعة انتشار الفيروس، بين الشركاء. أما الاتصال الجنسي العابر، فيقلل من معدلات نقل العدوى. ووجود داء في أفريقيا، الذي يصيب أكثر من خمسين بالمائة من النساء، في أجزاء منها، يسبب تدمير الجدار المبطن للمهبل ويسهل انتشار العدوى، أكثر من مناطق العالم الأخرى. (UNAIDS، 2004، ص ص 20-21)

## 1-2-2-التعرض لدم ملوث بالمرض

يعتبر التشارك في إبر الحقن، الملوثة بالدم لمصاب بفيروس HIV و/ أو إعادة استخدامها، من أكثر عوامل نقل العدوى بفيروس HIV. ويرتبط هذا - بشكل خاص - بمتعاطي المخدرات، عن طريق الحقن الوريدي، والمصابين بالهيموفيليا والمحتاجين إلى نقل الدم أو إلى منتجات الدم الأخرى (المنتجات المستخدمة في عملية نقل الدم، وما إلى ذلك). (إيفلا، 2007، ص 21)

ويمكن أن تشمل هذه الطريقة، لانتقال الفيروس، أيضًا، الأشخاص الذين يقومون بالوشم وكذلك من يقومون بعمليات الثقب في أي جزء من أجزاء جسدكم. وتقدر منظمة الصحة العالمية (OMS) أن نحو اثنين ونصف بالمائة، من إجمالي الإصابات بفيروس HIV التي تنتقل عن طريق عمليات الحقن غير الآمنة، المرتبطة بعمليات تقديم الرعاية الصحية، موجودة في مناطق القارة الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى. وفي المقابل، تقل نسبة الخطورة، هذه، إلى درجة كبيرة، للغاية، في الدول المتقدمة؛ أين يتم

تطبيق برامج متقدمة لانتقاء المتبرعين بالدم وإجراء الفحوصات الطبية اللازمة لهم، للكشف عن أية إصابات بفيروس HIV، وعزل المصابين به. وتتراوح نسبة خمسة بالمائة وعشرة بالمائة، من الإصابات العالمية بفيروس HIV التي يرجع سببها إلى عملية نقل دم مصاب بهذا الفيروس، إلى جانب استخدام منتجات دم ملوثة به. (MSPRH، 2003، ص 47)

### 1-2-3- انتقال الفيروس من الأم لطفلها (MTCT)

كما يمكن أن ينتقل الفيروس من الأم إلى طفلها، الرحم، خلال الأسابيع الأخيرة من الحمل وأثناء الولادة. وتكون نسبة احتمالية انتقال فيروس HIV، منها إلى طفلها، واحد بالمائة، فقط، عندما تحصل الأم على العلاج المضاد للفيروسات الارتدادية، وتلد طفلها من خلال عملية قيصرية (CFRR، 2002، ص 1).

وعلى الرغم من ذلك، يتأثر مدى إصابة الطفل بفيروس HIV بنسبة الحمل الفيروسي لدى الأم، عند الولادة؛ فكلما كانت هذه النسبة أعلى، زادت خطورة الإصابة بهذا الفيروس؛ كما تزيد الرضاعة الطبيعية من خطورة انتقال المرض بنسبة أربعة بالمائة، تقريباً. (CFRR، 2002، ص 4)

### 1-3- الفيزيولوجيا المرضية للسيدا

إن التغيرات الفسيولوجية، المصاحبة للإصابة بمرض السيدا، معقدة، مثلما هو الحال في أية متلازمة مرضية أخرى. و على العموم، فإن فيروس HIV يتسبب في الإصابة بمرض السيدا باستنزاف الخلايا الليمفاوية التائية المساعدة ( $CD4^+$ )، و بالتالي تقليل عددها، مما يضعف جهاز المناعة في الجسم و يؤدي للإصابة بأنواع العدوى الانتهازية. إذ أن الخلايا الليمفاوية التائية، أساسية لإحداث الاستجابة المناعية للجسم؛ فبدونها يعجز الجسم عن مقاومة العدوى أو القضاء على الخلايا السرطانية. وآلية استنزاف عدد الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) تختلف في مرحلتي الإصابة الحادة والإصابة المزمنة. فتكون عملية انحلال الخلايا بفعل فيروس HIV وقتل الخلايا التي تحمل العدوى، عن طريق الخلايا التائية المسممة للخلايا، خلال مرحلة الإصابة الحادة، هي السبب وراء استنزاف عدد الخلايا

الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) ، بالرغم من أن عملية تساقط الخلايا أو انتحارها (إستموات الخلايا) قد يكون، أيضاً، من العوامل التي تؤدي إلى حدوث ذلك. أما خلال مرحلة الإصابة المزمنة، فعواقب التحفيز العام لجهاز المناعة، يصحبها فقدان التدريجي لقدرة الجهاز على تكوين خلايا ليمفاوية تائية جديدة، وهما السبب وراء النقص التدريجي لأعداد الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ). وعلى الرغم من أن فقدان العدد الأكبر من الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) يظهر خلال الأسابيع الأولى، من الإصابة بهذا المرض، خاصةً في الغشاء المخاطي المعوي الذي توجد فيه غالبية الخلايا الليمفاوية الموجودة في الجسم، فإن أعراض نقص المناعة، التي تصاحب الإصابة، بمرض السيدا لا تظهر، سوى، بعد سنوات عديدة، بعد إصابة الشخص بعدوى المرض. (Lepycouche، 2008، ص ص 6-7)

وسبب فقدان الخلايا الليمفاوية التائية المخاطية ( $CD4^+$ ) - نتيجة لعملية التمييز التفضيلي - هو أن غالبية الخلايا الليمفاوية التائية المخاطية ( $CD4^+$ ) تعتبر من عوامل الاستقبال لبروتين CCR5، الذي يكون بمثابة البوابة التي يعبر منها الفيروس إلى داخل الجسم؛ في حين أن جزءاً صغيراً من الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) ، الموجودة في مجرى الدم، تنتمي إلى هذا النوع من عوامل الاستقبال. ويحاول فيروس HIV العثور على بروتين CCR5، الذي يعبر عن الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ )، وتدميره في أثناء مرحلة الإصابة الحادة بهذا الفيروس. وبعد أن تتمكن المقاومة المناعية من التحكم في العدوى، تبدأ مرحلة العدوى السريرية الكامنة. وتستمر عملية استنزاف الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ )، في الأنسجة المخاطية، خلال مراحل الإصابة بالعدوى، بالرغم من استمرارها في منع إصابة المريض بأنواع أخرى من العدوى. وتؤدي عملية النسخ، المستمرة، لفيروس HIV إلى استمرار حالة من النشاط المناعي العام في أنحاء الجسم، كله، خلال مرحلة الإصابة المزمنة بهذا الفيروس. وينعكس هذا النشاط المناعي في حالة من التحفيز المتزايد للخلايا المناعية وإطلاق السيتوكينات المحفزة للالتهاب، نتيجة لنشاط العناصر الجينية الفاعلة من فيروس HIV، إلى جانب الاستجابة المناعية لعملية النسخ، المستمر، لهذا الفيروس. (أوبرلين و دين، 1997، ص 2) كما يساهم، في ذلك، تعطل جهاز الرقابة المناعي الخاص بالحاجز المخاطي، نتيجة استنزاف الخلايا الليمفاوية التائية المخاطية ( $CD4^+$ )، أثناء مرحلة الإصابة الحادة

بهذا المرض المعدي ؛ مما يعرض جهاز المناعة، بانتظام، للمكونات الميكروبية، الموجودة في الكائنات الدقيقة التي تعيش في القناة الهضمية، والتي تظل ، في الإنسان السليم، تحت رقابة دائمة من قبل جهاز المناعة المخاطي (ب.ب.م.س.ل، د.س، ص 2). و رغم عملية التدمير، المباشر، لهذه للخلايا، من قبل فيروس HIV، فإنها لا يمكن أن تفسر، وحدها ، هذا الاستنزاف الملحوظ في الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ )، نظرًا لأن ما يتراوح بين 0.01 إلى 0.10%، فقط ، من الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ )، الموجودة في الدم، هي التي تتعرض للإصابة بهذا الفيروس المعدي. فالتعرض، المتزايد، لعملية استموات الخلايا، عندما تستمر عملية تحفيز جهاز المناعة، سبب رئيسي، آخر، لتناقص أعداد الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ). (Adam CCS، 2010، ص ص 2-3)

ورغم استمرار الغدة الزعترية في إنتاج الخلايا الليمفاوية التائية لتحل محل الخلايا المفقودة، فإن قدرتها ،على عملية تجديد هذه الخلايا، تتأثر، تدريجيًا، من خلال إصابة الخلايا الليمفاوية ، بشكل مباشر، بفيروس HIV ، حتى يفقد الجسم الحد الأدنى من الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) والخلايا الليمفاوية اللازمة للحفاظ على وجود استجابة مناعية كافية في الجسم؛ ويؤدي ذلك إلى الإصابة بمرض السيدا. (Bach & Lesavre، 1981، ص ص 276-278)

### 1-3-1- الخلايا المتضررة من الإصابة

يقوم الفيروس، عند دخوله-بأي من الكيفيات التي سبق الحديث عنها - بمهاجمة الخلايا التالية، بشكل أساسي:

• النسيج الليمفاوي الشبكي (جزء من الجهاز المناعي لجسم الإنسان): (Larousse M، 2009، ص)

○ الخلايا الليمفاوية التائية المساعدة ( $CD4^+$ ).

○ الخلايا الملتزمة ( $CD4^+$ ).

○ الخلايا الوحيدة ( $CD4^+$ ).

○ الخلايا الليمفاوية البائية.

• خلايا بطانية معينة.



- الجهاز العصبي المركزي: (ويكيبيديا، د.ص)
  - الخلايا الدبقية الصغيرة، الخاصة بالجهاز العصبي.
  - الخلايا النجمية.
  - الخلايا الدعامية ذات الفروع القليلة.
  - الخلايا العصبية - تتأثر بشكل غير مباشر بفعل السيتوكينات وبروتين الغلاف السكري (GP120).

### 1-3-2- تأثير الإصابة بالفيروس

إن فيروس HIV متلف للخلايا، رغم عدم وضوح الكيفية التي يحدث بها ذلك. ويمكن أن يظل هذا الفيروس غير نشط، لفترات زمنية طويلة، في هذه الخلايا. ويعتقد أن يكون، هذا التأثير، ناتجًا عن التفاعل مع بروتين الغلاف السكري (GP120) الخاص بخلايا ( $CD4^+$ ) (ويكيبيديا، د.ص)

- ويعمل فيروس HIV على كبت الخلايا الليمفاوية التائية المساعدة، وانحلال الخلايا. ويتم تدمير الخلية أو تقليص نشاطها إلى الحد الذي تفقد فيه وظيفتها في الاستجابة لمولدات الأجسام المضادة (الخارجية). ولا تتمكن الخلايا البائية المصابة من إنتاج الأجسام المضادة بالكميات الكافية، فينهار جهاز المناعة، فتحدث التعقيدات المعروفة، المصاحبة للإصابة بمرض السيدا، مثل: أنواع العدوى والنمو السرطاني غير الطبيعي (النيوبلازما). (APPIT، 2003، ص ص 1-4)
- ويترتب على إصابة خلايا الجهاز المركزي العصبي (CNS) بفيروس HIV، المسبب للسيدا، في الإصابة بمرض التهاب السحايا غير الصيدي الحاد ومرض التهاب المخ شبه الحاد ومرض اعتلال الحبل الشوكي الحويصلي (vacuolar myelopathy)، إضافة إلى اعتلال الأعصاب الطرفية، مما يشرح للإصابة بالخرف المركب أو الخرف المصاحب لمرض السيدا، في وقت لاحق. (PILLY، د.ص، ص 633)
- الإصابة ببعض الفيروسات الأخرى، مثل الفيروس المضخم للخلايا وفيروس التهاب الكبد الوبائي وفيروس الهربس البسيط، وغيرها من الفيروسات، بسبب التفاعل مع

بروتين الغلاف السكري ( GP120 )، الخاص بخلايا (CD4<sup>+</sup>) ، تؤدي إلى المزيد من التدمير للخلايا؛ الأمر الذي يعني حدوث الاعتلال الخلوي. (Gentil، 2007، ص 5)

## II - الإطار الإكلينيكي

### II-1- الاعراض المرضية

أعراض مرض السيدا تقترن بظروف صحية معينة، لا تظهر لدى الأشخاص الذين يتمتعون بجهاز مناعي سليم؛ وتظهر في صورة أنواع من العدوى، التي تتسبب فيها البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات، التي، عادةً ما، يتم ردعها من طرف آليات وعناصر الجهاز المناعي، والتي يعمل HIV على تعطيلها وتدميرها. وتشيع الإصابة، بالعدوى الانتهازية، بين المصابين بمرض السيدا. ويؤثر الفيروس على كل نظام إحيائي موجود في جسم الإنسان. و تتفاقم حالة الأشخاص المصابين بأنواع متعددة من السرطانات مثل: سرطان كابوزي وسرطان عنق الرحم والأورام الليمفاوية (السرطانات التي تصيب جهاز المناعة) (Assimwe، 2007، ص 22). كما أن المصابين بالسيدا يعانون، غالبًا، من أعراض مرضية تظهر على الجسم، كله، مثل: أنواع الحمى المختلفة و التعرق (خاصة، أثناء، فترات الليل) وتضخم الغدد والإصابة بأعراض الحمى والصداع والرجفة والضعف العام وفقدان الوزن (علي قرنيح، 2005، ص 6). ويصاب مرضى السيدا بنوع العدوى الانتهازية التي تنتشر في بيئتهم.

