جـامـعـة قاصدي مرباح ورقـلـة

كليـة الآداب والعلـوم الإنسانيـة

قسـم علم النفس و علوم التربية

رقم الترتيب: .....

رقم التسلسل: .....

مذكـــــرة

مـقدمـة لـنيـل شـهـــادة

الـمـاجـستـيـر

الفرع: علم النفس

التخصص:علم النفس الاجتماعي

من طرف الطالب: رمضان زعطوط

علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلـة

نوقشت يوم: 2005/12/10

لجنـة المناقشة:

أ.د. محي الدين مختار	جامعة ورقلـة	رئيسـاً
د. عبد الكريم قريشي	جامعة ورقلـة	مقـرراً
أ.د. علي تعوينـات	جامعة الجزائـر	عضـواً
أ.د. نصر الدين جابـر	جامعة بسكـرة	عضـواً
د. نادية مصطفى الزقاي	جامعة ورقلـة	عضـواً

2005/2004

شكراً

– لأستاذي الدكتور عبد الكريم قريشي على إشرافه الدقيق على هذا العمل و توجيهاته المنهجية التي رعت هذه الدراسة منذ أن كانت فكرة هلامية في ذهني إلى أن غدت إنجازاً على أرض الواقع ليجد فيها بعض ردٍّ للجميل.

– للأستاذ الدكتور علي تعوينات من جامعة الجزائر لقبوله مناقشة هذه الدراسة و أتمنى أن يتعلم جيلنا منه الجد و الانضباط.

– للأستاذ الدكتور نصر الدين جابر من جامعة بسكرة لقبوله مناقشة هذه الدراسة و تحمله مشاق السفر البري من أجل ذلك.

– للأستاذ الدكتور محي الدين مختار من جامعة ورقلة لقبوله رئاسة لجنة المناقشة و هو الذي لم يبخل عليّ بتشجيعاته من أجل ارتياد عوالم النفس.

– لأستاذتي الدكتورة نادية مصطفى الزقاي لقبولها مناقشة هذه الدراسة و هي الأخت و إن لم تلدها أمي.

– لعائلتي الصغيرة و اعتذر لهم عن ذهولي عنهم لأسابيع و أوصيهم خيراً بأمي... سر نجاحي الأبدي.

– للسيدة فَلّة نزيلة باريس التي فتحت عيني على نوافذ الصبر و مجاهدة المرض و أتمنى لها الشفاء.

– لطلبة السنة الرابعة عيادي بجامعة ورقلة لهذه السنة و أتمنى أن لا يكونوا آخر عناقيد الجد و الاجتهاد.

ملخص الدراسة:

تشكل الأمراض المزمنة عبئاً كبيرا على كاهل الفرد والمجتمع، كما أنها السبب الأول في الوفيات في العالم الصناعي وكذا في العالم النامي مثل الجزائر التي تعيش تحولا وبائيا جعل من الأمراض المزمنة مشكلة صحية خطيرة، حيث وصلت نسبة مرض السكري وضغط الدم إلى أرقام وبائية. وترتبط هذه الأمراض بسلوك الفرد ونمط معيشته ويؤكد الأطباء على أن تغير سلوكنا الصحي يؤدي إلى انخفاض نسبة هذه الأمراض بـ60 % كما يؤدي إلى تخفيف المعاناة لدى المريض المزمن.

لذلك هدفت دراستنا الحالية إلى استكشاف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين بمدينة ورقلة و علاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية مثل: الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين.

و قد افترضنا أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبياً لدى عينة البحث كما أنه يختلف باختلاف المتغيرات الديموغرافية و الاجتماعية مثل الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و كذا المرتبطة بالمرض مثل مدة الإزمان و طبيعة المرض.

و نظراً لغياب مقياس للاتجاه نحو السلوك الصحي قمنا بإنشاء مقياس لغرض الدراسة، كما تم تطبيق أربعة مقاييس أخرى احدها استبيان السلوك الصحي لـ Steptoe كمحك صدق لأجل الاطمئنان للخصائص السيكومترية لمقياس الاتجاه. كما تم تطبيق مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ Zimet و زملائه و مقياس الكفاءة الذاتية المدركة لـ Schwarzer و زملائه و مقياس التدين لمحمد المهدي. تم التأكد من صدق الأدوات و ثباتها في دراستنا الاستطلاعية على عينة من 50 مصاباً بالأمراض المزمنة.

و تكونت عينة الدراسة الرئيسية من 276 مريضاً مزمناً منهم 148 مصاباً بالسكري و 128 مصاباً بضغط الدم. تم تطبيق الأدوات بطريقة المقابلة الفردية من طرف الباحث خلال شهور جوان وجويلية وأوت 2005 و تم تحليل المعطيات بواسطة برنامج SPSS.12.0 .

دلت النتائج على أن 54 % من المرضى المزمنين ذوي اتجاه سلبي نحو السلوك الصحي كما أن اتجاه مرضى ضغط الدم سلبي مقارنة بنظرائهم المصابين بالسكري خاصة لدى الإناث كبيرات السن والأميات.

كما اختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي باختلاف المتغيرات الديموغرافية و الاجتماعية حيث ارتبط الاتجاه السلبي بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض كما ارتبط الاتجاه الايجابي بصغر السن لدى المصابين بالسكري أو بضغط الدم.

و قد ارتبط الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين غير أن ارتباط الكفاءة الذاتية بالاتجاه كان ضعيفا. كما اتضح من معاملات الارتباط اختلاف العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من المتغيرات الثلاث بين أفراد العينة باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة ازمان المرض و طبيعة المرض؛ كما دلت النتائج على أهمية انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المدركة خاصة لدى الاناث.

كلمات مفتاحية: الاتجاه، السلوك الصحي، المرض المزمن، الدعم الاجتماعي، الكفاءة الذاتية، التدين.

Abstract:

Chronic diseases are strong burden for individuals and societies; they are the first cause of mortality in the industrial world and developing countries as Algeria where the epidemiologic transition attends that chronic diseases became a community health problem. Thus, the prevalence of diabetes and hypertension reached alarming threshold. These are life style and behaviour related diseases. Physicians expect that 60% of theses chronic conditions' prevalence can be decreased only by changing health behaviours.

The aim of the present study is to explore attitudes towards health behaviour in chronic patients and their relationship with some psychosociological variables such as perceived social support, perceived self-efficacy and religiosity.

We hypothesized that chronic patient attitudes towards health behaviour may be negative. To assess health behaviour attitude we construct an Arabic version questionnaire. Other instrument such as Zimet perceived social support scale; Schwarzer perceived self-efficacy scale and Mahdi's religious behaviour scale are used.

Reliability and validity of scales were tested on fifty chronic patients' sample. Our sample comprised 276 patients; 148 diabetics and 128 hypertensive patients. Interview method was used to complete questionnaires. Data treated by SPSS.12 software.

Results show that 54% of chronic patients adopt negative attitude towards health behaviour; diabetics have a positive behaviour compared with negative one of hypertensive patients.

Attitude towards health behaviour changed according to sex, age, social economic status and chronicity. Attitude was negative among hypertensive old women with low socioeconomic status. The correlation between attitude, perceived social support, perceived self-efficacy and the religiosity differs according to socio demographics variables.

Attitude was weakly correlated to perceived self-efficacy .The average of the perceived self efficacy was weak among chronic patients women.

Key words: attitude, health behaviour, chronic disease, social support, self-efficacy, religiosity.

Abstract:

Chronic diseases are strong burden for individuals and societies; they are the first cause of mortality in the industrial world and developing countries as Algeria where the epidemiologic transition attends that chronic diseases became a community health problem. Thus the prevalence of diabetes and hypertension reached alarming threshold. These are life style and behaviour related diseases. Physicians expect that 60% of theses chronic conditions' prevalence can be decreased only by changing our health behaviours.

The aim of the present study is to explore attitudes towards health behaviour in chronic patients and their relationship with some psychosociological variables such as perceived social support, perceived self efficacy and the religiosity.

We hypothesized that chronic patients attitudes towards health behaviour may be negative. To assess health behaviour attitude we construct an Arabic version questionnaire. Other instrument such as Zimet perceived social support scale; Schwarzer perceived self efficacy scale and Mahdi's religious behaviour scale. are used.

Reliability and validity of scales were tested on fifty chronic patients' sample. Our sample comprised 276 patients; 148 diabetics and 128 hypertensive patients. Interview method was used to complete questionnaires. Data treated by SPSS.12 software.

Results show that 54% of chronic patients adopt negative attitude towards health behaviour; diabetics have a positive behaviour compared with negative one of hypertensive patients.

Attitude towards health behaviour changed according to sex, age, social economic status and chronicity. Attitude was negative among hypertensive old women with low socioeconomic status. The correlation between attitude, perceived social support, perceived self efficacy and the religiosity differs according to socio demographics variables.

Attitude was weakly correlated to perceived self efficacy .The average of the perceived self efficacy was weak among women chronic patients.

