جامعة عباس لغرور- خنشلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

الرقم التسلسلي:.....

الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية

-دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الصحية لولاية خنشلة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في شعبة علم النفس تخصص علم النفس الصحة

إعداد الطالبتين:

- حنان شلغوم
- سامية طير

إشراف الأستاذة:

- عبد الحفيظ معوشة

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة
الشافعي بوعجوج	أستاذ محاضر -ب-	رئيسا
عبد الحفيظ معوشة	أستاذ محاضر -أ-	مشرفا ومقررا
توفيق دريسي	أستاذ مساعد -ب-	مناقشا

الموسم الجامعي: 2024/2023

الشكر و التقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم و المعرفة و أعاننا على أداء هذا الواجب ووفقنا إلى انجاز هذا العمل

نتوجه بجزير الشكر و الامتنان إلى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد
على انجاز هذا العمل و في تذليل ما واجهناه من صعوبات
و نخص بالذكر الأستاذ المشرف

"عبد الحفيظ معوشة"

الذي لم يبخل علينا بتوجيهاته ونصائحه القيمة التي كانت عونا لنا في إتمام هذا البحث.

rawpixel

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

"و قل اعملوا فسيرى الله عملكم و رسوله والمؤمنين"

الصلاة و السلام على سيد البشرية محمد و على اله و صحبه أجمعين

إلى من جرع الكأس فارغا ليسقيني قطرة الحب، إلى من كلت أنامله ليقدم لنا لحظة سعادة

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

" إلى أبي العزيز رحمه الله "

إلى رمز الحب و بلسم الشفاء، إلى القلب الناصع

"أمي الحبيبة اطال الله في عمرها "

إلى من حبهم يجري في عروقي و يلهج بذكراهم فؤادي إلى إخوتي: خير الدين،عبد الرؤوف، مهدي، واختي،صورية وابنها وسيم.

إلى الذين بذلوا كل جهد و عطاء لكي أصل إلى هذه اللحظة أساتذتي الكرام

إلى صديقتي ورفيقة دربي "سامية"

حنان

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

الى من وضع الله الجنة تحت قدميها، الى التي رعتني طفلة وزرعت في نفسي روح المثابرة، الى من علمني ابجدية الوجود أمي رحمها الله

الى ابي اطال الله في عمره وأمده بالصحة والعافية

الى زوجي الغالي لوقوفه بجانبي وصبره وتعاونه

الى زينة حياتي وبهجتها، إلى الابتسامات التي تغدق علي بالأمل أبنائي فلذات كبدي اسامة، طه العدنان، شيراز، رسيل واخر العنقود اياد.

الى أعز الناس على قلبي حبيبتي بئر اسراري وملاذي بعد الله عز وجل أختي صورية

الى اخوتي، زوجاتهم وأبنائهم رعاهم الله وحفظهم من كل سوء

الى الذي لم يفارق قلبي وعقلي منذ رحيله اخي رمزي رحمة الله عليه

الى اهل زوجي كلا باسمه

الى صديقاتي وزميلاتي في العمل اللاتي واصلن دعمي وتشجيعي دون كلل أو ملل وتحملوا غيابي الطويل وظهوري المتقطع

الى من راعتني وقاسمتني حلاوة الأيام ومرارتها اجمل صديقة وزميلة عمل ودراسة

سامية "حنان"

مستخلص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى معرفة مستوى الوعي الصحي والكشف عن العلاقة بين متغير الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية في ولاية خنشلة.

واعتمدت الطالبتان في ذلك على المنهج الوصفى بدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة ودراسة الفروق تبعا لخصائص العينة السوسيوديمغرافية، بالاستناد على ادوات تم اختيارها وفقا لمتطلبات الدراسة وتمثلت في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية، ومقياس مستوى الوعي الصحي وذلك بعد التأكد من خصائصهما السيكومترية، شملت عينة الدراسة على 160 مرتادا للمؤسسات الصحية العامة والخاصة وتم اختيارها بطريقة عرضية وقمنا بتفريغ البيانات بالاستعانة على نظام spss 23، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون، اختبار T لدراسة الفروق، وتحليل التباين الاحادي ANOVA وأخيرا اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، وقد اسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية العامة والخاصة متوسط
- توجد علاقة ارتباطية طردية دالة احصائيا بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير السن
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير الجنس

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير الحالة المدينة
- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01 في متغير الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة لصالح المؤسسات الخاصة
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير صفة المرتاد
- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.01 في متغير المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير السن لصالح الفئة العمرية من 31-44 سنة.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير الجنس
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير الحالة المدينة
- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.01 في متغير المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لصالح مرحلة المتوسط

- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.01 في متغير المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة لصالح المؤسسات العامة
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متغير المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية تبعا لمتغير صفة المرتاد.

تم مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة والتراث العلمي المتعلق بمتغيرات الدراسة.

الكلمات المفتاحية: الوعي الصحي، المعتقدات الصحية، مرتادي المؤسسات الصحية.

ABSTRACT:

The aim of the current study was to find out the level of health awareness and to reveal the relationship between the variable of health awareness and health beliefs among visitors to health institutions in khanshala state .

The two students relied on the descriptive approach to study the relationship between the study variables and the study of differences depending on the characteristics of the socio-demographic sample, based on tools selected according to the requirements of the study, represented by the compensatory health beliefs scale, and the level of Health Awareness scale, after confirming their psychometric characteristics, the study sample included 160 visitors to public and private health institutions the standard, the Pearson correlation coefficient, a test for the study of variances, the analysis of unilateral Anova variance and finally the Chevet test for comparisons The study has yielded the following results:

- The level of health awareness among visitors to public and private health institutions is average
- There is a statistically significant direct correlation between health awareness and health beliefs among health institution users
- There are no significant differences in the variable of health awareness among health institution visitors depending on the age variable
- There are no significant differences in the variable of health awareness among health institution visitors depending on the gender variable
- There are no significant differences in the variable of health awareness among health institution attendees depending on the educational level variable .

- There are no significant differences in the variable of health awareness among visitors to health institutions depending on the variable of the city situation
- There are significant differences at a significant level of 0.01 in the variable of health awareness among visitors to health institutions, depending on the variable of the nature of the institution in favor of private institutions
- There are no significant differences in the variable of health awareness among visitors to health institutions depending on the variable of the quality of the attendee
- There are significant differences at the significance level of 0.01 in the variable of health beliefs among health institution visitors depending on the age variable in favor of the age group of 31-44 years.
- There are no significant differences in the variable of health beliefs among health institution-goers depending on the gender variable
- There are no significant differences in the variable of health institution visitors depending on the city status variable
- There are significant differences at the significance level of 0.01 in the variable of health beliefs among participants of health institutions depending on the variable of educational level in favor of the intermediate stage
- There are significant differences at the significance level of 0.01 in the variable of health beliefs among health institution users, depending on the variable of the nature of the institution in favor of public institutions

*There are no significant differences in the variable of health beliefs among health institution users depending on the variable of the user's characteristic .

The results were discussed in the light of previous studies and the scientific heritage related to the study variables .

Keywords: health awareness, health beliefs, visitors to health institutions.

فهرس المحتويات:

شكر وتقدير

إهداء

مستخلص الدراسة:.....

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- مقدمة/ اشكالية:.....2

2- فرضيات الدراسة:.....8

3- أهداف الدراسة:.....9

4- أهمية الدراسة:..... 10

5- دوافع إختيار الموضوع:..... 10

6- مفاهيم الدراسة:..... 11

الفصل الثاني

الوعي الصحي

تمهيد:..... 15

1- مفهوم الوعي الصحي:..... 16

2- مراحل الوعي الصحي:..... 17

3- أهمية نشر الوعي الصحي:..... 18

4- أهداف الوعي الصحي:..... 18

5- مجالات الوعي الصحي:..... 19

6- صفات الشخص الواعي صحيا:..... 25

7- وسائل نشر الوعي الصحي:..... 26

8- مصادر الوعي الصحي:..... 28

خلاصة:..... 30

الفصل الثالث

المعتقدات الصحية

تمهيد:..... 33

1- المعتقدات الصحية:..... 34

2- تصنيف المعتقدات الصحية:..... 38

3- خصائص المعتقدات الصحية:..... 40

4- نموذج المعتقدات الصحية العام "Model Health Belief "HBM 41

4-3 تطبيق نموذج المعتقدات الصحية:..... 48

4-4 دعم نموذج المعتقدات الصحية:..... 48

4-5 نقد نموذج المعتقدات الصحية:..... 50

خلاصة:..... 55

الإطار الميداني للدراسة

الفصل الرابع

تمهيد:..... 58

1- إجراءات الدراسة..... 59

2- حدود الدراسة..... 59

3- مجتمع الدراسة: 60

4- عينة الدراسة 60

5- ادوات الدراسة: 61

7/ الاساليب الاحصائية المستعلمة في الدراسة:..... 77

خلاصة: 78

الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرئيسية..... 81

2/ عرض ومناقشة نتائج الفرضيات الفرعية. 83

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة..... 101

4- المناقشة العامة:..... 121

خاتمة: 127

قائمة المصادر والمراجع: 130

ملاحق..... 140

فهرس الجداول

الجدول رقم 1: يوضح معامل الارتباط "لكارل بيرسون" بين بعد حصة الغذاء وبنوده 62
الجدول رقم 2: يوضح معامل الارتباط "لكارل بيرسون" بين بعد مجال التغذية وبنوده 66
الجدول رقم 3: يوضح معامل الارتباط "لكارل بيرسون" بين بعد مجال النشاط وبنوده 67
الجدول رقم 4: يبين معامل الارتباط "لكارل بيرسون بين مقياس مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية وأبعاده..... 69
الجدول رقم 5: يمثل خصائص العينة حسب العمر 70
الجدول رقم 6: يبين خصائص العينة حسب الجنس..... 71
الجدول رقم 7: يبين خصائص العينة حسب المستوى التعليمي 72
الجدول رقم 8: يبين خصائص العينة حسب الحالة المدنية 73
الجدول رقم 9: يبين خصائص العينة حسب المؤسسة الصحية 74
الجدول رقم 10: يبين خصائص العينة حسب الصفة 75
الجدول رقم11 : نتائج تحليل لاختبار الارتباط بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية..... 81
الجدول رقم12 : يبين معامل الارتباط بين ابعاد مقياس الوعي الصحي والدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية..... 82
الجدول رقم13 : اختبار الفرضية الفرعية 01..... 83
الجدول رقم14 : اختبار الفرضية الفرعية 02..... 84
الجدول رقم15 : اختبار الفرضية الفرعية 03..... 85

الجدول رقم16 : اختبار الفرضية الفرعية 04..... 86
الجدول رقم17 : اختبار الفرضية الفرعية 05..... 87
الجدول رقم18 : اختبار الفرضية الفرعية 06..... 88
الجدول رقم19 : النسب المئوية لمستويات الوعي الصحي..... 89
الجدول رقم20 : اختبار الفرضية الفرعية 07..... 90
الجدول رقم21 : اختبار الفرضية الفرعية 08..... 93
الجدول رقم22 : اختبار الفرضية الفرعية 09..... 94
الجدول رقم23 : اختبار الفرضية الفرعية 10..... 98
الجدول رقم24 : اختبار الفرضية الفرعية 11..... 99
الجدول رقم25 : اختبار الفرضية الفرعية 12..... 100

فهرس الأشكال:

الشكل رقم 1: أساسيات نموذج المعتقدات الصحية..... 47
الشكل رقم 2: نموذج المعتقدات الصحية التعويضي 54
الشكل رقم3 : يمثل خصائص العينة حسب العمر 71
الشكل رقم4 : يمثل خصائص العينة حسب الجنس 72
الشكل رقم5 : يمثل خصائص العينة حسب المستوى التعليمي..... 73
الشكل رقم6 : يمثل خصائص العينة حسب الحالة المدنية..... 74
الشكل رقم7 : يمثل خصائص العينة حسب المؤسسة الصحية..... 75
الشكل رقم8 : يمثل خصائص العينة حسب الصفة..... 76

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- مقدمة اشكالية

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- دوافع إختيار الموضوع

6- مفاهيم الدراسة

1- مقدمة/ اشكالية:

تشغل الصحة وتحسينها حيزا كبيرا من إهتمامات الساسة والأطباء وعلماء النفس والإجتماع،وتعتبر الخدمات الصحية ودرجة تطورها أحد أهم مؤشرات التنمية، وجودة الحياة في عالمنا المعاصر (قاسم عبد الله، 2011، ص 07)

فمفهوم الصحة يعتبر من المصطلحات الهامة التي تحمل العديد من الإتجاهات والمعاني ولقد أولاها العلماء والباحثون من شتى التخصصات العلمية والمؤتمرات العالمية التي تعقد سنويا في هذا الشأن ناهيك عن الدوريات العلمية، المجلات التثقيفية والكتب الدراسية التي لم تعد، ولا تحصى والتي تعالج موضوع الصحة وقضاياها المختلفة، كموضوع التغذية، والرياضة، والبدانة، والضغط النفسي، كما أن منظمة الصحة العالمية world health organisation تصدر تقريرا سنويا حول وضع الصحة في العالم تحدد من خلاله التحديات الصحية الخطيرة التي قد تواجهها بعض أقطار العالم وتعمل على رسم السياسات الصحية health policy والتي يجب إعتمادها بمواجهة تلك التحديات. (يخلف عثمان، 2001 ص04).

لقد ساهم الإهتمام المتزايد بموضوع الصحة في إعطاء تصورات جديدة لمفهوم الصحة، تختلف عن التصورات الكلاسيكية المعروفة باقتصارها في تعريف الصحة على أنها حالة الخلو من المرض وأعراض المرض، حيث انشقت المفاهيم الجديدة للصحة من فكرة التعريف بالإصابة بالمرض (Deasease) وبين وضعية المرض (Ilness) أي بين الحدث البيولوجي المتميز بالتغيرات التشريحية أو الفيزيولوجية أو الكيميائية الحيوية، وبين الخبرة الذاتية والناتجة عن تفاعل الفرد ككائن بيولوجيا مع محيطه في حال الإصابة بالمرض. هذه الخبرة الذاتية بما تحمل من أفكار ومشاعر وسلوكات هي التي ساهمت في وجود تعاريف جديدة لمفهوم الصحة، والتي من بينها تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة عل أنها مجموعة المصادر الإجتماعية الشخصية والجسدية التي تسمح للفرد بتحقيق طموحاته وإشباع رغباته،وأنها ليست حالة

الخلو من المرض،بل هي حالة السلامة والكفاية متعددة الأبعاد البدينة والنفسية والإجتماعية (OMS 1984).

هذا التوجه الحديث يحمل معه ضرورة لإيجاد مجال جديد ثقيل بالبحث في العلاقة بين العوامل المتعددة التي تساهم في الحفاظ على الصحة ووقايتها من جهة، واقتراح الطرق الفعالة للتعامل مع المرض من جهة أخرى، فكان هذا المجال الجديد هو علم النفس الصحي (فاطمة الزهراء زروق 2015 ص 3-10).

وهو أحد مجالات علم النفس التطبيقي الهامة الذي أثار إهتماما كبيرا لدى الباحثين والعاملين في مجال الصحة نظرا لما له من مساهمات في مجال الحفاظ على الصحة والتعامل الصحيح مع المرض، وقد عرف هذا الفرع تتطورا ملحوظا في العقدين الماضيين، حيث يحتل الصدارة من حيث التخصصات التي تطرحها العديد من الجامعات العالمية الكبرى (يخلف عثمان، 2001 ص 29).

كما يعرف علم النفس الصحي بأنه الدراسة العلمية التي تهتم بالكشف عن منظومات العلاقات بين العوامل النفسية وكل من الصحة والمرض على حدة، مما تنحصر أهدافه في تفعيل ورفع كفاءة تقديم الخدمة النفسية المتخصصة في مجالات تحسين الصحة العامة والحفاظ عليها، والوقاية من المرض، والتدخل بصور شتى تتمثل في تنمية أنماط العادات والسلوك الصحي،تعديل كثير من الأفكار والإعتقادات الخاطئة حول الصحة والمرض، علاج بعض الإضطرابات النفسية والنفسية الجسمية الناجمة عن الإصابة بالأمراض، كل ذلك لتحقيق أفضل نوعية حياة مرتبطة بالصحة كما وكيفا (هناء شويخ ص 11).

ولقد تعرضت الأنظمة الصحية، والرعاية الطبية على تغييرات كثيرة ودراماتيكية في مختلف دول العالم، خاصة في العقود الأخيرة، فمتوسط عمر الإنسان قد إزداد عما كان عليه في الماضي ولكن بالوقت نفسه إزدادت نسبة إنتشار الأمراض المزمنة عما كانت عليه في السابق، وارتفع معدل الإصابة بها، ومن أهم عوامل الخطورة للإصابة بهذه الأمراض هي عادات الناس وأساليب حياتهم الخاطئة وغير الصحية كالتدخين

والغذاء والمشروبات، والضغوط النفسية من جهة أخرى فإن الأطباء لا يملكون الوقت الكافي ولا المهارات اللازمة لتعديل هذه العادات وأساليب الحياة الغير صحية لدى الناس، ويقتصر تركيزهم على العلاج الطبي، والدوائي السريع من هنا يعتبر نمو وتقديم ميدان علم نفس الصحة، من التغيرات العلمية الضرورية واللازمة لسد هذا النقص وبالتالي تفعيل السلوك الصحي لدى الناس (قاسم عبد الله 2011 ص 54).

عندما نفكر في السلوك الصحي عادة ما نربطه بالأداء السلبي مثل تناول الكحوليات بكثرة أو التدخين أو تعاطي المخدرات أو الأكل غير الصحي الخ، ولذلك على الرغم من أن السلوكيات الصحية يمكن اعتبارها، أيضا مجموعة التصرفات التي تنخرط فيها بشكل قصدي لتحقيق حالة صحية جيدة، وللحفاظ عليها بالإضافة إلى التصرفات التي من شانها أن تضمن الوقاية من الأمراض، ولذلك لم تعد التصرفات الإيجابية تشمل فقط أداء السلوكيات العكسية للتصرفات السلبية مثل التوقف عن التدخين أوتناول العقاقير، وتقليل تناول الكحوليات أو تحسين النظام الغذائي أو ممارسة التمرينات الرياضية بشكل منتظم لكنها أيضا تشمل اداء السلوكيات الوقائية مثل تقليل دعوات فحص الصحة أو ببساطة الإنخراط في السلوكيات الوقائية مثل تنظيف الأسنان وغسل اليدين.

ولذا فالكثير من إهتمام علم النفس الصحي ينصب على السلوك الصحي أو بشكل أكثر تحديدا، إكتشاف وسائل لتشجيع الأفراد على ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية (هناء شويخ، 23-24).

ولقد تزايد الوعي لدى الناس في السنوات القليلة الأخيرة بأهمية الصحة كوسيلة هامة لتنمية المجتمع وتقدمه حيث خصص البنك الدولي تقريره السنوي من التنمية لعام 1933 لقضايا الصحة World bank's report developement investing in health وحث الدول والمجتمعات بإختلاف ثقافتها وتباين أنظمتها على الإستثمار في الصحة باعتبارها سلاحا إستراتيجيا، تمكن رفعه في وجه التحديات الإقتصادية والعلمية

والسياسية والتكنولوجية التي قد تواجهها هذه الدول وخاصة النامية منها في المستقبل.(عثمان يخلف:2001،ص43)

ولكي يعتني الفرد بصحته لابد أن تكون لديه المعلومات والمعارف الضرورية للصحة، لأن ما يتعلق بها من معارف ذات طابع عملي، أي أن لها تطبيق سلوكي من خلال الممارسات الصحية اليومية ومن هنا ظهرت الحاجة الماسة لزيادة الوعي الصحي لدى الأفراد لأن بالتوعية الصحية نستطيع أن نكتسب العادات والمهارات والمعارف الصحية الجديدة لنستفيد منها في الحياة ونعمل على نقلها إلى أفراد الأسرة والمجتمع ككل، والوعي الصحي مفهوم يقصد به إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية الجديدة لنستفيد منها في الحياة وتعمل على نقلها إلى أفراد الأسرة والمجتمع ككل، وأيضا إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقتناع، ويعني أيضا تتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير، وهو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونتوصل إليه لا أن تبقى المعلومات الصحية كثقافة صحية فقط.

وممارسة السلوكات الصحية تتوقف على مدى إدراك الفرد لأهميتها في حياته وهذا يعني وجود مستوى الوعي الصحي لديه فمن خلاله يدرك الفرد أهمية إتباع أسلوب حياة صحي الذي بدوره يساعد الفرد في تجنب الإصابة بالأمراض الخطيرة (عيادي نادية 2023، 160-161).

وتلعب المؤسسات الصحية دورا هاما في نشر الوعي الصحي وتعزيزه لدى مرتاديها، وهم الأفراد الذين يستخدمون خدمات المؤسسات الصحية بشكل متكرر سواء كانوا مرضى يحتاجون إلى علاج طبي أو أشخاص زائرين للعيادات الطبية بانتظام، أوالذين يتلقون علاج في المستشفيات ويحضرون دورات تدريبية أو ورش عمل صحية.

وهي إحدى الطرق الفعالة لتعزيز الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية من أجل توفير معلومات صحية موثوقة ومحدثة عن الأمراض والوقاية منها، ومن الطرق السلمية للحفاظ على الصحة بالإضافة إلى ذلك توظيف العاملين في المؤسسات

الصحية كمصدر للمعرفة الصحية والتوعية حيث يمكنهم تقدير النتائج والتوجيهات الصحية للمرتادين.

إلا أنه توجد العديد من الإشكاليات المتعلقة بموضوع الوعي لدى المرتادين للمؤسسات الصحية، فقد يعاني بعض الأفراد من نقص الوعي الصحي، مما يؤدي إلى عدم فهمهم لأهمية العناية بصحتهم والحفاظ عليها كالثقافة والتقاليد إذ قد تكون هناك معتقدات وتقاليد وعوامل أخرى بالخصائص الشخصية وكذا العوامل الإجتماعية...، تؤثر على فهم الأفراد للصحة والمرض، مما قد يؤدي إلى تجاهل بعض الأمور الصحية الهامة، وكذا تأثر معتقداتهم الصحية بالإعلانات التي قد ترجح لمعلومات غير دقيقة أو غير موثقة (مجهود الباحثتان).

كما يتأثر عدم الإلتزام بالبرنامج العلاجي بمستوى معرفة المريض وبطبيعة المرض وبالمعتقدات الصحية التي يحملها، كما أن المرضى الذين لا يدركون مخاطر المرض بصورة كافية يظهرون سيطرة ضعيفة على مستوى التمثيل الغذائي، لكن الذين لديهم إدراك قوي بالكفاءة الذاتية فيحققون سيطرة أفضل (زهور، يسمينة :2023، ص 97).

كما يعتمد الدارسون والباحثون على في مجال علم نفس الصحة في فهمهم وتفسيرهم لمظاهر السلوك المجنب للمرض على بعض الأفكار والنماذج العلمية التي يزخر بها التراث العلمي، وفي هذا الصدد أقدم مجموعة من العلماء والباحثين على صياغة نظريات مهمة ونماذج نظرية لغرض تحديد الأسباب التي تدفع بالفرد إلى ممارسة بعض السلوكيات الصحية دون الأخرى كنموذج المعتقدات الصحية وهو الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية خاصة مجال الصحة العامة، ويسعى إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي والتنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة (يخلف عثمان،2001، ص 31).

فلقد لاحظنا مرات كيف لبعض الأفراد يكونون دائما مرضى وأنهم أكثر عرضة للأمراض من غيرهم كما أنهم أبطأ في الشفاء والعودة للصحة والسلامة من غيرهم وأن

هذه الفروق بين الناس ناتجة عن المصادر البيولوجية والطبية وكذا العوامل النفسية والإجتماعية تلعب دورا بارزا أيضا (قاسم عبدالله 2011، ص 20).

ومنه فمن الضروري أن تكون المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية مبنية على معلومات دقيقة وواضحة وصحيحة بعبارة أخرى وعي صحي من خلال التثقيف الصحي وغيرها من الآليات التي بدورها تحفز على كسب معتقدات صحية إيجابية وتجسيدها في شكل سلوكيات إيجابية وممارسة نمط حياة صحي، فالفحوصات الدورية والإلتزام بالعلاجات المقدمة،وكذا الوقاية من الأمراض وغيرها وهذا ما إرتأينا أن ندرسه واستنادا لما سبق طرحه قادنا ذلك إلى بلورة تساؤل البحث في:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

ومن خلال هذا التساؤل إنبثقت عنه التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير السن.

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير الجنس.

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير الحالة المدنية.

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير صفة المرتادين

6-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة.

7-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

8-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير لمتغير الجنس.

9-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

10- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعز لمتغير الحالة المدنية.

11- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين.

12- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة.

2- فرضيات الدراسة:

توجد علاقة إرتباطية طردية دالة إحصائيا بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

1-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير السن.

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير الجنس.

3-توجد فروق ذات إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

4-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير صفة الحالة المدنية.

5-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير صفة المرتادين.

6-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة.

7-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

8-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغيرالجنس.

9-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

10- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية.

11- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين.

12- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة.

3- أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة في ما يلي:

- معرفة مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية العامة والخاصة وكذا علاقتها بمدى انخراطهم في السلوكيات الصحية.

- الكشف عن الفروق في الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية وفقا للمتغيرات الديموغرافية (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، صفة المرتادين وكذا طبيعة المؤسسة).
- تحديد مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية يسمح لنا بتطوير آليات ووسائل التثقيف الصحي داخل المؤسسات الصحية وعليه الإرتقاء بالصحة.
- دراسة متغير المعتقدات الصحية وعلاقته بالوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية يجعلنا نكتشف خطط وبرامج وقائية علاجية من خلال تطبيق نماذج علم نفس الصحة.

4- أهمية الدراسة:

- يقدم هذا البحث للقائمين على الرعاية الصحية في الجزائر صورة عن الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية وفق لمتغيرات شملت السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، صفة المرتاد، طبيعة المؤسسة.
- قد يفيد هذا البحث القائمين على الرعاية الصحية بتطوير وتطبيق برامج موجهة تساعد على زيادة الوعي الصحي داخل هذه المؤسسات الفعالة في المجتمع.
- عينة مرتادي المؤسسات الصحية تتفاوت بين مريض ومرافق مريض وزائر إذا هي فئة واسعة لها دور في تعزيز الصحة وعليه وجب الإهتمام بدراستها.
- أهمية الوعي الصحي في التقليل من إنتشار الأمراض التي تتفاوت في خطورتها في ضوء المعتقدات الصحية لمرتادي المؤسسات الصحية.

5- دوافع إختيار الموضوع:

5-1 أسباب ذاتية:

- كون الموضوع قابل للدراسة العلمية كما أنه صميم التخصص

- الرغبة في الإفادة والإستفادة من الموضوع والإلمام بجوانبه والتعرف على حيثياته وذلك وفقا لدراسة علمية أكاديمية.
- الميل لهذا النوع من المواضيع ذات الطابع الصحي بحكم العمل في القطاع الصحي.

5-2 أسباب موضوعية:

- أهمية الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع.
- كون الوعي الصحي عنصر أساسي في الوقاية من الأمراض المختلفة.
- إثراء المعرفة العلمية حول دور الوعي الصحي في ضوء المعتقدات الصحية السائدة.
- قلة الدراسات العربية التي تدرس المتغيرين معا فمعظم الدراسات تناولت أحدهما دون الآخر.

6- مفاهيم الدراسة:

- **الوعي الصحي:**

هو القدرة على فهم الأمور المتعلقة بالصحة والتغذية والحياة الصحية بصفة عامة، فهو إدراك مدى أهمية الحفاظ على صحة الجسم والعقل واتخاذ الخطوات اللازمة لتحقيق ذلك، يتضمن الوعي الصحي فهم المخاطر التي تؤثر على الصحة وكيفية الوقاية منها والممارسات الصحية اليومية مثل التغذية السلمية، والنشاط البدني والنوم الكافي، وتجنب المخاطر الصحية المعروفة مثل: التدخين والإفراط في تناول الكحول، كما يعتبر الوعي الصحي عاملا مهما في تعزيز نوعية الحياة والوقاية من الأمراض المزمنة ويساهم في تحقيق الصحة الشاملة والعافية.