### II-1-1- الإصابات الرئوية

تندر - نسبيًا - إصابة الأشخاص الأصحاء، ذوي الكفاءة المناعية، بمرض التهاب المتكيسة الرئوي (Pneumocystis pneumonia) - اختصارًا: PCP ويسبب هذا المرض نوع من أنواع الفطريات، أحادية الخلية، المعروف باسم " Pneumocystis jirovecii" - ولكنه شائع بين الأفراد المصابين بعدوى فيروس السيدا. (ONUSIDA، 1999، ص 4-2)

كان PCP أحد الأسباب الشائعة والمباشرة المؤدية للوفاة، قبل تطور الوسائل التشخيصية والعلاجية والوقائية الفاعلة، في الدول الغربية. إلا أنه، لا يزال، واحدًا من المؤشرات الأولية التي تشير إلى الإصابة بالسيدا، لدى الأفراد الذين لم يتم فحصهم طبيا؛ رغم أنه لا يظهر، بصفة عامة، حتى يقل عدد خلايا ( $CD4^+$ ) إلى أقل من مائتي خلية لكل ميلي لتر من الدم (Wazir & all, 2004، ص 1025). ويعتبر الدرن (TB) من بين أنواع العدوى المختلفة التي تصاحب فيروس HIV. ومن الممكن أن يصاب به المريض في المراحل المبكرة من الإصابة بفيروس HIV؛ ويتم علاجه بالعقاقير. ويمكن أن يتعرض المصاب بالفيروس، في المراحل المبكرة، لمرض الدرن (حيث تكون عدد خلايا ( $CD4^+$ ) أقل من ثلاثمائة خلية لكل ميلي لتر من الدم). ويظهر المرض، بشكل غير نمطي، بخصائص عامة، في المراحل المتقدمة من الإصابة، توحي أنه مرض غير رئوي (مرض عام ينتشر في الجسم كله). و أعراض هذا المرض، عادةً ما، تكون متعلقة ببنية المرء، الجسمانية أو العقلية، دون تمركز في مكان واحد من الجسم؛ حيث أنه، غالبًا ما، يؤثر على النخاع العظمي والعظام والجهاز البولي والسبيل المعدي-المعوي والكبد والعقد الليمفاوية الموضعية والجهاز العصبي المركزي. (Marquette & Taytard, 2007، ص 6-7)

## II-1-2- إصابات الجهاز الهضمي

تظهر الإصابة بالتهاب المريء، عادة، في صورة التهاب، على مستوى البطانة الداخلية للطرف السفلي من المريء (القناة المؤدية إلى المعدة). و في حالة الإصابة بفيروس HIV، يحدث التهاب المريء نتيجة الإصابة بداء المبيضات (عدوى فطرية) أو التعرض لفيروسات ( $herpes\ simplex-1$ ) أو الفيروس المضخم للخلايا (Castello & all, 1996، ص 364). و، نادرا ما، تحدث الإصابة إثر التعرض لنوع من البكتيريا، معروف باسم ميكوبلاكتيريا. وقد تعود إصابة الأشخاص، المصابين بفيروس HIV، بالإسهال المزمن لأسباب متنوعة، منها: إصابات ببعض أنواع العدوى البكتيرية الشائعة، بسبب عوامل بكتيرية عديدة، مثل: (السلمونيلا أو الشيغلا أو الليستيريا أو الكامبيلوباكتر)، و أنواع أخرى من العدوى الطفيلية؛ إضافة إلى الأشكال الغير شائعة

من العدوى الانتهازية ، مثل: البوغيات الخفية (Cryptosporidiosis) والبوغيات الطفيلية الدقيقة (Microsporidiosis) ومركب المتطورات الطيرية (Mycobacterium complex MAC avium) والفيروسات، مثل: الفيروس نجمي الشكل (Astrovirus) و الفيروس الغدي (Adenovirus) و الفيروس دائري الشكل (Rotavirus) والفيروس المضخم للخلايا (الذي يمهد إلى التهاب القولون). وقد يكون الإسهال، في بعض الحالات، أحد الآثار الجانبية للكثير من الأدوية الموصوفة ضد فيروس HIV، كما قد يكون من ضمن الأمراض المصاحبة للسيدا، خصوصا، أثناء المراحل الأولى من الإصابة بالعدوى. و الملاحظ، أيضًا، أنه قد يكون أحد الآثار الجانبية للمضادات الحيوية، إثر علاج البكتيريا المسببة للإسهال (خاصةً Clostridium difficile). و يمكن أن يكون الإسهال أثرًا للتغيرات الطارئة على كيفية امتصاص القناة المعوية للغذاء، في المراحل المتأخرة من الإصابة بالسيدا؛ وهو، غالبًا، عنصر مهم من بين العناصر التي ينتج عنها تعرض الأنسجة العضلية والدهنية للجسم لحالة من الضعف والهزال (Gentil، 2007، ص 6-7).

## II-1-3- الأورام الحميدة والخبيثة

إن إمكانية الإصابة بأنواع متعددة من أنواع مرض السرطان تتزايد، لدى المرضى المصابين بفيروس HIV، بشكل كبير؛ إذ أن هذه الإصابة يصحبها، دائمًا، إصابة بفيروس مسبب للجينات الورمية على مستوى الـ DNA، خاصةً، فيروس إبشتاين-بار (EBV) وفيروس الهربس المصاحب لسرطان كابوزي (KSHV - Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus) وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV). وسرطان كابوزي أكثر أنواع الأورام السرطانية شيوعًا، لدى المرضى المصابين بالسيدا. وكان واحدًا من أول الدلائل التي أشارت إلى انتشار مرض السيدا كوباء، بعد ظهور أول حالات الإصابة بهذا الورم، عند مجموعة من الرجال المثليين في عام 1981. و، غالبًا ما، يظهر في صورة عقد صغيرة أرجوانية اللون، منتشرة على سطح الجلد، يمكن أن تؤثر على أعضاء جسدية أخرى، خاصةً، الفم والسبيل المعدي-المعوي والرئتين (Malope & all، 2010، ص 1-2). و تنتشر الأورام الليمفاوية، في المراحل المتقدمة من إصابة الخلايا

الليمفاوية البائية ، مثل الورم الذي يصيب الجهاز الليمفاوي- ورم بيركت الليمفاوي و الورم الشبيه بورم بيركت (Burkitt's-like lymphoma)-الأورام الليمفاوية كبيرة الحجم التي تصيب الخلايا الليمفاوية البائية (DLBCL) وكذا الأورام السرطانية الأولية التي تصيب الجهاز العصبي المركزي (primary central nervous system lymphoma) (Cheung & Imrie، 2008، ص 5). وتعتبر هذه الأنواع من السرطانات -بصفة خاصة - مؤشرا لتدهور وسوء حالة المريض، كما تعتبر هذه الأورام الليمفاوية علامة على وجود مرض الإيدز. كما يعتبر سرطان عنق الرحم دليلا على انتقال عدوى السيدا إلى الإناث بسبب فيروس الورم الحليمي البشري (HPV). وتتزايد خطورة إصابة مرضى السيدا بأنواع أخرى من الأورام، مثل السرطان الليمفاوي الهودجكيني و سرطان الشرج وسرطان المستقيم (ONUSIDA، 1999، ص 2).

و، على نقيض ذلك، تقل الإصابة بأنواع أخرى من الأورام الشائعة، مثل سرطان الثدي أو سرطان القولون بين مرضى السيدا. و باستخدام العلاج المضاد للفيروسات الارتدادية (HAART) ،على نطاق واسع، لعلاج السيدا، فإن نسبة الإصابة بالعديد من الأورام الخبيثة، المرتبطة به، تقل. ومع ذلك، وبصفة عامة، تظل الأورام السرطانية الخبيثة من أكثر العوامل شيوعاً، في وفاة المصابين بفيروس HIV. (Maretta & all، 2011، ص 197)

## II-1-4- الانتهازية

كثيرا ما تتطور أنواع من العدوى الانتهازية لدى مرضى السيدا، و التي تؤثر على المريض، خاصةً، الحمى غير الشديدة وفقدان الوزن ، دون ظهور أي أعراض؛ ومن بينها الإصابة بالمتفطرة الطيرية داخل الخلية وكذلك العدوى بالفيروس المضخم للخلايا (CMV) (AdamCCS، 2010، ص 9)، و الذي قد يؤدي إلى التهاب القولون، و إلى نوع من الالتهابات، التي تصيب شبكية العين (CMV retinitis)، والذي قد يسبب العمى (Ballo & all، 1997، ص ص 387-388). و تحتل عدوى Penicilliosis، بسبب الإصابة بأحد الفطريات من نوع البنيسيليوم (Penicillium marneffeii)، المركز الثالث بين أكثر أنواع العدوى

الانتهازية شيوعًا (بعد كل من مرض الدرن غير الرئوي ومرض المكورات الخفية) ، التي تشيع بين المصابين بالسيدا في جنوب شرق آسيا (L'Her & col، 2004، ص 230).

## II-1-5- الآثار العصبية والنفسية المصاحبة للإصابة بفيروس HIV

إن الإصابة بفيروس HIV، قد، يترتب عنها مضاعفات مرضية عصبية ونفسية متنوعة؛ نتيجة إصابة الجهاز العصبي الذي يصبح عرضة للكائنات الدقيقة الضارة، بعد انتقال الفيروس إليه. و، عادةً ما، يصيب داء المقوسات (Toxoplasmosis) المخ، مسببا نوعا من الالتهابات المخية، معروفة باسم (Toxoplasma encephalitis Toxoplasma gondii) (Maretta & all، 2011، ص 3).

و قد يصيب، أيضًا، العينين والرئتين بالأمراض؛ إلى جانب مرض "التهاب السحايا" الذي يصيب الغشاء السحائي ويسبب الحمى والصداع والإعياء والغثيان والقيء، بسبب فطر (Cryptococcus neoformans). و، قد، تتطور لدى المرضى حالات الإصابة بالنوبات المرضية وحالات الارتباك؛ و، قد، تصبح أمراضًا فتاكة ومميتة، إذا لم يتم علاجها. ويسبب فيروس (JC) الإصابة باعتلال بيضاء الدماغ متعدد البؤر المتفرقي (Progressive leukoencephalopathy multifocal)؛ عندما يضعف الجهاز المناعي للجسم، بشكل بالغ، كما هو الحال بالنسبة لمرضى السيدا، و هو من الأمراض المزيلة للميلين، والذي يحدث تدميرا تدريجيا للغلاف المييليني المحيط بمحاور الخلايا العصبية، مما يضعف عملية نقل الإشارات العصبية ، ويؤدي إلى الوفاة، خلال شهور من تشخيصه.و يعتبر مرض الخرف، المصاحب لمرض السيدا ، (Aids Dementia Complex - ADC) من الأمراض الدماغية التي لها علاقة بالتمثيل الغذائي؛ ويزيد، من تأثيرها، التنشيط المناعي للخلايا الملتهمة والخلايا الدبقية الصغيرة. ويصيب فيروس HIV هذه الخلايا، فتصبح منتجة له؛ وتقوم بإفراز السم العصبي، للخلايا المضيفة لها، والأصل الفيروسي، الناتجة عنه (Jayawardenna & all، 2008، ص ص 19-20).

وتبدو آثار الإصابات العصبية، الناتجة عن هذا الفيروس، في صورة اضطرابات إدراكية وسلوكية وحركية، بعد مرور سنوات من الإصابة؛ ويصحبها انخفاض في عدد الخلايا

الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) وارتفاع معدل الحمل الفيروسي، في بلازما الدم. ويلاحظ، أحياناً، حالات الهوس عند المصابين بفيروس HIV، في مراحل متقدمة للمرض. وتظهر، هذه الحالات، في ميل لسرعة الغضب والانفعال، بصورة أكثر من المعتاد، وضعف، أكبر، في الإدراك وشعور، أقل، بالنشاط والحيوية مما يظهر عند الذين يعانون من الهوس المصاحب لمرض اضطراب المزاج ثنائي القطب. وتصبح حالات الهوس مزمنة، بشكل أكبر، عند مرضى السيدا. وبالاعتماد على علاج، تتعدد فيه الأدوية والعقاقير، يقل ظهور هذا العرض. (Portegies & all، 2004، ص 297)

## II-2 - التشخيص

يحصل، غالباً، خلط بين أمرين، في موضوع السيدا:

- الأمر الأول هو الإصابة بالفيروس ودخوله إلى الجسم.

- والأمر الثاني هو نشوء المرض وظهور علاماته.