فهرس المحتويات

المحـــتوى	الصفحة
كلمــة شكــر	أ
ملخص الدراسـة	ب
فهرس المحتويات	هـ
قائمة الجــداول	ز
قائمة الأشكال	ط
الفصل الأول: مقدمـة عامــة	
1- تقديم الدراسة.....	2
2- مشكلة الدراسة.....	6
3- أهداف الدراسة.....	7
4- أهمية الدراسة.....	8
5- حدود الدراسة.....	9
6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.....	9
7- فروض الدراسة.....	13
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	
1- المرض المزمن.....	15
2- السلوك الصحي.....	22
3- الاتجاه نحو السلوك الصحي.....	31
4- الدعم الاجتماعي المدرك.....	37
5- الكفاءة الذاتية المدركة.....	42
6- التديــن.....	46
الفصل الثالث: إجراءات الدراسة	
1- المنهـج.....	55
2- العينـة.....	55
3- الأدوات.....	62
4- خطوات الدراسة.....	71

5- ظروف الدراسة..... 73

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

1- نتائج الفرضية الأولى..... 76
2- نتائج الفرضية الثانية..... 77
3- نتائج الفرضية الثالثة..... 80
4- نتائج الفرضية الرابعة..... 87
5- نتائج الفرضية الخامسة..... 90

الفصل الخامس: مناقشة النتائج

1-مناقشة نتائج الفرضية الأولى..... 97
2-مناقشة نتائج الفرضية الثانية..... 99
3-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة..... 101
4-مناقشة نتائج الفرضية الرابعة..... 104
5-مناقشة نتائج الفرضية الخامسة..... 109
خلاصة الدراسة..... 114
قائمة المراجع..... 117
الملاحق
الملحق1: السؤال الاستطلاعي
الملحق 2: مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي(النسخة الأولية)
الملحق 3: مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي
الملحق 4: مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي(المحك)
الملحق 5: مقياس الدعم الاجتماعي المدرك
الملحق 6: مقياس توقع الكفاءة الذاتية
الملحق 7: استبيان السلوك التديني
الملحق 8: بطاقة اجتماعية اقتصادية

قائمة الجداول

العنوان	الصفحة
الجدول 1: خصائص العينة الكلية حسب السن	57
الجدول 2: خصائص العينة الكلية حسب الجنس	57
الجدول 3: درجات المستوى التعليمي	58
الجدول 4: درجات مستوى الدخل	58
الجدول 5: درجات الحالة العائلية	59
الجدول 6: خصائص العينة الكلية حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي	59
الجدول 7: خصائص العينة الكلية حسب مدة الإزمان	60
الجدول 8: خصائص العينة الكلية حسب طبيعة المرض	60
الجدول 9:خصائص العينتين الفرعيتين(سكري وضغط الدم)	61
الجدول 10:خصائص العينة الاستطلاعية حسب طبيعة المرض	71
الجدول 11:نتائج اختبار(ت) لصدق المقاييس بطريقة المقارنة الطرفية	72
الجدول 12:معاملات الارتباط بين التطبيق الأول و التطبيق الثاني	73
الجدول 13: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي و بين ذوي الاتجاه السلبي في العينة الكلية.	76
الجدول 14: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي وبين ذوي الاتجاه السلبي المصابين بالسكري	76
الجدول 15: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي والاتجاه السلبي المصابين بضغط الدم	77
الجدول 16: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين الذكور و الإناث في العينة الكلية	78
الجدول 17: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين كبار السن و بين صغار السن في العينة الكلية	78
الجدول 18: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي و الاقتصادي في العينة الكلية.	79
الجدول 19: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي الإزمان في العينة الكلية.	79
الجدول 20: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين الذكور و بين الإناث المصابين بالسكري.	80
الجدول 21: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بالسكري.	81

الجدول 22: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المصابين بالسكري.	81
الجدول 23: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي الإزمان المصابين بالسكري.	82
الجدول24: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين الذكور و بين الإناث المصابين بضغط الدم.	82
الجدول 25: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بضغط الدم.	83
الجدول 26: نتائج اختبار (ت) للفرق بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المصابين بضغط الدم.	83
الجدول 27: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي الإزمان المصابين بضغط الدم.	84
الجدول 28: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين المصابين بالسكري و بين المصابين بضغط الدم.	86
الجدول 29: معاملات الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين لدى المرضى المزمنين.	88
الجدول 30: ملخص النموذج بإدخال المتغيرات الثلاثة.	88
الجدول 31: تحليل التباين للنموذج 1.	89
الجدول 32: معاملات معادلة الانحدار المتعدد.	89
الجدول 33: ملخص النموذج 2 بعد حذف أحد المتغيرات (الكفاءة الذاتية المدركة)	90
الجدول 34: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب الجنس.	91
الجدول 35: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب السن	91
الجدول 36: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي.	92
الجدول 37: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب مدة الإزمان.	93
الجدول 38: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب طبيعة المرض.	94
الجدول 39: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب طبيعة الاتجاه.	94
الجدول 40: تلخيص نتائج الدراسة	113

قائمة الأشكال

العنوان	الصفحة
الشكل 1: نظرية الفعل المخطط.	26
الشكل 2: دور الدعم الاجتماعي في الصحة.	39
الشكل 3: أبعاد السلوك الصحي.	63

الفصل الأول

مقدمـة عامـة

1- تقديم الدراسة

2- مشكلة الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- حدود الدراسة

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة

7- فروض الدراسة

1- تقديم الدراسة:

نعيش في بداية الألفية الثالثة للميلاد تغيراً وبائياً واضحاً في خريطة الأمراض التي تصيب البشر من حيث النوعية و الخطورة و الإزمان و عبء المرض، سواء في العالم المتقدم حيث تظهر هذه النقلة الوبائية جلية أو في العالم النامي مثل ما يحدث في الجزائر. لقد كان السبب الرئيسي للوفيات في بدايات القرن الماضي هو الأمراض المعدية مثل السل الرئوي و الزكام و التهابات الرئة و الإسهال، أما اليوم فإن أمراضا مثل السرطان أو أمراض القلب او السكتة الدماغية او السكري و حوادث الطرقات هي المتسبب الرئيس في الوفيات (الكندري، 2003).

لقد اندثرت أمراض عديدة و ظهرت أمراض أخرى مثل السيدا، و مضاعفات الإدمان على المخدرات، و يمكننا تحديد ثلاثة مراحل زمنية لهذا التغير:

- **المرحلة الاولى:** مع بدايات القرن التاسع عشر حيث ارتفعت معدلات الوفيات بسبب الأمراض المعدية مثل الجدري و الكوليرا و التيفود و الطاعون، و أمراض الجهاز التنفسي و بلغ عدد الضحايا أرقاماً كارثية، و كان العمر المتوقع محصوراً بين 20 إلى 40 سنة.

- **المرحلة الثانية:** نهاية القرن التاسع عشر و بداية القرن العشرين حيث تحسنت تدابير الصحة العامة، فقلت الوفيات و ارتفع العمر الافتراضي إلى 50 سنة.

- **المرحلة الثالثة:** من بدايات القرن العشرين إلى اليوم حيث اختفت كثير من الأمراض المعدية و ارتفعت نسبة أمراض أخرى سميت بأمراض العصر و هي أمراض مزمنة ترتبط بالسلوك و بالعوامل النفسية الاجتماعية مثل السكري و ارتفاع ضغط الدم و الأمراض الجنسية.

و رغم أن هذا التغير الوبائي و مراحله تخص المجتمعات الغربية الصناعية بالدرجة الاولى، و مع تقديرنا للسياق الاجتماعي و الظروف الحضارية و العوامل النفسية الاجتماعية و الثقافية المميزة لتلك المجتمعات إلا أن الملاحظة المتأنية في الخريطة الوبائية للدول النامية تشير إلى أننا معنيون بهذا التغير في نوعية الأمراض و العبء الفادح الذي تضعه على عاتق الأفراد و هيئات الرعاية الصحية و مؤسسات الدولة، حيث نلاحظ هذا التحول الوبائي في الجزائر منذ بداية التسعينات من القرن الماضي (MSP، 2005) ففي دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية في 1990 اتضح أن أهم الأمراض

المنتشرة في عينة البحث هي: أمراض القلب و الاوعية و خاصة ارتفاع ضغط الدم، ثم السكري و أمراض التنفس المزمنة و السرطان و غيرها. و هو ما اكدته الدراسة العربية المشتركة لصحة العائلة PAPFAM التي وردت في تقرير صحة الجزائريين 2005 حيث برزت أهمية ضغط الدم، و السكري و الربو، و ارتفاع دسم الدم، و الأمراض التنفسية و أمراض القلب.و تشير الاحصائيات المستمدة من تلك الدراسات إلى أن نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم و صلت إلى 3 % و ان نسبة انتشار السكري هي 1.5 % و يتوقع أن يصل عدد المصابين بضغط الدم في الجزائر 6 ملايين مصابا، و اكثر من مليون و نصف مصاب بالسكري، و هذه الأرقام دون الواقع بكثير (MSP، 2005).

و تشترك الأمراض المذكورة في خصائص أهمها:

– الإزمان حيث يستعصى أغلبها على العلاج و تحتاج إلى رعاية دائمة.

– ارتباطها بالسلوك و نمط المعيشة، كالتغيرات في نوعية الغذاء مثل ارتفاع نسبة ملح الطعام و السكريات و الشحوم و مواد حفظ الأغذية المعلبة، و نقص النشاط الرياضي.

– تأثرها بالعوامل النفسية و الاجتماعية إلى درجة اعتبارها أمراضاً اجتماعية (Taylor، 2003).

– ارتباطها بالسلوك الصحي و عوامل الاختطار مثل التدخين و تناول الكحول، و عدم الامتثال للتعليمات الطبية، و الأمية الصحية.