ويعرف الوعي الصحي إجرائيا في هذه الدراسة هو الدرجة التي يحصل عليها مرتادي المؤسسات الصحية على استبيان الوعي الصحي المستعمل في هذه الدراسة ويشمل أربع أبعاد الوعي الصحي الشخصي، الغذائي، الرياضي، القوام ويشمل 32 بندا.

- **المعتقدات الصحية:**

تعرف على أنها الإعتقادات والأفكار التي يملكها الفرد حول الصحة والمرض وطرق الوقاية والعلاج، تتأثر المعتقدات الصحية بالعوامل الثقافية والإجتماعية والدينية، وتلعب دورا هاما في تحديد سلوك الفرد اتجاه صحته والعلاج الذي يتبعه، من المهم أن تكون المعتقدات الصحية للفرد مبنية على معلومات صحيحة وموثوقة، حين يتمكن من اتخاذ الإجراءات والقرارات الصحيحة للحفاظ على صحته وسلامته.

وتعرف المعتقدات الصحية إجرائيا في هذه الدراسة هي الدرجة التي يحصل عليها مرتادي المؤسسات الصحية العامة والخاصة على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية المستعمل في الدراسة والذي يشمل 30 بندا.

- **مرتادي المؤسسات الصحية:**

هم الأفراد الذين يستخدمون خدمات الرعاية الصحية بانتظام أو بشكل دوري ويكمن أن تشمل هذه الفئة المرضى الذين يعانون من حالات مرضية مزمنة ويحتاجون إلى علاج دوري، كذلك الأشخاص الذين يتوجب عليهم إجراء فحوصات دورية للكشف عن الأمراض ومراقبة حالتهم الصحية، ويعتبر مرتادي المؤسسات الصحية هم جزء من المجتمع الذي يعتمد على الخدمات الصحية للحفاظ على صحتهم وعافيتهم، وتشمل هذه الفئة أيضا الأشخاص الذين يبحثون عن العلاج في حالات الطوارئ أو الإصابات المفاجئة، أيضا يكونون في صفة مرافق مريض أو زائر.

الإطار النظري:

الفصل الثاني

الوعي الصحي

تمهيد

1- مفهوم الوعي الصحي

2- مراحل الوعي الصحي

3- أهمية نشر الوعي الصحي

4- أهداف الوعي الصحي

5- مجالات الوعي الصحي

6- صفات الشخص الواعي صحيا

7- وسائل نشر الوعي الصحي

8- مصادر الوعي الصحي

خلاصة

تمهيد:

إن الاهتمام بالإنسان يحظى بالأهمية والاولوية في مجال السلامة والامان وبالصحة الجيدة، فإنه من الصعب أن نحافظ على سلامته وصحته خاصة في خضم نمط الحياة السريع الذي تعيشه فكان لابد من تقديم التوعية الصحية عن مخاطر ممارسته وسلوكاته ونتيجة لبعض العادات التي تؤثر سلبا على الصحة فتنتج عنها الامراض المختلفة.

فتلقي الوعي الصحي القائم على أسس عملية صحيحة قادر على حماية الافراد والتمتع بالصحة الجيدة والقدرة على الانتاج أكثر، لذا يجب لأن تشمل عملية التوعية الصحية جميع مجالات الحياة الشخصية، الغذائية، البدنية، الاجتماعية، البيئية، والوقائية ولا تقتصر على جانب واحد منها.

1- مفهوم الوعي الصحي:

الوعي الصحي هو جملة من التصورات والمعتقدات والرؤى التي تعين الإنسان في حياته وتحدد سلوكه، ويقصد به هنا إلمام الناس بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والإقناع. (الشلهوب عبد الملك، 2014-06-20، ص3)

والوعي الصحي Health Awareness السلوك الإيجابي والذي يؤثر إيجابيا على الصحة، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية، بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المنزلية التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكانياته (خلفي عبد الحليم، 2013، ص 273).

يرى كوني Connie 2001 أن الوعي الصحي عملية تحفيز الطلبة وإقناعهم لتعلم ممارسة صحية صحيحة أو عملية ترجمة الحقائق والمفاهيم الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة تؤدي إلى رفع المستوى الصحي للطلبة بإتباع الأساليب التربوية المتنوعة. (محمد علي، 2007، ص 190)

عرفه سلامة 2001 بأنه:

إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية، وأيضاً إحساسهم بالمسئولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وهو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والاقناع، وتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير، (سلامة بهاء الدين، 2001، ص23)

عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه:

" يشير إلى قدرة الفرد نفسه وأسرته ومجتمعه المحلي، على الوصول إلى المعلومات الخاصة بالجوانب الصحية الشخصية، والغذائية، والبيئة والوقائية وفهمها والاستفادة

منها بطرائق تعزز التمتع بصحة جيدة وتصونها" (منظمة الصحة العالمية، 2020، ص1)

إذن يمكن القول أن الوعي الصحي هو تثقيف سلوكياتهم وعاداتهم السلبية خاصة في ظل الزيادة الكبيرة لمعدلات انتشار الامراض المزمنة والتي يبقى السلوك أول مسبباتها عن قصد أو عن غير قصد. عن طريق تنمية معارفهم الخاصة بالتوعية الشخصية، الغذائية، البيئية والاجتماعية.

2- مراحل الوعي الصحي:

أ- **المعرفة (إعطاء المعلومات):** وهي أهم مكونات الوعي الصحي

وهي أهم مكونات الوعي الصحي وهي مجموع المعارف والمعتقدات التي يكونها الأفراد عن الأمور والقضايا والمشكلات الصحية والأمراض وكما في المشكلات الصحية المزمنة فإن مكافحة ذلك تعتمد على تغيير أنماط حياة وعادات الأفراد السلوكية في مجالات محددة، وذلك يعتمد بدون بد على المعرفة، والتي تعني المعرفة الأولية بالعوامل والمسببات التي تؤدي إلى هذه المشكلة الصحية، والمعرفة الصحية تعني مجموعة المعلومات والخبرات والمدركات التراكمية يتحصل عليها الافراد من المصادر الموثوقة حول الحقائق والآراء الصحية التي تشكل عاملا مهما في الوقاية من المرض ورافدا من روافد تحسين الصحة وترقيتها. (كشيشب مراد، عيادي نادية، 2014، ص 5)

ب- بناء الممارسة الصحية الحميدة:

المقصود هنا هو التطبيق الفعلي للعادات الصحية المرغوبة في حياة الشخص اليومية، ومن هذه العادات عدم الافراط في الاكل أو التدخين أو اتخاذ الاحتياطات اللازمة ضد الامراض والمعرفة لا تستلزم تقديم ممارسات صحية حميدة، ولكنها تطلب التطبيق الفعلي لهذه الممارسات الصحية. (محمد سي، 2009، ص 25)

3- أهمية نشر الوعي الصحي:

إن المجتمعات الراقية صحيا هي المجتمعات التي تعمل على نشر الوعي الصحي على مستوى الفرد والمجتمع ادراكا منها أن أهمية الوعي الصحي لا تكمن فيما تجنيه من صحة أفرادها الآن، ولاكن ما يمكن تحقيقه مستقبلا وانعكاسه على حياة الافراد وبالتالي المجتمع كله، وتكمن أهمية نشر الوعي الصحي في:

1- تمكين الفرد من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعده في تفسير الظواهر الصحية، وتجعله قادرا على البحث عن أسباب الامراض وكيفية تجنبها والوقاية منها.

2- أنه رصيد معرفي يستفيد منه الانسان من خلال توظيفه وقت الحاجة له في اتخاذ قرارات صحية صائبة ازاء ما يعترضه ويواجهه من مشكلات صحية.

3- أنه يولد لدى الفرد الرغبة في الاستطلاع، ويغرس فيه حب اكتشاف المزيد منه كونه نشاط غير جامد يتسم بالتطور المتسارع. (العربي محمد، 2019، ص 29)

4- أهداف الوعي الصحي:

الوعي الصحي هو أحد الأهداف التي تسعى التربية الصحية، إلى تحقيقها من خلال برامجها وأنشطتها المتنوعة، وهو الهدف الذي تسعى المجتمعات لتحقيقه بين أفرادها، ويتضح ذلك من خلال أفرادها هل يكون سلوكا صحيا أم لا ؟ ونشر الوعي الصحي يهدف الى:

1- أن يكون أفراد هذا المجتمع قد ألموا بالمعلومات المتصلة بالمستوى الصحي في مجتمعهم وبالمشكلات الصحية، الأمراض المعدية المنتشرة في مجتمعهم، معدل الإصابة بها، أسبابها، طرق انتقالها، اعراضها، طرق الوقاية منها ووسائل مكافحتها.

2- أن يكون أفراد هذا المجتمع قد فهموا وأيقنوا أن حل مشكلاتهم الصحية والمحافظة على صحتهم وصحة مجتمعهم، هي مسؤوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات

الحكومية، وذلك من خلال اتباع افراده الارشادات والعادات الصحية السليمة في كل تصرفاتهم بدافع من رغبتهم، ويشتركون ايجابيا في حل مشكلاتهم الصحية.

3- أن يكون أفراد هذا المجتمع قد تعرفوا على الخدمات، والمنشآت الصحية في مجتمعهم، ومعرفة الغرض من إنشائها وكيف ينتفعون بها بطريقة مجدية ومنتظمة. (سلامة بهاء الدين، 2001، ص 24)

ومن هنا نستنتج الهدف الأساسي لنشر الوعي الصحي أنه ترجمته الحقائق ذات العلاقة بالصحة والمرض إلى نماذج من السلوك الصحي الملائم من قبل الافراد، الاسر، الجماعات.

ويبدأ الوعي الصحي بإعطاء المعلومات الصحية وتتصدر بها المعرفة وينتهي بممارسة السلوك الصحي السليم.

5- مجالات الوعي الصحي:

لا تقتصر مجالات الوعي الصحي على الجوانب الصحية، وإنما هناك مجالات عديدة نلخصها فيما يلي:

5-1 الوعي الصحي الشخصي:Personale Health Awareness

ويشمل هذا المجال الصحية الشخصية والنظافة العامة، والتغذية الصحية واتباع العادات الصحية السلمية وأسس الوقاية من الامراض (بدح، مزهرات، بدران، 2009، ص 20)

إذن فالصحة الشخصية تعتمد على وقاية وحماية الصحة والحفاظ عليها، وذلك من خلال اجراءات وقائية كالتغذية الصحية والنظافة (الاستحمام، غسل الانسان، نظافة جميع فتحات الجسم المختلفة، الاذن، الانف...)، وممارسة الانشطة لتقوية الجسم ورفع مستوى اللياقة البدنية، وكذلك اجراء التحاليل الطبية الدورية والاستفادة من

الخدمات الطبية المتوفرة، والابتعاد عن المخاطر والعادات السلوكية غير الصحية مثل التدخين، المخدرات، تناول الادوية دون وصفة وغيرها من السلوكات غير الصحية.

ولكي يحافظ الفرد على صحته الشخصية عليه أن يعمل على:

- أن يحرص على سلامة بدنه وعقله وبيئته من خلال السلوك الصحي السليم، وأن يحافظ على علاقات طيبة مع أفراد المجتمع.

- أن يتجنب كل ما يعرضه للمرض من ممارسات وعادات خاطئة.

- أن يبادر إلى الفحص المبكر، وأن يعمل على اكتشاف الامراض والاسراع في علاجها.

5-2 الوعي الصحي الغذائي: nutritionnel Health avoreness

التغذية السليمة جزء أساسي من خط الحياة الطبيعي وهي مجموع العمليات التي يحصل الكائن الحي عن طريقها على المواد الغذائية اللازمة لحفظ حياته.

وترى منظمة الصحة العالمية أن من العوامل المساعدة على حدوث الامراض المزمنة كثرة تناول الدهون وقلة النشاط البدني وزيادة الوزن وقلة تناول الاغذية الغنية بالألياف (www.who.int/ar.1995)

إذن فالسلوك الغذائي يلعب دورا مهما في الاصابة بالمشكلات الصحية خاصة إذا تعلق الامر بالأمراض المزمنة والتي هي نتيجة سلوكات يومية كما يتأثر السلوك الغذائي بنوع الغذاء، العادات والتقاليد الاجتماعية الحالة الاقتصادية، المناخ، والحالة الصحية.

ونتيجة لتزايد المذهل للأمراض ذات العلاقة بالتغذية كان لزاما اعداد برامج تهدف للتوعية الصحية الغذائية وذلك من أجل رفع مستوى الوعي الصحي الغذائي والتقذية الصحيحة من خلال اتباع قواعد التغذية الصحية وهي: التنويع، الاعتدال والتوازن، تناول جميع الوجبات (فطور، غذاء، عشاء)، شرب الماء بكميات كافية، التقليل من

ملح الطعام والدهون المشبعة والسكريات، تناول الخضروات والفواكه والأطعمة الغنية بالألياف، الابتعاد على المواد الحافظة، الطهي بطريقة صحية، مراقبة الوزن بصفة مستمرة (خليل، بادكوك، 2015، ص 48)

إذن الثقافة الغذائية هي مجموعة المفاهيم والمدركات والعادات والممارسات المرتبطة بالغذاء والتغذية التي تتوافر لدى الفرد، والتي تتدخل في رسم وضعه الصحي طوال حياته.

فالثقافة الغذائية ضرورة حتمية للتنمية المجتمعية الشاملة، فسلوك الاباء يشكل عادات الابناء والعادات الغذائية في الصغر تتحول إلى نمط سلوكي في الكبر، فتتوالى سلسلة من السلوكات والعادات من جيل إلى آخر لتساهم في رسم معالم تنمية مجتمعهم، وعليه فالوعي الغذائي حاجة لمختلف الفئات على كافة المستويات. (القص، 2016، ص 202)

5-3 الوعي الصحي الرياضي: sports Health awareness

النشاط البدني هو حركة جسم الانسان بواسطة العضلات مما يؤدي إلى صرف طاقة تتجاوز ما يصرف من طاقة اثناء الراحة. كالقيام بالأعمال البدنية اليومية من مشي وحركة وتنقل وصعود الدرج، أو العمل البدني في المنزل أو الحديقة.... أو القيام بأي نشاط بدني رياضي أو حركي ترويحي.... يتضح إذن أن النشاط البدني هو سلوك يقوم به الفرد بغرض العمل أو الترويح أو العلاج أو الوقاية، سواء كان عفوياً أو مخططاً له.(زروق، 2015)

ويذكر هولي ودون فرانكز (Howley & Don Franks) أن النشاط البدني من التوتر الناتج عن الإرهاق في العمل، ويحقق التوازن النفسي للفرد، ويعمل على الارتقاء بوظائف الجسم الحيوية، كما يقلل من احتمالية التعرض للمشكلات المرضية المتعلقة بصحة الشخص.(زروق، 2015)

وقد بينت الدراسات الجديدة الدور البارز الذي تلعبه التربية البدنية والرياضية في الصحة النفسية، وتعتبر عنصر فعال في تكوين شخصية الفرد، كما تنمي لدى الطفل الشعور بالذات.

لذلك نقول أن التربية البدنية والرياضية تسعى إلى النمو الجسماني وتهذيب الخلق وتكون الشخصية وتنمي الشجاعة والتعاون والطاعة والتوافق الجسمي الحركي العصبي والعضلي. (القص، 2016، ص 203)

الفوائد الصحية الناجمة عن ممارسة النشاط البدني:

- تحسين اللياقة القلبية التنفسية وانخفاض ضربات القلب في الراحة، وفي الجهد دون الاقصى.
- تحسين اللياقة العضلية الهيكلية.
- ارتفاع مستوى الكوليسترول عالي الكثافة (الجيد) في الدم.
- انخفاض مستوى الدهون الثلاثية في الدم.
- انخفاض من نسبة الشحوم في الجسم.
- تحسن أيض الكربوهيدرات.
- ارتفاع القدرة على تحمل الكلوكوز.
- تحسين وظائف الخلايا المبطنة للأوعية الدموية.
- زيادة كثافة العظام مما يقلل احتمال الاصابة بهشاشة العظام.
- خفض القلق والتوتر والكآبة.
- خفض احتمالية الاصابة بسرطان القولون (القص، 2016، ص 204)

ولذلك فإن الافراد بحاجة إلى اكتساب المعرفة والمهارات التي من شأنها تحسين صحتهم، وبالتالي معرفة كيفية وقاية أنفسهم من الامراض، حيث أن اكتساب هذه المهارات والعادات الصحية السليمة ينمي الوعي الصحي لديهم، ومن أهم جوانب الوعي الصحي التي يجب تنميتها واثرائها الوغي الصحي الرياضي وهو كمية ونوعية المعلومات التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد حول مواضيع متعلقة بالنشاط البدني والرياضي والتي تساعد على اكتساب أنماط سلوكية صحية تقيه من الامراض والمحافظة على صحته البدنية، النفسية والعقلية.

5-4 الوعي الصحي البيئي: envirinmental health awareness

يشمل مفهوم البيئة كل ما يحيط بالفرد من أشياء، سواءا كانت جمادات (جامدة) كالمباني والأدوات أو حية كالإنسان والحيوان والنبات، بالإضافة إلى الجانب الاجتماعي بما فيها من العلاقات التي تنشأ بين الأفراد كالعادات والقيم والتقاليد.

إن كل هذه العناصر البيئية يتأثر بها الفرد ومن ثم يؤثر فيها، ومن هنا كان ضروريا الاهتمام بكل هذه العناصر البيئية حتى تصبح ذات تأثير ايجابي على صحة الفرد والمجتمع، فنظافة البيئة وعدم تلوثها، وإعداد المسكن الصحي النظيف، وتوفير مياه الشرب النقية والتخلص من كافة الملوثات والنفايات، ومكافحة الحشرات الضارة بصحة الأفراد كل ذلك يؤدي إلى حماية الأفراد من خطر الإصابة بالأمراض المعدية، وبالتالي الرفع من المستوى الصحي لديهم ولا يتحقق هذا إلا بخلق الوعي الصحي البيئي ونشر الثقافة الصحية البيئية مما ينعكس على سلوك الأفراد من خلال حماية البيئة وصيانتها.(شويخ، ب، ت، ص 50)

وعرفت التربية البيئية كما جاء في ندوة بلغراد بأنها : " ذلك النمط من التربية الذي يهدف إلى تكوين جيل واع ومهتم بالبيئة وبالمشكلات المرتبطة بها، ولديه من المعارف والقدرات العقلية والشعور بالالتزام مما يتيح له أن يمارس فرديا وجماعيا حل المشكلات القائمة، وان يحول بينها وبين العودة إلى الظهور ".

أما الوعي البيئي فيشير إلى درجة الإدراك على المستويين الفردي والمجتمعي لأهمية المحافظة على البيئة وحمايتها والتعامل معها، دون الجور عليها لتطويعها من اجل تحقيق غايات فردية سريعة للإنسان على المدى القصير تلحق بالبيئة أضرارا على المدى الطويل (شويخ، ب، ت، ص 51).

5-5 الوعي الصحي الوقائي: preventive health awareness

للوقاية دور هام في حماية الفرد والمجتمع من خطر الامراض المزمنة. وقد مورست الوقاية منذ نشأتها بهدف تجنب المرض، وفي هذا السياق نشأت المرافق الصحية العامة التي تحولت من مجرى التاريخ إلى الشكل المؤسساتي مستخدمة اجراءات تقديم المعارف الطبية وقد شكلت كل من الجائحة والوقاية من المخاطر الصحية الكامنة ومعالجة الامراض. (شويخ، 52)

أما التربية الوقائية فهي مدى إلمام الطالب بقدر مناسب من المعلومات والمفاهيم الصحية والاتجاهات المناسبة نحو بعض القضايا والمشكلات الصحية ومهارات التفكير العلمي اللازمة لإعداده للحياة كمواطن، قادر على التصرف الصحيح في مواجهة بعض المشكلات الصحية التي قد يتعرض لها.

والمجتمع الذكي هو الذي يهيئ المناخ الاجتماعي والثقافي والصحي الذي يساعد على النمو السوي للفرد والجماعة، والذي يكفل الوقاية من المرض، باعتبارها أحسن من العلاج، كما يدخل في ذلك ضرورة الاهتمام بالنواحي النفسية والتأهيلية في وسائل الإعلام والمدارس ومؤسسات العمل. (شويخ، 55)

وللوقاية ثلاثة مستويات هي:

1- **الوقاية الأولية:** تعمل على منع حدوث المرض، وذلك من خلال إجراءات التربية الصحية وتعديل السلوك الصحي.

2- **الوقاية الثانوية:** تعمل على منع انتشار المرض من خلال التشخيص المبكر.

3- الوقاية من الدرجة الثالثة: تعمل على تقليل المضاعفات الصحية أو العجز الناجم عن الأمراض والإعاقات التي قد تصيب الفرد وذلك من خلال التأهيل الفعال والخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية المناسبة. (شويخ، 54)

6- صفات الشخص الواعي صحيا:

يرى "صالح" أن الشخص الواعي صحيا هو الشخص الذي لديه القدرة على:

أ- التفكير الناقد وحل المشكلات:

الشخص الواعي صحياً يفكر تفكيراً ناقداً ويحل المشكلة التي يحددها ويوجهها بشكل ابتكاري في مستويات متعددة بدءاً من المستوى الشخصي إلى المستوى العالمي.

ب- المسؤولية والانتاج:

فالفرد الواعي صحيا هو مواطن مسؤول، ومنتج، ومدرك لواجباته لصمان وصولها إلى مجتمعه المحلي حتى يجعله أكثر صحة وأمن وعلى ذلك فهو شخص يتجنب السلوكات التي تقف امام تهديد الصحة والامان لنفسه والآخرين، ويطبق المبادئ التنظيمية والديمقراطية واندماجهم مع الآخرين للحفاظ على الصحة الشخصية الاسرية المجتمعية والعمل على تحسينها.

ج- التعليم الموجه ذاتيا:

فالفرد الواعي صحيا هو شخص متعلم بطريقة ذاتية، ولديه القدرة على القيادة في تعزيز الصحة، ولديه الاساس المعرفي للرقابة عن الامراض، وهو شخص لديه قدرة عالية على القراءة والكتابة والمهارات العديدة، والقدرة على تطبيق المعلومات الصحية كأولوية في حياته الشخصية.

د- الاتصال بفعالية:

فالفرد الواعي صحيا هو شخص له القدرة على الاتصال بفعالية، فهو ينظم وينقل معتقداته وأفكاره، ويوفر مناخا مناسبا لفهم الآخرين، والاعتناء بهم والاستماع اليهم، وتقدير سلوكيات معززة ومشجعة لهم للتعبير عن أنفسهم. (فضة سحر، 2012، ص 27-28)

7- وسائل نشر الوعي الصحي:

هي الوسائل المستخدمة لتوصيل المعلومات والخبرات الصحية إلى افراد المجتمع وذلك من خلال (المثقفين الصحيين) وهم افراد ذوي مهارة ودراية بأسس التثقيف الصحي على أن يكونوا قادرين على التعبير والايضاح ووضع الحلول الملائمة للمشاكل التي تطرح عليهم دون تأخير وعلى أسس علمية سليمة.

وتتمثل وسائل الوعي الصحي فيما يلي:

1- الاتصال المباشر:

وتعني المقابلة المباشرة التي تتم بين المثقف الصحي ومن يقدم لهم التوعية الصحية، وقد تكون هذه المواجهة فردية أو جماعية ويعتمد نجاح الاتصال المباشر على ما يلي:

- شخصية المثقف الصحي أو القائم على التوعية الصحية.
- أسلوبه ومهارته التدريبية.
- تمتع القائم على التوعية الصحية بأسس العلمية السليمة.
- قدرته على التعامل مع المستويات الثقافية المختلفة.

2- الاتصال غير المباشر:

هي عملية اتصال القائم على التوعية الصحية مع الآخرين من خلال وسائل غير مباشرة وتتمثل فيما يلي:

أ- الوسائل السمعية والبصرية: وتتمثل في التلفاز، الاذاعة، وتهتبر من أفضل وسائل نشر الوعي الصحي وذلك لاستخدامها من قبل الغالبية العظمى من افراد المجتمع وبصفة مستمرة.

ب- المطبوعات: يقصد بها الكتب، النشرات الصحية، بالإضافة إلى الصحف والمجلات التي تهتم بمجال الصحة.

ج- الصور والملصقات: حيث أن تحتوي هذه الملصقات على فكرة واحدة واضحة تهدف إلى تعليم الاسس الصحية السليمة على أن يوضع في أماكن بارزة وواضحة ومدروسة كي تؤدي الغرض منها. (سمير أحمد، 2013، ص ص 24-25)

د- شبكات التواصل الاجتماعي: نظرا لأهمية التواصل الاجتماعي فقد لجأت المنظمات الصحية لتلك الوسائل لتثبت رسائل التوعية بعض القضايا الصحية، حيث ساهمت تلك الوسائل في زيادة التواصل وتبادل المعلومات بين الجمهور والمؤسسات الصحية، وذلك من خلال انشاء المحتوى الذي يهدف إلى نشر الوعي الصحي، وبالتالي تفعيل الاتصال بين المؤسسات الصحية والجمهور.

وتقوم وسائل التواصل الاجتماعي بتقديم المعلومات والاحصاءات المتعلقة بالقضايا الصحية وتساهم في التدريب على السلوكات الوقائية وتقوم بالتحذير من بعض الاوبئة، والانماط السلوكية التي لها تأثيرات ضارة على الصحة، وتشرك جمهورها في برامجها المختلفة. حيث تغيرت طبيعة العملية الاتصالية فبعد أن كان هناك مرسل ومستقبل أصبح المستخدم يختار ما يشاء من معلومات بما يتلاءم ويتوافق مع رغباته ومتطلباته. (زديك راضية، ملوجة كاهنة، 2021، ص 36)

8- مصادر الوعي الصحي:

تتنوع مصادر التوعية الصحية حسب فئات المجتمع ومكوناته ومؤسساته باعتباره الوسيلة الفعالة لتطور ورفع المستوى الصحي للفرد والمجتمع ومن أهم المصادر المساهمة في نشر الوعي الصحي نجد:

أ- الاسرة:

باعتبارها الخلية التربوية الاساسية لعملية التنشئة الاجتماعية والانفعالية، وترى شيلي تايلر (2008) أنه هناك عدة أسباب تجعلها تركز على الاسرة كمصدر للمعلومات الصحية والارتقاء بالصحة:

* حيث أن الاطفال يتعلمون عاداتهم الصحية من آبائهم لذلك فإن التأكد من التزام الاسرة بنمط حياة صحي يعطي الاطفال الافضل للبدء بحياة صحية منذ البداية.

* إن الاسرة التي يوجد فيها أطفال يكون لديها نمط حياة أكثر تنظيما واتساقا من أولئك الاشخاص الذين يعيشون وحدهم، وذلك فإن حياة هذه الاسر تتميز باتباع سلوكات صحية مثل: المحافظة على تناول ثلاث وجبات يوميا، الحصول على ثماني ساعات من النوم، تنظيف الاسنان،....

كما أن الرجال المتزوجين لديهم عادات صحية أكثر بكثير من الذين يعيشون وحدهم ويرجع ذلك جزئيا إلى دور المرأة في ادارة الامور بطريقة تساعد على بناء العادات الصحية. (شيلي تايلر، 2008، ص ص 182-183)

لذلك تعتبر الاسرة أهم مصادر التوعية الصحية وذلك بخلق نمط سلوكي صحي ونفسي مستقر للطفل وبقية الافراد مما يهي فرص تعود الطفل وتبني وممارسة العادات والسلوكيات الصحية في حياته.

2- المدرسة:

ويظهر دور المدرسة بنشر الوعي الصحي من خلال:

– تزويد التلاميذ بالمعرفة الصحية الفردية عن الامراض التي تصيب الجسم، تعريفهم بالقواعد الصحية الضرورية للوقاية من الاخطار والامراض.

– المساهمة في تكوين بعض العادات الصحية السليمة في المجالات المختلفة كالغذاء الصحي، النظافة، اللعب،...