وبين هاتين المرحلتين، قد، تمر سنوات طوال، لا يعلم فيها المريض بأنه مصاب، إلى أن يقوم بالفحص عن الفيروس، عبر تحليل يمكن، لأي شخص، أن يجريه في أي مرفق صحي. (Portegies & all، 2004، ص 297)

وإن وجود دلائل وأعراض معينة يمكن من تشخيص مرض السيدا. فمنذ الخامس من يونيو لعام 1981، ظهرت العديد من التعريفات لهذا المرض، والمستخلصة من عملية المراقبة التي قام بها علم الوبائيات، مثل تعريف بانجي (أفريقيا الوسطى) وتعريف منظمة الصحة العالمية الموسَّع، لعام 1994، الخاص بحالة السيدا. وفي الدول المتقدمة، يتم استخدام التصنيفات التي اعتمدها مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC)؛ أما في الدول النامية، فيتم استخدام التصنيف المرحلي، المعتمد لدى منظمة الصحة العالمية، للعدوى بفيروس HIV والاعتلال به، على ضوء البيانات السريرية والمعملية. (ويكبيديا، د.ص)

## II-2-1 - التصنيف المرحلي حسب منظمة الصحة العالمية

قامت منظمة الصحة العالمية، في عام 1990، بتجميع أنواع العدوى والحالات المرضية المرتبطة بها معًا- ومعظم هذه الحالات المرضية عبارة عن حالات إصابة بأنواع من العدوى الانتهازية، التي يمكن علاجها بسهولة، في الأشخاص الأصحاء- في تصنيف مرحلي لحالة المرضى المصابين بفيروس HIV-1 عبر مراحل، إلى أن تم تعديله في سبتمبر من عام 2005. (Assiimwe، 2007، ص ص 24-25)

- المرحلة الأولى: بدون أعراض ظاهرة يلحظها المريض؛ ولا يتم تصنيفها كإصابة بالسيدا.
- المرحلة الثانية: تظهر بعض الأعراض والعلامات المرضية، المتعلقة بالجلد والأغشية المخاطية والإصابة المتكررة ببعض الأمراض المعدية، المتعلقة بالمر التنفسي العلوي.
- المرحلة الثالثة: الإصابة، غير المفسرة، بالإسهال المزمن، لما يزيد عن شهر كامل؛ و بعض أنواع العدوى البكتيرية الشديدة، الأخرى، و الدرن الرئوي.
- المرحلة الرابعة: الإصابة بداء المقوسات، الذي يصيب المخ؛ وبداء المبيضات، الذي يهاجم المريء أو القصبة الهوائية أو شعبي القصبة الهوائية أو الرئتين؛ و الإصابة بسرطان كابوزي. وتدل، كلها، على الإصابة بمرض السيدا. (Assiimwe، 2007، ص ص 11-12)

## II-2-2- تصنيف وكالة مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

قامت وكالة مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) بوضع تعريفين لمرض السيدا. يعتمد التعريف الأقدم، منهما، للسيدا على الإشارة للأمراض المرتبطة به، مثل مرض اعتلال العقد الليمفاوية. ثم قامت الوكالة، في عام 1993، بتوسيع نطاق تعريفها لمرض السيدا، ليشمل الحاملين لعينة إيجابية، من فيروس HIV، مع انخفاض عدد الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) عن مائتي خلية لكل ميلي لتر من الدم، أو أن تمثل نسبتها أربعة عشر بالمائة من كل الخلايا الليمفاوية. وحتى إن ازداد عدد الخلايا الليمفاوية التائية ( $CD4^+$ ) - بعد تناول الوسائل العلاجية الفاعلة - لما يزيد عن مائتي خلية لكل ميلي لتر من الدم أو تم علاج أمراض أخرى، تعد من



علامات الإصابة بمرض السيدا، فيظل تشخيص وجود حالة السيدا قائماً. (Assimwe، 2007، ص 26)

## II-2-3- اختبار فيروس HIV

قد لا يدرك العديد، من المصابين بفيروس HIV، إنهم مصابون بهذا الفيروس. علاوةً على ذلك، هناك نسبة قليلة، من النساء الحوامل، يستفدن من الخدمات الصحية التي يتم تقديمها في المناطق الحضرية، حيث يتم تقديم الاستشارة الطبية لهن أو إجراء الفحوصات الطبية عليهن أو تتلقين نتائج الفحوصات التي تم إجراؤها. و، مرةً أخرى، تكون مثل هذه النسبة أقل في المجتمعات الريفية، التي يتم، فيها، تقديم بعض الخدمات الصحية لها (م.ع.ج.، 2009، ص ص 43-44). ويتم إجراء الفحوصات، عادةً، على الدم الوريدي، للتأكد من خلوه من فيروس HIV. وتعتمد، العديد من، المعامل على استخدام اختبارات الكشف المسحي، من الجيل الرابع، التي تقوم باكتشاف الأجسام المضادة المقاومة للفيروس (IgM و IgG) ومولدات الأجسام المضادة HIV p24. ويكون الكشف عن وجود جسم مضاد لفيروس HIV أو مولد أجسام مضادة، لدى مريض -كانت العينة المأخوذة منه سابقاً سلبية - دليلاً على إصابته بهذا الفيروس. وتتم إعادة الاختبار على الأفراد الذين أوضحت العينة الأولى، التي تم أخذها منهم، إصابتهم بعدوى فيروس HIV، بأخذ عينة ثانية من الدم للتأكد من النتائج السابقة. ويمكن أن تتفاوت فترة حضانة الفيروس (الفترة الزمنية بين الإصابة الأولية بالفيروس وتمكن الجسم من تكوين أجسام مضادة، يمكن اكتشافها، لمقاومة هذه الإصابة) نظراً لأن الأمر، يمكن أن، يستغرق ما بين ثلاثة إلى ستة أشهر، حتى تبدأ مرحلة التحول المصلي، وتكون نتائج فحص العينة إيجابية. ويمكن الكشف عن الفيروس، باستخدام عملية تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)، في أثناء فترة حضانة الفيروس. وتشير الدلائل إلى أنه يمكن، غالباً، اكتشاف أية إصابة بفيروس HIV، المسبب للسيدا، بشكل أسرع من الطريقة سالفة الذكر، في حالة استخدام اختبارات الكشف المسحي EIA من الجيل الرابع. ويتم التأكد من النتائج الإيجابية، التي يتم الحصول عليها، باستخدام تفاعل البوليميراز المتسلسل، من خلال إجراء اختبارات الأجسام المضادة (Bassignot، 2003، ص ص 20-25).

الجدير بالذكر أن اختبارات الكشف، الروتينية، عن فيروس HIV، التي يتم إجراؤها على الأولاد، الذين أنجبته أمهات مصابات بفيروس HIV، لا تكون ذات قيمة؛ وذلك بسبب وجود جسم مضاد لفيروس HIV في دماء هؤلاء الأطفال، منقولا، إليهم، عن طريق الأم. ويمكن، فقط، تشخيص الإصابة بفيروس HIV، عن طريق عملية تفاعل البوليميراز المتسلسل، وذلك، لاختبار إصابة الحمض النووي ما قبل الفيروسي بعدوى فيروس HIV، الموجود في الخلايا الليمفاوية للأطفال (Bassignot، 2003، ص 26).

## II-3- الوقاية و العلاج

تعتمد وسائل الوقاية، المعروفة حتى الآن، على تجنب التعرض للإصابة بالفيروس، أو - في حالة عدم التمكن من القيام بذلك - العلاج بدواء مضاد للفيروسات الارتدادية، مباشرة، بعد التعرض للفيروس، بشكل مؤثر وفعال. وهذا يعرف باسم العلاج الوقائي، الذي يعقب التعرض للإصابة بالمرض، مباشرةً (PEP). إذ لا يوجد، حالياً، لقاح أو علاج شافٍ لفيروس HIV. (Lepycouche، 2008، ص 12)

## II-3-1- الوقاية من الإصابة

إن معرفة طرق الانتقال، الثلاثة الرئيسية، لفيروس HIV (الاتصال الجنسي، والتعرض لأنسجة أو لسوائل جسم مصاب، أو من الأم إلى الجنين أو إلى طفلها حديث الولادة - في الفترة التي تبدأ من الأسبوع الثامن والعشرين من بدء الحمل وحتى الأسبوع الثامن والعشرين بعد الولادة -) مكن، كثيرا، من العمل على تجنب وقوع الإصابة به، و نشره (Assimwe، 2007، ص ص 13-26). ولا توجد حالات، مسجلة، للإصابة بالفيروس عن طريق لعاب ودموع وبول الأشخاص المصابين به، رغم وجوده بهذه الإفرازات. (م.ع.ج.، 2009، ص 123)

## II-3-1-1- الاتصال الجنسي

إن الاستراتيجيات الوقائية معروفة، بشكل كبير، في الدول المتقدمة. وفي أثناء العلاقة الجنسية، يمكن الطبي، الذي يستخدمه الرجل أو المرأة، التقليل من فرص الإصابة

بعدوى فيروس HIV والأمراض، الأخرى، التي تنتقل من خلال العلاقات الجنسية، وكذلك من فرص الحمل. إذا تم استخدام العازل الطبي الذكري، المصنوع من مادة اللاتكس، بشكل صحيح، دون استعمال أي مواد زيتية مخففة للاحتكاك، فإنه يعتبر أكثر فاعلية في تقليل احتمال انتقال فيروس HIV، وأنواع العدوى، الأخرى، التي تنتقل عن طريق العلاقات الجنسية. ويوصى بعدم استخدام مثل هذه المواد الزيتية، المخففة للاحتكاك، مثل تلك المصنوعة من جيلي البترول أو الزبد أو شحم الخنزير، عند استخدام العوازل الطبية، المصنوعة من مادة اللاتكس، وذلك لأنها تؤدي إلى إذابة اللاتكس، مما يجعل العازل مسامياً. و العازل الطبي الأنثوي هو البديل للعازل الطبي الذكري، وهو يصنع من مادة البولي يوريثان، التي تسمح باستخدام العازل واستعمال المواد الزيتية، المخففة للاحتكاك. وقد أشارت الدراسات الأولية إلى أنه، في حالة استخدام العوازل الطبية الأنثوية، تزيد نسبة العلاقات الجنسية الآمنة، في مقابل العلاقات الجنسية غير الآمنة، مما يجعلها أدوات وقاية مهمة، للحماية من انتقال فيروس HIV. كما تقل معدلات انتقال العدوى، بفيروس HIV، إلى الطرف غير المصاب بالفيروس، عن واحد بالمائة، لكل عام، عند استخدام العوازل الطبية، بشكل مستمر، في العلاقات الجنسية التي يكون أحد طرفيها مصاب بفيروس HIV. وأظهرت محاولات و دراسات أن ختان الذكور يقلل من مخاطر العدوى بفيروس HIV، بين الرجال الذين يقيمون علاقات جنسية مع النساء، بنسبة ستين بالمائة، تقريباً. ومن المنتظر أن يتم التشجيع على إتباع هذا الإجراء، بشكل نشط، في الكثير من الدول التي تكثر فيها حالات الإصابة بفيروس HIV. (UNAIDS، 2004، ص ص 11-21)

## II-3-1-2- التعرض لسوائل الجسم التي تحمل عدوى فيروس HIV

إن اتخاذ تدابير وقائية تقلل من خطر تعرض العاملين، في مجال الرعاية الصحية، للدم الملوث بالفيروس. وتتضمن، هذه التدابير الوقائية، استخدام حواجز لمنع الفيروس، مثل القفازات والأقنعة والأدوات الواقية للعين والأردية، أو المآزر، التي تمنع تعرض الجلد أو الأغشية المخاطية من التعرض للعوامل المسببة للأمراض الموجودة بالدم المحمل بفيروس HIV. ويقلل غسل الجلد، بصفة منتظمة وجيدة،

فورًا، بعد أن يتلوث بالدم أو السوائل الجسدية الأخرى التي تحمل الفيروس، من فرصة انتقال العدوى. (Lepycouche، 2008، ص 12) وأخيرًا، يجب التخلص الآمن من الأدوات الحادة، مثل الإبر والمشارط والزجاج، لمنع مخاطر الإصابة بالجروح الناتجة عن الوخز بالإبر، أو ما يشابهها. وحيث أن تعاطي المخدرات، من خلال الوريد، من أهم العوامل التي تساعد على انتقال فيروس HIV في الدول المتقدمة، يتم استخدام استراتيجيات تقليل مخاطر انتقال هذا الفيروس، مثل برامج استبدال الإبر والمحاقن، المستعملة، بأخرى نظيفة، في محاولة لتقليل العدوى، الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة وإساءة استخدامها. (م.ع.ج.، 2009، ص 127)

## II-3-1-3- انتقال المرض من الأم لطفلها (MTCT)

في حالة الأمهات المصابات بفيروس HIV، وعندما تكون الرضاعة الصناعية متوفرة وكافية وآمنة للطفل، فيجب عليهن تجنب إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية. وإذا لم يكن ذلك متوفرًا، فيوصى بقيام الأم المصابة بإرضاع طفلها رضاعة طبيعية، في الشهور الأولى من حياته، مع وقف ذلك في أسرع وقت ممكن. (Assimwe، 2007، ص 18)

## II-3-2- العلاج

لم يتم، حتى الوقت الحاضر، اكتشاف لقاح فعال ضد فيروس الإيدز. ومن أهم العقبات، التي تعوق بلوغ هذا الهدف، أن الفيروس يغير من تركيبته، بصفة مستمرة، وذلك يجعل استنباط لقاح، ضده، عملاً في غاية الصعوبة. (ERA، 2009، ص ص 29-30)

ومن المفيد أن أذكر، في هذا الصدد، أن هناك دراسات، يقوم بها بعض العلماء على مجموعة من العقاقير المضادة للفيروسات، وهذه العقاقير تعمل بأسلوب مختلف عن أدوية السيدا التقليدية؛ حيث أن الدواء، الحالي، يوقف نمو فيروس السيدا، عندما يدخل خلية الجسم، ولكن العقاقير الجديدة ستمنع الفيروس من النفاذ إلى الخلية السليمة. (أوبراين و دين، 1997، ص 22)