– عبء هذه الأمراض سواء على نمط حياة الفرد حيث تؤدي إلى إعاقات وظيفية و عطل مرضية و إشغال دائم لمؤسسات الرعاية الصحية، إضافة إلى الأعباء المالية.

إن أكثر من 34% من المصابين بارتفاع ضغط الدم يجهلون ذلك لعدم ظهور أعراض خطيرة لديهم، و كذلك بالنسبة للسكري حيث يظهر سنوات قبل اكتشافه، و تنتشر هذه الأمراض في المدن الكبرى و الأرياف على حد سواء مع تغيرات تعود إلى عوامل الكرب و التحديث الصناعي، و الفروق الثقافية خاصة المرتبطة بالسلوك الغذائي أو الرياضي أو التعرض لعوامل الخطر مثل التدخين، و الكحول و المخدرات و التعرض للشمس أو تناول المواد الملوثة و السلوك الجنسي المنحرف.

لذلك ركز الباحثون اهتماماتهم على السلوك الصحي و علاقته بهذه الأمراض (Rowley، 2002). فإذا اعتبرنا السكري ممثلا لهذه الأمراض المزمنة، فإن عدم امتثال المصاب به بالسلوك الصحي يتمثل في :

- عدم احترام الغذاء الصحي بنسبة 35-75 %.
- أخطاء العلاج الصحي 20-80 %.
- عدم انتظام فحص الدم 30-70 %.
- عدم العناية بالقدمين 23-52 %.
- انخفاض النشاط الرياضي 70-81 %.

و يمكننا تعميم هذه الملاحظة على الأمراض المزمنة الأخرى مثل ارتفاع ضغط الدم أو أمراض القلب حتى إعتُبرت هذه الأمراض " اضطرابات سلوكية". و ترتبط الأمراض المزمنة بمتغيرات عديدة نفسية اجتماعية و ديموغرافية مثل السن و الجنس و الوظيفة و الغذاء و السكن و الضغوط النفسية، و مستوى التعليم و الثقافة السائدة و تصورات الصحة و المرض و التدين، و كذا ببعض المتغيرات الشخصية مثل كفاءة الذات، و أساليب مواجهة الكروب ،و الاستعدادات الوراثية و الموارد الحيوية الجسدية (الكندري، 2003). كما بدأت تتضح آثار بعض العوامل التفاعلية بين الفرد و بيئته الاجتماعية و بناء علاقات حميمة و آمنة من الصراع.

و هكذا يتبين لنا مدى صعوبة الرعاية الصحية للمريض المزمن بسبب تداخل العوامل الشخصية و الاجتماعية و البيئية، غير أن الدور الذي يلعبه السلوك الصحي في الأمراض المزمنة أصبح هو المنطلق الرئيس لمحاولات التدخل من أجل تغيير السلوك الهدّام، و تحسين نوعية الحياة لدى المرضى (Colleen، 2000)، حيث يرى Taylor أن تغيير السلوك الصحي يؤدي إلى:

- تخفيض نسبة الوفيات المرتبطة بالأمراض المزمنة بالتأثير على نمط المعيشة.
- ارتفاع العمر المفترض و التقليل من نسبة هذه الأمراض.
- ارتفاع المدة التي يتمتع فيها الفرد بعمر صحي و عافية و سعادة بعيد عن مضاعفات الأمراض و معاناتها و آلامها.
- التقليل من نفقات المرض على المستويين الفردي و الجماعي.

و يُقصد بالسلوك الصحي كل نشاط يقوم به الفرد لتنمية صحته أو استدامة العافية مثل الغذاء الصحي و النشاط الرياضي و الامتثال للتعليمات الطبية و متابعة العلاج و الابتعاد عن عوامل الخطر و السلوك الممرض (Taylor، 2003).

إن أهمية السلوك الصحي جعلت منه هدفاً لنظريات كثيرة و نماذج تفسيرية محاولة فهم هذا السلوك و استكشاف محدداته، مثل نظرية المعرفة الاجتماعية لـ Bandura و نموذج المعتقدات الصحية لـ Beker و زملائه، و نظرية الفعل المعقول أو المبرر لـ Ajzen و Fishbein و نظرية الدافعية للحماية لـ Rogers و نموذج المراحل لـ Prochaska و Diclemente.

و يتضح من الدراسة التحليلية لهذه النظريات و النماذج أن من أهم المتغيرات المتفاعلة مع السلوك الصحي:

- مفهوم الاتجاهات و المقاصد السلوكية الكامنة وراء السلوك.
- كفاءة الذات و الشعور بالقدرة على التحكم في السلوك و آثاره أو توقع نتائجه.
- العلاقات الاجتماعية و خصوصاً الدعم الاجتماعي.
- المعايير و القيم التي يضعها الشخص أو يتواجد تحت تأثيرها.

لذلك ارتأينا في دراستنا هذه استكشاف طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية مثل الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة، و التدين لدى عينتين من المرضى المزمنين و هما: مرضى السكري و مرضى ضغط الدم بمدينة ورقلة و دراسة الفروق في هذه العلاقة حسب السن و الجنس و المستوى التعليمي و المستوى الاقتصادي الاجتماعي و كذا مدة إزمان المرض. و قد وقع اختيارنا على هاتين العينتين لكونهما تمثلان مجتمعتين 80 % من مجموع الأمراض المزمنة بالإضافة إلى اشتراك هذين المرضين مع أغلبية الأمراض المزمنة في العوامل المؤثرة في السلوك الصحي (MSP، 2005).

2- مشكلة الدراسة:

تعتبر دراسة السلوك الصحي لدى المريض المزمن نقطة التقاء بين علم النفس الصحي و علم النفس الطبي و علم النفس الاجتماعي انطلاقاً من النموذج الصحي الوقائي في فهم الصحة و المرض بدل النموذج الطبي المرضي الكلاسيكي الذي أثبت قصوره (Colleen، 2000 و Taylor، 2003 و flay، 1994)، لذلك قامت دول كثيرة بتبني مشاريع تستهدف تغيير السلوك الصحي على المستوى الجماهيري مثل مشروع الجمهور الصحي Healthy People 2010 الأمريكي الذي يركز على التدخل من أجل بناء سلوك ينمي الصحة و يحافظ على الموارد التي يملكها الفرد و التي تسمح له بالتغلب على الأمراض و الكروب و يعتمد المشروع على التربية الصحية التي تهدف إلى ردم الهوة بين معارفنا المتعلقة بالصحة و المرض و العوامل المرتبطة بهما و بين سلوكنا الفعلي في واقع الحياة اليومية. حيث يرى Parkerson (1993) أن هذا السلوك يشمل أفعال الأفراد و الجماعات و المنظمات و كذا المحددات و النتائج المترتبة عن التغير الاجتماعي و السياسات الصحية الرامية إلى ترقية أنماط التكيف و تطوير نوعية الحياة(Taylor ، 2003).

إن الانتشار السريع للأمراض المزمنة و العبء النفسي و الاجتماعي و الاقتصادي لرعاية المصابين بها أدّيا إلى اهتمام الباحثين بالمتغيرات الفاعلة في السلوك الصحي لدى المريض المزمن. لقد وصل عدد المصابين بالسكري في العالم سنة 2000 إلى 171 مليون مصاب، و من المتوقع أن يصل هذا العدد في حدود سنة 2030 إلى 366 مليون مصاب و عدد مرضى ضغط الدم المرتفع أضعاف هذا العدد بمرات (Wild ، 2004) ولا تشذ الجزائر عن هذه القاعدة، حيث بدأت هذه الأمراض تشكل عبئاً على الفرد و المجتمع و على مؤسسات الرعاية الصحية.

إن دراسات كثيرة (Koening، 1998 و Albright ،2001 و Hauchbaum و الكندري، 2003، و رضوان ،2001)، أشارت إلى أهمية الاتجاهات و الكفاءة الذاتية و العلاقات الاجتماعية و قيم الفرد و معاييره في توجيه السلوك ذلك أن المفارقة الرئيسة لدى المريض المزمن هي عدم امتثاله للتعليمات الطبية و قيامه بسلوكات تتعارض ووضعه الصحي، بل تزيد من خطورة المرض و احتمالات المضاعفات الخطيرة و عليه طرحنا أسئلة الدراسة الرئيسية و هي:

1- ما طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين المصابين بالسكري أو بضغط الدم ؟ و هل يختلف هذا الاتجاه باختلاف طبيعة المرض و كذا باختلاف المتغيرات الديموغرافية والمرضية مثل الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الازمان ؟.

2- هل توجد علاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين لدى المرضى المزمنين ؟ و هل تختلف هذه العلاقة باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الازمان و كذا طبيعة المرض ؟

و قد وقع اختيارنا على متغيرات الدراسة الرئيسية على أساس الدراسات السابقة إضافة إلى تركيز أغلب النماذج المفسرة للسلوك الصحي على هذه المتغيرات (Maisonneuve ،2000).

3- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- استكشاف طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى عينة من المرضى المزمنين المصابين بالسكري أو بضغط الدم بمدينة ورقلة.
- انشاء أداة لقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي باللغة العربية نابعة من بيئتنا الحضارية.
- دراسة ارتباط الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية و هي الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين لدى المرضى المزمنين.
- دراسة الفروق في الاتجاه نحو السلوك الصحي حسب متغيرات السن و الجنس و المستوى التعليمي و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و كذا مدة الازمان وطبيعة المرض لدى عينة البحث
- استكشاف العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين، ومدى امكانية الاعتماد على هذه المتغيرات كمنبئات عن الاتجاه نحو السلوك الصحي

4- أهمية الدراسة:

يزداد عبء الأمراض المزمنة بطريقة متسارعة بسبب عوامل التغير الاجتماعي و التحديث على المستوى العالمي و المحلي، و كنتيجة طبيعية لشيخوخة المجتمعات و تطور الرعاية الطبية و ارتفاع مستوى المعيشة ، و يؤكد الباحثون في منظمة الصحة لعالمية على أن أكبر نسبة من أسباب الوفيات في العالم تعود إلى الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، و السرطان و السكري و السمنة، حيث تمثل 59% من مجموع 57 مليون حالة وفاة كل سنة و 46% من الكلفة العالمية للمرض حيث تجاوز عدد المصابين بالسمنة مليار نسمة في 2002 كما تؤكد هذه الدراسات على أن أغلب الأسباب الكامنة وراء الأمراض المزمنة تتعلق بنمط المعيشة و سلوك المريض و أنها قابلة للوقاية خاصة في الدول النامية التي تفتقر إلى الإمكانيات الصحية و التكنولوجية لرعاية هؤلاء الزّمنى(WHO، 2004)..

ويعتبر السلوك الصحي العامل الرئيس في الوقاية من هذه الأمراض لذلك اهتم الباحثون بالمتغيرات المؤثرة في السلوك الصحي أو المرتبطة به حيث وجد Beadet و زملاؤه (1999) أن المرضى الذين يعيشون بمفردهم يعانون من الاكتئاب و التعاسة و كذا دراسات Allgöwer(2001) ، وWardle (1997) و Steptoe (1991) و Koenig (1998)،حيث خلصت في مجملها إلى أهمية المتغيرات النفسية الاجتماعية في الأمراض المزمنة (الكندري، 2003).و هي نفس النتيجة التي ظهرت من خلال الدراسات التي تمت في الجزائر و قد أشرنا لها في مقدمة البحث.

و في هذا الإطار تتبين أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية:

1- كونها الدراسة الوحيدة –في حدود علمنا- التي تطرقت إلى السلوك الصحي في الجزائر حيث أن الدراسات في هذا المجال نادرة عربياً (معتز، 2002).

2- إبراز أهمية مفهوم الاتجاه في علم النفس الاجتماعي المتعلق بالصحة و المرض.

3- التركيز على عينة المرضى المزمنين الذين يعانون أكثر من غيرهم من الناحية النفسية و الجسدية وخصوصا المصابين بالسكري أو بضغط الدم.

4- أهمية المتغيرات الرئيسية في الدراسة مثل الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين.

5- إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة في التدخل من أجل تغيير السلوك الصحي لدى المرضى و كذا التدخل الوقائي لبناء سلوك صحي لدى غير المرضى تخفيفاً للأعباء النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية للمرض في الجزائر كبلد نامٍ.

6- لفت انتباه الأطباء و العاملين في ميدان الرعاية الصحية إلى أهمية العوامل النفسية الاجتماعية في التكفل بالمريض.

5- حدود الدراسة:

شملت عينة الدراسة 276 مريضا من المصابين بالسكري أو بضغط الدم المرتفع من مجمل 4850 مريضا مزمنا مسجلا لدى صندوق الضمان الاجتماعي بمدينة ورقلة سواء كانوا مؤمّنِين اجتماعيا أو مُعوزين.وقد تمت الدراسة خلال عام 2005 بمدينة ورقلة

و تتحدد الدراسة الحالية بالأدوات المستعملة في جمع بياناتها و هي:

1- مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي من إنشاء الباحث.

2- استبيان الاتجاه نحو السلوك الصحي لـ Steptoe و Wardle في نسخته العربية المعدة من طرف رضوان و زملائه كمحك صدق لمقياس الاتجاه في الدراسة الاستطلاعية.

3- مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ Dahlem و Zimet.

4- مقياس الكفاءة الذاتية المدركة لـ Schwarzer و Jerusalem في نسخته المختصرة.

5- مقياس التدين لمحمد المهدي.

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

أ- المرض المزمن:

يختلف المرض المزمن عن المرض الحاد في كونه غير قابل للشفاء التام و ضرورة علاجه المستمر و إعاقته وظيفياً للمصاب به إضافة إلى الأعباء النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية المترتبة عليه.و نعتبر في دراستنا المريض المزمن كل شخص تم التأكد من إصابته بمرض السكري سواء كان من النوع 1(المرتبط بالأنسولين) أوالنوع 2(غير المرتبط بالأنسولين) أو بمرض ضغط الدم و ليس بكليهما و ذلك عن طريق ملف طبي مودع لدى صندوق الضمان الاجتماعي بمدينة ورقلة.

ب- السلوك الصحي:

يختلف السلوك الصحي عن سلوك المرض حيث يشير هذا الأخير إلى الكيفية التي يتعرف بها المريض على الأعراض التي تظهر عليه و على مراقبة جسمه و طلب المساعدة و هو جزء من السلوك الصحي العام و يعرف Taylor (2003) السلوك الصحي بكونه "السلوك الذي يقوم به الأفراد للحفاظ على صحتهم و تنميتها". أما السلوك الصحي كما نتبناه في دراستنا فهو كل سلوك يفترض القيام به من طرف المصاب بمرض السكري أو ضغط الدم لتجنب مضاعفات المرض و إتباع التعليمات الطبية و كذا السلوك الصحي الوقائي مثل عدم التدخين. و قد تم التعرف على أهم هذه السلوكات من خلال سؤال الدراسة الاستطلاعية المطروح على الأطباء (الملحق1) و كذا من الدراسات السابقة مثل دراسات Ware (1992)، وTaylor (2003) ورضوان(2001).

ج- الاتجاه نحو السلوك الصحي:

يعتبر الاتجاه من أهم المفاهيم في علم النفس الاجتماعي (Maisonneuve، 2000) منذ ظهور تعريفاته الأولى على يد Allport و Zaniecki و Asch و غيرهم وصولاً إلى Stoetzel و Newcomb وChérif. و نرى أن تعريف Stoetzel للاتجاه يتميز بدقة نسبية حيث يعرفه بأنه "الطريقة التي يتموقع بها الفرد تجاه أشياء ذات قيمة" (Stoetzel، 1978).

وقد اختلف الباحثون في تعريف الاتجاه إلى درجة تعذر معها وجود تعريف شامل متفق عليه بسبب اختلافهم في مكونات الاتجاه فقد أحصى Nelson سنة 1939 عشرين رأياً في تحديد طبيعة الاتجاه (سويف، 1966)، كما أحصى Ajzen و Fishbein سنة 1972 خمسمائة تعريف إجرائي للاتجاهات حيث عرفت 80% من الدراسات التي شملها مسحهما الاتجاه بأكثر من معنى.و يتكون مفهوم الاتجاه كلاسيكياً من ثلاثة أبعاد هي البعد المعرفي، و البعد الوجداني و البعد السلوكي (خليفة ، 1998).

غير أن الباحثين انقسموا إلى أربع فئات في اعتبارهم لطبيعة الاتجاه:

- الفئة الأولى: ركزت على المكونات الثلاثة الكلاسيكية.
- الفئة الثانية: ركزت على الجانب المعرفي على أساس أن المكون الرئيسي هو المعتقد.
- الفئة الثالثة: ركزت على الجانب الوجداني.

– الفئة الرابعة: المتأثرة بالمدرسة السلوكية، ترى أن الجانب الوجداني و المعرفي لا دليل عليهما و أن الاتجاه مساو للسلوك ذاته.

غير أننا في دراستنا هذه نستند إلى رأيAjzen و Fishbein في أن مفهوم الاتجاه يجب أن يستخدم فقط للتعبير عن الجانب الوجداني، ذلك أن غالبية المقاييس المستعملة (ثرستون، جوتمان، ليكرت) هي مقاييس وجدانية في أصلها، كما كشفت دراسات Breckler و Wiggins و غيرهم أن المعرفة و الوجدان متمايزان في بناء الاتجاهات النفسية (خليفة ، دت).

و يرى أصحاب هذا الاتجاه:

1– ضرورة الفصل التام بين كل من المكون الوجداني و المعتقد.

2– إمكانية دراسة العلاقة بين الاتجاه (المكون الوجداني) و بين المعتقد بصفة مستقلة.

لذلك فإن استعمال الاتجاه بمفهومه الوجداني التقييمي له ما يبرره، لذا نعرف الاتجاه في دراستنا بأنه: نسق من التقييمات الوجدانية أو المشاعر المرتبطة بالسلوك الصحي بعد الإصابة بالمرض المزمن و تتمثل في عبارات مثل: لا أحب، أكره، أفضل أتمنى، كما يقيسه الاستبيان المعد لغرض الدراسة.