– القاء محاضرات، نشر الكتيبات، القيام بمسرحيات تساعد في نشر الوعي الصحي بين التلاميذ وأوليائهم.

– رعاية الصحة النفسية للتلاميذ ومناقشتهم في مشكلاتهم الانفعالية والوجدانية لوقايتهم من الاضطرابات النفسية. (القص صليحة، 2015، ص 189)

3- وسائل الاعلام:

تشكل الشبكة العنكبوتية اليوم أحد أهم المصادر للمعلومة الصحية على مستوى العالم فشبكة المعلومات الدولية اليوم مليئة بالمواقع التي اهتمت بتقديم محتوى متخصص حول التثقيف الطبي والتوعية الصحية في أن هناك مواقع تخصصت في التثقيف فنجد طب الفم والاسنان الامراض الجلدية، الاسعافات الاولية، اضطرابات النوم وعيرها،... (لبنى، استرجعت يوم: 07-02-2024)

4- المساجد ودور العبادة:

تلعب المساجد دورتا مهما في نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع بمختلف الفئات العمرية والمستويات التعليمية، كما أنها تعتبر الافضل والابسط والمتوفرة بصفة دائمة فهي تعتمد على الخطب والمواعظ والدروس التي تقام في المساجد ويظهر أثرها الفعال بتعريف الناس بالعادات والممارسات الصحية التي حث عليها الاسلام ونشر الكتب والمقالات التي تتناول وجهة نظر الاسلام في بعض قضايا المجتمع والمشكلات الصحية مثل التدخين، المسكرات، الامراض الجنسية. (الأحمدي علي، 2003، ص 41)

خلاصة:

تهتم التربية الصحية بنشر الوعي الصحي لدى الأفراد من خلال ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكات سليمة داخل وخارج الاسرة للارتقاء بالصحة العامة، وذلك باتباع الأساليب التربوية التي تهدف إلى تعيير اتجاهات معتقدات الافراد لتعديل سلوكاتهم وعاداتهم لتعزيز صحتهم وصحة المجتمع فالوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن نسعى اليه ونتوصل اليه بشتى الطرق والمصادر المتاحة إلى كافة شرائح المجتمع للتعامل مع المعلومات الصحية من الناحية الغذائية.

الفصل الثالث

المعتقدات الصحية

تمهيد.

1- المعتقدات الصحية

2- تصنيف المعتقدات الصحية

3- خصائص المعتقدات الصحية

4- نموذج المعتقدات الصحية العام

5- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

خلاصة

تمهيد:

يعتمد الدارسون والعاملون في مجال علم نفس الصحة في فهمهم وتفسيرهم لمظاهر الصحة والمرض على بعض المعتقدات التي يتبناها الافراد لان هذه الاخيرة تعتبر جانبا مهما وأساسيا في البناء المعرفي للافراد ومكونا جوهريا في بناء الشخصية، بحيث تتفاعل مع البنى المعرفية والانفعالية الاخرى في تحديد الهوية للفرد.

لهذا حظي موضوع المعتقدات باهتمام علماء النفس بوجه عام امتد ليمس موضوعات الصحة والسلوكيات المؤدية للصحة والمرض نظرا لما لها من اسهامات في مجال الحفاظ على الصحة والتعامل الصحيح مع المرض، والمعتقدات الصحية خاصة تعتبر عاملا مهما في ابراز وفهم دور البنى الاساسية في دفع الافراد إلى ممارسة بعض السلوكيات والعادات الصحية دون الاخرى.

وفي هذا الصدد اقدم العديد من العلماء والباحثين في مختلف التخصصات الصحية على صياغة نظريات علمية وبناء نماذج نظرية منها نموذج المعتقدات الصحية لروزنستوك وبيكر، والذي ظهر بداية الخمسينات ويعتبر من النماذج النظرية الاكثر شيوعا في الاوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، حيث يسعى هاذ النموذج الى تحديد المبادئ والعوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي، ويحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة، مما يساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أكثر دقة وفعالية في التنفيذ، وعلاج المشكلات وتفسير الخفايا بين السلوك الصحي للفرد والمعتقدات الصحية، ونتاج ذلك على الصحة النفسية والجسدية.

1- المعتقدات الصحية:

يعتبر موضوع المعتقدات الصحية من المواضيع الاساسية التي تم تسليط الضوء عليها من قبل الباحثين والعلماء، لما لها من أهمية في اتخاذ الافراد للإجراءات الفعالة المتعلقة بصحتهم والارتقاء بها أو العكس، كما انها تختلف باختلاف الثقافات والمجتمعات وتباين انظمتها وحسب هذا الاختلاف تختلف سلوكياتهم نحو صحتهم، ومه قبل التطرق إلى مفهوم المعتقد الصحي لابد لنا أولا ان نفهم ما هو المعتقد؟

1-1 تعريف المعتقد:

1-1-1 لغة:

هو لفظ مشتق من (عقد)، وعقد الحبل. بمعنى شده وربطه وعقد قلبه على شيء، لم ينزع عنه.

العقد: نقيض الحل، عقده يعقده. عقدا وتعقدا...وعقد العهد واليمين يعدهما عقدا وعقدهما: أكدهما، وتعاقد القوم تعاهدوا...

قالوا هو مني معقد أي بتلك المنزلة من الترب، وعقد قلبه على شيء لزمه والعقد الخيط ينظم فيه الخرز وجمعه عقود واعتقد الدر والحرز وغيره (ابن منظور: 296).

- قوله عز وجل أيضا: ﴿ وَمِنْ شَرِّ النَّفَّاثَاتِ فِي الْعُقَدِ﴾ سورة الفلق، الآية 04. والعقد بمعنى الشد والربط.

- معتقد جمع: ات. (ع ق د)، (مفعول من إعتقد: هذا تصوره حسب معتقده... ما يعتقد الانسان ويؤمن به بحيث لا يقبل فيه الشك. لكل امة معتقداتها- المعاني / معتقد/ https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar 22:22 3/2/2024)

2-1-1 اصطلاحا:

يعرفه غوستاف 2012 المعتقد هو ايمان ناشئ، عن مصدر لا شعوري يكره الانسان على تصديق فكر، أو رأي، أو تأويل، أو مذهب، جزافا. والعقل غريب من تكوين المعتقد، ولا يأخذ العقل في تبرير المعتقد الى بعد أن يتم تكوينه.

يجب ان نصف بالمعتقد كل ما هو من عمل الايمان، ومتى استعان المرء في تحقيق صحة المعتقد بالتأمل والتجربة لا يظل المعتقد معتقدا بل يصبح معرفة. فالمعتقد كناية عن الهام لا شعوري ناشئ عن علل بعيدة ارادتنا (غوستاف لوبون: 2012، ص 17).

- كما يعرف روكيتش (Rokeach) المعتقد، هو توقع يتعلق بوجود كائن ما، أو بتقييم معين أو عادات معينة، أو قضايا امرية – ناهية أو وقائع سببية.

وأشار كريتش وكرتشفلد (Crutchfield & Krech) أنه تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من حياة الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد". (سارة بهلول: 2019، ص 28).

وأيضا المعتقدات (Beliefs) مجموعة من الأفكار وافق عليها الإنسان واقتنع بها، وأصبحت مشكلة لعاداته وتصرفاته في مجالات معينة إذ يميّز الفرد بين الخطأ والصواب بناء عليها، المعتقدات شيء راسخ مع الإنسان منذ نشأته، ويمكن الاستدلال بها للتعرف على شخصيته بنسبة كبيرة، ويصعب تغييرها أو التخلي عليها مثل المعتقدات.

https://hbrarabic.com 04/02/2024 22:26 (المفاهيم الادارية، معتقدات)

المعتقدات هي مجموعة الأفكاروالمباديء التي يؤمن بها الفرد لصحتها، يتم تبني العقيدة عن طريق الإدراك الحسي Perception الاستنتاج Reasoring الاتصال Communication مع الافراد (اعتقاد المعرفة 22:42 2024/02/04 http://wwww.Marefa.org)

1-2 مفهوم المعتقدات الصحية:

اشار عثمان يخلف 2001 إلى أن المعتقدات الصحية يعتمد عليها إلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية (بيكار، 1979، Becker)، بيكار وروزنستوك 1984، BECKER AND ROSENSTOCK ومن خلالها يتم تحديد المبادئ، أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي، بعبارة أخرى انها تحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة (عثمان يخلف. 2001. ص 31).

وأشار الداغستاني وآخرون أن المعتقدات الصحية هي تفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد فعلى سبيل المثال التنبؤ بالممارسات التي تهدف إلى وقاية الاسنان والاعتناء بها (Chapion 1990)، والفحص الذاتي للصدر .Self Examination Breast الحمية للوقاية من السمنة(1987)(UzartK Becker bielman) وتجنب السلوكيات التي تعرض الفرد لخطر الاصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة AIDS، (الداغستاني دت. 81).

وقد عرفها تايلور بأنها الاجراءات الصحية التي يمارسها الافراد والتي تتأثر بإدراك الشخص للتهديد الصحي وايمانه بممارسات معينة تكون فعالة في الحد من التهديد الصحي والتخفيف منه، وكذا هي تصورات واحساس بالخطر واعتقادات حول خطورة المرض وأنها سلوكيات يؤديها الافراد بهدف الارتقاء بوضعهم الصحي وتعزيزه والحفاظ عليه .(Taylor.1988p193)

– وترى هناء شويخ المعتقدات الصحية طريقة تفكيرنا في الصحة، لها تأثير ملحوظ في انخراطنا اللاحق في ممارسة السلوك الصحي.

فاعتقاداتنا الصحية يمكن أن تتشكل من خلال عوامل متعددة مختلفة، منها فهمنا الدارج للمقصود بها هو صحي، بالإضافة إلى تأثر سلوكنا الصحي بكل من مركز الضبط والهوية الثقافية والمستوى المعرفي لدينا (هناء شويخ. د ت. ص 43).

ويعرفها وصفي 2007 هي القناعات العميقة والمبادئ الراسخة والمكتسبة والتي شكلتها التجارب الاولى في حياتنا أو هي التصور الداخلي للطريقة التي يعمل بها العالم والناس من حولنا وهذا التصور هو البرنامج الذي يفهم ويحكم به على العالم ومن خلاله يقوم الانسان بتفسير الاحداث وتوقع الافعال وهي تعد معتقدات محورية وأساسية (الداغستاني. المفتي. د ت. 87).

كما أشار رابيا وباتريسيا بأنها الفعل الصحي الذي يقوم به الفرد والذي ينشأ من الانخراط في سلوك غير صحي.

وهي قناعات يكونها الافراد عن الجوانب السلبية للسلوك وتمثل تعويضات بديلة عن السلوك السلبي مثل تناول طعام دسم يمكن التعويض بالتخلص منه في ممارسة الرياضة (العنزي. 2015. ص 21).

وتعرفها تايلور: بأنها توقع بممارسة الافراد لسلوكيات وعادات صحية معينة، وذلك عن طريق معرفة وادراك وجود تهديد صحي ما، وإدراك أن تبني سلوك صحي معين قد يكون فعالا في التخفيف من ذلك التهديد (تايلور: 2008.ص 888).

– هي الممارسات التي يقوم بها الافراد قصد الارتقاء بوضعهم الصحي والحفاظ عليه. (تايلور:2008.ص 124).

– ويعرفها روزنستوك وبيكر (Rosenstock And Becker) بأنها تتمثل في عزو الفرد لمعتقداته وتوقعاته واندفاعاته، وادراكاته وعناصر معرفية وشخصية أخرى، التي من شأنها

أن تساعد في الحفاظ على الصحة وتجديد الصحة وتحسينها (ابراهيم سلام. اياد هاشم. 2003. 525).

1-3 تعريف اجرائي:

المعتقدات الصحية: هي عبارة عن المدركات أو التصورات والافكار المبنية على أساس نفسي ومعايير اجتماعية معينة حول الصحة والمرض، إذ تمكننا من فهم الاسباب التي قد تجعل الافراد يختارون الانخراط أو عدم الانخراط في السلوك الصحي، وفهم التنبؤات النفسية التي تؤثر على قرار الانخراط وبالتالي تمكننا من التدخل ودعم الافراد لإحداث تغيير سلوكي ايجابي. (مجهودات الباحثتان).

2- تصنيف المعتقدات الصحية:

1-2 المعتقدات الصحية العامة public healthe Beliefs

2-2 المعتقدات الصحية التعويضية health Belief Compensatory

1-2 تعريف المعتقدات الصحية العامة:

- يعرفها كل من أجرن 1985: هي التوقعات التي تدفع الفرد إلى الاحساس بنوع من الالتزام يتبنى سلوك معين وفقا لمعتقدات شخصية وهي: المعتقدات المعيارية، والمعتقدات السلوكية، معتقدات التحكم (زينب كريم، ابتسام سعدون 2022. 215).

- ويعرفها باركر وكيلي (Parker and kelly 2016) اعتقادات الناس بما يشكل صحتهم وما يسبب مرضهم وكيفية التعافي من المرض (Rasha Hussein 2022.p9).

– ويعرفها كوشمان Coucheman 1997: " نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض واكتشافه قبل ظهوراعراض المرض (سهيلة عبد الرضا: 2013 ص،101).

– وتعرفها شيلي تايلر " بأنها قيام الفرد بممارسة سلوك صحي معين على عدد من الاتجاهات والمعتقدات، فهو يعتمد على مقدار التهديد الصحي الذي يشعر به، وعلى درجة اعتقاده بأن لديه قابلية تزيد من تعرضه لذلك التهديد، وبأنه قادر على أداء الاستجابات الضرورية لتخفيف التهديد (الفعالية الذاتية) وعلى مقدار الدرجة التي يكون فيها السلوك الصحي المطلوب الوصول اليه فعالا ومرغوبا ويمكن تطبيقه (شيلي تايلور.2008. 128).

وهي مفهوم مشتق من نموذج نظري يقوم بالتركيز على أهمية عملية التوعية والتثقيف الصحي، ولقد ضم النموذج النظري مدخلين نظريين أخريين حتى يتم صياغته بشكل متكامل وهو المدخل المعرفي والفعالية الذاتية ولقد تم تطبيق هذا النموذج النظري بنجاح في تفسير التنبؤ وتغيير السلوك الصحي (العنزي. دت. ص 210).

2-2 المعتقدات الصحية التعويضية:

في مجال الصحة وبشكل خاص، يسعى البشر للوصول الى التوازن بين تحقيق المتعة وتقليل الضرر الصحي، لذا الاستراتيجية المعرفية التي يستخدمها الناس للوصول إلى هذا التوازن هي تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية (CHBS).

إن المعتقدات الصحية التعويضية (CHBS) هي معتقدات أو تصورات بأن الاثار السلبية للسلوك غير الصحي يمكن تعويضها او تحييدها من خلال الانخراط في سلوك صحي ارادي آخر مثل: استطيع أن آكل قطعة الكعكة هذه الآن لأنني سأمارس الرياضة هذا المساء. والارادة هنا هي للتأكيد أن هذا البناء ذو صلة بالسلوكيات التي تتطلب ضبط النفس.

.(Marjorie Rabiau. Barbel. Knauper.2006.p139)

– يعرفها الداغستاني والمفتي: بأن الفرد عندما يقوم بسلوك غير صحي فإنه يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه تؤدي لتغيير سلوكه والقيام ببعض السلوك والفعاليات كتعويض عن السلوك غير الصحي وهذا مايسمى بالمعتقدات الصحية التعويضية Compensatory of healthe Belief، وذلك لرفع قدراته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية (الداغستاني. المفتي. ص 78).

وتعرف ايضا: بأنها اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي وصحي خلال وقت معين، حيث ترتبط الطواعية هنا بمدى ادراك الفرد على ضبط نفسه. (خشاب سعاد. 2011. ص 41).

في حين أوضح كل من (Rosenstock And Becker1994) من خلال نموذجهم النفسي محاولين تفسير السلوكيات الصحية التعويضية واستباق توقعها بالتركيز على الاتجاهات والمعتقدات عند الافراد (إياد سفيح.2002. ص 18).

– ويعرفها ديكلمنت DeClémente 1991 هي معتقدات يقوم بها الافراد وهي جزء من المعتقدات الشخصية تتعلق بنتائج سلوك سلبي كتعويض له. (الداغستاني. المفتي. دت. ص 86).

3– خصائص المعتقدات الصحية:

للمعتقد عدة خصاص تتمثل فيما يلي:

– المعتقدات عبارة عن معاني يضفيها الفرد لمدركاته.

– المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع البيئة.

– تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.

– يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب في نفس الوقت.

– يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور.

– يعكس مفهوم الفرد وتصوراته ومدركاته وطبيعة معرفته، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

يمكن الاستدلال عن طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد وطريقة تفكيره، وهي تقترن عادة بعبارة: أنا أعتقد. (بن قية. بشرى، 2001: ص17–18).

– ولهذا يعتمد الدارسون والعاملون في مجال علم نفس الصحة في فهمهم وتفسيرهم لمظاهر السلوك المجنب للمرض على بعض الافكار والنماذج العلمية التي يزخر بها التراث العلمي، وفي هذا الصدد شهدت العقود الثلاثة الاخيرة إقدام مجموعة من العلماء والباحثين من مختلف التخصصات الصحية على صياغة نظريات علمية. وبناء نماذج نظرية لغرض تحديد الاسباب التي تدفع بالفرد غلى ممارسة بعض السلوكيات الصحية دون الاخرى منها نموذج المعتقدات الصحية. (يخلف عثمان. 2001. ص 31).

4– نموذج المعتقدات الصحية العام "HBM" Model Health Belief

4–1 نشأة نموذج المعتقدات الصحية HBM:

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من النماذج النظرية الاكثر شيوعا في الاوساط الصحية خاصة مجال الصحة العامة، حيث يعتمد عليه الى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية (يخلف عثمان. 2001. ص 31).

– هذا النموذج من أقدم النظريات في تفسير السلوك ذي الصلة بالصحة حيث طوره مجموعة من علماء الاجتماع في الخمسينيات لتفسير كيف يفشل الناس في المشاركة في البرنامج للوقاية من او الكشف عن الامراض (عيسى. الشواس. 2019. ص 90).

– وقد جاء نموذج المعتقدات الصحية لشرح مثل هذه التأثيرات لفهم ما الذي يدفع الشخص إلى اتخاذ اجراءات للوقاية من المرض او اعتلال الصحة (Rosenstock 1974). وهي تعتمد على نظريات القيمة المتوقعة في عملية صنع القرار والتي تأخذ في الاعتبار توقعات الفرد حول نتائج مسار معين بالإضافة إلى القيمة التي يضعونها على النتيجة (Katy. Tapper.2021.p108).

وقد تم تطوير نموذج المعتقدات الصحية HBM في البداية على يد روزستوك 1966، ثم على يد بيكر وزملائه خلال السبعينات والثمانينات من القرن العشرين من أجل التنبؤ بالسلوكيات الصحية الوقائية وكذلك الاستجابة السلوكية للعلاج لدى المرضى المصابين بأمراض حادة ومزمنة، ومع ذلك خلال السنوات الاخيرة تم استخدام نموذج المعتقدات الصحية للتنبؤ بمجموعة واسعة من السلوكيات المتعلقة بالصحة (Jane Ogdane.2004 p24) إذ يشير نموذج المعتقدات الصحية أن السلوكيات الصحية يتم تحديدها بشكل أساسي من خلال جانبين من تمثيلات الافراد السلوك الصحي.

– تصورات تهديد المرض وتقييم السلوكيات لمواجهة هذا التهديد، تعتمد تصورات التهديد على معتقدين: القابلية المتصورة للفرد للإصابة بالمرض (هل من المحتمل أن أصاب به؟) والشدة المتصورة لعواقب المرض للفرد (ما مدى سوء الامر). وبالمثل فإن تقييم الاستجابات المحتملة يتضمن النظر في الفوائد المحتملة للعمل والعوائق التي تعترض القيام بالسلوك الصحي ويعتقد أن هذه المعتقدات الاربعة مجتمعة تحدد احتمال قيام الفرد بأداء سلوك صحي (Charles Abrahem et all.2016.p144).

وهذا ما سيتم توضيحه في العناصر الآتية:

4-2 المكونات الرئيسية لـ نموذج المعتقدات الصحية العام:

- توجد عدة اصدارات من نموذج المعتقدات الصحية والذي جذب أكبر قدر من الاهتمام هو لمارشال بيكر وإيروين روزنستوك (بيكر روزنتوك.1984).

يتضمن النموذج الذي طوره بيكر وروزنستوك ان المعتقدات تساهم بشكل فهم في السلوك الصحي (Linda Brannon et all 2018.p 68).

- إذ يحتوي نموذج المعتقد الصحي على العديد من المكونات الاساسية (أو البنيات) التي تتنبأ بما إذا كان الناس يستخدمون اجراءات للوقاية من الامراض أو اكتشافها أو السيطرة عليها ولماذا.

وتشمل هذه البنيات:

- الحساسية المدركة.
- الشدة المدركة.
- الفوائد المدركة.
- - العوائق المدركة التي تحول دون الانخراط في السلوك.
- الاشارات للفعل أو المنبهات للفعل.
- الكفاءة الذاتية (Karen Glanz. Et all 2015.p 99).

في البداية كانت النسخة الاصلية لنموذج المعتقدات الصحية قد اشتملت على اربعة مكونات، الحدة وسرعة التأثر، الفوائد و التكاليف، بعدها تم إضافة المنبهات للفعل، Janz

And Becker،1984 والتي تشير إلى أي نوع مما ذكر عن المشكلة الصحية المحتملة التي قد تستثير التغير السلوكي. (عيسى، السواش. 2019، ص 91).

وكذا تم إضافة متغير الكفاءة الذاتية، وهي متجذرة في نظرية باندورا المعرفية الاجتماعية والتي على عكس النظريات الاخرى، المتزامنة، حيث تؤكد على دور التعلم والفاعلية البشرية في السلوك (Karen Glanz. Et all 2015.p 102).

– يوضح Ogaden 2004 بأن نموذج المعتقدات الصحية يتنبأ بأن السلوك هو نتيجة لمجموعة من المعتقدات الاساسية والتي تم اعادة تعريفها على مر السنين بالمعتقدات الاساسية الاصلية وهي تصور الفرد كما يلي:

– **القابلية للإصابة بالمرض:** على سبيل المثال فرص إصابتي بسرطان الرئة مرتفعة.

– **شدة المرض (الخطورة):** على سبيل المثال سرطان الرئة مرض خطير.

– **التكاليف المتضمنة في تنفيذ السلوك:** على سبيل المثال (التوقف عن التدخين سيجعلني عصبيا).

الفوائد التي ينطوي عليها تنفيذ هذا السلوك: مثل التوقف عن التدخين سوف يوفر لي المال.

منبهات بالفعل (إشارات للفعل): قد تكون داخلية مثل معلومات في شكل منشورات التثقيف الصحي (. Ogaden.2004.p24)

– فنموذج المعتقدات الصحية يشير إلى أن هذه المعتقدات الاساسية يجب أن تستخدم للتنبؤ باحتمالية حدوث السلوك وردا على الانتقادات تمت مراجعة نموذج المعتقدات الصحية في الاصل لإضافة متغير "الدافع الصحي" ليعكس استعداد الفرد للقلق بشأن الامور الصحية مثل (أنا قلق من أن التدخين قد يضر بصحتي).

كما قام بيكر وروزنستوك 1987 في الآونة الاخيرة بإضافة متغير عناصر التحكم المدركة على سبيل المثال (انا واثق من أنني أستطيع التوقف عن التدخين) إلى النموذج (Ogaden. 2004.p25).

– وتضيف Shelly E.Taylor 2018. أنه وفقا لهذا النموذج فانه ما إذا كان الشخص يمارس سلوكا صحيا يعتمد على عاملين: ما إذا كان الشخص يدرك تهديدا صحيا غير شخصي، وما إذا كان الشخص يدرك يعتقد أن ممارسة صحية معينة ستكون فعالة في الحد من هذا التهديد (Shelly E.Taylor.2018.p47).

– وتكمن القوة الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية في العمليات المنطقية التي يستخدمها بما في ذلك المعتقدات الاساسية المتعلقة بالقرارات الصحية، ومع ذلك فقد حدد المزيد من الابحاث معارف أخرى تعد تنبؤات أقوى للسلوك الصحي، من تلك التي حددها نموذج المعتقدات الصحية مما يشير غلى أن النموذج غير مكتمل، وقد دفع هذا إلى اقتراح اضافة الكفاءة الذاتية الى النموذج لإنتاج نموذج اعتقاد صحي موسع (روزنستوك وبيكر 1988) مما ادى بشكل عام غلى تحسين القوة التنبؤية للنموذج (Charles Abrahem et al :2016-146).

وهي اقتناع الفرد بأنه يستطيع تنفيذ السلوك بنجاح (Karen Glanz. Et al : 2015.p 102). كما اشارت Linda Brannon 2018 كيف يمكن لهذه العوامل أن تحفز المدخن كمثال على الاقلاع عن التدخين.

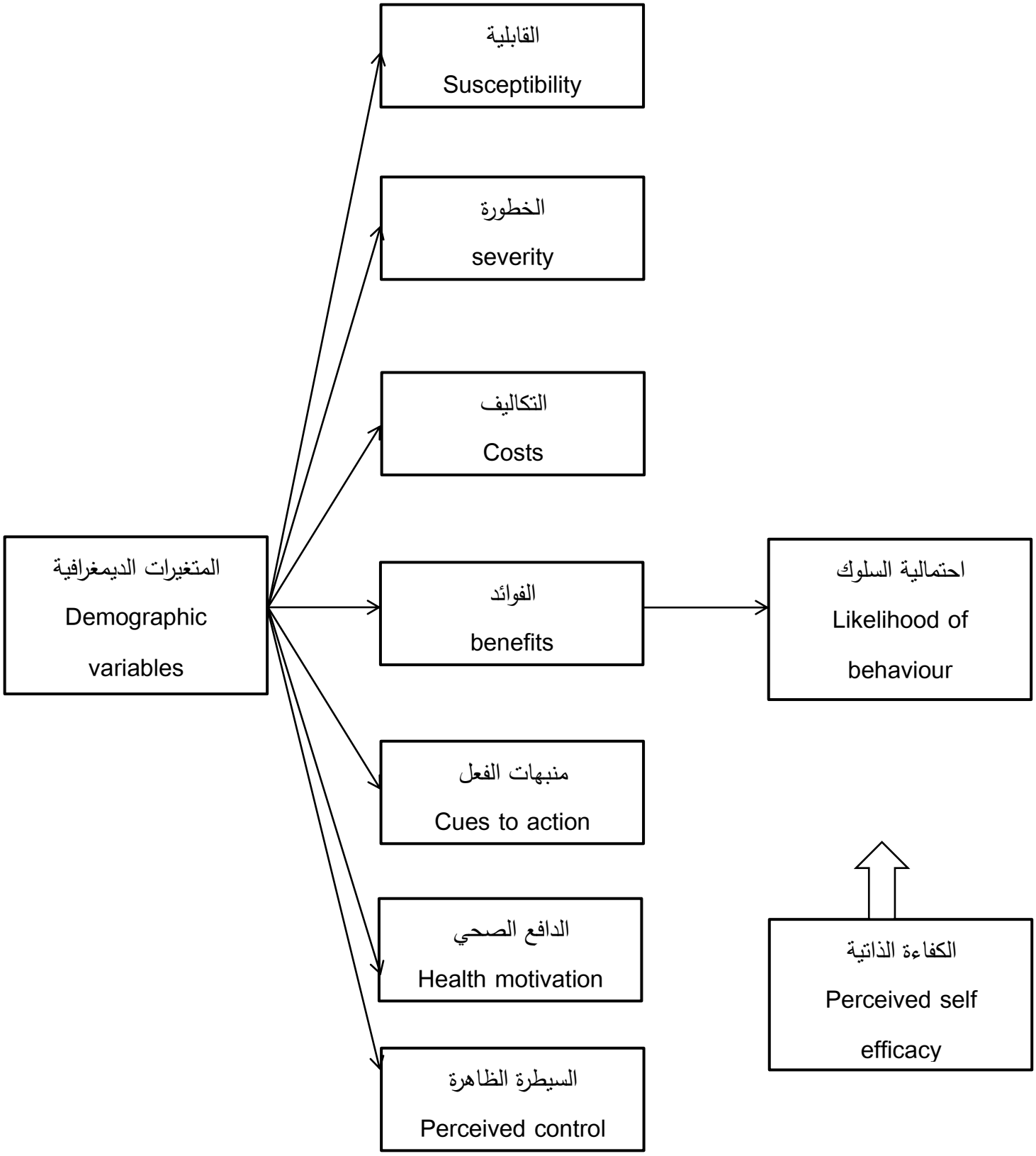
أولا: يجب أن يعتقد المدخن ان التدخين يزيد من احتمالية الاصابة ببعض الامراض مثل سرطان الرئة أو أمراض القلب.