## II-3-2-1-العلاج المضاد للفيروسات

ويستلزم، هذا النوع من العلاج، تناول جرعات، منتظمة، لمدة أربعة أسابيع. ولهذا العلاج آثارًا جانبية، غير مريحة، تشتمل على الإسهال والتوعك والغثيان والإرهاق (Gentil، 2007، ص 7). وقد أثبت هذا العلاج فاعلية كبيرة، بالنسبة للعديد من المصابين بعدوى فيروس HIV، منذ اكتشافه، في عام 1996، عندما توفرت، لأول مرة، مثبطات بروتياز السيدا، القائمة على استخدام العلاج، شديد الفاعلية، المضاد للفيروسات الارتدادية. وتتكون الخيارات العلاجية المثلى، المتاحة حاليًا، والخاصة بهذا النوع من العلاج، من تركيبات تتكون، على الأقل، من ثلاثة أدوية تنتمي لنوعين، على الأقل، من العوامل المضادة للفيروسات الارتدادية. وتتضمن البرامج العلاجية، التقليدية، اثنين من المثبطات، وهي nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors (NARTIs or NRTIs)، إلى جانب، إما، واحد من مثبطات بروتياز السيدا أو المثبط non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI). (Gentil، 2007، ص 6)

ونظرًا لأن تطور الإصابة بفيروس HIV أسرع، في الأطفال عنه في البالغين، ولا تستطيع الفحوص المعملية التنبؤ بمخاطر الإصابة بالمرض، على نحو دقيق - وخاصةً بالنسبة للأطفال الصغار- فإن التوصيات العلاجية تكون أكثر صرامة، بالنسبة للأطفال، عنها بالنسبة للبالغين (assiimwe، 2007، ص 62). و لتحديد أوان بدء العلاج، في الدول المتقدمة، حيث تتوفر العلاجات شديدة الفاعلية، المضادة للفيروسات الارتدادية، يقوم الأطباء بقياس معدل الحمل الفيروسي وسرعة تدهور الخلايا الليمفاوية التائية المساعدة ( $CD4^+$ )، والاستعداد الشخصي للمريض للإصابة بالمرض. تتضمن الأهداف القياسية، للعلاج شديد الفاعلية المضاد للفيروسات الارتدادية، حدوث تحسن عام، في حياة المريض، وتقليل مضاعفات المرض، التي يتعرض لها، وكذلك تقليل معدل وجود فيروس HIV في الدم، بحيث يكون أقل من الحد الذي يمكن اكتشافه عنده. ويعتقد أن العلاج شديد الفاعلية، المضاد للفيروسات الارتدادية، يزيد من الفترة الزمنية التي يمكن أن يبقاها المريض على قيد الحياة، من

أربعة إلى اثني عشر عامًا. وعلى الرغم من ذلك، فقد شهد العديد من المصابين بفيروس HIV تحسنًا ملحوظًا، في حالتهم الصحية العامة وظروف حياتهم، مما أدى إلى تراجع انتشار المرض والوفيات الناتجة عنه. وفي غياب استخدام هذا النوع من العلاج، تتطور عدوى HIV إلى الإصابة بمرض السيدا، في فترة تتراوح ما بين تسعة وعشر أعوام في المتوسط؛ ويكون متوسط الفترة التي يعيشها المريض، بعد الإصابة الفعلية بالسيدا، 9.2 شهرًا، فقط. ويعد عدم الالتزام بخطوات العلاج، والمواظبة عليه، أكثر الأسباب التي تؤدي ببعض المرضى إلى العلاج شديد الفاعلية، المضاد للفيروسات الارتدادية. وتتنوع الأسباب التي تدفع المرضى إلى عدم الالتزام بالعلاج والمواظبة عليه. وتتضمن الجوانب النفسية الاجتماعية، المتعلقة بهذا المرض، مسألة عدم التمكن من الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، وكذلك الدعم الاجتماعي، الغير كافي، وأيضًا الأمراض النفسية المصاحبة للإصابة بالمرض، وسوء استخدام المواد المخدرة، للهروب من المشكلة. (assiimwe، 2007، ص ص 51-54)

وقد تكون أيضًا البرامج، الخاصة بهذا النوع من العلاج، معقدة إلى درجة تعوق إتباعها، بالشكل الصحيح، حيث أنها تتضمن، في الغالب، تناول عدد كبير من الأقرص، بشكل متكرر. ويمكن أن تؤدي الآثار الجانبية، لهذا النوع من العلاج، إلى عدم مواظبة المرضى على إتباع هذا النوع من العلاج، حيث أنها تتضمن الحثل الشحمي وارتفاع دهون الدم والإسهال والمقاومة للأنسولين وزيادة مخاطر التعرض للأمراض التي تصيب الجهاز القلبي الوعائي، وحدوث عيوب خلقية. وتعتبر معظم العقاقير، المضادة للفيروسات الارتدادية، باهظة الثمن؛ ولا يستطيع غالبية المصابين بمرض السيدا، في العالم، الحصول على الأدوية وطرق العلاج، الخاصة بفيروس HIV (Gentil، 2007، ص ص 7-8).

## ب-2-العلاجات التجريبية وطرق العلاج المقترحة

تعمل الأبحاث، الخاصة بتطوير طرق العلاج الحالية، على تقليل الآثار الجانبية للأدوية، الحالية، وتبسيط برامج العلاج الدوائية، بشكل أكبر، لتحسين مداومة

المرضى على استخدامها وتحديد أفضل تسلسل لخطوات هذه البرامج، حتى يتم التمكن من مقاومة المرض. وبالرغم من ذلك -وبعد، ما يقرب من، ثلاثين عامًا من الأبحاث - ظل فيروس HIV هدفًا صعب المنال، بالنسبة لكل اللقاحات. وقد أظهر عدد من الدراسات أن اتخاذ إجراءات، لمنع انتشار أنواع العدوى الانتهازية، يمكن أن يكون مفيدًا، عند علاج المرضى، المصابين بعدوى HIV أو مرض السيدا. وينصح بتناول التطعيمات الخاصة بفيروس التهاب الكبد الوبائي A و B، بالنسبة للمرضى، غير المصابين بهذين الفيروسين والمعرضين للإصابة بهما. كذلك، ينصح المرضى، الذين يعانون من التثبيط المناعي، بشكل كبير، باتباع طرق العلاج الوقائي، المضادة لمرض التهاب المتكيسة الرئوي (PCP). وقد يستفيد، أيضًا، الكثير من المرضى من طرق العلاج الوقائي، المضادة للإصابة بداء المقوسات أو مرض التهاب السحايا، الذي يسببه فطر Cryptococcus. (ONUSIDA، 1999، ص ص 3-5)

وقد اكتشف الباحثون abzyme (إبзим = مركب أنزيم-جسم مضاد) قادر على تدمير موضع ارتباط الفيروس بروتين gp120، الخاص بالخلايا المساعدة (CD4<sup>+</sup>). وفي برلين، في ألمانيا، تم إجراء عملية زرع للنخاع العظمي لمريض، ظل مصابًا بمرض سرطان الدم، يبلغ من العمر 42 عامًا، ومصابا بفيروس HIV، لأكثر من عقد من الزمن؛ وقد كان، هذا النخاع، به خلايا تشتمل على انحراف، عن الشكل الطبيعي، لمستقبل سطح الخلايا CCR5. وقد وجد أن هذا الانحراف الجيني، CCR5-Δ32، يجعل بعض الخلايا -التي، يولد الشخص وهو، يحملها داخل جسمه- مقاومة للعدوى من بعض سلالات فيروس HIV. وبعد عامين، تقريبًا، من عملية الزرع -و، حتى، بعد توقف المريض عن تناول مضادات الفيروسات الارتدادية -لم يتم العثور، مرة أخرى، على فيروس HIV، في دمه. (أوبراين و دين، 1997، ص ص 22-23)

## II-3-2-2- استخدام الطب البديل في علاج السيدا

تعد الفوائد النفسية، الناتجة عن استخدام الطرق العلاجية، باستخدام الطب البديل أهم الفوائد، التي تعود على المريض. فقد تم استخدام بالإبر، للتخفيف من وطأة

بعض الأعراض، ولكن هذه الطريقة لم تصب أي نجاح، ولم تستطع أن تشفى مرضى فيروس HIV. على الرغم من قدرتها على تحسين ظروف حياة المرضى، المصابين به. ولا يتأثر انتشار المرض ومعدل الوفيات، بالنسبة للبالغين المصابين بفيروس HIV، والذين يحصلون على كميات غذائية، مناسبة، تتبع نظاما غذائيا معينا، بحصولهم على مكملات غذائية، مشتملة على فيتامينات متعددة (ويكيبيديا، د. ص). وتوصي منظمة الصحة العالمية بتناول مقادير من العناصر الغذائية الصغرى، في حصص يومية، بالنسبة للبالغين، المصابين بفيروس HIV. وهناك بعض الأدلة على أن تناول الأطفال للمكملات الغذائية، المحتوية على فيتامين A، تقلل من انتشار المرض وتحسن من النمو، عند هؤلاء الأطفال. (Njom، 2009، ص ص 22-23)

ومن الممكن أن تناول جرعات يومية من السيلينيوم، قد، تقلل من الحمل الفيروسي لـ HIV، في الدم، وتحسن من حالة التدهور التي تصيب عدد خلايا (CD4<sup>+</sup>) المساعدة. ويمكن استخدام السيلينيوم كعلاج مساعد، بجانب طرق العلاج القياسية المضادة للفيروسات، ولكنها لا يمكنها، في حد ذاتها، التقليل من معدل الوفيات أو انتشار المرض، المتعلقين بالإصابة بهذا الفيروس. (ويكيبيديا، د. ص)

### III- الإطار الواقعي و الإجماعي للمرض

#### III-1- واقع مرض السيدا في الجزائر

لازال مرض السيدا، في الجزائر، يشكل طابوها (المساء، 2010، د.ص) من الطابوهات في المجتمع؛ بدليل أن المواطنين يرفضون إجراء اختبارات، للكشف عن الفيروس، رغم أن الإحصائيات تشير إلى أن عدد حاملي الفيروس يتزايد، من عام إلى آخر. إذ بلغ العدد الإجمالي، للمصابين بمرض فقدان المناعة المكتسبة "السيدا"، بالجزائر 6615 مصاب ما بين 1985 و 2011، من بينهم 1234 في حالة متقدمة، حسب مدير الوقاية بوزارة الصحة الجزائرية، البروفيسور إسماعيل مصباح (نقلا عن صحيفة الجزائر نيوز، في عددها



الصادر يوم 01/12/2011). وهي إحصاءات بعيدة عن الواقع، حسب الأخصائيين، إذ أن واحدا من كل مصابين اثنين، يجهل إصابته بالمرض، ولا يكتشف الأمر إلا عن طريق الصدفة، بسبب عدم إقبال الشباب، الناشطين جنسيا، على مراكز الكشف (RADP-MSPRH-DP، 2009، ص 27).

وأكد د. بومخلوف مجيد، المختص في الأمراض المعدية، في لقاء، نظم بمناسبة الاحتفال باليوم العالمي لمكافحة السيدا، أن هذه الأرقام لا تبرز واقع انتشار مرض السيدا في الجزائر، داعيا إلى تبني إجراءات جديدة، من شأنها الوقاية من استفحال هذا الداء الخطير، في وسط المجتمع. وهو رأي، يقاسمه إياه، أغلب الأخصائيين، في المجال، ورؤساء الجمعيات الناشطة، في مجال مكافحة السيدا، بالجزائر (الحوار، 2010، د.ص). إذ أن الشباب الجزائري مازال عازفا عن إجراءات الكشف المجاني، بسبب قلة الوعي لديه. لذا، قد يصل عدد المصابين، الجاهلين بإصابتهم، إلى، أكثر من، ثلاثة أضعاف المعلن عنهم. وهو ما ترجحه الأمم المتحدة، التي ترى بأن عدد حاملي الفيروس، في الجزائر، بلغ 30 ألفا. وصرح د. عادل زدام، هو الآخر، بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة السيدا، 2010، بأن عدد حاملي الفيروس، بالجزائر، يناهز 29 ألف شخص. وأعلن، بالمناسبة، أنه سيتم، قريبا، فتح مراكز جديدة لتشخيص داء السيدا، في كل من ولايات سيدي بلعباس وتيارت وتيزي وزو وتلمسان، لدعم المراكز المتوفرة، لحد الآن. من جهته نكر الأمين العام لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السيد عبد السلام شاقور بكل الجهود التي بذلت، منذ تشخيص أول حالة مصابة بداء السيدا، في الجزائر، سنة 1985؛ مبرزاً أهمية تجنيد كل الطاقات وتدعيم الشراكة، مع الجهات المعنية، للحد من انتشار هذا المرض الخطير والوقاية منه وتوفير العلاج للمصابين، بالمجان. وألح، في نفس الوقت، على وجوب إعادة تجهيز المراكز، الخاصة بتشخيص المرض، منكرًا بكل الاجراءات التي اتخذت، من طرف قطاع الصحة، لتحسين دور هذه المراكز، ولاسيما في مجال التشخيص والوقاية والمتابعة. وأشار السيد شاقور، في هذا الإطار، إلى المخطط الوطني الاستراتيجي 2008-2012، الرامي إلى مكافحة مرض السيدا والوقاية منه؛ والذي يهدف إلى العمل على توفير المتابعة والتقييم

وتحديد القدرات المادية والمالية، لهذه المراكز، وتوفير التجهيزات الحديثة لها (RADP-MSPRH-DP)،  
(2009، ص 12).

كما أفاد، من جهة أخرى، بأن الوزارة بصدد إعداد مشروع مرسوم، من شأنه وضع الإجراءات الكفيلة بإعادة تحسين وتوسيع دور المركز الوطني لمكافحة السيدا، الذي أنشئ في التسعينيات؛ مشيراً إلى وجوب تحسين مهامه وإشراك مختلف الجهات المعنية، ولاسيما من المجتمع المدني، في مجال الوقاية من المرض. أما منسق الأمم المتحدة بالجزائر، السيد ممدو مباي، فقد أشاد بكل الجهود الوطنية التي بذلت في مجال مكافحة داء السيدا، مبرزاً خطورة انتشار هذا المرض، في الدول الفقيرة، خاصة، بإفريقيا. واعتبر السيد مباي هذا الداء المتسبب الرئيسي في ارتفاع عدد الوفيات، في العالم، خاصة في أوساط النساء والفتيات والأطفال (الحوار، 2010، د.ص). وفي هذا الجانب كشفت ممثلة المخبر الوطني لمكافحة السيدا، على مستوى معهد باستور، د. سليمة بوزغوب، عن تسجيل 1234 شخص مصاب بهذا الداء، في بلادنا، و 5381 شخص حامل للفيروس، حيث تم اكتشاف 50 حالة إصابة جديدة بهذا المرض و 200 حالة لحاملي لفيروس.