د– الدعم الاجتماعي المدرك:

يختلف علماء الاجتماع مع علماء النفس و علماء النفس الاجتماعي في تعريف الدعم الاجتماعي حيث يركز علماء الاجتماع على الجانب الكمي فهو أقرب في مفاهيمهم إلى التكامل الاجتماعي، أما لدى علماء النفس فإن التركيز يكون على إدراك الفرد لهذا الدعم الاجتماعي من الناحية الكيفية، و عليه يعرفونه بأنه " مورد نفسي يحدد إدراكات الفرد تجاه نوعية العلاقات الاجتماعية" (Scheïtzer، 1994) و يقسمونه إلى أنواع مثل: الدعم الوجداني، و المعلوماتي، و المادي. و هناك مقاييس متعددة للدعم الاجتماعي غير أننا اعتمدنا مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ: Dahlem و Zimet، باعتبار أن شعور الفرد و إدراكه للدعم الاجتماعي من وجهة نظر المريض المزمن المصاب بالسكري أو بارتفاع ضغط الدم أهم من الدعم الفعلي، ذلك أن علاج المرض المزمن يتكفل به صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة 100 % و ما يحتاجه المريض المزمن هو الشعور بكونه محاطاً بالرعاية

من طرف عائلته، و أصدقائه و هي الأبعاد التي تقيسها الأداة التي استعملناها في الدراسة الحالية.

هـ- الكفاءة الذاتية المدركة:

يعرف Bandura (1998b) الكفاءة الذاتية بأنها:" القدرة على توقع نتائج السلوك حيث يشعر الفرد بالتحكم في الموقف و قدرته على ضبط سلوكه حسب الموقف" و يعتبر مفهوم الكفاءة الذاتية من أهم أعمدة نظرية المعرفة الاجتماعية بتركيزه على معتقدات الفرد المتعلقة بسلوكه مثل القدرة على حل المشاكل و مواجهة الأحداث، لذلك أدرجته أغلب النماذج التي تفسر السلوك الصحي في بنائها كمتغير رئيسي.

و نُعرف الكفاءة الذاتية في دراستنا بأنها "إدراك الفرد لقدراته على التحكم في المواقف المختلفة، و ثقته بنفسه في مواجهة المشاكل و الأحداث التي يتعرض لها سواء المتوقعة أو غير المتوقعة بفعالية حيث يجد حلولاً لأغلبها"، وقد اعتمدنا في قياس هذا المتغير مقياس الكفاءة الذاتية المدركة لـ Schwarzer و Jerusalem.

و- التدين:

يشير مصطلح الدين إلى مفهوم مركب يصعب وصفه لاختلاف التعريفات ثقافياً (المهدي، 2002). لذلك لجأ الباحثون إلى دراسة التدين كأحد مظاهر الدين، و قد عرف الغربيون التدين بطريقة ضيقة حيث حصروه في التردد على دور العبادة أو العضوية في منظمات دينية أو حصروه في الجانب العاطفي كما يشعر به الفرد بينه و بين قوة عليا (Peterson ، 2003).

لذلك اعتمدنا في دراستنا تعريف الباحثين المسلمين و منهم الصنيع، حيث يعرفه بأنه "التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح و ظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به و الانتهاء عن إتيان ما نهى الله عنه "(المهدي، 2002). وهناك عدة مقاييس للسلوك التديني منها مقياس الاتجاه الديني لعبد الحميد نصار، و مقياس مستوى التدين لصالح بن إبراهيم و غيرهم إلا أننا اعتمدنا استبيان السلوك التديني لمحمد المهدي لسهولة بنوده وحداثته وعليه نعرف التدين في دراستنا بأنه "سلوك القيام بالفرائض الرئيسية و إتباع التعاليم الدينية في الحياة اليومية، إضافة إلى الخلق القويم و مشاعر الخشوع و التأثر عن قراءة القرآن" كما يقيسه استبيان السلوك التديني لمحمد المهدي.

7- فروض الدراسة:

انطلاقا من الأسئلة الواردة في مشكلة الدراسة نضع الفروض التالية:

1- نتوقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبياً لدى المرضى المزمنين المصابين بالسكري أو بضغط الدم.

2- يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الازمان.

3- يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى كل من مرضى السكري و مرضى ضغط الدم باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الازمان و كذا طبيعة المرض.

4- نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين لدى المرضى المزمنين المصابين بالسكري أو بضغط الدم.

5- تختلف علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الازمان و كذا طبيعة المرض.

الفصل الثانـي

الإطار النظري للدراسة

- تمهيـد

1- المرض المزمن

2- السلوك الصحي

3- الاتجاه نحو السلوك الصحي

4- الدعم الاجتماعي المدرك

5- الكفاءة الذاتية المدركة

6- التديـن

تمهيد:

يعتبر علم النفس الاجتماعي للصحة social psychology of health من أهم المجالات التي تحوز على اهتمام علماء النفس الاجتماعي والباحثين في علم النفس الصحي أو الطبي ؛خاصة بعد انحسار الهالة التي أحاطت بالنموذج الطبي الغربي مع نهاية القرن العشرين(Taylor ،2003).

وقد أدى ظهور أمراض مستعصية على الشفاء مثل متلازمة نقص المناعة المكتسبة وكذا الأمراض المزمنة بشكل وبائي إلى لفت الأنظار الى العوامل السلوكية النفسية الاجتماعية التي تلعب دورا محدِّدا في هذه الأمراض، كما أدت عولمة أنماط المعيشة أوغربنتها(Occidentalization) إلى تغير كبير في العادات الغذائية و الصحية إضافة إلى عوامل الكرب المرتبط بثقافة الصراع والتنافس مما زاد في انتشار تلك الأمراض بشكل لم يسبق له مثيل في تاريخ البشرية. ويؤكد الباحثون كما سنرى في المراجعة النظرية لأدب البحث المتعلق بالأمراض المزمنة على أهمية السلوك الصحي والعوامل المتفاعلة معه في طرق التدخل من أجل الوقاية من هذه الأمراض او تخفيف وطأتها على الفرد والمجتمع.

من أجل ذلك قمنا في هذا الفصل بمراجعة نظرية لأهم الدراسات التي تعرضت لمفهوم المرض المزمن، ثم السلوك الصحي ثم الاتجاه نحوه وكذا المتغيرات النفسية الاجتماعية الأخرى مثل الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية والتدين، وقد اقتصرنا في عرض معلومات الفصل على ما له علاقة وظيفية مباشرة مع دراستنا.

1- المرض المزمن:

يسبب المرض انقطاعاً مفاجئاً في التوازن الدينامي الذي نطلق عليه اصطلاحاً اسم "الصحة"، حيث تؤدي العوامل الممرضة أو العمليات المميتة و التي تأخذ مكانها بداخلنا إلى تدمير عمليات حفظ الحياة مما يسرع بالاتجاه نحو الموت، أو بتأخير الشفاء و ازدياد المعاناة (Fischer، 1997).

و يميز الأطباء بين المرض المزمن و المرض الحاد الذي يظهر فجأة و يُشفى الإنسان منه سريعاً، أما المرض المزمن فيشمل عدداً كبيراً من الأمراض تختلف فيما بينها من حيث المنشأ و السبب و الأعراض و العلاج و المآل، و تنمو ببطء كما تستمر لمدة طويلة (رضوان، 1999).

و تتميز هذه الأمراض بخصائص أهمها:

1- الأسباب: حيث توجد علاقة قوية بين المرض المزمن و نمط الحياة و سلوكات المريض المتعلقة بالصحة و المرض.

2- التنبؤ: لا يمكن التنبؤ بمسار المرض من حيث التحسن أو الانتكاس.

3- الشفاء: تستعصي أغلب هذه الأمراض عن الشفاء.

4- العلاج: تحتاج إلى علاج مكلف و طويل الأمد خاصة إذا ظهرت المضاعفات الخطيرة.

5- الإعاقة: تؤدي إلى إعاقات وظيفية و جسدية مما يزيد من معاناة المريض.

تشكل هذه الأمراض أكبر سبب للوفيات في العالم الغربي و كذا النامي (WHO 2005) و قد أخذت تنتشر بشكل وبائي نتيجة التغير الاجتماعي و التحديث الصناعي و عولمة أنماط السلوك و طرائق المعيشة الأقرب إلى نمط الثقافة الغربي، لذلك فهي ترتبط بالسلوك الصحي حيث لاحظت منظمة الصحة العالمية أن 75% من أسباب أمراض القلب و الأوعية يعود إلى أسباب سلوكية منها طريقة الغذاء و نقص النشاط الرياضي.

ففي 2001 كان هناك 16 مليون أمريكي يعانون من السكري النوع الثاني و يتوقع أن يصل العدد إلى 23 مليونا بحدود سنة 2011 بسبب شيخوخة السكان و ارتفاع نسبة السمنة و تغير نمط الحياة اليومية.و لا يختلف الوضع في الجزائر و العالم العربي حيث تزداد نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم من 3 % في الجمهور العام إلى 20 % في الفئة العمرية 60 – 69 سنة، و يصيب السكري 150 مليون شخص في العالم و من المتوقع أن يكون غالبية المصابين به سنة 2025 في الدول النامية في الفئة العمرية من45 إلى 64 سنة.

إن أهم المتغيرات الفاعلة في الأمراض المزمنة هي: الوضع الاقتصادي و الاجتماعي و البناء الأسري و الدور الجنسي و نمط الغذاء و السكن و المهنة و السلوك الجنسي و الدين، إضافة إلى الضغوط الاجتماعية و الصحة النفسية (الكندري، 2003).كما يمكننا تجنب 80 % من حالات مرض شرايين القلب، و 90 % من حالات النوع الثاني من السكري و 33 % من حالات السرطان اعتماداً على ثلاثة عوامل هي:

- الحمية الصحية
- النشاط الرياضي

– الامتناع عن السلوك الممرض مثل التدخين و تعاطي الكحول و المخدرات (WHO 2005).