ثانيا: ان يعتقد الانسان أن هذه الامراض خطيرة بالفعل فإذا كان الشخص لا يعتقد أن التدخين يؤدي غلى امراض او أن الامراض لا تهدد حياته فلن يكون هناك دافع كبير للإقلاع عن التدخين.

ثالثا: يحتاج الشخص إلى الاعتقاد بأن هناك فوائد واضحة للإقلاع عن التدخين مثل تقليل احتمالية الاصابة بالأمراض في المستقبل.

وأخيرا يجب على الشخص ان يعتقد أن هناك القليل من العوائق التي تحول دون الاقلاع عن التدخين، بما في ذلك عدد قليل من الخيارات الاخرى لإدارة التوتر او نقص الدعم من الآخرين(Tweyman. Benevski.Poul§ Bryon.2014).

وبالتالي فإن التدخل في الاقلاع عن التدخين بناء على نموذج المعتقدات الصحية سيسعى إلى تثقيف الناس حول قابلية الاصابة بالأمراض المرتبطة بالتدخين وشدة تلك الأمراض، وفوائد الاقلاع عن التدخين وطرق التعامل(Linda Brannon et al : 2018.p68.)).



الشكل رقم 1: أساسيات نموذج المعتقدات الصحية(ogden.2004.p25)

4-3 تطبيق نموذج المعتقدات الصحية:

إذا تم تطبيقه على سلوك متعلق بالصحة مثل فحص سرطان عنق الرحم فإن نموذج المعتقدات الصحية يتنبأ بإجراء فحص منتظم لسرطان عنق الرحم إذا أدرك الافراد انه كذلك وأنهم معرضون بشدة للإصابة بسرطان عنق الرحم وأن سرطان عنق الرحم يشكل تهديدا صحيا خطيرا، وأن فوائد الفحص المنتظم مرتفعة وأن لتكاليف مثل هذا الاجراء منخفضة نسبيا وسيكون هذا صحيحا أيضا اذا تعرضنا لمحفزات خارجية مثل النشرة في غرفة الطبيب. أو داخلية مثل الاعراض التي يعتقد انها مرتبطة بسرطان عنق الرحم (سواء كانت صحيحة اولا).

مثل الالم والتهيج وعند استخدام نموذج المعتقدات الصحية المعدل الجديد ستنبأ النموذج بحضور المرأة للفحص إذا كانت واثقة من قدرتها على القيام بذلك وإذا كان لديها الدافع للحفاظ على صحتها (ogden.2004.p25).

4-4 دعم نموذج المعتقدات الصحية:

تدعم العديد من الدجراسات تنبؤات نموذج المعتقدات الصحية حيث تشير الابحاث إلى الالتزام بالنظام الغذائي، والجنس الآمن والحصول على التطعيمات والقيام بزيارات منتظمة لطبيب الاسنان والمشاركة في التمارين الرياضية المنتظمة ترتبط بادراك الفرد لقابلية التعرض للمشكلة الصحية ذات الصلة، وباعتقاده بخطورة المشكلة وادراكه لها أن فوائد الاجراءات الوقائية تفوق التكاليف (Becker 1974.Becker And Rosenstock 1984).

– كما يوفر البحث أيضا الدعم للمكونات الفردية للنموذج. حيث قام نورمان وفيتر 1989 بفحص سلوك الفحص الصحي ووجد أن العوائق المتصورة هي أكبر تنبؤ بحضور العيادة.

وهناك العديد من الدراسات التي قامت بفحص سلوك الجنون وذكرت أن الحواجز وقابلية التأثر المصورة هي أفضل تنبؤات للسلوك الصحي (wyper 1990).

وساهمت الابحاث أيضا في تقديم الدعم لدور الاشارات (المنبهات) للفعل في التنبؤ بالسلوكيات الصحية ولا سيما الإشارات الخارجية مثل المدخلات، المعلوماتية في الواقع يستخدم تعزيز الصحة مثل هذه المدخلات المعلوماتية لتغيير المعتقدات وبالتالي تعزيز السلوك الصحي المستقبل.

– كما قد تكون المعلومات في شكل تحذيرات تثير الخوف إلى تغيير المواقف والسلوك الصحي، في مجالات مثل صحة الاسنان والقيادة والآمنة والتدخين (Sutton. And hallett 1989).

– يتم ايضا استخدام المعلومات العامة المتعلقة بالعواقب السلبية للسلوك في كل من منع سلوك التدخين والاقلاع عنه (flay 1985) حتى الآن، تم إجراء مراجعتين واسعتي النطاق للدراسات باستخدام نموذج المعتقدات الصحية، وأظهرت بعض الدعم لبعض مكوناته وليس كلها وفي بعض الاحيان كانت الروابط بين المعتقدات والسلوك داخل النموذج صغيرة جدا للحصول على تحليل شامل (ogden.2004.p50).

– كذلك قام لوي ورايدس (lowe and radius1982) بتطوير نموذج المعتقد الصحي للتنبؤ بفوائد استخدام وسائل منع الحمل والتي تهدف إلى دراسة الادراك الفردي سواء داخل العلاقة والمعايير الاجتماعية، حيث أضاف المتغيرات التالية:

- تقدير الذات
- مهارات التعامل
- المعرفة عن الجنس ووسائل منع الحمل

- المواقف تجاه الجنس ووسائل منع الحمل
- الجنس، وسائل منع الحمل، والحمل ،التجارب السابقة
- معايير الاقران
- تعاطي المخدرات قبل ممارسة الجنس

وما زال هذا النموذج يدرس الادراك ويتضمن معايير ادراك الافراد عالمهم الاجتماعي. (العاسمي. 2016. ص251-252).

4-5 نقد نموذج المعتقدات الصحية:

- تم انتقاد نموذج المعتقدات الصحية بسبب النتائج المتضاربة والعديد من نقاط الضعف الاخرى بما في ذلك ما يلي:

- تركيزه على المعالجة الواعية للمعلومات (مثل هل يتم تحديد تنظيف الاسنان بالفعل من خلال الموازنة بين الايجابيات و السلبيات؟).
- تركيزه على الفرد (مثل ما هو الدور الذي تلعبه البيئة الاجتماعية والاقتصادية؟).
- العلاقة المتبادلة بين المعتقدات الاساسية المختلفة (مثل كف ينبغي قياسها وكيف ينبغي أن تكون مرتبطة ببعضها البعض؟ هل النموذج خطي ام متعدد العوامل؟).
- غياب دور العوامل العاطفية كالخوف والانكار.
- حقيقة أن العوامل البديلة قد تنبأ بالسلوك الصحي، مثل توقع النتائج والكفاءة الذاتية (seydel et al.1990; schwarzer 1992).

- نهجها الثابت حيث يوضع شوارز (1992) ان في اطار نموذج المعتقدات الصحية، يتم وصف المعتقدات على أنها تحدث في وقت واحد مع عدم وجود مجال للتغير والتطوير أو العملية.
- حقيقة أن السلوك المتعلق بالصحة يرجع إلى ادراك الاعراض وليس العوامل الفردية حسب (ليفنثال وآخرون 1985).
- على الرغم من وجود تناقض كبير في الدراسات المحيطة بنموذج المعتقدات الصحية فقد استخدمت الابحاث جوانب من هذا النموذج للتنبؤ بفحص ارتفاع الدم وفحص سرطان عنق الرحم.

و الفحص الجيني وسلوك التمارين الرياضية، وانخفاض تعاطي الكحول والتغيرات في النظام الغذائي والاقلاع عن التدخين (Ogden.2012.p50).

– وتضيف ليندة وآخرون 2018. انه على الرغم من أن نموذج المعتقد الصحي يتوافق مع الفطرة السليمة للعديد من النواحي، إلا أن الفطرة السليمة لا تتنبأ دائما بالالتزام بالسلوكيات، المتعلق بالصحة في حين ان بعض التدخلات المستندة إلى النموذج المعتقدات الصحية كانت ناجحة في تعزيز الالتزام بسلوكيات بسيطة نسبيا وغير متكررة (Linda Et Al.2018.P68).

5– نموذج المعتقدات الصحية التعويضية: Compensatory health Belief

– هو من أحدث النماذج التي تتنبأ بالسلوك الصحي، حيث قام بتأسيسه Marjorie Rabiau. Miquelon And Barbel Knouper.Paul

اعتمدوا على عدة نظريات في تطويره سعيا نحو فهم التأثيرات العاطفية والتحفيزية على خيارات صحة الانسان والاهداف والسلوكيات الصحية اللاحقة وهي:

- نظرية دافع الحماية لروجزر 1975-1983.
- نظرية السلوك المخطط لاجزن 1985.
- والنموذجين اللذين تم دمجهما شوارز (1992-1999)وهما نموذج العمل الصحي HAPA، والتوافق الذاتي.
- نموذج (شيلدون 2002، شيلدون واليوت 1999 أو الذي يعتمد على مفاهيم نظرية تقرير المصير SDT، (ديسي وريان، 1985-2002).
- يعمل نموذج التوافق الذاتي على توسيع نطاق أبحاث نظرية تقرير المصير من خلال التركيز على الدوافع الخاصة بالمجال ومنه قام كل من Marjorie. Knauper Et Al.الاطار النظري للسلوك الصحي الناشئ عن دمج هذه النظريات تحت اسم نموذج المعتقدات الصحية التعويضية.

فنموذج المعتقدات الصحية التعويضي يوضح سبب قيام الاشخاص بتطوير معتقداتهم الصحية وكيفية توظيفهم للتنظيم الذاتي لمقاومة الاغراءات، وقوتهم في التنبؤ بالخيارات الصحية والنتائج الصحية المستقبلية. (Rabiau , Knauper 2006.p141).

5-1 المكونات الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

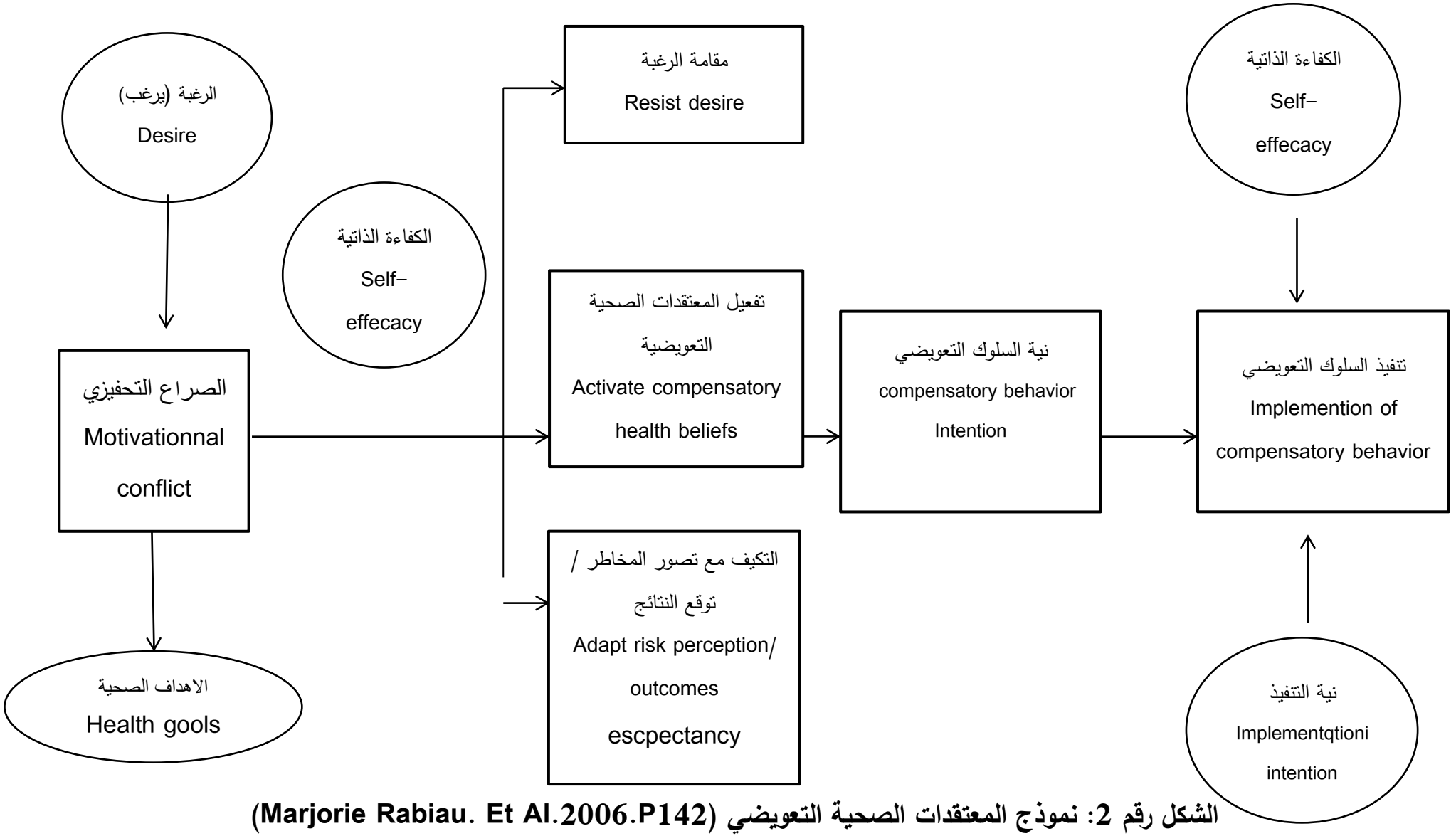
تشتمل المكونات الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية على:

- **الصراع التحفيزي:** بين الرغبة والهدف، أو التنافر المعرفي أو التوافق الذاتي. مع الهدف أو المدى الذي يصل اليه الاشخاص في متابعة مجموعة اهدافهم الشخصية من منطلق تقرير المصير (شيلدون 2002، البرت 1999).

- **الكفاءة الذاتية:** (باندورا 1977، شوارز وريتر 2000).

- **النوايا** (1991 أجزن) ونوايا التنفيذ والخطط. (collwitzer § BRANDSTA..tter, 1999, 1997 collwitzer).

- تبدأ العمليات الموضحة في النموذج بالصراع التحفيزي بين الرغبات والاهداف الصحية (أي التنافر المعرفي) عندما تتاح لك الفرصة للانخراط في نشاط ممتع ولكنه غير صحي، اوبدلا من ذلك، يعد الانخراط في سلوك يعتقد انه غير صحي. وينتهي اما بتنفيذ السلوك التعويضي او مع تعليق نية القيام به (الشكل 02). (Majorie Rabiau. Et Al.2006.P141)



الشكل رقم 2: نموذج المعتقدات الصحية التعويضي (Marjorie Rabiau. Et Al.2006.P142)

خلاصة:

تعد الاعتقادات أو المعتقدات الشائعة حول الصحة والعلاج من أهم اللبنات والمعطيات الاساسية التي تجعلنا نتوقع السلوك التي ينتهجه الافراد حول صحتهم وكذا قراراتهم الصحية في الحاضر والمستقبل وذلك خلال التهديد المدرك وشدة خطورته على الصحة.

– والذي ينجم عن السلوكات الخطرة وعدم تبني سلوكات صحية كذلك فقد نجد بعض الافراد رغم ادراكهم لسلوكات الخطر التي يمارسونها لكنهم يكونون في صراع بين الرغبة (مبدأ المتعة) وتحقيق الاهداف الصحية فنجدهم بدل تغيير السلوك الخطر يفضلون ابقاءه وممارسة سلوك صحي اخر في نفس الوقت كتعويض، ومن هنا جاء نموذج المعتقدات الصحية التعويضية لفهم سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة،وتسليط الضوء على أهمية المعتقدات وتقييم مدى صحتها وفعاليتها من أجل اتخاذ القرارات الصحية الصائبة، والانخراط في السلوك الصحي من خلال وضع خطط وبرامج وقائية صحية من أجل الارتقاء بالصحة.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة المنهجية

تمهيد:

1. **إجراءات الدراسة**
2. **حدود الدراسة**
3. **مجتمع الدراسة**
4. **عينة الدراسة**
5. **ادوات الدراسة**
6. **الدراسة الأساسية**
7. **الاساليب الاحصائية المستخدمة**

تمهيد:

يعتمد كل بحث علمي ودراسة على جانبين أساسيين، هما: جانب نظري، يحتوي على معلومات مهمة حول موضوع البحث، وجانب تطبيقي ميداني والذي يعتبر ركيزة البحث العلمي، وسنتطرق في هذا الفصل إلى: أهم الخصائص السيكوميترية لدراستنا، من بينها المنهج الدراسي المتبع، حدود الدراسة، عينة الدراسة، والمقياس المستخدم والأساليب الإحصائية، بالإضافة إلى عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها.

1- إجراءات الدراسة

منهج الدراسة: إن أساس البحث العلمي الدقيق هو العمل المنهجي، أي العمل الخاضع لمنهج قائم بذاته وأبعاده واضحة وذو طابع علمي، وليس هناك منهجا في البحث اكثر انتشارا من المنهج الوصفي، ذلك المنهج الذي يركز على ما هو كائن في حياة الإنسان والمجتمع، والمنهج الوصفي هو استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بهدف تشخيصها وكشف جوانبها، وتحديد العلاقة بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى. **(العزاوي،2008: 97)**

وبما ان موضوع دراستنا هو الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية اعتمدنا في الدراسة على المنهج الوصفي

ويمكن تعريف المنهج الوصفي في البحث على انه احد اشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة او مشكلة محددة وتصويرها كما عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة او المشكلة وتصنيفها وتحليلها واخضاعها للدراسة الدقيقة **(سامي ملحم 2000: 370)**

2- حدود الدراسة

- **مكانيا: تمت الدراسة الحالية في بعض المؤسسات الصحية لولاية خنشلة هي , مستشفى أحمد بن بلة , المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – المحمل – , العيادة الكبرى مزداوت وعيادات خاصة أخرى.**
- **زمنيا:** تم اجراء الدراسة من جانفي الى غاية افريل من عام 2024
- **بشريا:** لقد اعتمدت الدراسة على عينة عشوائية قوامها **50** في الدراسة الاستطلاعية و**160** فرد مرتاد للمؤسسة الصحية سواء العامة والخاصة في الدراسة الأساسية.وتم اختيارهم بطريقة عرضية لان الدراسة اجريت على المرتادين اللذين التقيناهم في الفترة الزمنية التي اجريت فيها الدراسة.

- اين قمنا بتوزيع استبيان الوعي الصحي والمعتقدات الصحية التعويضية على المرتادين الذي بلغ عددهم 185 شخص تم استرجاع 167 نسخة وجدنا 160 نسخة منها صالحة للتحليل.

3- مجتمع الدراسة:

يقصد بالمجتمع population المجموعة الكلية universal set من العناصر التي يسعى الباحث الى ان يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة.(فؤاد عبيد،2003،ص28).

يتكون مجتمع الدراسة من مرتادي للمؤسسات الصحية العامة والخاصة من جنس ذكر وانثى كلهم من ولاية خنشلة

4- عينة الدراسة

تعرف العينة هي اي مجموعة جزئية من المجتمع، ويلاحظ ان مصطلح عينة لا يضع اية قيود على طريقة الحصول على العينة، فالعينة ببساطة هي مجموعة جزئية من مجتمع له خصائص مشتركة **(محمود ابو علام،2006: 156)**

هي جزء من المجتمع يتم اختيارها وفق قواعد خاصة بحيث تكون العينة المسحوبة ممثلة قدر الامكان لمجتمع الدراسة **(النعيمي، البياتي 2015 :78)**

ولقد اعتمدت الدراسة على عينة عشوائية قوامها 50 في الدراسة الاستطلاعية و160 فرد مرتاد للمؤسسة الصحية سواء العامة والخاصة في الدراسة الأساسية.وتم اختيارهم بطريقة عرضية لان الدراسة اجريت على المرتادين اللذين التقيناهم في الفترة الزمنية التي اجريت فيها الدراسة.

• اين قمنا بتوزيع استبيان الوعي الصحي والمعتقدات الصحية التعويضية على المرتادين الذي بلغ عددهم 185 شخص تم استرجاع 167 نسخة وجدنا 160 نسخة منها صالحة للتحليل.

5- ادوات الدراسة:

في هذا الجانب الميداني اعتمدنا في دراستنا على تطبيق مقياسين ألا وهما (مقياس المعتقدات الصحية التعويضية- مقياس مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية)، تم اعتماد المقياسين من مراجع سابقة، ومن خلال دراسة استطلاعية قوامها 50 مرتاد، قمنا بإعادة حساب الصدق والثبات الخاصين بكلا الاستمارتين بغرض التأكد أكثر من صدقهما وثباتهما وملائمتهما للدراسة خاصة وأنهما طبقا في بيئة مخالفة للبيئة التي نعيش فيها.

5-1 مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

تم اعتماد المقياس من خلال دراسة سناء الداغستاني وعوني المفتي حيث صمم مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وفق متدرج خماسي من طرف سناء الداغستاني وعوني المفتي تكون من 30 بند والذي كان من اهداف الدراسة حيث تتم الإجابة على كل فقيرة من خلال التأشير من 5موافق دائما بالنسبة للفقراء الايجابية الى 1لا اوافق ابدا بالنسبة للفقرات السلبية العكسية

تصميم المقياس قدقامت الباحثتان بتصميم عدد من الفقراء بعد الاطلاع على مقاييس اجنبية عديدة منها :1مقياس الفارينجا وسكاكليزي وفيليب

(Philippi&Scagliusi&Alvaringa,2008)والذي تضمن 22فقرة.

مقياس رابياو وباتريسيا (2004، والذي تكون من 31فقرة

(Patricia & M.Rabiau)ثم قامت الباحثين بتقنين المقياسين على البيئة العراقية وتهيئته للصدق والثبات.

حيث تم حساب ثبات وصدق المقياس كما يلي:

- **معامل الصدق والثبات** Alpha de Cronbach

البعد	عدد البنود	معامل الثبات
مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	**30**	**0.765**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال هذه النتائج يتضح أن معاملات الثبات لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية كانت أكبر من 0.6 هذا ما يفسر أن المقياس ثابت وصالح للدراسة، وبمعنى أكثر اتساعا ووضوحا نقصد بالثبات أنه في حالة ما إذا قمنا بتوزيع نفس المقياس على عينة أخرى من نفس مجتمع الدراسة سنتحصل بالتقريب على نفس النتائج.

- **معامل الاتساق الداخلي**

تم احتساب صدق الاستبيان عن طريق الاتساق الداخلي، وذلك من خلال معامل الارتباط الخطي لكارل بيرسون (Pearson) بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، وكانت النتائج كما هي موضحة كالآتي:

الجدول رقم 1: يوضح معامل الارتباط "لكارل بيرسون" بين بعد حصة الغذاء وبنوده

	1	2	3	4	5	6	7
معامل الارتباط	0.543*	0.407*	618.**	0.556**	0.425*	0.581**	0.400*
مستوى المعنوية	0.004	0.026	0.000	0.003	0.018	0.001	0.028

	8	9	10	11	12	13	14
معامل الارتباط	0.458*	0.564**	0.439*	0.678**	0.452*	0.817**	0.467*
مستوى المعنوية	0.011	0.001	0.015	0.000	0.012	0.000	0.014
	15	16	17	18	19	20	21
معامل الارتباط	0.449*	0.502**	0.552**	0.658**	0.778**	0.566**	0.372*
مستوى المعنوية	0.013	0.022	0.009	0.004	0.000	0.000	0.043
	22	23	24	25	26	27	28
معامل الارتباط	0.394*	0.378*	0.319*	0.609**	0.590**	0.624**	0.735*
مستوى المعنوية	0.040	0.036	0.034	0.000	0.002	0.000	0.000
	29	30					
معامل	0.548**	0.493**					

الارتباط		
مستوى المعنوية	0.000	0.001

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ملاحظة: تدل النجمة المكتوبة فوق معامل الارتباط في الجدول أن معامل الارتباط دال عند المستوى (0.05)، وتدل النجمتان أن معامل الارتباط دال عند المستوى (0.01).

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وبنوده دال عند المستوى (0.01) و(0.05)، وأن مجموع البنود الدالة هي :30/30 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا المقياس، وهذا دليل على وجود اتساق الداخلي تام لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية.

5-2 مقياس مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية

تم اعتماد المقياس بالرجوع إلى الدراسة التي قام بها عماد صالحة عبد الحق ود.مؤيد شناعة ود.قيس نعيزات وسليمان العمدة، والتي قام الباحثين يتطويرها من خلال الاطلاق على العديد من الدراسات السابقة منها القدومي ,2005واللي ,2001 والطنطاوي ,1997وحمام 1996

حيث اشتمل المقياس على 32 فقرة تمثال ممارسات سلوكية مرتبطة بالوعي الصحي وتكون سلم الاستجابة من خمس استجابات هي: درجة عالية جدا 5درجات درجة عالية 4درجات،درجة متوسطة 3درجات، درجة منخفضة 2درجة،ودرجة منخفضة جدا درجة واحدة، وتم صيانة جميع الفقرات بصيغة تعبر عن معنى ايجابي لانها تعبر عن مستوى الوعي الصحي. وصل معامل الثبات العينة ككل الى 0.83 وهو عال ويفي بامراض الدراسة. ويتم عرضها على مجموعة من الخضراء والاكاديين الوصول

بها الى الصيغة النهائية. ويحتوي المقياس في مجمله على 32 32 بندا مقسمين لأربعة أبعاد كما يلي:

- بعد يتعلق بمجال التغذية يتكون من 8 بنود (1-2-3-4-5-6-7-8).
- بعد يتعلق بمجال الصحة يتكون من 5 بنود (9-10-11-12-13)
- بعد يتعلق بمجال النشاط يتكون من 09 بنود (314-15-16-17-18-19-20-21-22).
- بعد يتعلق بمجال القوام يتكون من 10 بوند (23-24-25-26-27-28-29-30-31-32).

حيث تم حساب ثبات وصدق المقياس كما يلي:

- **معامل الصدق والثبات** Alpha de Cronbach

البعد	عدد البنود	معامل الثبات
بعد مجال التغذية	08	0.761
بعد مجال الصحة	05	0.631
بعد مجال النشاط	09	0.833
بعد مجال القوام	10	0.783
مقياس مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية	**32**	**0.870**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ومن خلال هذه النتائج يتضح أن معامل الثبات لمقياس **مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية** كان أكبر من 0.6 هذا ما يفسر أن المقياس ثابت وصالح للدراسة.

- **معامل الاتساق الداخلي**

معامل الاتساق بين بعد مجال التغذية وبنوده

الجدول رقم 2: يوضح معامل الارتباط "لكارل بيرسون" بين بعد مجال التغذية وبنوده

	1	2	3	4
معامل الارتباط	0.478*	0.676**	0.538**	0.577**
مستوى المعنوية	0.037	0.001	0.002	0.001
	5	6	7	8
معامل الارتباط	0.435*	0.688**	0.637**	0.443*
مستوى المعنوية	0.013	0.000	0.000	0.014

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين بعد مجال **التغذية** وبنوده دال عند المستوى (0.01) و(0.05) أي أن مجموع البنود الدالة هي:8/8 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا البعد، وهذا دليل على وجود اتساق داخلي تام لهذا البعد.