وسبق أن أعلنت د. سليمة بوزغوب عن تسجيل 16 رضيعاً، انتقل إليهم الفيروس، عن طريق الأم، في سنة 2010، مقارنة بسنة 2009، التي عرفت تسجيل 6 رضع، حاملي الفيروس من الأم؛ علماً أن ثلثي حالات الانتقال تحدث أثناء الولادة. وأوضحت أنه بإمكان تجنب انتقال الفيروس، من الأم إلى الجنين، في حال تلقي المرأة الحامل، الملتقطة للفيروس، العلاج اللازم، من قبل مراكز التكفل بمرض السيدا.

وأضافت رئيسة معهد باستور أنه من غير الممكن تحديد الرقم الحقيقي للمصابين بداء فقدان المناعة المكتسبة، في الجزائر، نظراً لتعمد بعض المخابر عدم الإعلان عن حالات السيدا المكتشفة، خلال إجراء التحاليل العادية، وعدم قيامها بإرسال تقارير لمعهد باستور. (نقلاً عن صحيفة الجرائد، في عددها الصادر يوم 01/12/2011)

ونتيجة لذلك، تبقى هذه الأرقام بعيدة عن تبيان واقع هذا المرض، الذي عرف تزايداً، خاصة، لدى فئة الشباب، الذين يعدون، من بين، أكثر الفئات عرضة للإصابة بهذا الداء؛

خاصة، من يتراوح سنهم ما بين 25 و 39 سنة، مبرزة أهمية حماية العلاقات الجنسية، التي أصبحت (نقلا عن صحيفة الجرائد، في عددها الصادر يوم 01/12/2011)، خلال السنوات الأخيرة، العامل الأول، المتسبب، في إنتقال الفيروس، في الجزائر، بنسبة 80 بالمائة.

وشددت وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، في تعليمة أصدرتها إلى مدراء المؤسسات الإستشفائية والمراكز الصحية، على ضرورة التكفل، الجيد والخاص، بالأشخاص المصابين بفيروس فقدان المناعة المكتسبة السيدا. التعليمة التي تحمل رقم 3، والصادرة في 6 أكتوبر 2010، قد نصت على إجبارية ضمان أحسن رعاية طبية، لجميع الأشخاص المصابين بالسيدا، إضافة إلى تحويلهم إلى مستشفيات أخرى، حسب الحالة الصحية لكل مريض. (الأحرار، 2012، د. ص)

### III-2- الأثر الاجتماعي والثقافي لمرض السيدا

الرفض الإجتماعي والثقافي، التام، يرتبط بالإصابة بمرض السيدا، في كل أنحاء العالم. ويتم التعبير، عن هذا الرفض، بمختلف الطرق؛ حيث يتعرض المصابون بهذا المرض لشتى أشكال النبذ والرفض والتمييز والتجنب، من قبل المجتمع (MSPRH، 2003، ص ص 44-45). وقد أدى العنف، المرتبط بالرفض التام لهذا المرض، على المستويين الاجتماعي والثقافي-وكذلك الخوف من التعرض لممارسات عنيفة، في حالة اكتشاف المجتمع إصابة أحد الأشخاص بالمرض - إلى إحجام الكثيرين عن إجراء اختبار فيروس HIV، أو التقصي عن نتائج هذا الاختبار أو البحث عن العلاج، إذا ثبتت الإصابة بالمرض؛ الأمر الذي، من شأنه أن، يتحول بهذا المرض من مرض مزمن، قابل للسيطرة، إلى حكم بالإعدام على المريض (م.ج.ع.، 2009، ص 124).

ويتمثل، ذلك، في الفحص الإجباري، لاكتشاف تطور فيروس HIV، دون الحصول على موافقة مسبقة من الشخص، الذي يتم عليه الفحص، ودون فرض نوع من الحماية على النتائج لمراعاة السرية؛ بالإضافة إلى العنف الذي يتم ممارسته ضد الأشخاص المصابين

بفيروس HIV، أو حتى الأشخاص المشكوك في إصابتهم بالمرض؛ وآخر هذه الأشكال، هو الحجر الصحي، الذي يتم تطبيقه على هؤلاء المصابين (Moalla، 2007، ص 10).

ويرتبط مرض السيدا، في العديد من الدول المتقدمة، بمفهوم المثلية الجنسية وازدواجية الميول الجنسية؛ مما أدى إلى تصاعد حدة الأصوات المناهضة بالتحامل على الممارسات الجنسية غير المشروعة، ورفضها. هناك، أيضاً، ارتباط قوي، في الأذهان، بين مرض السيدا والعلاقات الجنسية المثلية بين الذكور، حتى وإن كانت بين ذكور غير حاملين للعدوى. ويرتبط مرض السيدا، غالباً، بعدة مظاهر سلوكية، أخرى، مرفوضة؛ خاصةً، تلك، الممارسات المرتبطة بالمثلية الجنسية وازدواجية الميول الجنسية والانحلال وممارسة البغاء والحقن الوريدي بالمواد المخدرة. (UNESCO/UNISIDA، 2002، ص 37)

ويبرر المسلمون، الملتزمون، تقشّي مرض السيدا، بالإبتعاد عن تعاليم الدين الإسلامي، التي تحرم، وبشدة، أيّاً من المسببات الرئيسية لمرض السيدا، كالزنا وتعاطي المخدرات. ويعتقد المسلمون أن اتباع تعاليم الدين الإسلامي، هو خير وقاية من مرض السيدا. (م.ص.ع. 1992، ص 22) وتواجه البلدان العربية ثاني أعلى نسبة نمو في العالم، من حيث حالات الإصابة بفيروس السيدا. في حين، يبقى التعرض لأدوات الحقن (الإبر) الملوثة أو استخدامها الطريق الأساسي لانتقال العدوى بفيروس نقص المناعة، في أفغانستان وإيران وليبيا وتونس، كما يساهم الأمر نفسه، ربما، بدرجة أدنى في الحالات الوبائية بالجزائر والمغرب وسوريا (بي بي سي، 2007، د.ص).

ويعاني، في الجزائر، المصابون بالسيدا، والحاملون لفيروس فقدان المناعة المكتسبة من عدة مشاكل، يومية، بسبب الإقصاء والتهميش. إذ أن المصاب بالسيدا يعاني الأمرين. ففضلاً عن معاناته من المرض وآلامه الجسدية والنفسية، يعاني، أيضاً، من نظرة المجتمع له. نظرة تحمل الكثير من الإحتقار والإقصاء، وهي تصدر، في الغالب، من المقربين، بمن فيهم العائلة والأصدقاء والجيران. فهؤلاء يعتبرون المصاب بالسيدا وصمة عار، وعليهم تجنبه. لذلك، غالباً ما تتم مقاطعتهم، وحتى إبعادهم. مثل هذه المعاناة باتت تدفع المصابين إلى إخفاء حالاتهم عن المجتمع، تجنباً لتلك النظرة الإقصائية (58، د.ص). ومعاناة المصابين

بالسيذا تتجاوز الجانب الاقتصادي، المرتبط بتكلفة العلاج، لتضاف إليها نظرة المجتمع والخوف من أن يتم انتشار خبر إصابتهم. والنظرة السلبية، لحاملي الفيروس، لم تعد مقتصرة على أفراد المجتمع، محدودي التعليم، حيث امتدت إلى الطبقة المثقفة التي تدرك، جيدا، أن انتقال المرض يتم عن طريق الإتصال الجنسي أو الدم، على غرار الأطباء الذين أصبحوا، يرفضون معاينة مرضى السيذا عند العلم بإصابتهم به (MSPRH، 2003، ص ص 46-47).

## خلاصة

عند أول إصابة بالفيروس، أي دخوله إلى الجسم، تظهر علامات عامة تشبه، إلى حد كبير، أعراض الأنفلونزا. وقد يصاب بعض الناس بفيروس السيذا، ولا تظهر لديهم أي أعراض للمرض؛ بينما يصاب آخرون بالفيروس، ولا تظهر لديهم الأمراض الانتهازية. أما الأطفال، الذين يولدون وهم مصابون بالسيذا، فقد تظهر عليهم الأعراض في فترة تقل عن البالغين. (Oumar & all، 2010، ص 117)

والإصابة بالسيذا لا تعني، بالضرورة، سلوكا منحرفا. ولا خوف من الاختلاط، العادي، مع المرضى، سواء في محيط الأسرة، العمل، المدرسة أو النادي، مع مراعاة قواعد النظافة العامة. ليس هذا، فحسب، بل من الواجب التعامل مع المريض كشخص طبيعي، ومراعاة الظروف النفسية والاجتماعية التي، قد، يمر بها. (OMS، 2009، ص 84)

الجانب التطبيقي

## الفصل الثالث

### إجراءات الدراسة

## الفصل الثالث إجراءات الدراسة

تمهيد

إجراءات الدراسة -1

منهج الدراسة -1-1

حدود الدراسة -2-1

عينة الدراسة -3-1

أدوات الدراسة -11

مقياس مصدر الضبط الصحي 11-1

الخصائص السيكمترية لأداة القياس 11-2-1

الأساليب الإحصائية المستخدمة 11-2-2



## الفصل الثالث إجراءات الدراسة

### تمهيد

بغية الإجابة على تساؤلات الإشكالية العلمية، المطروحة، والتثبت من صحة، أو خطأ، الفرضيات المقترحة، ارتأى الطالب، في سبيل تحقيق دراسة علمية، تستند على أساس علمي حديث، إستكمال الشق الأول بإجراء دراسة ميدانية، في جانب تطبيقي يستند إلى المنهج الوصفي الاحصائي، باللجوء إلى تحديد عينة عشوائية، للدراسة، وتطبيق أداة قياس، مناسبة، ثم القيام بمعالجة إحصائية للبيانات، المبوبة، بالأساليب الملائمة، لذلك، قبل عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها.

### 1- منهجية الدراسة

#### 1-1- منهج الدراسة

نظرا لطبيعة الدراسة الحالية، المتضمنة وصفا لجوانب وأبعادا لمكونات في الشخصية ومتغيرات كيفية محدّدة، تم استخدام المنهج الوصفي المقارن الذي يركز، في الدراسات، على وصف الظواهر المختلفة، إحصائيا، وإجراء المقارنات بينها، لاكتشاف العوامل المصاحبة لها واستنتاج التفسيرات العلمية ذات العلاقة (غراوويتز، 1993، ص 99). ويتم، في خضم ذلك، أخذ عينة، من المرضى بالسيدا، فيطبق، عليها، مقياس مركز الضبط الصحي. وتتم معالجة نتائج هذا الأخير، من حيث محددات الجنس، الحالة العائلية، المستوى التعليمي والإزمان؛ باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة (كاختبار "ت" أو T-test).

#### 1-2- حدود الدراسة

قام الطالب بإعداد هذه الدراسة، في مستشفى تيريشن ابراهيم، بولاية غرداية، أين يتم تسجيل ومتابعة الحالات المكتشفة، من المصابين بالسيدا،

بإشراف طبيبة مختصة في الأمراض الجرثومية والوبائية، وتمكن من القيام، بذلك، في الفترة الممتدة بين 2017/02/01 و 2017/04/12، من الموسم الجامعي 2017/2016، على عينة ممثلة للمصابين بمرض السيدا والمسجلين بالمستشفى، قوامها 30 فردا.

### 3-1- عينة الدراسة

تتكون عينة الدراسة من 30 فردا، تتراوح أعمارهم بين 25 و 57 سنة، تم إختيارهم بطريقة عشوائية، أخذت من بين الـ 48 حالة مسجلة، بمستشفى ترشين ابراهيم بغرداية، كمصابين بمرض السيدا.

الجدول رقم 01: خصائص العينة، حسب الجنس والسن.

الجنس			السن
المجموع	إناث	ذكور	
10	6	4	30 -20
5	2	3	40 -30
9	5	4	50 -40
6	4	2	60 -50
30	17	13	المجموع

يبين الجدول رقم 01 توزيع أفراد العينة؛ ضمت 13 ذكرا و 17 أنثى، موزعين على 4 فئات عمرية.

الجدول رقم 02: خصائص العينة، حسب الحالة العائلية والجنس.

الحالة الاجتماعية	الجنس	
	ذكور	إناث
متزوج	5	6
غير متزوج	8	11
المجموع	13	17

يبين الجدول رقم 02 توزيع أفراد العينة؛ اعتدالياً بين الذكور والإناث؛ على شريحتين اجتماعيتين؛ ضمت 11 فرداً متزوجاً و 19 فرداً غير متزوج.

الجدول رقم 03: خصائص العينة، حسب المستوى التعليمي.

الأفراد	المستوى التعليمي
17	متعلم
13	غير متعلم
30	المجموع

يبين الجدول رقم 3 توزيع أفراد العينة؛ على شريحتين؛ ضمت 17 فرداً متعلماً و 13 فرداً غير متعلم.

الجدول رقم 04: خصائص العينة، حسب الإزمان.