و يعتبر أهم مرضين في الجزائر هما السكري و ضغط الدم كما بينته دراسات وزارة الصحة و المعهد الوطني للصحة العمومية، سواء من حيث النسبة أو التكاليف حيث بلغت نسبة انتشار ضغط الدم 3 % (1.8 % لدى الرجال و 4.2 % لدى النساء) و نسبة انتشار السكري 1.5 % (1.5 % لدى الرجال و 1.7 % لدى النساء)، و بلغت نسبة التدخين في العينات المدروسة 50 % في الفئة العمرية من 20 إلى 60 سنة لدى الذكور خاصة، وكانت أهم عوامل الخطر هي: التدخين و التعرض للشمس، و نوعية التغذية و الكسل و عدم النشاط الرياضي. ففي الجنوب الجزائري مثل ما هو عليه الحال بمدينة ورقلة ترتفع نسبة الملوحة في الماء الشروب مما يزيد من حالات ارتفاع الضغط الدموي (MSP، 2005)، كما تؤثر درجات ارتفاع الحرارة و ضربات الشمس على مرض السكري خاصة النوع المرتبط بالأنسولين.

1.1. الدراسات السابقة:

1.1.1. مرض السكري:

ينقسم مرض السكري إلى نوعين: مرض السكر المرتبط بالأنسولين و يدعى النوع الأول و السكري غير المرتبط بالأنسولين و هو النوع الثاني إلا أن هذه التسميات خادعة في حقيقتها ذلك أن كلا النوعين مرتبط بالأنسولين من الناحية الفيزيولوجية وسوف نستعمل في دراستنا مصطلح **مرض السكري** للدلالة على هذا المرض بنوعيه.

تؤثر عوامل الغذاء و النشاط الجسدي و الامتثال للتعليمات الطبية فيما يخص العلاج و الرعاية الصحية في سير المرض و مضاعفاته إضافة للعوامل الوراثية و استعدادات الفرد.إن أكثر الدول التي ينتشر فيها هي الهند و الصين و الولايات المتحدة و اندونيسيا و اليابان و الباكستان و روسيا و البرازيل و ايطاليا، و كذا في بعض دول الخليج (Wild، 2004).

قامت Albright و زملاؤها بدراسة أربعة عوامل مرتبطة بسلوك الرعاية الذاتية لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني و علاقته بالعوامل الديموغرافية و العلاقة بين الطبيب و المريض و الكرب و كذا السياق الاجتماعي على عينة من 397 مريضاً بالسكري في عيادة

RRNusT بجنوب تكساس، تم متابعتهم على مدى 6 أشهر و قد ارتبطت الرعاية الذاتية بالعمر ورضى المريض عن علاقته بطبيبه و الكرب الشخصي و السياق العائلي، و يرتبط هذا الأخير بالسلوك الصحي و الحمية و النشاط الرياضي و الالتزام بالعلاج و أكدت الباحثة على دور السياق الاجتماعي و اشتراك العائلة في التكفل برعاية المريض المزمن (Albright، 2001).

و قام Power و زملاؤه باستكشاف علاقة مناقشة و مراقبة اللياقة النفسية لدى مرضى السكري بتحسين المزاج و ضبط مستوى سكر الدم و مراقبة المريض لنمط معيشته و ضمت العينة 461 مراجعاً للعيادة تم تقسيمهم عشوائياً إلى فئتين: فئة تلقت علاجاً عادياً و أخرى باستعمال طريقة المراقبة حيث يقوم المعالج في المجموعة الأخيرة بمناقشة الظروف النفسية كما يتم قياس مستوى HbA_{1c} و هو مكون في كريات الدم الحمراء ترتفع نسبته إذا لم يلتزم المريض بتعليمات العلاج و الحمية و دلت النتائج على أهمية الضبط في تحسين المزاج و الإحساس بالعافية (Power، 2001). كما قام Norman و زملاؤه بدراسة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و الضبط المدرك لدى عينة من 115 بالغاً (65 من الإناث و 50 من الذكور) من المصابين بالنوع الثاني من السكري و دلت النتائج على ارتباط موجب بين الانشغال الوجداني و استراتيجيات الهروب و القلق و الاكتئاب، كما أن المواجهة الذاتية مؤشر تنبؤي بانخفاض نسبة الاكتئاب و أن الضبط المدرك متغير معدّل بين الاستجابة للكرب و كل من القلق و مستوى HbA_{1c} (Norman 2000).

و هدفت دراسة Rowley و زملائه إلى ايجاد نموذج رياضي يفسر العلاقة بين سلوك المواجهة و المعارف المتعلقة بالسكري، و علاقة المريض بالطبيب و خصائص الشخصية و الكفاءة الذاتية لدى مريض السكري، و خلصت الدراسة إلى أن الكفاءة الذاتية و سلوك المواجهة يلعبان دوراً مميزاً في تمكين مريض السكري من المحافظة على توازن السكر في دمه.كما وجد Kaplan و Keil علاقة دالة بين الوضع الاقتصادي و الاجتماعي و مسار المرض المزمن حيث كلما انخفض المستوى الاقتصادي و الاجتماعي زادت حدة المرض، حيث لاحظ هذه العلاقة Macleod في دراسته عن ارتباط الوفيات بالدخل في الولايات المتحدة فكلما ارتفع الدخل قلت نسبة الوفيات من 1968 إلى 1998 (Macleod، 2003).

نستنتج من هذه الدراسات أن أهم العوامل الفاعلة في مرض السكري هي:

1- السياق العائلي و دور الدعم الاجتماعي.

2- أهمية الضبط و المراقبة و هما مرتبطان بالكفاءة المدركة.

3- أهمية المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

2.1.1. مرض ارتفاع ضغط الدم:

يعتبر ارتفاع ضغط الدم مرضاً وبائياً، حيث يجاوز العدد المتوقع للمصابين به في الجزائر 6 ملايين نسمة و هو أكثر أمراض القلب و الأوعية انتشاراً، و لا يجد الأطباء له سببا في 80 % من الحالات، و يُدعى حينها بارتفاع ضغط الدم الأساسي و هو عامل في الإصابة بالجلطة القلبية و احتشاء عضلة القلب أوموت الفُجأة؛ وسوف نستعمل في دراستنا المصطلح الشائع وهو **مرض ضغط الدم** للدلالة عليه.

يرتبط هذا المرض بالسلوك و نمط المعيشة و الضغوط النفسية و الاجتماعية و استعداد الشخصية خاصة ما يدعى بالنمط A، كما يرتبط ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية مثل الدعم الاجتماعي و القيم و المعايير التي يستند إليها الفرد و منها درجة التدين، كما يؤثر الكرب الاجتماعي على أمراض القلب عموماً ففي دراسة Framingham لتحديد عوامل الخطر في هذه الأمراض وُجد أن التدخين و ارتفاع نسبة الكولسترول و نمط المعيشة خاصة في جانبه الغذائي و التاريخ العائلي و كذا وجود أمراض أخرى مثل السكري هي أهم العوامل الخطرة، إضافة إلى التغيرات النفسية و الديموغرافية مثل الاكتئاب، و العدوانية أو الكراهية و المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض و غياب الدعم الاجتماعي، كما بينت الدراسة أن تأثير هذه العوامل مجتمعة يصيب فيزيولوجية القلب و الأوعية للعلاقة المباشرة بين الكرب و التغيرات الحيوية في الجهاز الدوري حيث ثبت انه بالتحكم في تلك العوامل خاصة باستعمال استراتيجيات إدارة الكروب يمكن أن تنخفض نسبة الوفاة من 50 إلى 70% (Bairey، 2002).

و في دراسة Dressler (1982)، وجد علاقة دالة بين الدعم الاجتماعي و بين ارتفاع ضغط الدم، كما ارتبط هذا الأخير بالزواج المتعدد، و ما سماه الباحث المجتمع الودود(الكندري، 2003). أما في دراسة Lennon(2001)، التي هدفت إلى استكشاف العلاقة بين

العوامل الديموغرافية و بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية و الطبية المرتبطة بمتابعة العلاج الطبي لدى مرضى الضغط الدموي عند مراجعي العيادات الخارجية (ن= 117)، تبين أن 20% منهم أقروا بعدم الامتثال للعلاج الطبي و أن هناك علاقة موجبة دالة بين الامتثال للعلاج و الكفاءات الذاتية المدركة، و كذا أهمية كل من إدراك الضبط و المقاصد السلوكية (النيات) كمؤشرين تنبؤيين لدراسة امتثال المرضى للعلاج، وانتقدت الدراسة طريقة الاستبيان الذاتي كونها غير ملائمة لقياس الامتثال للعلاج (Lennon ، 2001).

و في محاولة لتحديد أهم العوامل المؤثرة في أمراض القلب قام Bunker و زملاؤه بدراسة مسحية للبحوث التي كتبت ما بين 1960 إلى 2001 باستعمال بنكي المعلومات Medline و Psyinfo و باستعمال 47 كلمة مفتاحية تشير إلى أمراض القلب و العوامل المحتملة، و قد توفرت الشروط المنهجية التي حددها الباحث في 57 دراسة و أتضح أن أهم هذه العوامل هي الاكتئاب و العزلة الاجتماعية و انخفاض الدعم الاجتماعي و التعرض للكوارث و الحوادث الخطيرة و العدوان و الغضب و طبيعة المهنة و ارتفاع درجات القلق (Bunker، 2003).