- **معامل الاتساق بين بعد مجال الصحة وبنوده**

	1	2	3	4	5
معامل الارتباط	0.500**	0.420*	0.865**	0.926**	0.365*
مستوى المعنوية	0.005	0.021	0.000	0.000	0.047

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين بعد مجال الصحة وبنوده دال عند المستوى (0.01) و(0.05) أي أن مجموع البنود الدالة هي: 5/5 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا البعد، وهذا دليل على وجود اتساق داخلي تام لهذا البعد.

- **معامل الاتساق بين بعد مجال النشاط وبنوده**

الجدول رقم 3: يوضح معامل الارتباط "لكارل بيرسون" بين بعد مجال النشاط وبنوده

	1	2	3	4	5
معامل الارتباط	0.598**	0.864**	0.628**	0.727**	0.651**
مستوى المعنوية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

	6	7	8	9
معامل الارتباط	0.779**	0.684**	0.558**	0.524**
مستوى المعنوية	0.000	0.000	0.001	0.001

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين بعد صحة مجال النشاط وبنوده دال عند المستوى (0.01) و(0.05)، أي أن مجموع البنود الدالة هي: 9/9 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا المحور، وهذا دليل على وجود اتساق داخلي تام لهذا البعد.

- **معامل الاتساق بين بعد مجال القوام وبنوده**

	1	2	3	4	5
معامل الارتباط	0.765**	0.479**	0.542**	0.776**	0.376*
مستوى المعنوية	0.000	0.007	0.002	0.000	0.041

	6	7	8	9	10
معامل الارتباط	0.697**	0.612**	0.795**	0.608**	0.621**
مستوى المعنوية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين بعد **مجال القوام** وبنوده دال عند المستوى (0.01) و(0.05) أي أن مجموع البنود الدالة هي:10/10 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا البعد، وهذا دليل على وجود اتساق داخلي تام لهذا البعد.

- **الارتباط بين مقياس مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية وأبعاده**

الجدول رقم 4: يبين معامل الارتباط "لكارل بيرسون بين مقياس مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية وأبعاده

	مجال التغذية	مجال الصحة	مجال النشاط	مجال القوام
معامل الارتباط	0.678**	0.657**	0.889**	0.867**
مستوى المعنوية	0.000	0.000	0.000	0.000

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين المقياس وأبعاده دال عند المستوى (0.01)، أي أن مجموع الأبعاد الدالة هي :4/4 من المجموع الكلي للأبعاد الممثلة لهذا المقياس، وهذا دليل على وجود اتساق داخلي تام لهذا المقياس.

6: الدراسة الأساسية

استخدمت في الدراسة الأساسية نفس الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية ألا وهو مقياس الوعي الصحي من تصميم الباحث صالح عبد الحق وميد شناعة واخرون، ومقياس المعتقدات الصحية تصميم الباحثان الداغستاني ومفتي بعد التأكد من صلاحيتهم من خلال حساب الخصائص السيكومترية للأداتين.

6-1 عينة الدراسة:

بلغ عدد أفراد العينة 160 مرتاد للمؤسسات الصحية العامة والخاصة من الجنسين وهذا راجع لان المؤسسات الصحية تستقبل كل من الجنسين، وتم اختيارهم بطريقة عرضية حيث اجريت الدراسة على المرتادين الذين التقيناهم اثناء فترة الدراسة قمنا بتوزيع 185 استمارة تم استرجاع 167 استمارة صالحة منها 160 للدراسة. وامتدت من جانفي الى غاية افريل من عام 2024 وتراوحت اعمارهم بين 17 الى 59 سنة

1. خصائص العينة من حيث العمر

جدول رقم (06):

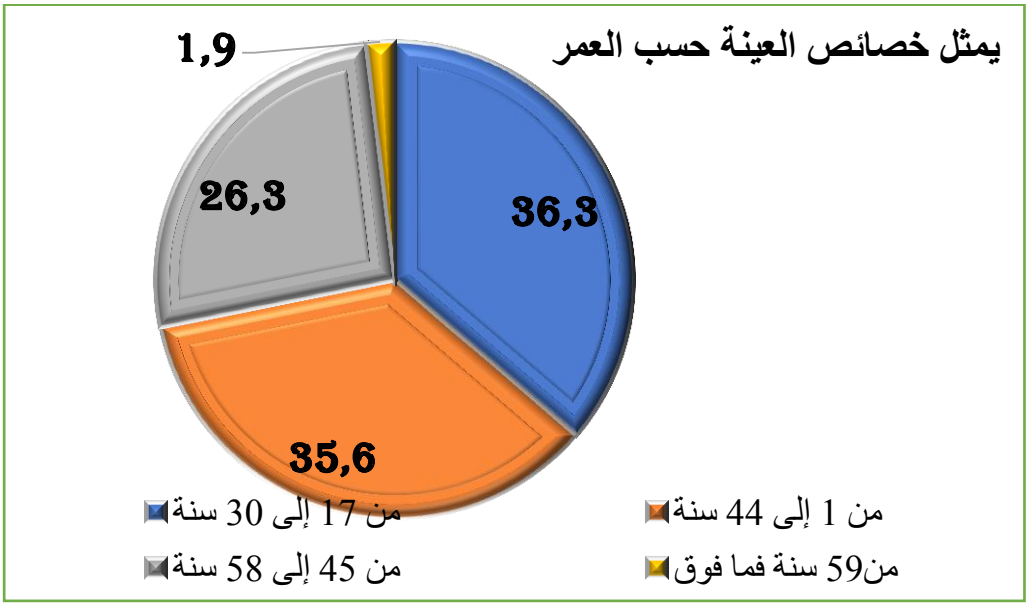
الجدول رقم 5: يمثل خصائص العينة حسب العمر

الجنس	العدد	النسبة المئوية
من 17 إلى 30 سنة	58	% 36.3
من 31 إلى 44 سنة	57	% 35.6
من 45 إلى 58 سنة	42	% 26.3
من 59 سنة فما فوق	03	% 01.9
المجموع	**160**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك تساوي بين الفئتين من 17 إلى 30 سنة والفئة من 31 إلى 44 سنة بنسب 36.3 و35.6 تواليا، أما 26.3 بالمئة فينتمون للفئة من 45 إلى 58 سنة، أما 3 أفراد فبلغت أعمارهم أكثر من 59 سنة.

الشكل رقم3 : يمثل خصائص العينة حسب العمر



المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

2. خصائص العينة حسب الجنس

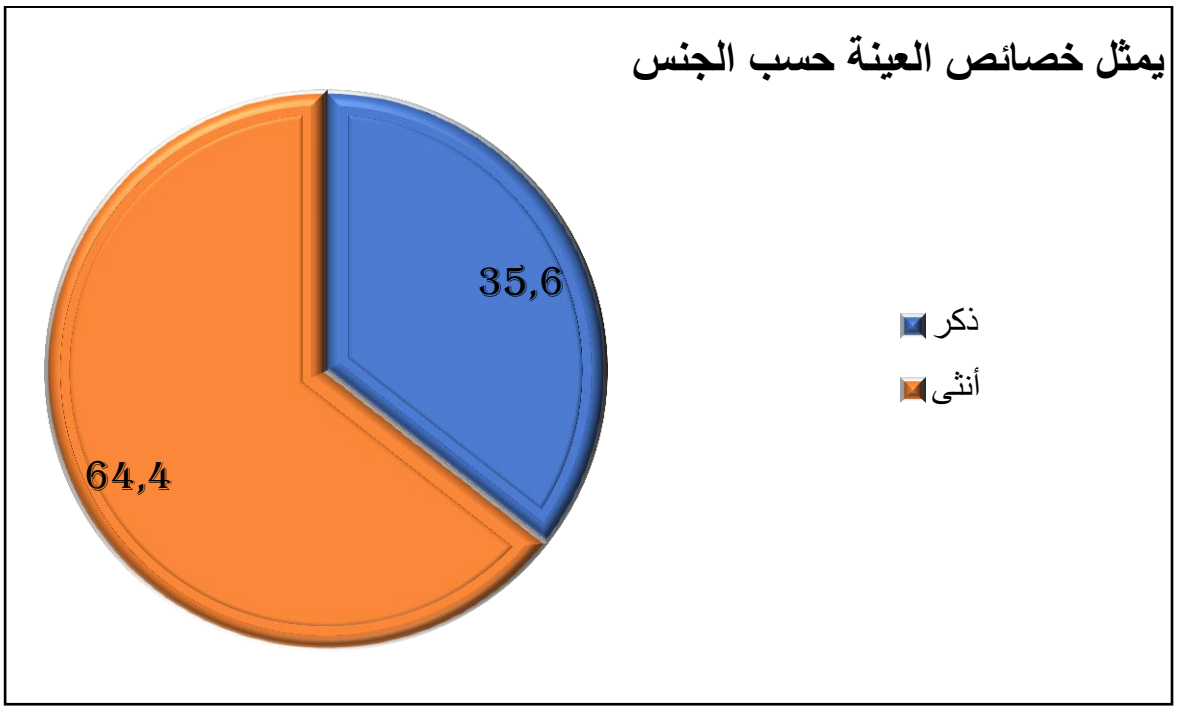
الجدول رقم 6: يبين خصائص العينة حسب الجنس

التخصص	العدد	النسبة المئوية
ذكر	57	% 35.6
أنثى	103	% 64.4
المجموع	**160**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ أن غالبية أفراد البحث إناثا بنسبة 64.4 بالمئة، أما نسبة 35.6 بالمئة ذكور.

الشكل رقم4 : يمثل خصائص العينة حسب الجنس



المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

3. خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

الجدول رقم 7: يبين خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

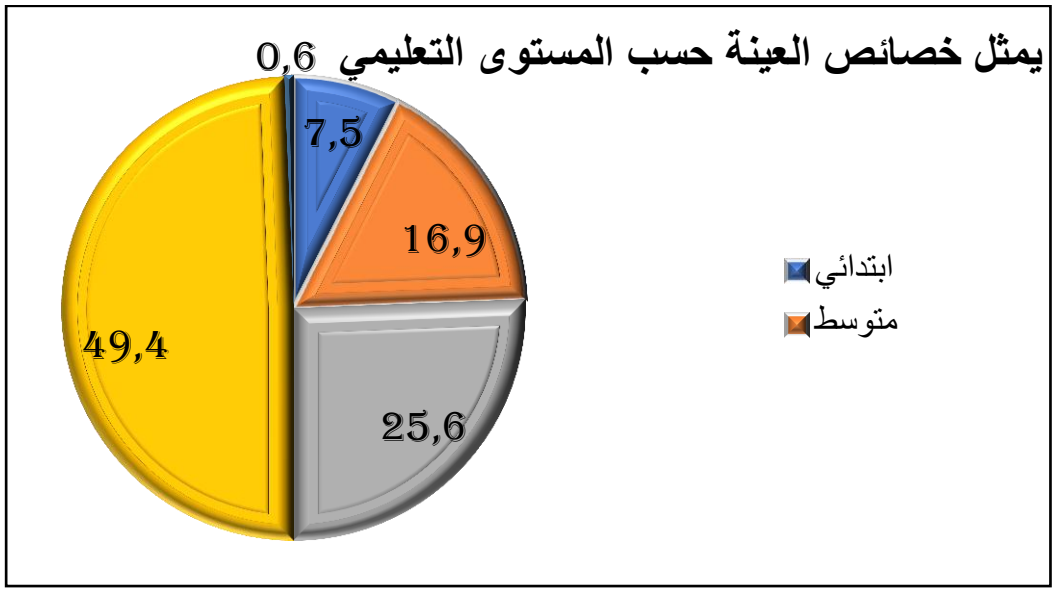
التخصص	العدد	النسبة المئوية
ابتدائي	12	% 07.5
متوسط	27	% 16.9
ثانوي	40	% 25.0
جامعي	79	% 49.4
لا يوجد	20	% 1.3
المجموع	**160**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول أن نلاحظ من خلال الجدول أن غالبية المشاركين مستواهم التعليمي جامعي بنسبة 49.4% تليهم مانسبته 25% من المستوى الثانوي ثم مستوى

التعليم المتوسط بنسبة 16.9% والتعليم الابتدائي ب 7.5% لتكون نسبة 1,3% لمن ليس لديهم مستوى تعليمي

الشكل رقم5 : يمثل خصائص العينة حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

4. خصائص العينة حسب الحالة المدنية

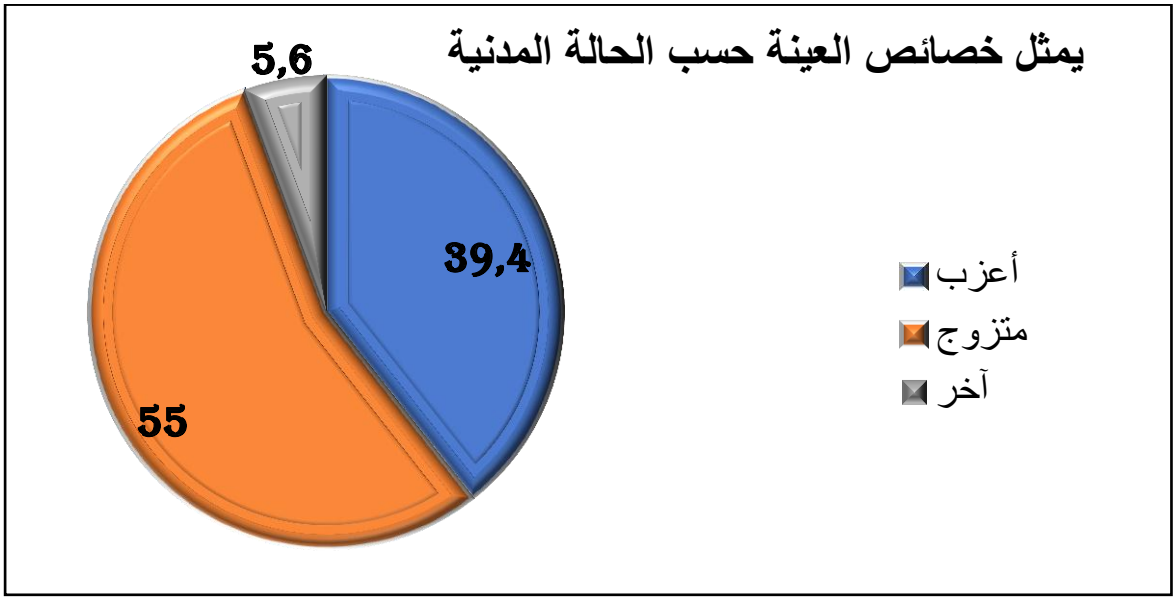
الجدول رقم 8: يبين خصائص العينة حسب الحالة المدنية

التخصص	العدد	النسبة المئوية
أعزب	63	% 39.4
متزوج	88	% 55.0
آخر	09	% 05.6
المجموع	**160**	**% 100**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول أن: نسبة المتزوجين وفئة الاعزب متقاربة ب 55 % و39.4% على التوالي اما بالنسبة لفئة اخر (مطلق , ارمل) فقد كانت ضئيلة بنسبة 5.6 % بالمقارنة مع الفئتين السابقتين.

الشكل رقم6 : *يمثل خصائص العينة حسب الحالة المدنية*



المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

5. خصائص العينة حسب المؤسسة الصحية

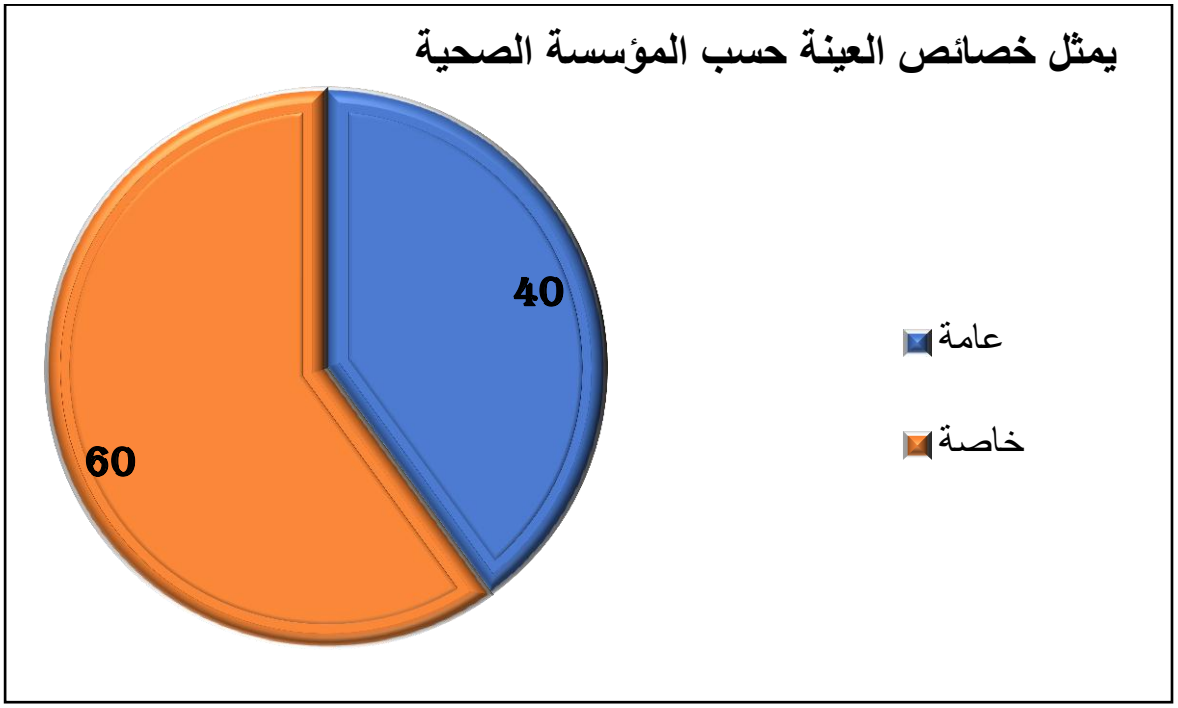
الجدول رقم 9: يبين خصائص العينة حسب المؤسسة الصحية

التخصص	العدد	النسبة المئوية
عامة	64	% 40.0
خاصة	96	% 60.0
المجموع	**160**	**% 100**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال المعطيات أن غالبية المرتادين على المؤسسات الصحية يرتادون على المؤسسات الخاصة وذلك بنسبة 60 بالمئة، فيما نسبة 40 بالمئة يرتادون على المؤسسات العمومية.

الشكل رقم7 : يمثل خصائص العينة حسب المؤسسة الصحية



المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

6. خصائص العينة حسب الصفة

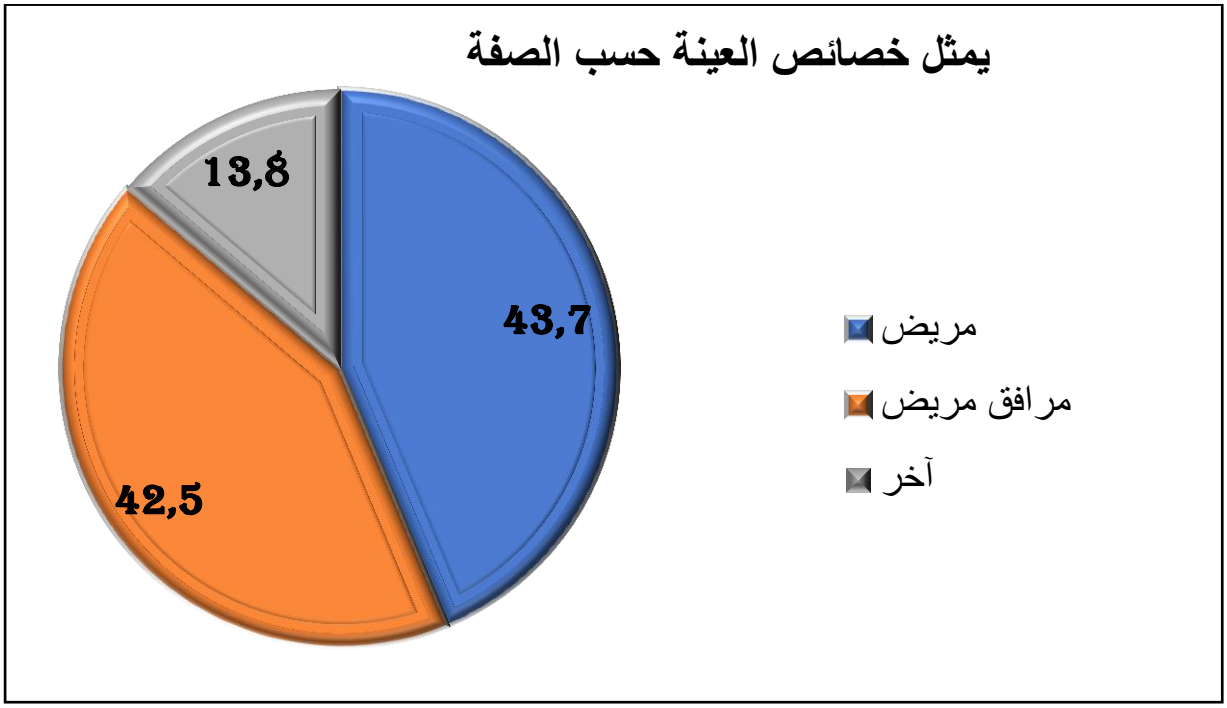
الجدول رقم 10: يبين خصائص العينة حسب الصفة

التخصص	العدد	النسبة المئوية
مريض	70	% 43.7
مرافق مريض	68	% 42.5
آخر	22	% 13.8
المجموع	**40**	**% 100**

المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك تقارب في عدد المرتادين من صنف المرضى ومن صنف مرافقي المرضى حيث بلغ عددهم 70 و68 على التوالي بنسب 43.7 و42.5 بالمئة تواليا، أما 22 من أفراد العينة فأصنافهم مختلفة.

الشكل رقم8 : يمثل خصائص العينة حسب الصفة



المصدر: من إعداد الطالبات بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

7/ الاساليب الاحصائية المستعلمة في الدراسة:

من اجل حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق والثبات) وكذلك التحقق من فرضيات الدراسة الاساسية تم الاستعانة بمايلي :

حيث استخدم الاصدار(23).(الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية)**Spss**النظام الاحصائي

اما بالنسبة للأساليب الاحصائية المستخدمة من خلال هذا البرنامج هي:

المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، النسب المؤية.

معامل الفا كرونباخ

معامل الارتباط لكارل بيرسون.

للعينتين المستقلتين T ،Test اختبار ت

Anova تحليل التباين الاحادي

شيفيه للمقارنات البعدية

خلاصة:

في هذا الفصل تطرقنا الى اهم الاجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، والمتمثلة في المنهج الذي تم اعتماده وكذا الادوات المستخدمة وهي : استبيان مستوى الوعي الصحي، واستبيان المعتقدات الصحية التعويضية، وتم التأكد من صدق وثبات الاداتين وذلك للاعتماد عليهما في الدراسة الحالية، بالاضافة الى عرض اهم الاساليب الاحصائية المستخدمة لمعالجة فرضيات الدراسة بهدف الوصول الى النتائج المرجوة من الدراسة الحالية.

الإطار الميداني

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الفرضية الرئيسية

2- عرض نتائج الفرضيات الفرعية

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

4- المناقشة العامة

بعدما تطرقنا إلى مختلف الفصول في بحثنا هذا، وبعد الدراسة المعمقة توصل بنا البحث إلى مجموعة من النتائج التي سنعرضها على التوالي والتي تأتي على ضوء فرضيات الدراسة التي أثرنا إليها سابقا:

1-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرئيسية

الفرضية الرئيسية: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

لاختبار هذه الفرضية لا بد من اختبار الفرضيتين المنبثقتين عنها

- **الفرضية الصفرية H0:** لا توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بي الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

- **فرضية الوجود H1:** توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

الجدول رقم11 : نتائج تحليل لاختبار الارتباط بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

	المتغير المستقل: الوعي الصحي	
المتغير التابع: المعتقدات الصحية	معامل الارتباط R	**مستوى الدلالة SIG**
	0.631**	0.000

المصدر: تم إعداد الجدول، بناء على مخرجات برنامج SPSS.

تبين من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط كانت 0.631 بقيمة موجبة، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية قوية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية، أي أنه كلما زاد مستوى الوعي الصحي كلما أدى ذلك إلى الزيادة في المعتقدات الصحية لدى أفراد عينة الدراسة.

وبما أن مستوى الدلالة SIG= 0.000 وهو أقل من 0.01 مستوى الدلالة الإحصائية المعتمدة، مما يؤدي بنا إلى أن نرفض فرضية العدم القائلة **لا توجد علاقة طردية** ذات دلالة إحصائية بين **الوعي الصحي والمعتقدات الصحية** لدى مرتادي المؤسسات الصحية، **ونقبل** فرضية الوجود القائلة **توجد علاقة طردية** ذات دلالة إحصائية بين **الوعي الصحي والمعتقدات الصحية** لدى مرتادي المؤسسات الصحية. **ومنه الفرضية محققة.**

وبتقسيم مقياس الوعي الى مجموع ابعاده وحساب معامل ارتباطه مع المعتقدات الصحية كانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم12 : يبين معامل الارتباط بين ابعاد مقياس الوعي الصحي والدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية.

القوام	النشاط	الصحة	التغذية
,286*	,376*	,540**	,488*
,019	,014	,000	,003
160	160	160	160

من خلال الجدول(12) نلاحظ أنه:

توجد علاقة ذات دلالة احصائية في بعد التغذية والمعتقدات الصحية عند مستوى الدلالة 0,05

توجد علاقة ذات دلالة احصائية في بعد الصحة والمعتقدات الصحية عند مستوى الدلالة 0,01

توجد علاقة ذات دلالة احصائية في بعد النشاط والمعتقدات الصحية عند مستوى الدلالة 0,05

توجد علاقة ذات دلالة احصائية في بعد القوام والمعتقدات الصحية عند مستوى الدلالة 0,05

2/ عرض ومناقشة نتائج الفرضيات الفرعية.

- **الفرضية الفرعية 01: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير السن.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير السن باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم13 : اختبار الفرضية الفرعية 01.

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير السن				
داخل المجموعات	475,977	0.551	2.525	0.648
بين المجموعات	44886,267			
المجموع	45362,244			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (13): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أقل من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

- مستوى المعنوية 0.648 بقيمة أكبر من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير السن. ومنه الفرضية غير محققة.**

- **الفرضية الفرعية 02: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير الجنس باستخدام اختبارT للعينتين المستقلتين. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم14 : اختبار الفرضية الفرعية 02.

	مجموع المتوسطات الحسابية	قيمة T المحسوبة	قيمة T المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير الجنس				
ذكر	123,0877	-1.131	2.573	0.261
أنثى	126,2621			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (14): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- بما أن مجموع المتوسطات الحسابية لكلا الجنسين كانت بقيم متقاربة، فهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس.**

- قيمة T المحسوبة أصغر من قيمة T المجدول (تثبته قيمة المعنوية أكبر من 0.05).

- مستوى المعنوية 0.261 بقيمة أكبر من 0.05 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس. **ومنه الفرضية غير محققة.**

- **الفرضية الفرعية 03: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم15 : اختبار الفرضية الفرعية 03.

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير المستوى التعليمي				
داخل المجموعات	770.882	0.670	2.525	0.614
بين المجموعات	44591.362			
المجموع	45362.244			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (15): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أقل من قيمة F المجدولة. (ANOVA)
- مستوى المعنوية 0.614 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. ومنه الفرضية غير محققة.**

- **الفرضية الفرعية 04: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير الحالة المدنية باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم16 : اختبار الفرضية الفرعية 04.

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير الحالة المدنية				
داخل المجموعات	777,216	1.368	2.525	0.258
بين المجموعات	44585,027			
المجموع	45362,244			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (16): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أقل من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

- مستوى المعنوية 0.258 بقيمة أكبر من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية. ومنه الفرضية غير محققة.**

- **الفرضية الفرعية 05: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة باستخدام اختبارT للعينتين المستقلتين. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم17 : اختبار الفرضية الفرعية 05.

	مجموع المتوسطات الحسابية	قيمة T المحسوبة	قيمة T المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة				
عامة	117,3906	12.884	2.573	0.000
خاصة	130,2917			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (17): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- بما أن مجموع المتوسطات الحسابية لكلا الجنسين كانت بقيم متباعدة، فهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة وذلك لصالح المؤسسات الخاصة وذلك لأنها تتحصل على أكبر متوسط حسابي..**

- قيمة T المحسوبة أكبر من قيمة T المجدول (تثبته قيمة المعنوية أصغر من 0.05).