مدة الإصابة	طويلة	قصيرة
المصابين	11	19
المجموع	30	

يبين الجدول رقم 04 توزيع أفراد العينة إلى مدتي إصابة؛ ضمت 11 فرداً ذو مدة إصابة طويلة و 19 فرداً ذو مدة إصابة قصيرة.

## -II أدوات البحث

### -II 1 مقياس مصدر الضبط الصحي

لقد تم الإعتماد، في هذه الدراسة، على إستبيان مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد، الذي أعده والستون و والستون (Walleston & Walleston) وزملائهما (1978)، وقام بإعداده و تكييفه، للبيئة العربية، الأستاذ "جبالي نور الدين"، من قسم علم النفس وعلوم التربية لكلية الآداب والعلوم الإنسانية في جامعة الحاج لخضر بباتنة . ويتكون الإستبيان من عبارات، أو بنود، تقيس ثلاثة أبعاد، على النحو التالي:

#### - البعد الداخلي:

يشمل العبارات، أو البنود، الآتية: 1، 6، 8، 12، 13، 17.

#### - بعد ذوي النفوذ:

يشمل العبارات، أو البنود، الآتية: 3، 5، 7، 10، 14، 18.

#### - بعد الحظ:

يشمل العبارات، أو البنود، الآتية: 2، 4، 9، 11، 15، 16.

وتتم الإجابة، على بنود المقياس، من طرف المفحوصين، وفق خمس بدائل للإجابة، هي: موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما.

ويتم تصحيح الإستبيان وفق المفتاح الآتي:  
موافق تماما 5 نقاط.

موافق 4 نقاط.

غير متأكد 3 نقاط.

غير موافق 2 نقاط.

غير موافق تماما 1 نقطة.

## II-2-2- الخصائص السيكومترية لأداة القياس

### II-2-2-1- صدق الأداة

- البعد الداخلي:

البند	1	6	8	12	13	17
معامل الارتباط	0,56	0,55	0,54	0,49	0,32	0,53

جدول رقم 05: قيم معامل الارتباط، بيرسون، لبنود البعد الداخلي.

يظهر الجدول رقم 05، جليا، أن قيم معامل الارتباط، لبنود البعد الداخلي، دالة، إحصائيا، عند درجة الشك (0.01 %)، فيما عدا البند 13. فأغلب بنود هذا البعد مميزة، بدرجة يقين تساوي 99%.

- بعد ذوي النفوذ:

18	14	10	7	5	3	البند
0,44	0,39	0,36	0,36	0,70	0,61	معامل الارتباط

جدول رقم 06: قيم معامل الارتباط، بيرسون، لبنود بعد ذوي النفوذ.

يظهر الجدول رقم 06، جليا، أن كل قيم معامل الارتباط، لبنود بعد ذوي النفوذ، دالة، إحصائيا، إما عند درجة الشك (0.01 %) أو عند درجة الشك (0.05 %). فجميع بنود هذا البعد مميزة، بدرجة يقين تساوي، إما، 99% أو 95%.

- بعد الحظ:

16	15	11	9	4	2	البند
0,37	60,40	0,39	0,24	0,68	0,03	معامل الارتباط

جدول رقم 07: قيم معامل الارتباط، بيرسون، لبنود بعد الحظ.

يظهر الجدول رقم 07، جليا، أن كل قيم معامل الارتباط، لبنود بعد الحظ، دالة، إحصائيا، إما عند درجة الشك (0.01 %) أو عند درجة الشك (0.05 %)، فيما عدا البندين 2 و9. فأغلب بنود هذا البعد مميزة، بدرجة يقين تساوي، إما، 99% أو 95%.

بناء على ما تقدم من نتائج، لمعاملات الارتباط بين بنود وأبعاد مصدر الضبط الصحي، يمكن اعتبار أداة القياس المستعملة صادقة.

## II-2-2-2- ثبات الأداة :

- **البعد الداخلي:** إن قيمة معامل كرونباخ ( $\alpha$ ) تساوي 0.63 وهي دليل على أن هذا البعد يمتاز بالثبات.
  - **بعد ذوي النفوذ:** إن قيمة معامل كرونباخ ( $\alpha$ ) تساوي 0.59، وهو دليل على أن هذا البعد يمتاز بالثبات.
  - **بعد الحظ:** إن قيمة معامل كرونباخ ( $\alpha$ ) تساوي 0.38، وهو دليل على أن هذا البعد لا يمتاز بالثبات.
- بناء على ما تقدم من نتائج، لمعامل كرونباخ ( $\alpha$ )، للأبعاد الثلاثة، يمكن اعتبار أداة القياس المستعملة ثابتة.

## II-2-1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدم الطالب أساليب إحصائية مختلفة، بناء على وظيفة كل منها، في التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة القياس، المستعملة في الدراسة، بواسطة برنامج SPSS، الإصدار 19.0.0، وهي:

معامل الارتباط بيرسون: لحساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس، بعد تطبيقه على العينة.

معامل كرومباخ ألفا  $\alpha$  : لحساب ثبات المقياس، بعد تطبيقه على العينة.

إختبار "ت" T : للتحقق من الفروق بين أبعاد مركز الضبط الصحي الثلاثة، عند المرضى ، حسب

متغيرات الجنس، الحالة العائلية، المستوى  
التعليمي و الازمان.



الفصل الرابع

تحليل وتفسير

و

مناقشة نتائج الدراسة

## الفصل الرابع تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

-I عرض و تفسير النتائج

-1-I عرض نتائج الفرضية الأولى

-2-I عرض نتائج الفرضية الثانية

-3-I عرض نتائج الفرضية الثالثة

-4-I عرض نتائج الفرضية الرابعة

-II تفسير و مناقشة النتائج

-1-II تفسير نتائج الفرضية الأولى

-2-II مناقشة نتائج الفرضية الأولى

-3-II تفسير نتائج الفرضية الثانية

-4-II مناقشة نتائج الفرضية الثانية

-5-II تفسير نتائج الفرضية الثالثة

-6-II مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

-7-II تفسير نتائج الفرضية الرابعة

-8-II مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

خلاصة

خلاصة عامة

الاقتراحات والتوصيات

قائمة المراجع باللغة العربية

قائمة المراجع باللغة الاجنبية

## الفصل الرابع تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

### 1- عرض وتفسير النتائج

#### 1-1- عرض النتائج

#### 1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى

نص الفرضية: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الجنس.

الجدول رقم 08: قيم "ت" (T) لأبعاد مركز الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الجنس.

ت الجدولية	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	انحراف معياري		متوسط حسابي		أفراد	المقاييس الإحصائية الأبعاد
			إناث	ذكور	إناث	ذكور		
عند 2,048 مستوى الدلالة 0.05 % و	28	1,661	2,10	3,27	22,53	20,86	15	بعد داخلي
عند 2,763 مستوى الدلالة 0.01 %	28	0,113	3,77	2,55	22,73	22,60	15	بعد ذوي النفوذ
	28	2,726	2,38	1,71	24,42	22,06	15	بعد الحظ

يظهر الجدول رقم 08 أن:

#### 1- البعد الداخلي:

من خلال الجدول رقم 08، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 1,661، أصغر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بعدم وجود فروق دالة، إحصائياً، في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الجنس.

### 2- بعد ذوي النفوذ:

من خلال الجدول رقم 08، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 0,113، أصغر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بعدم وجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الجنس.

### 3- بعد الحظ:

من خلال الجدول رقم 08، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 2,726، أكبر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، ومتوسط حسابي يساوي 24,42 وانحراف معياري قدره 2,38 عند الإناث، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بوجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الجنس، لصالح الإناث.

## 1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية

نص الفرضية: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الحالة العائلية.

الجدول رقم 09: قيم "ت" (T) لأبعاد مركز الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الحالة العائلية.

قيمة ت الجدولية	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	انحراف معياري		متوسط حسابي		أفراد	المقاييس الإحصائية الأبعاد
			غيرمتزوج	متزوج	غيرمتزوج	متزوج		
عند 2,048 مستوى الدلالة 0.05% و	28	2,446	3,453	2,042	20,26	22,80	15	بعد داخلي
عند 2,763 مستوى الدلالة 0.01%	28	1,363	3,024	3,137	22,00	23,53	15	بعد ذوي النفوذ
	28	0,733	2,120	2,356	22,93	23,53	15	بعد الحظ

يظهر الجدول رقم 09 أن:

### 1-البعد الداخلي:

من خلال الجدول رقم 09، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 2,446، أكبر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95%، وهذا عند درجة حرية

المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، ومتوسط حسابي يساوي 22,75 وانحراف معياري قدره 2,042 عند المتزوجين، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بوجود فروق دالة، إحصائياً، في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الحالة العائلية، لصالح المتزوجين.

## 2- بعد ذوي النفوذ:

من خلال الجدول رقم 09، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 1,363، أصغر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بعدم وجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد ذوي النفوذ، لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الحالة العائلية

## 3- بعد الحظ:

من خلال الجدول رقم 09، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 0,733، أصغر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بعدم وجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الحالة العائلية.

## عرض نتائج الفرضية الثالثة

-3-1

نص الفرضية: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب المستوى التعليمي.

الجدول رقم 10: قيم "ت" (T) لأبعاد مركز الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب المستوى التعليمي.

قيمة ت الجدولية	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	انحراف معياري		متوسط حسابي		أفراد	المقاييس الإحصائية الأبعاد
			غير متعلم	متعلم	غير متعلم	متعلم		
2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% و 2,763 عند مستوى الدلالة 0.01%	28	2,446	3,451	2,041	20,24	22,85	15	بعد داخلي
	28	1,363	3,023	3,136	23,52	22,00	15	بعد ذوي النفوذ
	28	0,733	2,120	2,355	23,52	22,93	15	بعد الحظ

يظهر الجدول رقم 10 أن:

### 1- البعد الداخلي:

من خلال الجدول رقم 10، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 2,446، أكبر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95%، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، ومتوسط حسابي يساوي 22,85 وانحراف معياري قدره 2,041 عند فئة المتعلمين وعليه فإنه:



يمكن التقرير بوجود فروق دالة، إحصائياً، في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب المستوى التعليمي، لصالح المتعلمين.

## 2- بعد ذوي النفوذ:

من خلال الجدول رقم 10، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 1,363، أصغر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بعدم وجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب المستوى التعليمي.

## 3- بعد الحظ:

من خلال الجدول رقم 10، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 0,733، أصغر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، وعليه فإنه:

يمكن التقرير بعدم وجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب المستوى التعليمي.

## عرض نتائج الفرضية الرابعة

-4-1

نص الفرضية: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الإزمان أي مدة الإصابة بالمرض.

الجدول رقم 11: قيم "ت" (T) لأبعاد مركز الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الإزمان.

قيمة ت الجدولية	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	انحراف معياري		متوسط حسابي		أفراد	المقاييس الإحصائية الأبعاد
			مدة طويلة	مدة قصيرة	مدة طويلة	مدة قصيرة		
2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% و 2,763 عند مستوى الدلالة 0.01%	28	2,446	3,456	2,043	20,20	22,75	15	بعد داخلي
	28	2,446	3,025	3,139	22,01	23,55	15	بعد ذوي النفوذ
	28	2,446	2,119	2,355	22,95	23,54	15	بعد الحظ

يظهر الجدول رقم 11 أن:

### 1- البعد الداخلي:

من خلال الجدول رقم 11، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 2,446، أكبر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95%، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، ومتوسط حسابي يساوي 22,85 وانحراف معياري قدره 2,043 عند وعليه فإنه:

يمكن التقرير بوجود فروق دالة، إحصائياً، في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الإزمان، لصالح ذوي الإزمان القصير.

## 2- بعد ذوي النفوذ:

من خلال الجدول رقم 11، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 2,446، أكبر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، ومتوسط حسابي يساوي 23,55 وانحراف معياري قدره 3,139 عند وعليه فإنه:

يمكن التقرير بوجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الإزمان، لصالح ذوي الإزمان القصير.

## 3- بعد الحظ:

من خلال الجدول رقم 11، يتضح لنا أن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ 2,446، أكبر من قيمة "ت" الجدولية المساوية لـ 2,048 عند مستوى الدلالة 0.05% أي بنسبة ثقة 95 %، وهذا عند درجة حرية المساوية لـ 28، بنسبة شك تقدر بـ 0.05%، ومتوسط حسابي يساوي 23,54 وانحراف معياري قدره 2,355 عند وعليه فإنه:

يمكن التقرير بوجود فروق دالة، إحصائياً، في بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الإزمان، لصالح ذوي الإزمان القصير.

### 1-2-1- تفسير نتائج الفرضية الأولى

بالرجوع إلى نص الفرضية الأولى: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الجنس، وبعد الإطلاع على الجدول رقم 08، وعرض النتائج، يتضح الآتي:

أولاً: عدم وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في بعدي الضبط الداخلي وذوي النفوذ، لمصدر الضبط الصحي، حسب متغير الجنس، بين مرضى السيدا.

ثانياً: وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في بعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي، حسب متغير الجنس، لصالح الإناث، بين مرضى السيدا.

### 1-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الأولى

من خلال ما توصل إليه الطالب من نتائج مذكورة أعلاه، حاول مناقشة، ذلك، بناء على ما تقدم في الجانب النظري، للدراسة الحالية، فكان تصويره أن، ما أرسى دراسته إليه، قد يرجع إلى عوامل متعددة، منها:

✚ إدراك مرضى السيدا، من الجنسين، لحقيقة عدم توصل العلماء والباحثين والأطباء لعلاج شاف، لداء السيدا، ونظرتهم، بل اعتقادهم واقتناعهم، بأن السيدا مرض قاتل، وهو رديف الموت، يجعلهم لا يكثرثون بأثر مواردهم وإسهاماتهم الذاتية، ولا يهتمون، كثيراً، لأثر الغير، ممن يتفاعلون معهم، مما يجعلهم لا يختلفون،

في مستوى الضبط الداخلي، ولا، في ذلك، المرتبط بمن قد يكون عليهم، فيه، نفوذ أو سلطة، بناء على جنسهم.