و في دراسة Gulliford عن اختلاف مستويات ضغط الدم لدى الجمهور العام باختلاف مستويات التعليم و الدخل في Trinidad و Tobago، على عينة من 631 راشداً حيث تم قياس الوزن و ضغط الدم و المستوى التعليمي و دخل الأسرة و أتضح أن هناك ارتباط عكسي بين مستوى الضغط الانقباضي و بين الدخل ومستوى التعليم لدى الإناث دون الذكور (Gulliford، 2004). وهناك دراسات كثيرة أثبتت العلاقة بين نسبة الوفيات ونشوء الأمراض وبين المستوى الاقتصادي والاجتماعي مثل دراسات Schema و Kaplan (1997)، ودراسة lynch و زملائه،وقبل ذلك دراسات كل من Engels و Farr (lynch،2001) .

يؤدي تفاعل العوامل الحيوية والاجتماعية والاقتصادية خلال مراحل العمر المختلفة لدى الفرد وبطريقة متشابكة إلى الإصابة بالمرض خاصة إذا كانت الظروف والسياقات الاجتماعية غير ملائمة، وهو ما ظهر في تحليل بيانات دراسة Terman (TLCS) المتواصلة منذ أزيد من 80 سنة على عينة من الأمريكيين الذين يتم تتبعهم من المراحل الابتدائية إلى الوفاة، وأكد الباحثون في هذه الدراسة على أن المزايا أو المساوئ المرتبطة بنمط الحياة تؤثر في سلوك الفرد بعد الرشد في تحديد عوامل الخطر لديه خاصة الظروف

الاقتصادية والاجتماعية حيث بلغت نسبة ارتفاع ضغط الدم لدى البالغين الأمريكيين 28 % سنة 1994، وتزداد النسبة لدى الذكور مقارنة بالإناث، كما تزداد بانخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي خاصة لدى الأمريكيين السود (Healthy People 2010).

إن الاختلاف في نسب انتشار هذا المرض المزمن كبيرة، ففي حين تشير دراسات المعهد الوطني للصحة العمومية(2001) ووزارة الصحة إلى نسبة 3 %، يتوقع أن يكون العدد الحقيقي 6 ملايين مصابا أي 20% على الأقل من مجموع السكان في الجزائر ويبدو أن الخلل يكمن في ندرة الدراسات ومحدودية المسوح التي لم تأخذ طابعا وطنيا مثلما هو الحال في الدول الأخرى.

أما بالنسبة لعامل التدين وأثره على ارتفاع ضغط الدم فإن دراسة Levin المسحية وجدت علاقة دالة بينهما، كما أوضح Brawn أن التدين لدى السود الأمريكيين يرتبط بانخفاض مستويات ضغط الدم لديهم.

و يلاحظ على الدراسات السابقة ما يلي:

1- تركيزها على العوامل المتفاعلة مع ضغط الدم مثل الدعم الاجتماعي و كفاءة الذات و الفروق الجنسية و أهمية الظروف و السياقات الاجتماعية التي ينشأ فيها الفرد.

2- إن أغلب هذه العوامل محددة ثقافياً لذلك لا يمكن تعميم نتائج تلك الدراسات على مجتمعات أخرى دون اختبار الفروض و إنشاء مقاييس للمتغيرات المدروسة نابعة من ثقافة وواقع المجتمع أو استعمال أدوات غير متحيزة ثقافيا.

3- جمعت أغلب هذه الدراسات بين متغيرات طبية حيوية مثل قياس مستوى HbA_{1c} في الدم و بين المتغيرات السلوكية لدى المرضى المزمنين على أساس أن الأولى محك للثانية، مما يشير إلى التعاون بين الأطباء و الباحثين السلوكيين و هو أمر نادر في بلداننا النامية.

4- إن حجم عينات هذه الدراسات مرتفع لسهولة الوصول إلى المريض في المجتمعات الغربية، كما أن أغلب هذه الدراسات تمت من طرف مجموعة كبيرة من الباحثين يعملون كفريق واحد و هو ما نفتقر إليه.

5- ندرة الدراسات العربية في حدود علمنا ما عدا دراسة الكندري التي ربطت بين التدين و انخفاض ضغط الدم (الكندري، 2003).

2. السلوك الصحي:

لم تعد الصحة موضوعاً طبياً بحتاً بل ظاهرة اجتماعية وقد أدى تغير خريطة الأمراض و ظهور الأمراض المزمنة إلى تغيير فهمنا للصحة و المحددات النفسية و الاجتماعية و الديموغرافية المتفاعلة معها، و من الغريب حقاً أن لا نجد في أي قاموس نفسي فرنسي تعريفا للصحة إلا على أساس الصحة العقلية (Fischer، 2002). إن أحدث تعريف للصحة في رأي Fischer هو كونها: " طريقة تعبير أو معايشة و خبرة لدى الفرد، حيث تتعاضد الحياة النفسية و الاجتماعية مع الوظائف البيولوجية لتحقيق الرفاهية (الشعور بالعافية) و التي تمكن الإنسان من العيش بطريقة مرضية "، إن إدراك البشر للعلاقة بين الصحة و السلوك قديم و ضارب في أعماق التاريخ، حيث تعلم الإنسان البدائي كيف يتجنب عوامل الخطر سواء في بيئته أو التي يتسبب فيها بنفسه مثل عدم معالجة الجروح أو تناول مواد سامة (Universalis، 2005).

و قد كتب ابن سينا رسالة مختصرة سماها: " دفع المضار الكلية عن الأبدان الانسانية" جمع فيها أهم العوامل المادية مع إشارة إلى العوامل النفسية و الاجتماعية (ابن سينا، 1989). لكن التاريخ الفعلي لبداية البحوث في علاقة السلوك البشري بالصحة بدأت بعد الحرب العالمية الثانية حيث لاحظ الأطباء و علماء النفس و الاجتماع ترابطا دالا بين بعض الأمراض و السلوك مثل أمراض التغذية و المتعلقة بنمط المعيشة(Higginson 1999) .و في أول تقارير Surgeon General الأمريكي في 1979، اتضح أن سبعة أسباب للوفيات من مجمل عشرة أسباب تعود إلى السلوك الخطر، و عليه وضع الأطباء خططا عشرية لتنمية الصحة السكانية تعتمد على تغيير السلوك و أنماط الحياة، و يمتد آخر هذه الخطط إلى سنة 2010 (2010 Healthy People) .

إن أول باحث ربط بين السلوك و الصحة هو Palmore(1970)، في دراسته على عينة من 268 متطوعاً تراوحت أعمارهم بين 60 و94 سنة كجزء من مشروع الدراسية التتبعية Duke، ووجد الباحث علاقة دالة بين النشاط الرياضي و الوزن و تجنب التدخين و بين انخفاض نسبة الأمراض و الوفيات لمدة 3 سنوات ثم 10 سنوات من بداية الدراسة كما قام Prett سنة 1971 بدراسة العلاقة بين مستوى الصحة و السلوك على عينة من 401 امرأة مستعملاً استبياناً يتكون من 76 بنداً موزعاً على أهم السلوكات التي يعتقد أنها تعزز الصحة

و تنميها مثل النوم لفترة كافية، و الغذاء الصحي و الرياضة، ووقاية الأسنان و عدم التدخين أو تناول الكحول، و خلص إلى أن العلاقة بين مستوى الصحة و هذه السلوكات دالة و لكنها ضعيفة (Higginson، 1999) إلا أن هذه النتيجة غير المقنعة نظراً لطبيعة العينة جعلت الباحثين يركزون على الدراسات التتبعية، وجاءت أولى النتائج من مخبر السكان في California حيث قام الباحثون بتتبع عينة من 6928 فردا من سكان Alameda بداية من 1965، و هدفت الدراسة إلى استكشاف مستوى صحة السكان في علاقته بالوضع الصحي و السلوك و العادات الصحية، و دلت النتائج الأولى سنة 1972 على ارتباط دال و قوي بين هذه المتغيرات (Steptoe، 2002).

إن اشهر تعريف للسلوك الصحي هو تعريف Cobb و Kasl (1966)، حيث يعرفانه بأنه" كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه قبل ظهور أعراضه " (Fischer، 2002). و يضيف كل من Harris و Guten (1979) مفهوم السلوك الوقائي أو سلوك حماية الصحة و يعرفانه بأنه " كل سلوك يصدر عن الفرد بغض النظر عن وضعه الصحي الحالي كما يدركه من اجل حماية و تنمية الصحة أو المحافظة عليها سواء كان هذا السلوك فعالاً أم لا لتحقيق هذه الغاية"، و حدد الباحثان هذه السلوكات بأنها:

- التدخين أو تعاطي الكحول
- استعمال الأدوية
- الغذاء و تخفيض الوزن
- إتباع التعليمات الطبية
- الرياضة
- النوم
- وقاية الأسنان
- استغلال وسائل الرعاية الصحية
- استعمال حزام الأمن
- السلوك الجنسي المناسب
- سلوكات مواجهة الكرب

و يعرف Norman (1996) السلوك الصحي بأنه" كل نشاط نقوم به و يهدف إلى الوقاية من المرض أو اكتشافه لأجل تنمية صحتنا و رفاهيتنا" (Conner، 1995).

و يلاحظ على هذه التعاريف أنها لا تتضمن سلوك المريض المتعلق بصحته أو بمرضه خاصة في الأمراض المزمنة، حيث يطلق حينها مصطلح " سلوك المرض" على

مظاهر تكيف الشخص مع حالته الجديدة، غير أننا نعتمد في دراستنا تعريف Gochman (1997) الذي يرى أن السلوك الصحي يشمل " كل أنماط السلوك و الأفعال و العادات المرتبطة بالحفاظ على صحتنا أو استعادتها أو تنميتها" (Gochman، 1997).