- مستوى المعنوية 0.000 بقيمة أقل من 0.05 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر وجود فروقات في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير **طبيعة المؤسسة. ومنه الفرضية محققة.**

- **الفرضية الفرعية 06: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين على المؤسسات الصحية.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير صفة المرتاد على المؤسسات الصحية باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم18 : اختبار الفرضية الفرعية 06.

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير صفة المرتادين على المؤسسات الصحية				
داخل المجموعات	584,969	0.679	2.525	0.566
بين المجموعات	44777,275			
المجموع	45362,244			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (18): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أصغر من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

مستوى المعنوية 0.566 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتاد على المؤسسات الصحية. ومنه الفرضية غير محققة.**

جدول يوضح مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية

تم القيام بحساب النسب المئوية لمجالات مقياس الوعي الصحي:

الجدول رقم19 : النسب المئوية لمستويات الوعي الصحي

المجال	المستوى	العدد	النسبة المئوية
64-32	منخفض	00	00
128-65	متوسط	86	53.75
160-129	مرتفع	74	46.25

من خلال جدول رقم (19) نلاحظ ان 86 فرد من عدد افراد العينة تنتمي الى مجال 65-128 الذي يعبر عن المستوى المتوسط و74 فرد ينتمي الى مجال 129-160 الذي يعبر عن المستوى المرتفع بيمنا لا ينتمي أي فرد الى المجال 32-64 الذي يعبر عن المستوى المنخفض، وبمقارنة عدد الافراد افي المجالين المتوسط والمرتفع نستنتج **ان مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية متوسط.**

- **الفرضية الفرعية 07: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير السن.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية **للمعتقدات الصحية** تبعا لمتغير السن باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم20 : اختبار الفرضية الفرعية 07

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير السن				
داخل المجموعات	1684.578	2.724	2.525	0.046
بين المجموعات	32158.866			
المجموع	33843.444			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (20): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أكبر من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

- مستوى المعنوية 0.046 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر وجود فروقات في **المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير السن. ومنه الفرضية محققة.**

Test d'homogénéité des variances			
Y			
Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Signification
,988	3	156	,400

ANOVA à 1 facteur
Y

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1684,578	3	561,526	2,724	,046
Intra-groupes	32158,866	156	206,147		
Total	33843,444	159			

Comparaisons multiples						
Variable dépendante: Y Scheffe						
السن (I)	السن (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
من 17 إلى 30 سنة	من 31 إلى 44 سنة	-6,73896	2,67785	,101	-14,3072	,8293
	من 45 إلى 58 سنة	-5,04598	2,90904	,393	-13,2677	3,1757
	من 59 سنة فما فوق	6,12069	8,50116	,915	-17,9057	30,1471
من 31 إلى 44 سنة	من 17 إلى 30 سنة	6,73896	2,67785	,101	-,8293	14,3072
	من 45 إلى 58 سنة	1,69298	2,91974	,953	-6,5589	9,9449
	من 59 سنة فما فوق	12,85965	8,50483	,517	-11,1772	36,8964
من 45 إلى 58 سنة	من 17 إلى 30 سنة	5,04598	2,90904	,393	-3,1757	13,2677

	من 31 إلى 44 سنة	-1,69298	2,91974	,953	-9,9449	6,5589
	من 59 سنة فما فوق	11,16667	8,58043	,639	-13,0838	35,4171
من 59 سنة فما فوق	من 17 إلى 30 سنة	-6,12069	8,50116	,915	-30,1471	17,9057
	من 31 إلى 44 سنة	-12,85965	8,50483	,517	-36,8964	11,1772
	من 45 إلى 58 سنة	-11,16667	8,58043	,639	-35,4171	13,0838

Y		
Scheffe		
السن	N	Subset for alpha = 0.05
		1
من 59 سنة فما فوق	3	94,0000
من 17 إلى 30 سنة	58	100,1207
من 45 إلى 58 سنة	42	105,1667
من 31 إلى 44 سنة	57	106,8596
Sig.		,256
Means for groups in homogeneous subsets are displayed.		
a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 10,206.		
b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.		

وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في متغير المعتقدات الصحية وذلك وفق ماهو موضح في الجدول () حيث اظهرت النتائج ان الفروق كانت لصالح الفئة العمرية 31-44.

- **الفرضية الفرعية 08: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية **للمعتقدات الصحية** تبعا لمتغير الجنس باستخدام اختبارT للعينتين المستقلتين. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم21 : اختبار الفرضية الفرعية 08.

	مجموع المتوسطات الحسابية	قيمة T المحسوبة	قيمة T المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير الجنس				
ذكر	102.0526	-1.043	2.573	0.300
أنثى	104.6602			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (21): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- بما أن مجموع المتوسطات الحسابية لكلا الجنسين كانت بقيم متقاربة، فهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في **متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس.**

- قيمة T المحسوبة أصغر من قيمة T المجدول (تثبته قيمة المعنوية أكبر من 0.05).

- مستوى المعنوية 0.300 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في متغير **المعتقدات الصحية** بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس. **ومنه الفرضية غير محققة.**

- **الفرضية الفرعية 09: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية **للمعتقدات الصحية** تبعا لمتغير المستوى التعليمي باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم22 : اختبار الفرضية الفرعية 09.

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير المستوى التعليمي				
داخل المجموعات	3573.928	4.575	2.525	0.002
بين المجموعات	30269.516			
المجموع	33843.444			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (22): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أكبر من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

- مستوى المعنوية 0.002 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر وجود فروقات في **متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. ومنه الفرضية محققة.**

-

ANOVA à 1 facteur					
Y					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3573,928	4	893,482	4,575	,002
Intra-groupes	30269,516	155	195,287		
Total	33843,444	159			

(I)المستوى التعليمي	(J)المستوى التعليمي	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
ابتدائي	متوسط	-3,00926	4,84838	,984	-18,1250	12,1065
	ثانوي	3,94167	4,59958	,947	-10,3984	18,2817
	جامعي	9,25844	4,32966	,338	-4,2401	22,7570
	لا يوجد	10,91667	10,67322	,902	-22,3591	44,1925
متوسط	ابتدائي	3,00926	4,84838	,984	-12,1065	18,1250
	ثانوي	6,95093	3,48067	,411	-3,9007	17,8026
	جامعي	**12,26770***	**3,11526**	**,005**	2,5553	21,9801
	لا يوجد	13,92593	10,24092	,763	-18,0021	45,8540
ثانوي	ابتدائي	-3,94167	4,59958	,947	-18,2817	10,3984
	متوسط	-6,95093	3,48067	,411	-17,8026	3,9007
	جامعي	5,31677	2,71186	,431	-3,1380	13,7715
	لا يوجد	6,97500	10,12550	,976	-24,5932	38,5432
جامعي	ابتدائي	-9,25844	4,32966	,338	-22,7570	4,2401
	متوسط	-12,26770*	3,11526	,005	-21,9801	-2,5553
	ثانوي	-5,31677	2,71186	,431	-13,7715	3,1380
	لا يوجد	1,65823	10,00578	1,000	-29,5367	32,8532
لا يوجد	ابتدائي	-10,91667	10,67322	,902	-44,1925	22,3591
	متوسط	-13,92593	10,24092	,763	-45,8540	18,0021
	ثانوي	-6,97500	10,12550	,976	-38,5432	24,5932
	جامعي	-1,65823	10,00578	1,000	-32,8532	29,5367

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Y		
Scheffe		
المستوى التعليمي	N	Subset for alpha = 0.05
		1
لا يوجد	2	98,0000
جامعي	79	99,6582
ثانوي	40	104,9750
ابتدائي	12	108,9167
متوسط	27	111,9259
Sig.		,441
Means for groups in homogeneous subsets are displayed.		
a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 7,598.		
b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.		

وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية،في متغير المعتقدات الصحية وذلك وفق ماهو موضح في الجدول اعلاه حيث اظهرت النتائج ان الفروق لصالح مرحلة المتوسط.

- **الفرضية الفرعية 10: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية **للمعتقدات الصحية** تبعا لمتغير الحالة المدنية باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم23 : اختبار الفرضية الفرعية 10.

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير الحالة المدنية				
داخل المجموعات	449,813	1.057	2.525	0.350
بين المجموعات	33393,631			
المجموع	33843,444			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (23): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أقل من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

- مستوى المعنوية 0.350 بقيمة أكبر من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية. ومنه الفرضية غير محققة.**

- **الفرضية الفرعية 11: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية **للمعتقدات الصحية** تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة باستخدام اختبارT للعينتين المستقلتين. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم24 : اختبار الفرضية الفرعية 11.

	مجموع المتوسطات الحسابية	قيمة T المحسوبة	قيمة T المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة				
عامة	109.2969	3.860	2.573	0.000
خاصة	100.0208			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (24): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- بما أن مجموع المتوسطات الحسابية لكلا الجنسين كانت بقيم متباعدة، فهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في **متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة لصالح المؤسسات العامة.**

- قيمة T المحسوبة أكبر من قيمة T المجدولة (تثبته قيمة المعنوية أقل من 0.05).

- مستوى المعنوية 0.000 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر وجود فروقات في متغير **المعتقدات الصحية** بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير **طبيعة المؤسسة لصالح المؤسسات العامة. ومنه الفرضية محققة.**

- **الفرضية الفرعية 12: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين على المؤسسات الصحية.**

لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية **للمعتقدات الصحية** تبعا لمتغير صفة المرتاد على المؤسسات الصحية باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA. وبعد القيام باستخراج القيم من برنامج SPSS تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم25 : اختبار الفرضية الفرعية 12.

	مجموع المتوسطات	قيمة F المحسوبة	قيمة F المجدولة	مستوى المعنوية
الفروقات الإحصائية تبعا لمتغير صفة المرتاد على المؤسسات الصحية				
داخل المجموعات	2396,600	2.574	2.525	0.096
بين المجموعات	31446,843			
المجموع	33843,444			

المصدر: من إعداد الطالبات، بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (25): ونتائج اختبار الفرضية يمكننا التوصل إلى ما يلي:

- قيمة F المحسوبة أكبر من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

- مستوى المعنوية 0.096 بقيمة اكبر من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتاد على المؤسسات الصحية. ومنه الفرضية غير محققة.**

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية:

-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية: والتي كانت صياغتها كالتالي: توجد علاقة إرتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين والنتائج كانت كما يوضحها الجدول (11) أن قيمة معامل الارتباط كانت 0.631بقيمة موجبة وهذا يدل على وجود علاقة إرتباطية طردية قوية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

وبما أن مستوى الدلالة 0.000 وهو اقل من مستوى الدلالة الإحصائية المعتمد 0.01هذا يؤدي بنا أن نرفض فرضية العدم القائلة لا توجد علاقة طردية ونرفض فرضية العدم القائلة لا توجد علاقة طردية ونقبل فرضية الوجود القائلة توجد علاقة طردية ونقبل فرضية الوجود القائلة توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية وهذا ما افترضناه ومنه الفرضية محققة.

وكذلك جدول رقم (12) يبين معامل الارتباط بين أبعاد مقياس الوعي الصحي مع المعتقدات الصحية هذا يوضح ويؤكد مدى تأثير الوعي الصحي على المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

بمعنى أن الوعي الصحي يؤثر على قناعات وأفكار الأفراد وهي بدورها تؤثر على قراراتهم حول السلوكيات المتعلقة بالصحة فكلما كان الأفراد ملمين بالمعلومات حول

المسائل الصحية كلما كانت اتجاهاتهم ايجابية وبالتالي الانخراط في السلوك الصحي والعكس.

وهذا ما تتفق معه نتائج دراسة رجب عبد العزيز سليمان واياس محمد لطفي عطية، 2019بعنوان برنامج مقترح في التربية الصحية قائم على بعض القضايا الصحية المعاصرة لتنمية الوعي الصحي الوقائي وتصويب المعتقدات الصحية الخطأ لدى طلبة الدبلوم العام في التربية.

-حيث كانت النتائج بعد حساب معامل الارتباط بيرسون بين المتغيرين إرتباطية عكسية (سالبة) عند مستوى الدلالة0.01 بين المتغيرين، أي كلما ارتفعت درجات الوعي الصحي الوقائي انخفضت درجاتهم في المعتقدات الصحية الخطأ وارتفعت المعتقدات الصحية الصحيحة أي يتم استبدالها بالمعتقدات الصحية الايجابية (عبد العزيز محمد لطفي، 2019، ص37).

كما تتفق النتائج أيضا مع دراسة (بوعلي وردة2020) في دراسة بعنوان الوعي الصحي لدى الطالبات الجامعيات في ضوء نموذج المعتقدات الصحية حول سرطان الثدي، والتي أظهرت انه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي وأبعاد نموذج المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة حول سرطان الثدي.

أي توجد علاقة إرتباطية موجبة بين الحساسية المدركة والوعي الصحي حسب التخصص، بمعنى انه كلما ازدادت قيمته بعد الحساسية المدركة زاد الوعي الصحي، واستنادا للتراث النظري الذي بدوره يدعم تأكيد هذه النتيجة فنموذج المعتقدات الصحية، إن هناك دوافع داخلية تجعل الفرد يدرك انه سيتعرض للخطر لا محال إذا لم يتبع سلوكا صحيا وقائيا يجنبه خطر الإصابة (وردة بوعلي، 2020، ص74).

وهذه النتيجة يمكن تفسيرها حسب رأى الباحثتان أن الوعي الصحي الناجم عن تلقي المعلومات الصحية الصحيحة والدقيقة، من مصادر موثوقة كالمؤسسات الصحية سواء العامة أو الخاصة، الكتب، المجلات، الدوريات العلمية، وكذا وسائل الإعلام، وغيرها توحي للفرد بوضع تقديرات لبعض السلوكيات وذلك بادراك مدى صحتها أو خطورتها

وبالتالي يجب تصويبها، بعبارة أخرى تبني معتقد صحي حول السلوك الصحي (الوقاية، العلاج) وتقدير الفوائد التي تعود على الصحة بالإيجاب وتجسيدها.

ومنه فمستوى الوعي الصحي يلعب دورا هاما على مستوى إدراك الأفراد للصحة ومنه تبني معتقدات صحية مبنية على أساس علمي صحيح ودقيق يمكن تجسيدها في سلوكيات صحية وقائية ايجابية فالعلاقة الطردية التي تظهر بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية تعني أن هناك ارتباطا قويا بين مستوى الوعي الصحي للفرد ومدى تأثير معتقداته الصحية على سلوكه، بمعنى آخر كلما زاد وعي الشخص بأمور الصحة زادت احتمالية تأثير معتقداته الصحية على قراراته وتصرفاته الصحية كما يمكن تفسير هذه العلاقة بان الأفراد الذين يمتلكون مستوى عال من الوعي الصحي عادة ما يكونون أكثر تأكيدا على معتقداته الصحية ويقبلون على تنفيذها بشكل أدق على سبيل المثال "شخص يعتقد أن الحفاظ على نظام غذائي صحي يساعد في تحسين صحته، فانه سيكون أكثر عرضة لإتباع نظام غذائي صحي، والعكس فنقص المعلومات الصحية المتاحة لدى الأفراد تجعلهم غير قادرين على اتخاذ قرارات صحية مدروسة.

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يكون للوعي الصحي دور في تشجيع الأفراد على اتخاذ القرارات الصحية وبالتالي قد يؤدي إلى تشكيل معتقدات صحية ايجابية لديهم، وبالتالي يرتبط زيادة الوعي الصحي بمعتقدات صحية أقوى وأكثر تأثيرا على سلوك الفرد في مستقبله.

كما يمكن تأثير الوعي الصحي في تكوين وتعزيز المعتقدات الصحية لدى الأفراد وتوجيه سلوكهم نحو الصحة والعافية.

وهنا ترتكز عليه فكرة نموذج المعتقدات الصحية لروزنستوك 1955حيث تركز فكرة النظرية على أن قناعات واعتقادات الأفراد مبنية على أساس إدراكه ووعيه بضرورة اتخاذ إجراء صحي إذا شعر بان صحته مهددة، ومنه يجب الانخراط في سلوك صحي آخر وقائي او تعويضه بسلوك صحي آخر يقلل الضرر.

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الاولى:

والتي تنص على توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير السن.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير السن باستخدام اختبار التباين الاحادي ANOVA.

والذي تبين من خلال الجدول رقم(13)، ان قيمة F المحسوبة أقل من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

مستوى المعنوية 0.648 بقيمة أكبر من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير السن. ومنه الفرضية غير محققة.**

ان نتيجة هذه الفرضية تتفق مع دراسة عيادي نادية (2023) التي اكدت على عدم وجود فروق في مستوى الوعي الصحي لطلبة الشاذلي بن جديد تعزى لمتغير السن وقد فسرت الباحثة ذلك لتقارب الاعمار في عينة البحث وحصولهم على المعلومات الصحية من نفس المصادر ، كما وتتفق مع دراسة دلول نبيلة (2018) ومع دراسة fang yuan(2015) التي بينت ان السن هو عامل سلبي لا يؤثر على مستوى الوعي الصحي (fang yuan §all, 2015,p 07)،اما دراسة حرب (2019) فقد بينت وجود فروق في مستوى الوعي الصحي لصالح الفئة العمرية 20-22 سنة (عيادي نادية، 2023، ص 172)، ودراسة وليد حسين (2024) التي وجدت انه توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لصالح الفئة العمرية 31-40 وهي نتائج تختلف عن نتائج الدراسة الحالية التي بينت عدم وجود فروق في مستوى الوعي الصحي تعزى لمتغير السن لدى مرتادي المؤسسات الصحية، وهذا راجع حسب الطالبتين الباحثتين ان السن لا يؤثر على عملية اكتساب السلوكيات الصحية لان غالبية الناس يهتمون بحالتهم الصحية خاصة مع الانتشار الواسع للأمراض فنجدهم يميلون الى ممارسة النشاط البدني والتغذية الصحية والنظافة الشخصية لأنها عوامل

مهمة في الحفاظ على الصحة،فكلما زاد العمر زاد النضج والتفكير وزادت معلوماتهم الصحية فكل الفئات أصبحت على اطلاع بأهمية الصحة واصبحوا يمترسون نفس السلوكيات ولكون العينة التي درسناها مرتادي المؤسسات الصحية يتلقون معلومات دقيقة وصحيحة متعلقة بالصحة والوقاية.وبالتالي زيادة الوعي الصحي.

مناقشة الفرضية الفرعية الثانية: : وتنص على مايلي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس

- لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير الجنس باستخدام اختبا T.للعينتين المستقلتين حيث كانت النتيجة من خلال جدول رقم(14)، بما أن مجموع المتوسطات الحسابية لكلا الجنسين كانت بقيم متقاربة، فهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس.**

- قيمة T المحسوبة أصغر من قيمة T المجدولة (تثبته قيمة المعنوية أكبر من 0.05).

مستوى المعنوية 0.261 بقيمة أكبر من 0.05 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس. **ومنه الفرضية غير محققة.**

وترى الباحثتان ان هذا راجع الى ان الاناث والذكور لديهم فرص متساوية في تلقي المعلومات كما ان مصادر المعلومات الصحية متاحة للجنسين، ولان الصحة أصبحت هاجسا للأفراد نجد ان انتهاج طريقة البرامج الصحية والتوعية الصحية منتشرا في شتى مؤسسات المجتمع انطلاقا من الاسرة، المدرسة ثم المحيط والمجتمع. وانطلاقا من مبدا المساواة والشراكة بين الجنسين نجد الاهتمام بالحالة الصحية غاية الجميع، وهذا ما ذهبت اليه دراسة شاهندة (2021). فيما ظهر الاختلاف مع نتائج هذه الفرضية مع دراسة ايناس قطب واخرون (2021) التي بينت ان في بعض السلوكيات تتميز فيها

الاناث عن الذكور خاصة في ادراك خطورة هذه السلوكيات مثل التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات فيما تميز الذكور عن الاناث في سلوك تناول الفطور والاهتمام بالغذاء (ايناس قطب واخرون، 2021، ص 58)،و دراسة وليد حسين (2024) التي أظهرت ان أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الممارسين للأنشطة الرياضية اكثر وعيا ويعزو ذلك الى ان الأمهات هن من تحملن القدر الأكبر من الضغوط نتيجة رعاية ابنائهن وهو ما يعني انهن تمكن من التعامل مع الضغوط بإيجابية وصولا الى التقبل مما جعلهن اكثر حرصا ووعيا (وليد حسين،2024، ص 263).

مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة: : والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA.حيث اظهرت النتائج احسب الجدول رقم(15) ان:

- قيمة F المحسوبة أقل من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

مستوى المعنوية 0.614 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. ومنه الفرضية غير محققة.**

وهذا راجع الى ان مرتادي المؤسسات الصحية ليس بالضرورة يكون مرتبطا بمستوى التعليم الذي يمتلكونه،قد يكون هناك عوامل أخرى تلعب دورا اكبر في تحديد مستوى الوعي الصحي للأفراد مثل الدعاية الصحية، وسهولة الوصول الى المعلومات الصحية،والتوعية الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية نفسها.قد يكون هناك أيضا اختلافات فردية تؤثر على مدى اهتمامهم بالوعي الصحي بغض النظر عن مستوى تعليمهم.ففي دراسة sanwar §all (2020) وجدت ان الجامعيين في بنغلاديش بعيدون عن الوضع الصحي كونهم يمارسون عادات غير صحية مثل التدخين وتعاطي

المخدرات كما انهم يميلون الى العلاج الذاتي وذلك راجع الى عدم كفاية المرافق الطبية، التوجيه المناسب، الاستشارة الصحية المنتظمة ونقص الوعي الصحي (sanwar,2020,pp178-179)، وهذا ماأكدته دراسة القص(2016).

بينما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسات koç وComet (2023) ودراسة yuan(2015) التي بينت ان المستوى التعليمي كان احد العوامل الحاسمة في الوعي الصحي، ومع دراسة وفاء جاسم (2019) التي وجدت ان نساء الحضر اللائي لديهن شهادة المتوسط والابتدائي هن اعلى وعيا من نساء الريف اللائي لديهن شهادة الابتدائي فقط (وفاء جاسم، 2019، ص 15)، كما اكدت ذلك دراسة وليد حسين (2024) بوجود فروق في الوعي الصحي للعينة تبعا لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين.

اذ يمكن ان نفسر ذلك بان الافراد المتعلمين بمختلف مستوياتهم التعليمية يستمدون وعيهم من معلومات وخبرات من هم حولهم، كما اننا نجد ان هذه الفئة تكون منهمكة اكثر في الارتقاء في المستوى الدراسي ولا تهتم كثيرا بالثقافة والتربية الصحية لقلة الوقت وكثرة المنهاج الدراسي.

مناقشة الفرضية الفرعية الرابعة: وكان مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية.

- لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير الحالة المدنية باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA.حيث اظهرت النتائج من خلال الجدول رقم(16) ان، قيمة F المحسوبة أقل من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

- مستوى المعنوية 0.258 بقيمة أكبر من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية. ومنه الفرضية غير محققة.**

- فعندما نتكلم عن كون الفرد متزوجا او عازبا، فان ذلك قد لا يؤثر على اكتساب الوعي الصحي بشكل مباشر. فالوعي الصحي مسألة شخصية قد تكون مرتبطة بالثقافة والتعليم والبيئة المحيطة، بغض النظر عن الحالة المدنية للفرد، ومع ذلك يمكن لحالة الزواج او العزوبة ان تؤثر على الوعي الصحي من نواح أخرى، على سبيل المثال، الأشخاص المتزوجون قد يكونون اكثر ميلا للتحدث عن القضايا الصحية مع شريك حياتهم، او الالتزام بجدول زيارات الطبيب، على الجانب الاخر، يمكن للأفراد العزب ان يكونون اكثر مرونة في إدارة وقتهم للاعتناء بصحتهم، ولهم الحرية في اتباع عادات صحية خاصة بهم، لكن هذه العلاقة حسب راي الطالبتين الباحثتين ليست بالضرورة، فالإدراك الصحي واتخاذ القرارات الصحية مسالة فردية تعتمد على مجموعة متنوعة من العوامل وهذا ما أكدته دراسة بن غدفة (2009).

- **مناقشة الفرضية الفرعية الخامسة: والتي تنص على انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة.**

- لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب الفروقات الإحصائية للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة باستخدام اختبارT للعينتين المستقلتين.وحسب النتائج الموضحة في الجدولرقم(17)،بما أن مجموع المتوسطات الحسابية لكلا الجنسين كانت بقيم متباعدة، فهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة وذلك لصالح المؤسسات الخاصة وذلك لأنها تتحصل على أكبر متوسط حسابي..**

- قيمة T المحسوبة أكبر من قيمة T المجدول (تثبته قيمة المعنوية أصغر من 0.05).

- مستوى المعنوية 0.000 بقيمة أقل من 0.05 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر وجود فروقات في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير **طبيعة المؤسسة. ومنه الفرضية محققة.**

وهذا قد يكون للمؤسسات الخاصة ميزات تجعلها اكثر جاذبية للمرتادين لكونها توفر خدمات متقدمة وشاملة،وجود معدات حديثة، وتقديم خدمات ذات جودة عالية.وبالتالي يمكن لمرتادي المؤسسات الصحية الخاصة ان يكونوا اكثر وعيا بسبب الاهتمام الإضافي الذي يوليه لهم مالك المؤسسة الخاصة بالتثقيف الصحي وتعزيز الوعي الصحي لديهم، وتوفير المعلومات الصحية مقارنة بالمؤسسات العامة التي قد يكون هناك نفص في توفير المعلومات الصحية والتثقيف الصحي، كما قد يرجع ذلك الى التوجه الاجتماعي فهناك عدة عوامل اجتماعية تؤثر على الوعي الصحي لدى الافراد، مثل الوضع الاقتصادي، القدرة على الوصول الى الرعاية الصحية والتوجه الى نحو الرعاية الصحية العامة، وعوامل أخرى ثقافية وتربوية.

بشكل عام، من الضروري دراسة تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية.

- **مناقشة الفرضية الفرعية السادسة: والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين على المؤسسات الصحية.**

- لاختبار صحة هذه الفرضية وجب علينا القيام بحساب الفروقات الإحصائية للوعي الصحي تبعا لمتغير صفة المرتاد على المؤسسات الصحية باستخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA.وحسب الجدول رقم(18)، اظهرت النتائج: قيمة F المحسوبة أصغر من قيمة F المجدولة. (ANOVA)

مستوى المعنوية 0.566 بقيمة أقل من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في **متغير الوعي الصحي بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتاد على المؤسسات الصحية. ومنه الفرضية غير محققة.**

هناك عدة أسباب تؤدي الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتاد ومنها، عدم وجود تفاوت كبير في المستوى الاقتصادي والاجتماعي بين المرتادين مما يجعلهم يشتركون في

نفس العادات والثقافة الصحية، وقد تكون هاك عوامل خارجية تؤثر على الوعي الصحي مثل الوسائل الإعلامية والحملات التوعوية والتي قد تكون متساوية بين مرتادي المؤسسات الصحية ، كما قد يكون للعامل النفسي تاثيرا في ادراك أهمية الوعي الصحي،ففي دراسة شريفة بن غدفة (2009) التي درست السلوك الصحي في تحسين نوعية الحياة والوعي الصحي كان من بين متغيرات الدراسة الاصحاء والمرضى فوجدت ان الاصحاء يمارسون عادات صحية اكثر من المرضى ويحافظون على صحتهم بشكل افضل (بن غدفة،2009،ص 60)،

وهذا يخالف نتائج دراسة العيفاوي(2020) التي بينت انه كلما كانت درجة ادراك الفرد لقدراته النفسية، الجسدية والاجتماعية في ظل وجود خلل وظيفي كل ما كان بحثه وسعيه متزايد فيما يتعلق بالسلوكيات الصحية فيزداد وعيه الصحي

(العيفاوي،2020، ص61).