✚ شعور مرضى السيدا، من الجنسين، بدنو الأجل يقوي ويغلب الوازع الديني لديهم، فكل ما يحدث لهم يرجعونه للقضاء والقدر، ولا يرون تأثيراً، على مصيرهم، سوى لقوى خارقة ومفارقة من قبيل القدرة الإلهية، وهو الشئ الذي يختلفون فيه، كل حسب تنشئته الإجتماعية وثقافته الدينية والأحداث المحيطة بالموقف الذي أدى، به، للإصابة بالسيدا.

✚ طبيعة العنصر الأنثوي، المتحفظة، ومفاهيم الحظ والصدفة والقدر، المطاطة، والتي تخضع، كثيراً، إلى درجة التشبع الثقافي، في الموروث الشعبي المحلي، عند الأفراد، قد يبرز مستويات مختلفة في التوجه نحو بعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي، بين الإناث والذكور، من أفراد عينة الدراسة.

### 1-2-3 - تفسير نتائج الفرضية الثانية

ثم بالرجوع إلى نص الفرضية الثانية: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الحالة العائلية، وبعد الإطلاع على الجدول رقم 09، وعرض النتائج يتضح الآتي:

**ثالثاً:** عدم وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في بعدي ذوي النفوذ والحظ، لمصدر الضبط الصحي، حسب متغير الحالة العائلية، بين مرضى السيدا.

رابعاً: وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي، حسب محدد الحالة العائلية، لصالح المتزوجين، بين مرضى السيدا.

#### 1-2-4- مناقشة نتائج الفرضية الثانية

من خلال ما توصل إليه الطالب من نتائج مذكورة أعلاه، حاول مناقشة، ذلك، بناء على ما تقدم في الجانب النظري، للدراسة الحالية، فكان تصويره أن، ما أرسى دراسته إليه، قد يرجع إلى عوامل متعددة، منها:

✚ اعتقاد مرضى السيدا، من المتزوجين، بعجز المختصين ورفض المجتمع، بمن فيهم ذويهم، يجعلهم يبنون اعتقادات وقناعات، شبه متقاربة، عن أثر هذين العنصرين، إزاء الضبط الصحي، لديهم، وهو ما، قد، يفسر لجوءهم إلى استثمار عامل آخر، أكثر إتاحة لفرص الضبط، من قبيل إحساسهم بالمسؤولية تجاه الأسرة، نتيجة شعورهم بالذنب والإثم والتطلع للتكفير، مما يدفعهم إلى تبني توجه داخلي للضبط الصحي.

✚ طبيعة العلاقة الزوجية، المرتبطة بالالتزام الأسري، قد تجعل المتزوجين أكثر توجهها نحو الضبط الصحي المرتبط بالبعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي.

#### 1-2-5- تفسير نتائج الفرضية الثالثة

ثم بالرجوع إلى نص الفرضية الثالثة: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد

الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب المستوى التعليمي، وبعد الإطلاع على الجدول رقم 10، و بعد عرض النتائج، يتضح الآتي:

**خامسا:** وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي، حسب متغير المستوى التعليمي، لصالح المتعلمين، بين مرضى السيدا.

**سادسا:** عدم وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في بعدي ذوي النفوذ وبعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي، حسب محدد المستوى التعليمي، بين مرضى السيدا.

### 1-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

من خلال ما توصل إليه الطالب من نتائج مذكورة أعلاه، حاول مناقشة، ذلك، بناء على ما تقدم في الجانب النظري، للدراسة الحالية، فكان تصويره أن، ما أرسلت دراسته إليه، قد يرجع إلى عوامل متعددة، منها:

✚ قد يكون لقابلية التغير في البنية المعرفية للشخص، بفعل الاكتساب المعرفي، دور فاعل في اعتناق او نبذ معتقدات تختلف في درجة الموضوعية والواقعية عن دورهم الشخصي في ادارتهم او تسييرهم لما يختبرونه اثناء اصابتهم، مما يجعلهم يختلفون في توجهاتهم نحو اتخاذ المواقف من حيث الوعي والمسؤولية، عند تبني وجهة ضبط صحي داخلي، يعززه الوعي العلمي عن طبيعة المرض ومتطلبات معالجته.

✚ ان حالة الهشاشة الصحية لدى مرضى السيدا، وما يثيره هذا الداء الفتاك من شعور باليأس، قد يفرز هشاشة نفسية، تبدو في استسلام المصابين لمصير محتوم، في اعتقادهم، نتيجة تبني معتقدات عن عدم اهليتهم وكفاءتهم للتصدي للمرض، رغم مستواهم التعليمي، ما دام هناك من هو أكثر منهم خبرة وقدرة على ذلك، كالعاملين بمجال الصحة وكل من لديه علاقة باي قدرة خارقة في التحكم بالأقدار.

#### 1-2-7- تفسير نتائج الفرضية الرابعة

ثم بالرجوع إلى نص الفرضية الرابعة: لا توجد فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ)، بين مرضى السيدا بمدينة غرداية، حسب الإزمان أي مدة الإصابة بالمرض، وبعد الإطلاع على الجدول رقم 11، يتضح الآتي:

**سابعاً:** وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في البعد الداخلي وفي بعدي ذوي النفوذ وبعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي، حسب محدد الإزمان، لصالح ذوي الإزمان القصير، بين مرضى السيدا.

#### 1-2-8- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

من خلال ما توصل إليه الطالب من نتائج مذكورة أعلاه، حاول مناقشة، ذلك، بناء على ما تقدم في الجانب النظري، للدراسة الحالية، فكان تصويره أن، ما أرسى دراسته إليه، قد يرجع إلى عوامل متعددة، منها:



✚ ان معايشة المرض، يتطلب مرور مدة زمنية يمر فيها المصاب بخبرات تتراوح بين الامل في الشفاء العاجل، من خلال الانخراط، طواعية، في العمليات العلاجية والتوجيهات الطبية والرجاء في احتمالات استجابات الجسم للتداوي و بين خيبات الامل في التحسن او تحقيق تقدم علمي و طبي أو انتكاسات تفرضها طبيعة الإصابة الانتهازية للمرض، مما يجعل ادراكات المصابين تتفاوت، نوعيا، في ما يختبرونه حسب مدة معاناتهم مع المرض، و قد يبدو ذلك منطقيا ان يبدي المصابون اختلافا في توجه داخلي للضبط الصحي باختلاف ازمانهم للمرض، و ما يطرأ اثناء ذلك من احداث سارة و محببة و قد يكون من المعقول ان يظهر المصابون اختلافا في توجه الضبط الصحي الخاص بذوي النفوذ، نتيجة التعامل الدائم و الاحتكاك المستمر معهم، و الذي يفرز، بالضرورة، انطبعا تتفاوت، فيه، درجة الاستحسان و الاستياء من الأداء، مؤسسا لمعتقدات و أفكار إيجابية او سلبية عن مدى اسهام هؤلاء فيما يكابدونه من معاناة. كما ان طول او قصر مدة الإصابة بالمرض تؤثر بشكل ملحوظ على الحالة النفسية للمريض ومزاجه عاكسا، بذلك، مستوى تشبثه أو فقدانه للامل في التحسن، بسبب الشك في دور الحظ والقدر للخلاص.

يمكن للطالب أن يستخلص الآتي، مما انتهى إليه من نتائج، في الجانب الميداني، لدراسته عن علاقة مصدر الضبط الصحي بمرض السيدا، وما تطلع إليه، من حل لإشكالية وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي، عند مرضى السيدا، من عدمه، وافترضه، تحقيقاً لذلك، طرح احتمالات اربعة، على سبيل الافتراض العلمي، قرر فيها وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في أبعاد مصدر الضبط الصحي، بين مرضى السيدا، حسب الجنس وحسب الحالة العائلية ثم حسب المستوى التعليمي وأيضاً حسب الازمان.

فأظهرت النتائج، التي تحصل عليها، ما يلي:

- تحقق الفرضية الأولى، بصورة نسبية، وأظهرت وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في بعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي، بين الجنسين من مرضى السيدا، لصالح الذكور.

- تحقق الفرضية الثانية، بصورة نسبية، أيضاً، وأظهرت وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي، بين المتزوجين وغير المتزوجين من مرضى السيدا، لصالح فئة المتزوجين.

- تحقق الفرضية الثالثة، بصورة نسبية، أيضاً، وأظهرت وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي، بين المتعلمين وغير المتعلمين، من مرضى السيدا، لصالح فئة المتعلمين.

- تحقق الفرضية الرابعة، بصورة كاملة، وأظهرت وجود فروق، ذات دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، وبعدي ذوي النفوذ والحظ لمصدر الضبط الصحي، حسب مدة الإصابة او الازمان، بين مرضى السيدا، لصالح ذوي الإزمان القصير.

## خلاصة عامة

لقد كان تطوع الطالب، في دراسة موضوع مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السيدا، هو التحقق من وجود فروق في أبعاد مركز الضبط الصحي، الثلاث، بين الجنسين و بين المتزوجين و غير المتزوجين، و بين المتعلمين و الغير متعلمين وأيضا بين حديثي الإصابة و الاقدم اصابة في عينة لمرضى السيدا، بالتعرض، أولا، في شق نظري، إلى مصدر الضبط الصحي ومرض السيدا ، ثم القيام ببحث ميداني، في شق تطبيقي، من خلال استخدام المنهج الوصفي المقارن، باختيار عينة عرضية من مرضى السيدا، المسجلين على مستوى القطاع الصحي بولاية غرداية، وتطبيق مقياس مركز الضبط الصحي، الذي أعده الأستاذ جبالي نورالدين، عليهم، و معالجة البيانات، من مدخلات و مخرجات، بإستخدام بعض الأساليب الإحصائية، المتوفرة في برنامج SPSS ، الإصدار 19.0.0 ، من مجموعة IBM .

فتم التوصل إلى وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في بعد الحظ، لمصدر الضبط الصحي بين الجنسين، من مرضى السيدا، ضمن عينة الدراسة، و وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي بين المتزوجين و غير المتزوجين، ضمن عينة الدراسة، و وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، لمصدر الضبط الصحي بين المتعلمين و غير المتعلمين، ضمن عينة الدراسة، وعدم وجود فروق ذات، دلالة إحصائية، في البعد الداخلي، و ذلك المرتبط بذوي النفوذ و بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي بين حديثي الاصابة و ذوي الإصابة الاقدم، ضمن عينة الدراسة، و لم تظهر دراسة الطالب أي فروق، بين الجنسين، ضمن عينة الدراسة، في بعد الضبط الداخلي أو في ذلك المتعلق بذوي النفوذ كما لم تظهر دراسة الطالب أي فروق، بين المتزوجين و غير المتزوجين، ضمن عينة الدراسة، في بعد الحظ أو في ذلك المتعلق بذوي النفوذ، لمصدر الضبط الصحي، ثم ان الدراسة لم

تظهر أي فروق، بين المتعلمين و غير المتعلمين، ضمن عينة الدراسة، في بعد الحظ أو في ذلك المتعلق بذوي النفوذ، لمصدر الضبط الصحي.

وقد تبادر إلى ذهن الطالب أن يكون لطبيعة مرض السيدا، الفتاكة، وحتمية مآله، و سوء سمعته، دور فاعل في تكوين، المصاب به، لتصور ذاتي عن الوجهة التي يتبناها في ضبط صحته، و التي تتغلب، فيها، عوامل الحظ و الصدفة و القدر على الموارد و العوامل الذاتية و المصادر الإجتماعية المتاحة، لدى كلا الجنسين، ثم تبرز الموارد و العوامل الذاتية، في تكوين تصور ذاتي، أيضا، عن الوجهة التي يتبناها، المصاب، في ضبط صحته، نظرا لطبيعة الرابطة الأسرية، المتسمة بالإضطلاع بالمسؤولية و الإلتزام تجاه الشريك و الأولاد؛ كما أن ما يرافق نظرة المجتمع المُدينة و المُهينة، للمتزوجين الموصومين بالخيانة، بسبب الإصابة بالسيدا، من شعور، بالذنب، قد يكون عاملا في تبني موقف متحمل للمسؤولية و مولد لتوجه داخلي للضبط الصحي، و هو ما يؤيده، في رأي الطالب، التحقق النسبي للفرضية الثالثة، نتيجة الوعي و المعرفة العلمية الناتجة عن الاكتساب العلمي، لدى المصابين بالسيدا، و هو ما من شأنه أن يقوي الإدراك الموضوعي و المتجرد لما يحدث لهم و يقلل من المعتقدات الخاطئة عن تأثيرات المحيطين بهم أو القوى الخارقة. و يعتقد الطالب أن تحقق الفرضية الرابعة، كلية، يدعم النتائج التي توصل إليها، في دراسته الحالية، عن تحقق الفرضيات الثلاثة الأولى، جزئيا، كون ازمان المرض، لا يؤثر على توجهات المرضى، بالسيدا، في تبنيهم لوجهة ضبط صحي متماثلة، ذلك أن سلوكي قبول العلاج و مزاولته يترتبان عن استسلام لواقع و حقيقة المرض المهددة، و التي يتوجب، غريزيا، مجابهته بموارد ذاتية و داخلية، من أجل البقاء؛ إلى جانب المكابدة المستمرة للمعاناة، المنهكة للموارد الفيزيوتشريحية، التي تحتم تبني توجهها خارجيا للضبط الصحي، متمثلا في عزو ما يحدث لهم إلى ذوي النفوذ و الحظ و الأقدار.

وكما هو المفترض، إثر القيام بدراسات علمية تتوخى الجدية، فإن الطالب لا يجد، في نفسه، حرجا من الاعتراف بما، قد، يشوب عناصر بحثه من نقائص، أو ثغرات، نتيجة طبيعة أي جهد بشري قاصر، ولا يتورع في الحث على إعادة دراسة هذا الموضوع، ومحاولة تلافي القصور، الموجود في طياته، و، ذلك، بالتفضل بأخذ التوصيات، التالية، مأخذ الجد.

### **الإقتراحات والتوصيات:**

بناء على ما توصل إليه الطالب من نتائج واستنتاجات في الدراسة الحالية لمصدر الضبط الصحي عند مرضى السيدا فإنه يقترح التالي:

**أولا :** إعادة إجراء دراسة الموضوع على عينة أكبر، و في نطاق جغرافي أوسع، للتحقق من صحة الفرضيات.

**ثانيا :** إعادة بناء، أو إعداد، مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد، خاص بمرض السيدا وفق الخصائص اللغوية و الحضارية و الإثنية لبيئاتنا المحلية .

**رابعا :** دراسة استراتيجيات المقاومة عند مرضى السيدا.

**خامسا:** و متى ما تسنى تحقق كل ما سبق ذكره، أعلاه، يرجى إعداد، و تبني، برامج علاجية تتوافق وإعتقادات مرضى السيدا حول مصدر الضبط الصحي، لديهم.

## الملحقات

## أداة القياس

استبيان مركز الضبط الصحي، متعدد الأبعاد:

### استبيان لقياس مصدر الضبط الصحي Health Locus of Control Questionnaire

الاسم (اختياري): .....

السن: ..... المهنة: .....

الجنس: ذكر (.....) أنثى (.....)

الحالة الاجتماعية: (متزوج) (أعزب) (مطلق) (أرمل)

المستوى التعليمي: (متعلم) (غير متعلم)

مدة المرض: .....

#### التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض.

اقرأ كل عبارة على حدا، جيدا، والمطلوب منك تحديد الإجابة، التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك، بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات، ولا تترك عبارة بدون إجابة. أجب عن كل عبارة، بمفردها، بغض النظر عن إجابتك عن العبارات السابقة. أجب بصراحة وصدق، لأن هذا يخدم البحث العلمي. تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية.

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



المراجع

## قائمة المراجع باللغة العربية

### الكتب:

1. الأحمد أمل، بحوث ودراسات في علم النفس، ط 1، مؤسسة الرسالة، بيروت، 2001
2. انجرس موريس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ط 2، دار القصبه للنشر، الجزائر، 2006
3. بني يونس محمد، مبادئ علم النفس، الشروق، الأردن، 2004
4. حامد خالد، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والانسانية، جسر، الجزائر، 2008
5. عشوي مصطفى مولود عمر، أخطاء الغزو في تفسير الإصابة بالعين والمس، مؤتمر العلاج بالقرآن بين الدين والطب، أبو ظبي، 2007
6. مادلين غراويتز، مناهج العلوم الاجتماعية، الكتاب الثاني: منطق البحث في العلوم الاجتماعية، ت: د. سام عمار، م. ع. ت. ت. ن.، دمشق، 1993.

### الرسائل والمذكرات:

7. جميل رضوان سامر وآخرون السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، كلية التربية-جامعة دمشق د.س.
8. راجح بركات أ.علي، نظرية جوليان روتر في التعلم الإجتماعي المعرفي، جامعة أم القرى، د.س.
9. مرازقة وليدة، مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، ماجستير، جامعة باتنة، الجزائر، 2009/2008
10. عليوة سمية، مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، ماجستير، جامعة بسكرة، الجزائر، 2007/2006
11. مزاور نسيمه استراتيجيات المقاومة ومرض السرطان: دراسة مقارنة، ماجستير جامعة الجزائر، 2006
12. المصدر عبد العظيم سليمان، الذكاء الإنفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات الإنفعالية لدى طلبة الجامعة جامعة الأزهر، غزة، 2007

13. كركوش فتيحة، الإصابة بالسيدا في المؤسسات العقابية، جامعة سعد دحلب البليدة، الجزائر،

د.س

14. وندلوس بوتلجة نسيم، أثر المتغيرات النفسية الإجتماعية على الإستجابة للعلاج الكيميائي لدى

المرضى بالسرطان، ماجستير جامعة الجزائر، 2000/99

## الدوريات و النشریات :

15. الإتحاد الدولي لجمعيات ومؤسسات المكتبات إيفلا، تدريب معلوماتي عن فيروس نقص المناعة

البشرية/الإيدز، دبي، يونيو 2007

16. أوبراين ستيفن ج و دين مايكل، بحث، ترجمة و مراجعة قاسم طه السارة و محمد صالح السعيد،

مجلة العلوم، ع 12/1997، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت، 1997

17. ب. سمية، مرضى 'الإيدز' يواجهون التهميش والإقصاء في المؤسسات الإستشفائية، الأحرار،

ع 30 نوفمبر، الجزائر، 2012

18. البرنامج الوطني لمكافحة السيدا في لبنان، السيدا، وزارة الصحة العامة/منظمة الصحة

العالمية، لبنان، د.س.

19. بني خالد محمد سليمان، مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي، لدى طلبة كلية

العلوم التربوية في جامعة آل البيت، مجلة الجامعة الإسلامية، م 17، ع 2، الأردن جوان 2009

20. بي بي سي العربية، دعوات للتعامل مع الأيدز في العالم العربي، السبت 19 مايو 2007

21. ح.س.، أكثر من 5000 مصاب بالإيدز في الجزائر في 2010، الحوار، ع 30

نوفمبر، الجزائر، 2010

22. الحمدايي علي، مرض الإيدز وانتشاره في السودان، الطب الوقائي برنامج مكافحة الإيدز بوزارة

الصحة الإتحادية، السودان، د.س.

23. الصالح غسان، الأسباب التي تعزى إليها صعوبات التعلم، مجلة جامعة

دمشق، م 19، ع 1، دمشق، 2003

24. عباس عبد علي نبيل، مرض الإيدز مجلة ينابيع في النفس والمجتمع نوافذ طبية وأخلاقية نو

القعدة/ذو الحجة 1434هـ

25. علي قرنيح قمر الدين، الوقاية من الإيدز، إيسيسكو، 2005
26. عمر عشوي مولود، أخطاء العزو في تفسير الإصابة بالعين والمس، مؤتمر العلاج بالقرآن بين الدين والطب، أبو ظبي، 2007
27. العويش راشد و العاصي تيسير، الإيدز 5، اللجنة الوطنية لمكافحة الإيدز الكويت، 2007
28. مزغيش سمية، العجز المكتسب لدى البطالين ذوي التحكم الداخلي و الخارجي، دراسات نفسية و تربوية، ع2005/12/5، جامعة الجزائر
29. مكتب العمل بجنيف، مؤتمر العمل الدولي دورة 98، التقرير 4(ا)، البند 4، فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2009
30. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق الأبيض المتوسط، دور الدين و الأخلاقيات في الوقاية من أيدز و مكافحته، الإسكندرية، 1992
31. مهنا كامل، إطلاق حملة إتاحة الصحة للجميع تجسيدا لحقوق الإنسان، مؤتمر تجمع الهيئات الأهلية التطوعية في لبنان، 01/09/2009
32. ن.أ.، صراع مع المرض وآخر مع النظرة الدونية: أطفال الإيدز في الجزائر، المساء، ع01/04، الجزائر، 2010

### المواقع الإلكترونية:

33. ويكيبيديا، متلازمة عوز المناعة البشري المكتسب، الموسوعة الحرة

## قائمة المراجع باللغة الأجنبية

### Ouvrages :

34. Bach J-F. & Lesavre Ph., Immunologie, Flammarion, France, 1981
35. Bastani F. & Al, Impact of preconception health education on HLOC & self efficacy in women, EMHJ, 2010, vol16, N°4
36. Holder & Levi, 1988
37. Kroch S., Insights into health control beliefs of American Samoans, ASCCN, June 2009
38. Moalla T.K., Towards the protection of UHR of people living with HIV, UNDP, HIV-AIDS Regional Programme in the Arab States, Sep. 2007
39. Walston & Walston, Research with the Locus of Control Construct, Academic Press, USA, 1981, Vol1, chap 6,
40. Larousse Medical 2009

### Thèses & mémoire de fin de cycles :

41. Assiimwe A., Guide de Prise en Charge des Personnes Infectées par le VIH au Rwanda, C T R S, Ministère de la Santé, Rwanda, Juil 2007
42. Gwandure C., The development, implementation and evaluation of a locus of control-based training programme for HIV and AIDS risk reduction among university students, N.M.M.U., South Africa, Jan. 2010.
43. Gentil C, Toxicité des médicaments anti-VIH sur le tissu adipeux à l'origine des causes du syndrome mixte de lipodystrophie, LPCM de l'EPHE, Inserm U505, France, 2007
44. Lepycouche S., VIH/SIDA, Travail de fin d'étude, Centre Hospitalier d'Aurillac, France, Sept. 2008
45. Oumar AA. & al, L'infection par le VIH et son traitement au Mali, Louvain Med, 2010, France

### Revue périodiques & publications scientifiques:

46. Adam Childhood Cancer Society, Non-Hodgkin's Lymphomas, ACCS's edits, 2010

47. APPIT, Infection à VIH&SIDA (85), Corpus Médical- Faculté de Médecine de Grenoble, Juin 2003
48. Ballo KP. & al, Les complications oculaires au cours du SIDA, Médecine d'Afrique Noire, Togo, 1997
49. Bassignot A., Diagnostic des infections Virales, Cours Année 2003, DCEM 1, France, 2003
50. Bertolini M. & al, LOC & demande de soins en addictologie, HUG, manuela.bertolini@hcuge.ch
51. Castello-Bronco & al, Gastrointestinal Immune Responses in HIV infected subjects, Mem Istit Oswaldo Cruz, Vol 93(3), May/Jun 1996
52. Center For Reproductive Rights, HIV/AIDS, Juin 2002
53. Cheung M. & Imrie K., Primary CNS Lymphoma, Jan 2008
54. Corso D., Aide aux fumeurs & publics déficients, 1<sup>ed</sup>, FARES, Mons, Belgique, 2009/2010
55. Davizies P., Stress professionnel & traits de personnalité, Université Claude Bernard, Lyon 1
56. European Research Area, Final Report : Challenges for the future, Conference Brussels 13-14 Nov. 2008, France, 2009
57. Henry K., Approche interculturelle des attributions causales dans la maladie, VIII<sup>ème</sup> ARIC, Genève, 24-28/09/2001
58. Jacob F., Psychological influences in health care models of health behavior, Lecture notes
59. Jayawardena S. & al, Cerebral Toxoplasmosis in Adult Patients with HIV Infection, Hospital Physician, Resident Grand Rounds, Jul 2008, USA, 2008
60. Kerbal H., L'épidémiologie du VIH/SIDA en Algérie, Association d'information & de formation médicale continue pour la promotion de la santé, Boumerdes, Algérie, 2011
61. L'Her P. & col., Aspect & prise en charge de la tuberculose en Extrême-Orient, Médecine Tropicale, n°64, France, 2004
62. Malope-Kgokong & al, Kaposi's sarcoma associated-Herpes Virus (KSHV) Seroprevalence In Pregnant women in S.A., Infection Agents and Cancer 2010
63. Marquette C-H. & Taytard A., Tuberculose, Référentiel de Pneumologie-Examen classant national, Respir.com, 2007
64. Marretta L. & al, Treatment of PCNSL with AZT, Eur J Med Res, May 2011, Germany
65. Mathew George S. & al, Cerebral Toxoplasmosis in an HIV positive patient, Bahrain Medical Bulletin, Vol.31, N°2, Jun 2009, Bahrain
66. MSPRH, Mobilités internationales & VIH/SIDA en Algérie, Rapport final, Dec. 2003
67. Njom Nlend A., Malnutrition & VIH chez l'enfant, GTC/CNLS
68. OMS, Dept. VIH/SIDA, Prévention, traitement & soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Version 1.2, Avr 2009
69. ONUSIDA, Maladies opportunistes liées au VIH, ONUSIDA Actualisation, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Mars 1999

70. Otto & al, Multiple dimensions of HLOC in a representative population sample, BMC Medical Research Methodology, Germany, 2011
71. Pilly, Preparation ECN, item 85, CMIT
72. Portegies P. & al, Guidelines for the diagnosis and management of neurological complications of HIV infection, European Journal of Neurology, N°11, Amsterdam, 2004
73. RADP-MSPRH-DP, CNL contre les IST/VIH/SIDA, Plan National Stratégique contre les IST/VIH/SIDA 2008/2012, Algerie, 2009
74. UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, Women & HIV/AIDS : Confronting the crisis, 2004
75. UNESCO/ONUSIDA, L'approche culturelle de la prévention & du traitement du VIH/SIDA, Projet de recherche UNESCO/ONUSIDA, CLT-2002/WS/03
76. Wazir J.F. & al, Pneumocystis carinii infection, Arch Pathol Lab Med, vol128, Sep2004

### Sites électroniques :

77. <http://en.wikipedia.org/wiki/AIDS>
78. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome\\_d%27immunod%C3%A9ficience\\_acquise](http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_d%27immunod%C3%A9ficience_acquise)
79. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie\\_de\\_la\\_sant%C3%A9](http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_de_la_sant%C3%A9)