اذن قد يكون الاهتمام بالوعي الصحي امرا شخصيا، فهناك افراد مصابين بالأمراض يولون اهتماما كبيرا للحفاظ على صحتهم ومستوى وعيهم الصحي، بينما قد يكون هناك اشخاص لا يكترثون بالوعي الصحي بشكل عام وبغض النظر عن صفتهم كمرضى او مرافقين او زوار وبالتالي قد لا تكون صفة مرتاد تلعب دورا كبيرا في تحديد مستوى الوعي الصحي للأفراد.

وبالنسبة لمستويات الوعي الصحي الموضحة في جدول رقم (19):أظهرت النتائج المتحصل عليها ان مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية متوسط،وبما ان عينة مرتادي المؤسسات الصحية تتدرج ضمنها فئات متعددة،تلاميذ، طلبة جامعيين، رياضيين وغير الرياضيين، الراشدين، الأمهات والاباء الذين يقطنون الحضر وأولئك الذين يقطنون الريف، وعلى تعداد صفاتهم تعددت الدراسات حول الوعي الصحي لديهم، ومن بين الدراسات التي تتوافق معها الدراسة الحالية، دراسة كل من وليد حسين حسن (2024)التي وجدت ان مستوى الوعي الصحي عند أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الممارسين للنشاط الرياضي متوسط، وكذا دراسة أمال زكي

وعلياء رباب (2023) بان مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ مرحلة الابتدائي في محافظة الفيوم المصرية متوسط وتؤيدها دراسة العربي محمد (2018) بمستغانم وهذا ما توصلت اليه دراسة عيادي نادية (2023).فيما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات القديم وشرادي (2021) في دراسة مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالأمراض المزمنة حيث وجدته منخفضا،وفي دراسة YUAN 2015 فقد وجدت ان الوعي بالمعرفة الصحية لدى سكان الريف منخفض جدا، أما دراسة القص وجابر نصر الدين (2016) وجدت ان مستوى الوعي الصحي لدى عينة من تلاميذ التعليم المتوسط مرتفعا وأكدته دراسة خويلدي، قزقوز وبن سميشة (2018) في دراسة للطلبة الذكور الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية وغير الممارسين.

حسب راي الطالبتان الباحثتان من خلال هذه الدراسات ان هناك عدة أسباب قد تؤدي الى ان يكون مستوى الوعي الصحي يتفاوت بين منخفض،متوسط ومرتفع منها، نقص التوعية والتثقيف الصحي مما يؤدي الى عدم فهم أهمية الاهتمام بالصحة وتبني أسلوب حياة صحي،قلة الدعم والتشجيع من المؤسسات الصحية لتعزيز الوعي الصحي وتشجيع الافراد على اتباع نمط حياة صحي، قلة الوقت والجهد في ظل تطور الحياة اليومية وزيادة وتيرة الحياة العملية، قد يفقد الناس الوقت والجهد اللازمين للاهتمام بالصحة وتبني سلوكيات وممارسات صحية كما وقد تلعب العوامل الاقتصادية دورا هاما في تحديد قدرة الافراد على الاهتمام بصحتهم لقلة مواردهم مما يؤثر على قدرتهم على الوفاء بالاحتياجات الصحية.وبالتالي يجب تحفيز المؤسسات الصحية على تعزيز التوعية الصحية والتثقيف الصحي لدى المرتادين وتوفير الدعم اللازم لهم لاتخاذ خطوات إيجابية نحو الاعتناء بصحتهم.

مناقشة الفرضية الفرعية السابعة:

والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية، تعزى لمتغير السن ومن اجل التحقق من صحة هذا الفرض تم حساب الفروق بطريقة تحليل التباين Anova الذي اظهر أن قيمة(F) المحسوبة أكبر من قيمة (F)المجدولة، وقيمة

مستوى المعنوية 0.046اقل من 0.01مستوى الدلالة المعتمد هذا يفسر وجود فروقات في المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير السن ومنه الفرضية محققة وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في متغير المعتقدات الصحية وذلك وفق ما هو موضح في الجدول رقم (20) حيث أظهرت النتائج أن الفروق كانت لصالح الفئة العمرية من 31-44.

جاءت نتائج الدراسة الحالية مطابقة لما توصلت له دراسة كل من (جونسون، ماكليود وليام، لوزا كينيدي، ماكليود كاثرين) Johnson, William Mcleod, Laura) Kennedy, Katherine) حول علاقة المعتقدات الصحية وترقق العظام بين الشباب وكبار السن من كلا الجنسين، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن ولصالح الأكبر سنا. (أسماء لشهب، حياة بن عيشة، د.ت، ص58).

كذلك هذا ما يتفق مع التراث النظري الذي أكد على العوامل الديموغرافية في تأثيرها على المعتقدات الصحية أي إن المعتقدات الصحية تختلف وتتأثر باختلاف السن.

وتفسر هذه النتائج حسب رأي الباحثتان: إن الفروق في هذه المرحلة من31-44 ترجع إلى كون هذه المرحلة تصنف ضمن مرحلة الشباب، ولما لهذه المرحلة من خصوصية نفسية وعقلية وجسدية.

قد تكون أهمية الحفاظ على الصحة والإقبال على السلوك الوقائي في مرحلة الشباب من الأهداف الأساسية، يرجع ذلك إلى الاهتمام بالمظهر الخارجي في هذه الفترة من العمر، فقد يكون الأفراد أكثر اهتماما بمظهرهم الخارجي وصحتهم وبالتالي يكونون أكثر عرضة للتفكير في معتقدات صحية محددة وإتباع نمط حياة صحي.

قد يكون للأفراد في هذه المرحلة الوعي والنضج الفكري أي مستوى عال من الوعي بأهمية الصحة والعناية بالجسم مما يؤدي إلى تشكيل معتقدات صحية أكثر توعية ومسؤولية بإدراكهم لعوامل الخطر المهددة للصحة وإدراك الفوائد من السلوك الصحي كذلك القدرة البدنية في هذه المرحلة على ممارسة الأنشطة الصحية كالرياضة كذلك

يرجع الاختلاف إلى التجربة الحياتية قد يكون للأفراد في هذه الفئة العمرية تجارب صحية سابقة أو واجهوا مشاكل صحية بحد وتدرج معين، مما يؤدي إلى تأثير ذلك على اعتقاداتهم الصحية.

كذلك التغيرات الحياتية يمكن أن تكون الفترة ما بي31-44 مرحلة في الحياة تتسم بتغيرات كبيرة مثل الزواج والإنجاب، العمل والمسؤوليات الأسرية والمهنية وهذه التغيرات يمكن أن تؤثر على طريقة اعتبار الفرد لصحته، وتكون لديهم مسؤوليات اكبر تجاه أنفسهم وعائلاتهم، مما يجعلهم يولون اهتماما خاصا بموضوع الصحة ويقومون باتخاذ إجراءات على صحتهم بشكل أفضل.

مناقشة الفرضية الفرعية الثامنة:

والتي تنص على انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس وللتأكد من صحة هذه الفرضية ثم حساب الفروق باختبار test t للفروق بين متوسطي عينة الجنس (ذكر/ أنثى) كما هو موضح في الجدول رقم (21).

حيث أن قيمة (T)المحسوبة اصغر من قيمة(T) مجدولة (ثبتته قيمة المعنوية اكبر من 0.05.

ومستوى المعنوية 0.200بقيمة اقل من 0.01مستوى الدلالة المعتمد هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الجنس ومنه الفرية غير محققة.

وهي مطابقة لنتائج دراسة أسماء لشهب وحياة بن عيشة في دراسة بعنوان المعتقدات الصحية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) من ذوي القصور الكلوي في متغير المعتقدات الصحية التعويضية (أسماء لشهب، بن عيشة حياة، د ت، ص54).

وتعارضت مع دراسة مونة زهور، ومولود يسمينة 2023، في دراسة بعنوان المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، حيث أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في طبيعة المعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة من المراهقين المصابين بداء السكري تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث. (مونة زهور، مولود سمية، 2023، ص105) وحسب رأي الباحثتان تعود نتائج الدراسة الحالية إلى أن عامل الجنس أصبح غير مؤثر في المعتقدات الصحية.

مرتاد المؤسسات الصحية سواء كان ذكرا أو أنثى أصبح لديهم نفس الهدف وهو السلامة الصحية وعدم الانتكاس، فالتمتع بالصحة أصبح من أولويات الجنسين، فقناعاتهم وتصوراتهم تجاه الصحة والاهتمام والعناية بالسلامة البدنية، لا تختلف لان التغيرات في المجتمع بصفة خاصة والعالم بصفة عامة أثرت على توجهات الذكور والإناث نحو الصحة والرعاية بشكل متجانس فنجد كلا الجنسين يقبلون على المؤسسات الصحية ويتلقون الإرشادات الطبية والعلاجات المختلفة.

ولان هناك جهود مشتركة بين الجنسين لتوعية الأفراد بشان الصحة بشكل عام، مما يؤدي إلى تقليل الفجوة بين الجنسين في المعلومات الصحية، إذا فتوفر نفس الخدمات الصحية بين الجنسين تجعلهم يتبنون معتقدات صحية متجانسة تجعلهم ينتبهون لما يصيبهم من مخاطر وأضرار صحية، بالإضافة إلى توفر نفس الظروف الصحية فالتشابه في الأمراض والحالات الصحية التي يواجهها كل من الذكور والإناث يجعلهم يتبعون نفس النهج في العناية بصحتهم، خاصة وأننا نشهد انتشارا كبيرا للأمراض المزمنة في الوقت الحلي عند الجنسين كذا العوامل الثقافية أصبحت تعزز التوازن بين الجنسين في جميع المجالات منها مجال الصحة والرعاية الصحية، الأمر الذي يؤثر على المعتقدات والسلوكيات الصحية بين الجنسين أي تبني قناعات وتصورات بأهمية الصحة.

مناقشة الفرضية الفرعية التاسعة:

والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للتأكد من صحة هذه الفرضية ثم حساب الفروقات الإحصائية للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرتادي المؤسسات الصحة باستخدام اختيار تحليل التباين الأحاديAnova والذي اظهر أن قيمة(F) المحسوبة اكبر من قيمة(F) المجدولة، وقيمة مستوى المعنوية اقل من مستوى الدلالة المعتمد.

هذا ما يفسر وجود فروقات في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي ومنه تحقق الفرضية وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، في متغير المعتقدات الصحية ذلك وفق ما هو موضح في الجدول رقم(22) حيث اظهر أن الفروق لصالح مرحلة المتوسط.

وهذه النتيجة تؤكد الدراسة التي قامت بها سعاد خشاب(2011)بعنوان علاقة المتغيرات الصحية بالسلوك الجنسي الأمن لدى المتزوجين، حيث توصلت إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي، وهو مطابق للتراث النظري والواقع الصحي المعاش، حيث يعتبر المستوى التعليمي من أهم العوامل المؤثرة في فهم الحساسية المدركة التي تساهم في الوعي والمعرفة بما يتعلق بالدرجة المدركة من الخطورة إذ لم يواجه الفرد أو يستعد للمواجهة بادراك المشكل الصحي ونتائجه الوخيمة فالأفراد يبقون أصحاء أو يمرضون نتيجة لتصرفهم أو سلوكهم، هذه السلوكات نكون في غالب الأحيان مرتبطة بمستواهم الثقافي والتعليمي (خشاب سعاد،2011، ص124).

وحسب رأي الباحثتان تشير النتيجة المتوصل إليها أن من أهم العوامل المؤثرة على المعتقدات الصحية المستوى التعليمي، فالأفراد ليس لهم نفس القيم والأفكار والاتجاهات ويختلفوا في طريقة إتباعهم لسلوكات صحية يرجع ذلك للمستوى التعليمي

الذي تلقاه الفرد ومدى اطلاعه على المعلومات المتعلقة بالمسائل الصحية، فهي تجعله يضع تقديرا للمخاطر التي تهدد صحته ويدرك مدى تعرضه للأمراض، والأمر الذي يجعله يتخذ إجراءا صحيا احترازيا لتجنب الأضرار الصحية، ويرجع ذلك إلى الخبرة والمعارف التي يلعب التعليم دورا فعالا في تنميتها، فقد يكون للأفراد ذوي المستوى التعليمي العالي مهارات أفضل في فهم وتقييم المعلومات الصحية وبالتالي تبني معتقدات صحية وأكثر توجها وتحققا للسلوك الصحي.

كذلك يمكن تفسير الفروق في مرحلة المتوسط إلى طريقة الوصول إلى معلومات صحية مع تقدم التكنولوجيا وتوسع نطاق الانترنت، فان الأفراد في هذه المرحلة قد يكونون أكثر قدرة على الوصول إلى معلومات صحية وتبادل الخبرات مع الآخرين مما يؤثر على معتقداتهم الصحية واتخاذ قرارات بشان صحتهم.

كذلك نتيجة الدراسة الحالية جاءت مؤيدة للدراسة التي قام بها جونسون وماكليود وليام، ولورا كيندوي، ماكليور كاثرين (jhonson, wiliam mcleord, laura kenndy, kathrine mcleoud) حول علاقة المعتقدات الصحية وترقق العظام بين الشباب وكبار السن من كلا الجنسين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين بمعنى أن المعتقدات الصحية تكتسب من خلال عمليات التعلم (أسماء لشهب، حياة بن عيشة،دت، ص58)، بناءا على هذه النتائج ممكن القول أن المستوى التعليمي عامل رئيسي يؤثر على معتقدات الأفراد.

فالأفراد ذوي المستوى التعليمي العالي ليس بالضرورة أن يكون لديهم معتقدات ايجابية والعكس أصحاب المستوى المتوسط ليس بالضرورة أن يكون لديهم معتقدات سلبية خاطئة وهذا يتوقف كذلك على مدى إدراكهم وفهمهم للمعلومات ودور المصادر في إيصال وتوضيح المعلومة.

مناقشة الفرضية الفرعية العاشرة:

والتي مفادها توجد فروق ذات إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية، ولاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب الفروقات الإحصائية للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير الحالة المدنية باستخدام اختيار التباين الأحادي Anova والتي أظهرت أن قيمة(F) المحسوبة اقل من قيمة(F) الجدولية، وقيمة مستوى المعنوية 0.350 قيمة اكبر من 0.01مستوى الدلالة المعتمد وهذا ما يفسر عدم وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية ومنه الفرضية غير محققة.

وجاء نتائج الدراسة الحالية مناقضة لدراسة باهية فالق2016 في دراسة بعنوان المعتقدات الصحية عند المدخنين وعلاقتها بأسلوب الحياة، حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعا لمتغير الحلة المدنية لصالح المتزوجين (باهية فالق2016، ص123).

ومناقضة أيضا للتراث النظري حيث تلعب العوامل السوسيوديموغرافية فيه دورا هاما في معتقدات الأفراد.

وحسب تفسير الباحثتان لنتائج الدراسة الحالية أن مصادر الوعي المشتركة بين مرتادي المؤسسات الصحية تجعلهم يتبنون معتقدات صحية متشابهة بغض النظر عن حالتهم المدنية، أو يرجع ذلك لمستواهم التعليمي أكثر لان المتعلمون تجدهم أكثر عرضة لتبني معتقدات صحية مماثلة بغض النظر عن الحالة المدنية كما أن الخلفية الثقافية تلعب دورا هاما فالعوامل الثقافية المشتركة تجعل لديهم نفس التصورات والقناعات الصحية.

وبما أن الصحة أصبحت من الأولويات لجميع الأفراد، فالحالة المدنية ليست بالضرورة عاملا رئيسيا يؤثر في المعتقدات الصحية لدى المرتادين على المؤسسات الصحية، أي أن الأفكار والمعتقدات والاتجاهات الصحية ترجع إلى دوافع داخلية وخارجية تجعل الأفراد يتخذون قرارات تتعلق بصحتهم، وكذا طريقة إدراكهم وتقسيمهم للمخاطر المهددة

للصحة مثل: فإذا كان المرتادين يدركون أن الكشف الدوري عن السرطانات أو الأمراض الوراثية مثلا من الأهداف المهمة في حياته وتجنبا للأمراض يقوم به لأنه يدرك مدى أهمية الصحة بعيدا عن حالته المدنية.

مناقشة الفرضية الفرعية الحادي عشر:

والتي تنص على انه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروقات الإحصائية للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير طبيعة المؤسسة باستخدام اختبار اللغتين المستغلين والتي أظهرت، بما أن مجموع المتوسطات الحساسية كانت تقييم متباعدة، فهذا يدل على انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة لصالح المؤسسات العامة حيث كانت قيمة (T)المحسوبة اكبر من قيمة(T) الجدولية (تنمية قيمة المعنوية اقل من 0.05، وقيمة مستوى المعنوية 0.000بقيمة اقل من 0.001مستوى الدلالة المعتمد، هذا ما يفسر وجود فروقات في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير المعتقدات الصحية تعزى كالمتغير طبيعة المؤسسة لصالح المؤسسات العامة ومنه تحقق الفرضية.

وحسب تفسير الباحثتان لنتائج الدراسة أن طبيعة المؤسسة تؤثر على أفكار واتجاهات الأفراد وذلك يرجع ثقة الأفراد الكبيرة في الخدمات الصحية التي تقدم في المؤسسات الصحية العامة نظرا لسمعتها الجيدة الموثوق بها في المجتمع.

كذلك التكلفة فالمؤسسات العامة اقل تكلفة مقارنة بالمؤسسات الخاصة، مما يجعلها أكثر جاذبية للأفراد الذين لديهم موارد محدودة.

تعتبر المؤسسات العامة أكثر توفرا وإمكانية الوصول إليها أمر سهل مما يجعلها الخيار الأمثل للبعض والإقبال عليها يكون أكثر من المؤسسات الخاصة هذا ما يجعل الفروق في بين مرتادي المؤسسات الصحية في المعتقدات الصحية.

فهذا يجعلهم يعتقدون أن المؤسسات العامة تقدم خدمات ذات جودة أعلى وتلبي احتياجاتهم بشكل أفضل من المؤسسات الخاصة.

كذلك جودة المعلومات والتوصيات الطبية التي تجعل الأفراد يتبنون معتقدات صحية وإمكانية تجسيدها في الواقع خاصة المؤسسات العامة الإقبال عليها كبير يرجع للأسباب السالفة الذكر، يستقبل جميع الفئات والحالات، هذا المبرر الذي يجعل لديهم معتقدات وتصورات متعلقة بالصحة تختلف عن المؤسسات الصحية الخاصة أي أفكارهم تختلف اتجاه المؤسسات حسب الخدمات الصحية المقدمة وإدراك مدى فعاليتها وفائدتها على صحتهم وهذا ما يتحقق مع التراث النظري حيث أكد على تأثير العوامل السوسيو ديمغرافية على المعتقدات الصحية.

مناقشة الفرضية الفرعية الاثني عشر:

والتي تنص على انه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين للمؤسسات الصحية، وللتحقق من صحة هذه الفرضية ثم حساب الفروقات الإحصائية للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير صفة المرتادين على المؤسسات الصحية باختيار التباين الأحاديAnova والتي أظهرت قيمة (F) المحسوبة اكبر من قيمة (F) الجدولية وقيمته مستوى المعنوية 0.006اكبر من 0.01 مستوى الدلالة المعتمد هذا ما يفسر عدم وجود فروقات في متغير المعتقدات الصحية بين مرتادي المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين على المؤسسات الصحية تعزى لمتغير صفة المرتادين على المؤسسات الصحية، ومنه الفرضية غير محققة.

وحسب تفسير الباحثتان لنتائج الدراسة أن اختلاف صفة المرتاد لا تؤثر على قناعاته وإدراكاته وتصوراته للصحة وهذا قد يرجع إلى الدور القيم الذي يلعبه الأطباء والممرضون في نشر المعلومات الصحية وإرشاد المرضى ويحثونهم على إتباع النصائح الطبية والوقاية من الأمراض، ونظرا لان هذه النتائج مبنية على دلائل علمية فإنها تكون متسقة بين المرتادين تجعلهم يكتسبون نفس الأفكار والاتجاهات الصحية.

يرجع ذلك إلى المعتقدات الثقافية المنتشرة في المجتمع فقد تكون بعض المعتقدات الصحية موجودة في جميع الثقافات مثل أهمية النظافة والتغذية السليمة وبالتالي قد يكون هناك توافق في المعتقدات الصحية بين مختلف فئات المرتادين أو المجتمع بصفة عامة.

كذا الانتشار الواسع لوسائل التوعية الصحية المختلفة كالحملات التحسيسية، الندوات، البرامج التلفزيونية الإعلانات تساهم في توفير نفس المعلومات لكل فئات المجتمع، فضلا عن التطور العلمي الذي نشهده ومع تقدم التكنولوجي يتم تحديث المعرفة الصحية والتوصيات بين مختلف المستشفيات والمراكز الصحية.

المرضى ومرافقوهم يتلقون نفس المعلومات والتوجيهات الصحية من قبل الموظفين الطبيين في المؤسسات الصحية مما يؤدي إلى تشابه في المعتقدات والسلوكيات الصحية بين هؤلاء الأفراد بالإضافة إلى ذلك يكون لديهم نفس الاهتمام بالحفاظ على صحتهم والالتزام بالتوصيات الصحية سواء كانوا مرضى يتلقون العلاج أو مرافقين يقومون برعاية شخص مريض، أو زوار يأتون لزيارة احد مرضاهم ومنه تكون لهم قناعات متجانسة بشان أهمية إتباع نظام غذائي صحي وممارسة التمارين الرياضية وتجنب التدخين والكحول وغيرها من العوامل التي تسهم في الحفاظ على الصحة.

أو بالمجمل يمكن أن يكون عدم وجود فروق في المعتقدات الصحية لمرتادين المؤسسات الصحية ناتجا عن مشاركتهم لنفس البيئة وإتباع نمط حياة معين.

4- المناقشة العامة:

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة، ومعرفة الوعي الصحي والمعتقدات الصحية والعلاقة بين هذين المتغيرين لدى مرتادي المؤسسات الصحية، ومن خلال مناقشة وتحليل هذه النتائج وفقا لكل فرضية في ضوء الدراسات السابقة التي أجريت حول متغيرات الدراسة تم تحقق خمسة فروض من أصل ثلاثة عشر فرضية وكانت النتائج المتوصل إليها حسب كل فرضية كالآتي:

-تحقق الفرضية العامة والتي كانت كالآتي: توجد علاقة إرتباطية طردية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية، وكانت هذه النتيجة متوافقة مع الدراسات السابقة والتي من بينها دراسة فوقيه رجب عبد العزيز سليمان وايناس محمد لطفي عطية ودراسة بوعلي وردة، فالوعي الصحي يؤثر على قناعات وأفكار الأفراد وهي بدورها تؤثر على قراراتهم حول السلوكيات المتعلقة بالصحة. فكلما كان الأفراد ملمين بالمعلومات حول المسائل الصحية كلما كانت إتجاهاتهم حول الصحة إيجابية، وبالتالي الإنخراط في السلوك الصحي والعكس، وهذا أيضا مطابق للتراث النظري، إذ كلما زاد وعي الشخص بالمخاطر التي تهدد صحته زادت احتمالية تأثير معتقداته الصحية على قراراته تجاه صحته.

أما الفرضيات الفرعية المتعلقة بمتغير الوعي الصحي حسب المتغيرات الديموغرافية والإجتماعية (السن-الجنس-المستوى التعليمي-الحالة المدنية-طبيعة المؤسسة وصفة المرتاد)، تحققت الفرضية المتعلقة بمتغير طبيعة المؤسسة وذلك لصالح المؤسسات الصحية الخاصة. ويفسر ذلك أن المؤسسات الصحية الخاصة لها ميزات خاصة تجعلها أكثر جاذبية، ويرجح ذلك إلى التوجه الإجتماعي فهناك عدة عوامل إجتماعية تؤثر على الوعي الصحي لدى الأفراد، مثل الوضع الإقتصادي والقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية والتوجه نحو الرعاية الصحية العامة، وعوامل أخرى ثقافية تربوية.

-أما بالنسبة لعدم تحقيق الفرضية المتعلقة بمتغير السن فسرنا ذلك بأن السن عامل لا يؤثر على مستوى الوعي الصحي أي أن السن أصبح لا يؤثر على عملية اكتساب السلوكيات الصحية لأن غالبية الناس أصبحوا يهتمون بحالتهم الصحية خاصة مع الانتشار الواسع للأمراض فكل الفئات أصبحت على اطلاع بمواضيع الصحة، كما يميلون إلى ممارسة نفس السلوكيات كالرياضة، والتغذية الصحية والنظافة الشخصية لأنها مهمة للحفاظ على الصحة، ولكون العينة التي درسناها مرتادي المؤسسات الصحية فهي تحتوي على جميع الفئات العمرية، الذين يتلقون معلومات دقيقة وصحيحة متعلقة بالصحة والوقاية فقد يكون ذلك أكبر عامل يؤثر في الوعي الصحي لديهم أكثر من عامل السن.

-كذلك عدم تحقق الفرضية المتعلقة بمتغير الجنس وجاءت هذه النتيجة مطابقة لدراسة شاهندة "2021"، وتم تفسير ذلك بأن الإناث والذكور لديهم فرص متساوية في تلقي المعلومات كما أن مصادر المعلومات الصحية أصبحت متاحة للجنسين، فالصحة أصبحت هاجسا للأفراد (كلا الجنسين). فنجد أن إنتهاج طريقة البرامج الصحية والتوعية الصحية منتشرا في جميع مؤسسات المجتمع، وإنطلاقا من مبدأ المساواة والشراكة بين الذكور والإناث نجد الإهتمام بالصحة غاية المجتمع.

-كما يرجع عدم تحقق الفرضية المتعلقة بمتغير المستوى التعليمي إلى أن مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية ليس بالضرورة أن يكون مرتبطا بمستوى التعليم لديهم، قد يكون هناك عوامل أخرى تلعب دورا أكبر في تحديد مستوى الوعي الصحي لديهم الدعاية الصحية وسهولة الوصول إلى المعلومات الصحية، والتوعية الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية نفسها، كما قد تكون هناك اختلافات فردية تؤثر على مدى اهتمامهم بالوعي الصحي بغض النظر عن مستوى تعليمهم وجاءت هذه النتيجة مطابقة لدراسة Shouwer sall.

-أما فيما يخص عدم تحقق الفرضية المتعلقة بالحالة المدنية والتي جاءت ملائمة لنتائج دراسة بن غدفة 2009،فكون الفرد متزوجا أو عازب أو مطلق، لا يؤثر ذلك

على اكتساب الوعي الصحي،فهو مسألة شخصية قد تكون مرتبطة بعوامل أخرى كالثقافة والبيئة المحيطة، فمثلا نجد المتزوجون يكونون أكثر ميلا للتحدث عن قضايا الصحة مع الشريك والإلتزام بالمواعيد الطبية، على الجانب الآخر، الأفراد العزب يكونون أكثر مرونة في إدارة وقتهم للإعتناء بالصحة ولهم الحرية في اتباع عادات صحية خاصة بهم، فالوعي الصحي واتخاذ القرارات الصحية مسألة فردية.

-كما تم التوصل أيضا إلى عدم تحقق الفرضية المتعلقة بمتغير صفة المرتاد فكانت رؤيتنا لذلك أن عدم وجود التفاوت الكبير في المستوى الاقتصادي والاجتماعي بين المرتادين يجعلهم يشتركون في نفس العادات والثقافة الصحية، وقد يكون هناك عوامل خارجية تؤثر على مستوى الوعي الصحي مثل الوسائل الاعلامية والحملات التوعوية والتي قد تكون متساوية بين المرتادين للمؤسسات الصحية.

-ومن جهة أخرى نجد الفرضيات الفرعية المتعلقة بمتغير المعتقدات الصحية وفق للمتغيرات الديمغرافية والاجتماعية أيضا (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، طبيعة المؤسسة، وصفة المرتادين) فقدتم تحقق ثلاثة فرضيات المتعلقة بالمستوى التعليمي والسن، وكذا متغير طبيعة المؤسسة.

-فنجد تحقق الفرضية المتعلقة بمتغير السن وهذا راجع بأن المعتقدات الصحية تختلف وتتأثر حسب المرحلة العمرية، وهذا ما يتفق معه التراث النظري الذي أكد على العوامل الديمغرافية في تأثيرها على المعتقدات الصحية.

كما تعتبر المرحلة العمرية من 31-44 والتي كانت النتيجة لصالحها ضمن مرحلة الشباب ولها خصوصية نفسية وعقلية وجسدية، لهذا تعتبر أهمية الحفاظ على الصحة والانخراط في السلوك الوقائي من الأهداف الأساسية في مرحلة الشباب، ويرجع ذلك إلى عوامل عدة كالوعي والنضج الفكري في هذه المرحلة وجاءت هذه النتيجة مؤيدة لدراسة جونسون ماكليود وليام لورا كينيدي، ماكليود كاثرين.

-بالإضافة إلى تحقق الفرضية المتعلقة بمتغير المستوى التعليمي حيث تم تفسير هذه النتيجة بأن المستوى التعليمي من العوامل المؤثرة على المعتقدات الصحية، فالأفراد

ليس لهم نفس القيم والأفكار والاتجاهات ويختلفون في طريقة اتباعهم لسلوكيات صحية، وهذايرجع للمستوى التعليمي الذي تلقاه الفرد.

فالتقدير الذي يضعه الأفراد للمخاطر والتهديدات ومدى تعرضهم للأمراض راجع للخبرة والمعارف التي يلعب التعليم دورا فعالا في تنميتها وهذا ما اتفقت معه دراسة خشاب سعاد 2011، فالأفراد يبقون أصحاء أو يمرضون نتيجة لتصرفهم أو سلوكهم، هاته السلوكيات تكون في غالب الأحيان مرتبطة بمستواهم الثقافي والعلمي (خشاب سعاد، 2011، ص 124).

وتم تفسير تحقق الفرضية المتعلقة بمتغير طبيعة المؤسسة إلى أن تأثير المؤسسات الصحية على الأفكار والقناعات لدى الأفراد يرجع إلى عدة عوامل، الثقة في الخدمات الصحية التي تقدم في المؤسسات العامة نظرا إلى سمعتها الجيدة في المجتمع، إضافة إلى التكلفة، فالمؤسسات العامة تكون أقل تكلفة مقارنة بالمؤسسات الخاصة، كذا العوامل الثقافية وإمكانية الوصول إلى المؤسسات العامة لأنها الأكثر توفرا في المجتمع.

أما بالنسبة لعدم تحقق الفرضية المتعلقة بمتغير الجنس، تم تفسير ذلك أن عامل الجنس أصبح غير مؤثر في المعتقدات الصحية وهذا لأن التمتع بالصحة أصبح من أولويات الذكور والإناث، فقناعاتهم وتصوراتهم تجاه الصحة والاهتمام والعناية بالجسم لا يختلف لأن التغيرات الحاصلة في المجتمع والعالم بصفة عامة أثرت على توجهات الذكور والإناث بخصوص الصحة والرعاية بشكل متجانس وهو ما تطابقت معه دراسة أسما لشهب وحياة بن عيشة.

–وفيما يتعلق بعدم تحقق الفرضية تبعا لمتغير الحالة المدنية، لأن الصحة أصبحت من الأهداف الأساسية لكل الأفراد بغض النظر عن حالتهم المدنية كما يرجع ذلك أيضا للعوامل الثقافية المشتركة التي تجعل المرتادين يتبنون نفس المعتقدات الطبيعية المتجانسة فالحالة المدنية ليست بالضرورة عاملا رئيسيا مؤثرا في المعتقدات الصحية، لأن الصحة من الأولويات المهمة لدى الأفراد بغض النظر عن الحالة المدنية.

فإذا كان المريض أو مرافقه يدرك أن عدم الالتزام بالحمية نجده يقوم بتغيير سلوكه الخاطئ بعيدا عن حالته المدينة.

كما يرجع عدم تحقيق الفرضية المتعلقة بمتغير صفة المرتادين إلى أن الاختلاف في صفة المرتاد ليس له تأثير على القناعات الصحية، وأن الدور الطبي يلعب دورا هاما في نشر المعلومات الصحية وإرشاد المرضى ويحثونهم على اتباع النصائح الطبية والوقائية من الأمراض ونظرا لأنها مبنية على أساس علمي فهي تكون متسقة بين المرتادين جعلهم يكسبون معتقدات وأفكار واتجاهات صحية صحيحة ودقيقة.

ويمكن القول بأن الدراسة حقق بعض أهدافها التي تم ذكرها إضافة لذلك معرفة مستوى الوعي لدى مرتادي المؤسسات الصحية والذي كان متوسط وهذا راجع للعينة التي درسناها تحتوي على فروق فردية إضافة إلى الاختلاف في المستوى التعليمي.

وبغض النظر من الفرضيات التي جاءت منافية لما توقعناه يمكن القول بأن الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية، عناصر أساسية لضمان الصحة الجيدة، فالوعي الصحي يقدم مساعدة للأفراد لإتخاذ قرارات تتعلق بصحتهم بينما تلعب المعتقدات الصحية دورا كبيرا في توجيه سلوك الفرد نحو الاهتمام بصحته واللجوء إلى المؤسسات الصحية عند الحاجة لذلك.

خـاتـمـة

خاتمة:

وفي النهاية وإستنادا لنتائج الدراسة المتحصل عليها يمكننا القول أن الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية تعتبر من العناصر الأساسية لضمان العناية الصحية الجيدة فالوعي الصحي يمكنه أن يساعد الأفراد على اتخاذ القرارات الصحيحة بشأن صحتهم والحد من مخاطر الأمراض، بينما تلعب المعتقدات الصحية دورا كبيرا في توجيه سلوك الفرد نحو الوقاية والعناية بصحته وذلك بممارسة السلوكيات الصحية واللجوء إلى المؤسسات الصحية عند الحاجة لذلك، كما تلعب بعض المتغيرات الديمغرافية والإجتماعية (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، طبيعة المؤسسة، صفة المرتاد) في التأثير على تبينهم لهذه القرارات والإتجاه نحو تحقيق نمط حياة صحي.

ومنه ارتأينا في دراستنا الحالية إلى تسليط الضوء وعلى الوعي الصحي وعلاقته بالمعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية وكيف يمكن لمستوى الوعي الصحي لديهم من تعزيز المعتقدات الصحية الصحيحة واتخاذ القرارات الدقيقة التي تتعلق بالرعاية الصحية والوقاية إذ توصلت الدراسة على وجود علاقة طردية بين الوعي الصحي والمعتقدات الصحية، حيث تلعب الثقافة الصحية دورا فعالا في تغيير وتوجيه أفكار وتصورات الأفراد تجاه الرعاية الصحية والسلوك الوقائي من المخاطر والأمراض.

إن تحسين الوعي الصحي يعزز المعتقدات الصحية لدى مرتادي المؤسسات الصحية، وبالتالي تعزيز صحة الفرد والمجتمع بأسره.

فالوعي بالأمراض والوقاية منها والعناية بالصحة يمثل أساسا لبناء مجتمع صحي متوازن.

كما توصلنا إلى وجود فروق في الوعي الصحي تعزى لمتغير طبيعة المؤسسة الصحية،وعدم وجود فروق في متغير السن، الجنس، ومن جهة أخرى توصلنا إلى وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي والسن وطبيعة المؤسسة وعدم وجود فروق في الجنس، والحالة المدنية وصفة المرتاد.

ونظرا لقلة الدراسات حول الوعي الصحي والمعتقدات الصحية معا، هذا يستدعي إجراء العديد من الدراسات والتعمق في هذا الموضوع لتسليط الضوء على العوامل الأخرى المؤثرة في متغيرات الدراسة، وذلك لوضع برامج وقائية علاجية لتعزيز الصحة وهو الهدف الذي تسعى لتحقيقه جميعا من خلال دعم وتعزيز الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى المجتمع.

التوصيات والاقتراحات:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة يمكن إدراج التوصيات والاقتراحات التالية:

- إجراء دراسة للكشف عن الممارسات الصحية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية والوعي الصحي في المؤسسات الصحية.
- إجراء دراسة مقارنة للكشف عن الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لدى عينة من الأفراد المرتادين للمؤسسات الصحية وغير المرتادين.
- التشجيع على إكمال هذه الدراسة ودراسة متغيرات أخرى أي التوسع في الدراسة بهدف التوعية بأهمية الممارسات الصحية.
- توفير برامج تثقيفية وورش عمل حول الصحة والوقاية من الأمراض للمرتادين والمجتمع المحلي في ضوء نموذج المعتقدات الصحية.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

المصادر:

- القرآن الكريم
- ابن منظور، لسان العرب، الجزء الثالث.

المراجع العربية:

- أبو العيون سمير أحمد، (2013)، الثقافة الصحية، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أبو علام رجاء محمود، (2006)، مناهج البحث في العلوم النفسية التربوية، ط5، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- أحمد محمد بدح، ومزاهرة أيمن سليمان ، وبدران زين حسين، (2009)، الثقافة الصحية، ط1، الأردن، دار المسيرة.
- الأحمدي علي ، (2003)، مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ الصف الثاني ثانوي وعلاقته باتجاهاتهم الصحية في المدينة المنورة ، رسالة ماجيستير ، جامعة أم القرى، الرياض.
- الحضبي ابراهيم بن عبد الرحمن ، (2019)، درجة مستوى الوعي الصحي، لدى طلبة كليات المجتمع في جامعة شقراء بالمملكة العربية السعودية ، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 3، العدد 25، ص 113-136.
- الشلهوب عبد الملك، دور الإعلام في تحقيق الوعي الصحي ، استرجعت (2024/01/15).

- http://3kinadallergy.org/wp:content/vploads/(2012)/11/12808 53821.pdf

- الحو لبنى، كيف نعيد بناء ثقافتنا الصحية بشكل سليم عبر الانترنت ، استرجعت 2024/02/07.

- http://blog.hetknowlogg.net/howtobuild.healthansawarenessfor obis.netzens/

- الداغستاني، سناء عيسى عوني، ديار مفتي، (دس)، المعتقدات الصحية وعلاقتها بتنظيم الذات، مجلة البحوث التربوية والنفسية، كلية الآداب ، جامعة بغداد، العدد (78).

- العنزي عبد العزيز حجي (2015)، دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي، كلية التربية والأداب، جامعة تبوك السعودية، المجلة الدولية التربوية المختصة.

- العاسمي رياض نايل، (2016)، علم نفس الصحة الإكلينيكية ، ط1، عمان، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.

- العربي محمد (2019)، الوعي الصحي وعلاقته بالإتجاهات نحو ممارسة النشاط البدني واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر -03-.

- العزاوي رحيم يونس كرو، (2008)، مقدمة في منهج البحث العلمي ، ط1، عمان، دار الدجلة.

- العيفاوي ماسية، (2020)، الوعي الصحي وجودة الحياة عند المصابين بالأمراض الوعائية القلبية، مذكرة ماستر علم النفس الصحة، جامعة خنشلة.

- الزروق فاطمة الزهرة، (2015)، علم النفس الصحي ، مجالاته فطرياته والمفاهيم المنبثقة عنه ، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

- القص صليحة، (2015)، فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- النعيمي محمد عبد العلال، والبياتي عبد الجبار توفيق، وخليفة غازي جمال، (2015)، طرق ومناهج البحث العلمي ، عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

- بهلول سارة أشواق، (2019)، دور المعتقدات الصحية والاتجاهات نحو السلامة المرورية في التنجود سلوك القيادة الخطرة للسيارات ، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة.

- بن عواد العطوي سهام بنت عطاء الله، (2022)، المعتقدات الصحية ودورها بالتزام مرضى الفشل الكلوي بالخطة العلاجية، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة أم القرى.

- بن قية صفاء، وبشرى شريف (2021)، المعتقدات الصحية لدى مرض السكري من النمط الثاني، مذكرة ماستر، جامعة بسكرة.

- بوعلي وردة، الوعي الصحي لدى الطالبات الجامعية في ضوء ونموذج المعتقدات حول سرطان الثدي ، مذكرة ماستر ، جامعة خنشلة.

- تايلور شيلي، (2008)، علم النفس الصحي ، ترجمة د يريك، وسام درويش وداود فوزي، شاكر فطيمة، الأردن، دار الحامة للنشر والتوزيع.

- بارعيد إيمان سالم، تماضر عثمان المنشري، (2020)، مستوى الوعي الصحي لدى طالبات المرحلة الثانوية، جدة، مجلة الدراسات الجامعية للبحوث الشاملة، مجلد 1، العدد 21.

- بن غدفة شريفة، (2009)، السلوك الصحي وعلاقته بتوعية الحياة، دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة، سطيف، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، العدد 21.

- خشاب سعاد ، (2011)، علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، رسالة الماجستير، جامعة باتنة.

- خلفي عبد الحليم (2013)، أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغاست، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية (13)، 269، 294.

- خليل، ومنى سامي حليم، بادكوك سهى محمد، (2015)، أساسيات علم تغذية الانسان، ط2، الرياض ، مكتبة الشقري للنشر والتوزيع.

- خويلدي الهواري، قرقوز محمد بن سميشة العيد (2018)، دراسة مقارنة المستوى ، الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية ، دراسة ميدانية على طلبة الاقامة الجامعية للمركز الجامعي بالبيض، مجلة الميدان للدراسات الرياضية والاجتماعية والانسانية، العدد 01.

- داود ابراهيم سلام، وإياد هاشم محمد ، (2023)، المعتقدات الصحية لدى طلبة الجامعة، مجلة ديالي للبحوث الانسانية، العدد 95.

- زديك راضية، ملوجة كاهنة، (2021)، شبكات التواصل الاجتماعي وتنمية الوعي الصحي لدى المجتمع الجزائري، مذكرة ماستر، جامعة بسكرة.

- سلامة بهاء الدين، (2001)، الصحة والتربية الصحية القاهرة، دار الفكر العربي.
- سحر فضة ، (2012)، دور الإدارة المدرسية في تفعيل التربية الصحية في المرحلة الأساسية في محافظة غزة ، رسالة ماجستير ، جامعة الأزهر ، غزة.
- سفيح إياد مطرود حنفش، (2022)، المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بالمعنى الشخصي لدى طلبة الجامعة في ظل جائحة كورونا ، رسالة الماجستير ، جامعة كربلاء، العراق.
- سليمان فوقية رجب عبد العزيز، وايناس محمد لطفي عطية،(2019)،برنامج مقترح في التربية الصحية قائم على بعض القضايا الصحية المعاصرة لتنمية الوعي الصحي الوقائي وتصويب المعتقدات الصحية الخطا لدى طلبة الدبلوم العام في التربية،المجلد 22، العدد04، المجلة المصرية للتربية العلمية.
- سلمان وفاء جاسم، (2016)، الوعي الصحي والثقافة الصحية لدى عينة من الأمهات (20-43)، بمنطقة الحضر والريف في بغداد.
- http://www.researchgate.net/publication /336085681.
- شاهندة محمود بدير، (2021)، مستوى الوعي الصحي من الأمراض الوبائية في ضوء وباء فيروس كورونا وكوفيد 19 لدى تلاميذ في مرحلة التعليم الأساسي (الابتدائية – التحضيرية) في بعض المحافظات المصرية ekb fourmal management system
- http://www.fourmals.ekb.eg.article18.

- شرادي نادية ، والقديم نادية، (2021)، الوعي الصحي كسلوك صحي اجتماعي لدى الراشدين المصابين بالأمراض المزمنة ، مجلة أفاق العلم الاجتماعي، المجلد 11، العدد2، ص 274-284.

- شويخ هناء أحمد محمد، علم النفس الصحي ، مكتبة الأنجلو مصرية.

- شيياني ليلى ، فاطمة الزهراء زروق، (2021)، الوعي الصحي ودوره في إدراك خطورة السمنة لدى الراشد، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 8، العدد 02.

- شائع زينب كريم، وابتسام سعدون محمد ، (2022)، المعتقدات الصحية لدى المراهقين ، ملجة كلية التربية، الجامعة المستنصرية.

- عبيد مصطفى فؤاد، (2003)، مهارات البحث العلمي، عزة، أكاديمية الدراسات العالمية.

- عبد الحق صالح، وشناعة مؤيد وتعبيرا فيس، والعمد سليمان، (دس)، مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية.

- عبد الله محمد قاسم، (2011)، علم النفس الصحة، جلب، جامعة القدس.

- عبد الرحمن حمزة صالح، وهاني طاهر محسن، (2018)، البنية الاجتماعية وعلاقتها بصحة الأفراد، مجلة جامعة بابل للعلوم الانسانية، 26.

- عيادي نادية، (2023)، مستوى الوعي الصحي لدى طلبة الجامعة، دراسة ميدانية بجامعة الشاذلي بن جديد الطارف، ملجة الزوائر، الملجد 7، العدد 01، ص 159-174.

- غوستاف لوبون ، (2012)، الآراء والمعتقدات ، ترجمة زعيتر عادل، القاهرة ، كلمات عربية للترجمة والنشر.

- فالق باهية، (2016)، المعتقدات الصحية عند المدخنين وعلاقتها بأسلوب الحياة الصحي، مذكرة ماستر ، جامعة خنشلة.

- قطب إيناس، وبراءة دخن، وعداء البارودي وآخرون (2020-2021)، قياس مستوى الوعي الصحي لطلبة معهد الجراحي للعلوم الصحية، معهد الجراحي للعلوم الصحية، الجمهورية اليمنية.

- كشيشب مراد وعيادي نادية، 2014، دور الوعي الصحي في تعزيز ممارسة الفرد للسلوك الصحي، ورقة بحث مقدمة في الملتقى الوطني الأول للصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري ، جامعة الطارف، الجزائر.

- كاثرين –أ– ساندرسون، (2019)، علم النفس الصحة ، فهم العلاقة بين العقل والجسد ، ترجمة مراد علي عيسى، تيسير إلياس شواش، ط1، عمان ، دار الفكر.

- لشهب أسماء، وبن عيشة حياة، (د.ت)، المعتقدات الصحية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، جامعة الوادي.

- محمد مي، (2009)، التوجيه والإرشاد الصحي المبرمج وتأثيره على الوعي الصحي واللياقة البدنية الحركية لذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير ، جامعة الزقازيق.

- محمد وليد حسين حسني، 2024، درجة الوعي الصحي لدى ذوي الاعاقة لممارسين النشاط الرياضي من وجهة نظر أولياء الأمور ، مجلة الارشاد النفسي ، العدد 77-17.

- محمود أمال زكي، وعلياء عماد الدين ، (2023)، مستوى الوعي الصحي لتلاميذ المرحلة الابتدائية لمحافظة الفيوم، المجلة العلمية لعلوم وفنون الرياضة ، مجلد 75، العدد 04.

- ملحم سامي محمد، (2000)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط1، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- منظمة الصحة العالمية ، (2020)، الصحة في أهداف التنمية المستدامة، موجز السياسة 4، الوعي الصحي ، www.who.int.

- مونة زهور ، وآيت مولود يسمينة، (2023)، المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، الجزائر، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية.

- يخلف عثمان، (2001)،علم نفس الصحة ، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، الدوحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.

الإنترنت:

- https://www.whnaany.com/ar/dict/car-ar/المعتقد/3/2/2024. 22 :22.

- https://www.marefa.org .اعتقاد المعرفة /مسترجعة 2024/2/04. 22:42

- (https://hbrararabic.com 2024/2/04. 22:24(المفاهيم الإدارية: معتقدات

المراجع الأجنبية:

- Abraham Charles , Mark Conner , Fiona Jones and Daryl O'conner ,(2016) health psychology, 2nd edition, new york , routledege.
- Brannon Linda , John A. Updegroff , Jess Feist , (2018) , health psychology , an introduction to behavior and heath, 9th edition , USA, cegge learning.
- Karen Glanz, Barbara K, Rimer K, viswanth, (2015), health behavior , 5th edition, San Francisco, ca , tossay-bass a wiley.
- Nevro Koc , Tugba Kucukkasap coment (2023), knowledge and awareness level of health care professional candidate students on inherited, metabolic discases : a cross sectional study, BMC medical education , 23 articles number 562.
- Ogden Jane , (2004), health psychology: a text book , 3rd edition , New York, ny 1021.2289, USA.
- Ogden Jane, (2012), health psychology 5th edition, UK, open university press.
- Oleiwi Rasha Hussein (2022), the relationship between awareness and health beliefs with anemia prevention behavior of pregnant women , university of kerbala/ olley of nursing.
- Rabiau Marjorie , Barbek Knauper , Paule Miquelon, (2006), the compensatory health beliefs model British journal of health psychology , 11.139.153.
- Shelly E Taylor, (2018), health psychology , 10th mcgraw hill education New York ny , 10121.
- Sanowar Hussain , gm Masud parvez and all health awareness and practice of the under granduate students In Pobna university of sience and technology, Bangladesh , (2020), world journal of pharmacy and pharmaceutical sciences , volume 9, issue , 9.170.181.
- Tapper Katy , (2021), health psychology and behavior change.
- Taylor Shelly , E Brown T thon, delusion and will being (1998), a social psychological prospective with mental health, psychological , bulletin 193.

- Yuan etal, analysis of awareness of health knowledge among rural residents in western china , BMC public health. (2015).
- http://www.researchgate.net/publication/271647850.

ملاحق

الملحق رقم 01:

مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

السن:..... الجنس:.....

المستوى التعليمي: ابتدائي: ☐ متوسط: ☐ ثانوي: ☐ جامعي: ☐ لا يوجد: ☐

الحالة المدنية: أعزب: ☐ متزوج: ☐ آخر: ☐

المؤسسة الصحية: عامة ☐ خاصة: ☐

الصفة: مريض: ☐ مرافق مريض: ☐ آخر: ☐

التعليمات:

يعتقد مختلف الأشخاص أشياء مختلفة نحو صحتهم، وفيما يلي قائمة معتقدات التي من خلالها يستطيع الفرد أن يبقى في صحة جيدة، من فضلك، اقرأ كل جملة بحذر وأخبرنا عن مدى موافقتك أو عدم موافقتك على كل جملة بوضع علامة (X) على إحدى الإجابات التالية: غير موافق تماما، غير موافق قليلا، ليس بموافق وليس بغير موافق، موافق قليلا، موافق تماما، تذكر أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة لأن كل شخص يعتقد بشكل مغاير.

الرقم	الفقـــــرات	موافق دائما	موافق غالبا	موافق أحيانا	موافق نادرا	لا أوافق أبدا
1	أعتقد إنني أنال ما أستحقه					
2	أنا اعتقد بأنني استحق ما يحدث لي					
3	أخفف ما أشعر به من توتر بالنزهة					
4	عندما اشعر بضعف في جسمي ألجا إلى تناول الطعام					
5	أعتقد أن التمارين الرياضية تعوض عن تدخين السجائر					
6	أنام متأخرا عندما أخذ قسطا من الراحة عند الظهر					
7	أهتم بعدد ساعات نومي يوميا					
8	عندما أتناول الحلويات أقلل من تناول الطعام الأساسي					
9	استرخي أمام التلفاز عندما يكون يومي مشحون بالتعب					
10	عندما أتناول غذاء صحي في الغداء لا أهتم بوجبة العشاء					
11	الغذاء الصحي يمكن أن يعوض عن شرب القهوة بكثرة					
12	أعتقد أن النوم في نهاية الأسبوع يمكن أن يعوض عن نتائج النوم لساعات قصيرة أثناء أيام الأسبوع					
13	التمارين الرياضية تعوض عن قلة النوم خلال الأسبوع					

14	أشرب الماء بكثرة عندما أتناول قهوة أكثر					
15	أعوض عن وجبة الإفطار صباحا بتناول غداء أكثر					
16	أعتقد أن النوم يخفف من التوتر					
17	لابأس من تدخين السجائر عندما أتناول طعاما صحيا					
18	أعتقد أنني مهيأ للإصابة بأمراض متعددة					
19	أعتقد من السهولة إصابتي بالأمراض					
20	عندما أمرض تتأثر علاقاتي الإجتماعية بالآخرين					
21	أؤجل معظم واجباتي عندما أمرض					
22	أواجه صعوبات كبيرة عندما تتعكر صحتي					
23	أميل إلى إتباع معتقداتي الإجتماعية عندما أمرض					
24	ألجأ إلى طبيب الأعشاب لأنني أعتقد أنه أفضل من العلاج					
25	أمتثل إلى توصيات الطبيب حرفيا					
26	ألتزم بكل إجراءات الوقاية الصحية					
27	لدي ثقة في نفسي على الأداء الناجح في الوقاية الصحية					
28	أبتعد عن كل ما يؤذيني صحيا					
29	تجذبني البرامج التي تتعلق بالصحة البدنية					
30	أقوم بالتمارين الرياضية يوميا					

الملحق رقم 2:

استبيان حول مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية

السن:..... الجنس:.....

المستوى التعليمي: ابتدائي: ☐ متوسط: ☐ ثانوي: ☐ جامعي: ☐ لا يوجد: ☐

الحالة المدنية: أعزب: ☐ متزوج: ☐ آخر: ☐

المؤسسة الصحية: عامة ☐ خاصة: ☐

الصفة: مريض: ☐ مرافق مريض: ☐ آخر: ☐

التعليمات:

اضع بين ايديكم هذه الاستمارة بعنوان مستوى الوعي الصحي لدى مرتادي المؤسسات الصحية رغبة في الاجابة على بنود هذه الاستبانة بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة من خلال الحكم على مدى علاقتها بموضوع الدراسة.

مع العلم ان هذه الاستبانة تخدم اغراض البحث العلمي فقط

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
1	أهتم ان يكون الغذاء اليومي متكاملا وشاملا.					
2	يتعذر علي تناول وجبة الإفطار لضيق الوقت.					
3	أكثر من تناول المشروبات الباردة أو الساخنة بين الوجبات الأساسية.					
4	شرب القهوة والشاي يساعدني على التركيز.					
5	أهتم بمعرفة عناصر الغذاء التي تمدني بالطاقة.					
6	أحافظ على وزني بالشكل المناسب.					
7	أكثر من تناول الخضراوات والفاكهة الطازجة					
8	أحاول الإبتعاد عن الطعام المقلي وأفضل المطهي.					
9	أهتم بالنوم والراحة لساعات كافية.					
10	أهتم بالإستحمام وخاصة بعد المنافسة الرياضية والتمرين.					
11	أراعي عند اختياري ملابسي مناسبتها لدرجة حرارة الجو.					
12	أهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس.					
13	أهتم بتقليم أظافر يداي وقدماي كلما أحتاج الأمر ذلك.					
14	أمشي لسافات طويلة بغرض تنشيط الدورة لدموية.					
15	أحب الإشتراك في الأنشطة الرياضية والترويحية					
16	أهتم بتخصيص وقت لممارسة بعض التمارين الرياضية.					
17	أتوقف عن ممارسة النشاط الرياضية التي قد تؤدي إلى إصابتي.					
18	أبتعد عن ممارسة النشاط الرياضي إذا شعرت بالتعب.					
19	أشترك في الأنشطة الرياضية بهدف الشعور بالسعادة والرضا.					
20	أهتم بإجراء كشف طبي قبل الإنضمام للفريق المدرسي					
21	أهتم بإجراء كشف طبي بعد الشفاء من الإصابة.					
22	يجب وجود بطاقة صحية لكل طالب مسجل بها					

	حالته الصحية.					
23	أهتم بمعرفة الشروط الصحية لوضع الجلوس عند الدارسة.					
24	أهتم بمعرفة شروط المشي الصحيح في الشارع.					
25	لا أبالغ في قدرتي على حمل الأشياء.					
26	أهتم بمعرفة طريقة حمل الكتب الصحيحة.					
27	أعرف تأثر ممارسة الرياضة على القوام غير المعتدل.					
28	أهتم بمعرفة كيفية إلتقاط الأشياء وحملها عن الأرض.					
29	أهتم بمعرفة كيفية حماية الجسم والمحافظة عليه.					
30	أهتم بمعرفة عمل الأجهزة الحيوية في جسمي.					
31	أتجنب وسائل التعب البدني والإجهاد.					
32	ممارسة الأنشطة الرياضية تساعد الجسم في أداء وظائفه.					