و تأتي أهمية السلوكات التي يقوم بها الأفراد لتحسين صحتهم أو المحافظة على عافيتهم من إمكانية تحولها إلى عادات صحية تقاوم التغيير و يلجأ الإنسان إليها تلقائياً دون تفكير واع، و قد تتأصل هذه العادات منذ الطفولة و تترسخ في بداية المراهقة (11- 12 سنة) ثم تستقر في سنوات الرشد، حين تظهر آثارها على الوضع الصحي. إن خمسين في المائة من الوفيات تسببت فيها 10 أمراض أغلبها قابل للوقاية كما يمكننا تجنب 25% من نسبة الوفاة بالسرطان بمحاربة التدخين، و تخفيض 10% من وزن البالغين (35 - 56 سنة) يؤدي إلى انخفاضٍ بنسبة 20% من إصابات شرايين القلب و كذا الرئية و السكري و جلطات القلب و الدماغ (Taylor، 2003).

إن أهم المتغيرات الوسيطة في السلوك الصحي هي :

1- العوامل الديموغرافية
2- القيم.
3- الضبط السلوكي المدرك.
4- التأثير الاجتماعي(السياق).
5- الأهداف الشخصية.
6- المعتقدات.

كما أن أهم معيقات السلوك الصحي هي:

أ- العادات الصحية الخاطئة.
ب- عدم ثبات السلوك الصحي وانتظامه.
ج- المعتقدات الخاطئة.
د- السياق الاجتماعي.
هـ- الاستعدادات الحيوية.

لذلك حاول علماء النفس الاجتماعي المهتمون بالسلوك الصحي إنشاء نماذج نظرية لتفسير هذا السلوك. ففي الخمسينيات طلبت مصلحة الصحة العامة في الولايات المتحدة من الأخصائيين البحث عن الأسباب التي تعيق الأمريكيين عن تبني سلوكات الفحص الوقائي لأمراض مثل: السل وسرطان العنق، وأمراض اللثة، والحمى الرثوية وشلل الأطفال والزكام

وغيرها من الأمراض المزمنة رغم أن الخدمات مجانية أو منخفضة التكاليف، وعليه قام كل من Hachbaum، وKegeles وLeventhal وRosenstock بوضع نموذج المعتقدات الصحية Health Belief Model أو المعروف اختصارا بـ HBM لتفسير هذا السلوك الذي يؤكد على أن الإنسان يبني سلوكه على:

1- إدراكه للخطر وإمكانية إصابته بالمرض

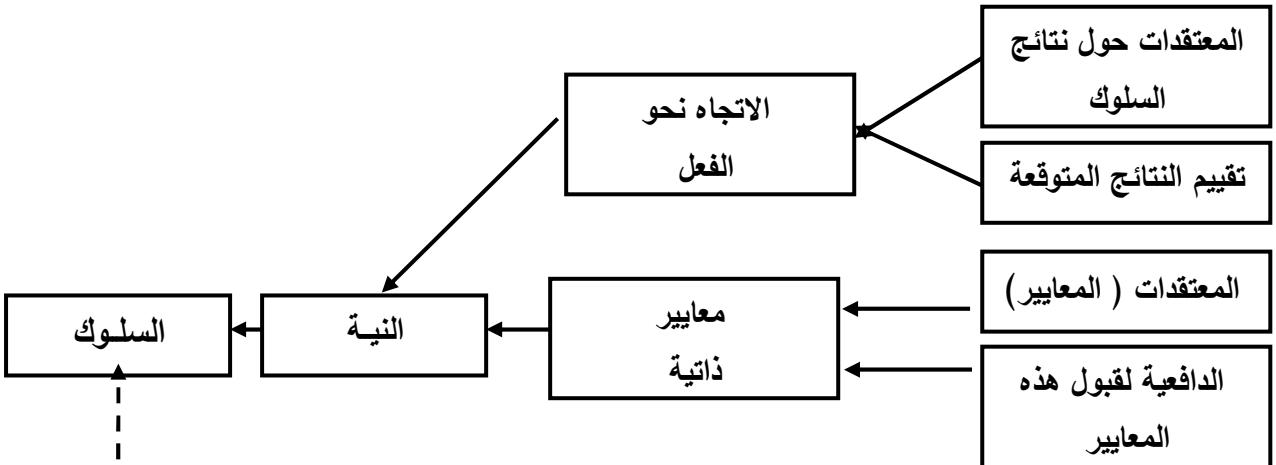
2- درجة خطورة المرض ونتائجه الوخيمة

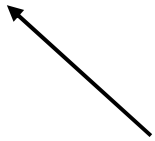
3- المنافع التي يجنيها من سلوكه في مقابل المعيقات

فالمدخن الذي يعاني من السمنة لا يدرك أنه معرض لخطر الأزمة القلبية (إدراك إمكانية الإصابة)، التي قد تؤدي به إلى الموت فجأة (خطورة المرض)، غير أن سلوك التوقف عن التدخين يرتبط في ذهن المدخن بالمنافع التي سيجنيها (انخفاض احتمال الإصابة) في مقابل التكاليف المترتبة عن السلوك و أهمها الآثار الجسدية والنفسية(Higginson، 1999).

وقد أضاف King (1983) متغير العزو السببي إلى نموذج HBM، غير أن العلاقة بين المعتقد والسلوك وكذا المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية تبقى غير واضحة إضافة إلى اعتماد النموذج على البعد الأحادي للسلوك الصحي، كذلك لا ينتبه النموذج إلى دور النية والمقاصد السلوكية والاتجاهات ومعايير الفرد مقارنة بقيم ومعايير أفراد المجتمع الآخرين، وكأن الإنسان أحادي البعد غير اجتماعي.

أما نظرية الفعل المعقول Reasoned Action Theory وبعدها نظرية السلوك المخطط لـ Ajzen وFishbein (1975) فتؤكدان على أن قرارات الفرد المتعلقة بالسلوك الصحي تستند إلى تقييم عقلاني للمعلومات المتاحة لديه، وتربط النظرية بين المعتقدات والاتجاهات نحو الصحة وبين السلوك الفعلي بواسطة متغير وسيط هام هو النية أو المقصد السلوكي حسب النموذج التالي:





الشكل1: نظرية الفعل المخطط لـ Ajzen و Fishbein (Fischer، 2002)

إن الاتجاه نحو السلوك الصحي حسب هذا النموذج يرتبط بمعتقدات الفرد حول النتائج المترتبة عن سلوكه وتقييم الآثار المتوقعة إيجاباً أو سلباً. لقد أدى النقد الموجه لنظرية الفعل المعقول إلى إدخال متغير آخر هو إدراك التحكم في السلوك أو الكفاءة الذاتية المدركة، مما زاد من تماسك النظرية وقدرتها على التنبؤ بالسلوك الصحي (kathy ، 2004) .

أما النموذج عبر النظريTranstheorytical Model، لـ Prochaska وDiclemente فيعتمد بعدا آخر هو البعد الزمني أو المرحلي في تفسير السلوك الصحي (Fischer، 2002) حيث يتضمن خمس مراحل هي:

1- المرحلة قبل التأملية phase précontemplative

2- المرحلة التأملية phase contemplative

3- المرحلة التحضيرية phase de préparation

4- مرحلة الفعل phase d'action

5- مرحلة المداومة والاستمرارية phase de maintien

وقد نشا هذا النموذج أصلا لتفسير سلوك الإدمان على التدخين، وينتقل الشخص من مرحلة إلى أخرى عبر عشر عمليات يلجأ إليها الأشخاص عادة لتغيير سلوكاتهم وتكون إما مرتبطة بالخبرة أو بالسلوك.

أما نموذج مقاربة الفعل من اجل الصحة Health Action Process Approach أو HAPA لـSchwarzer (1992)، فقد أنشئ لتفسير أهمية الاعتقادات كسبب للكفاءة الذاتية مقارنة بالمتغيرات الأخرى الفاعلة في السلوك الصحي، والتركيز على العلاقة بين نية

السلوك والفعل. وينطلق النموذج من مفهوم أساسي هو أن قبول وظهور واستمرار السلوكات الواقية من المرض والجالبة للصحة يتم على مرحلتين:

– المرحلة الدافعية: يتم فيها اختيار الفعل أو نية الفعل

– المرحلة التطوعية: أو مرحلة الفعل ويظهر فيها الجهد المبذول والمداومة عليه، ويؤكد النموذج على أهمية الكفاءة الذاتية كمتغير أساسي في اتخاذ القرارات السلوكية المرتبطة بالصحة أو الاستمرار في هذه السلوكات(Flay، 1994).

إن نماذج تفسير السلوك الصحي ونظرياته متعددة غير أننا اقتصرنا على ذكر أهمها ويلاحظ عليها ما يلي:

1– اعتماد أغلبها على نظرية المعرفة الاجتماعية لـBandura.

2– اختلافها في الأخذ بالمتغيرات المتداخلة مع السلوك وكذا في البعد الزمني والمرحلي.

3– اعتمادها على متغيرات حساسة ثقافيا وحضاريا مثل المعايير والقيم والمعتقدات مما يدعونا إلى إيجاد نماذج محلية نابعة من مجتمعاتنا.

4– إهمالها لمتغير التدين، وغالبا ما يدرج تحت مفهوم المعتقدات أو القيم.

5– النظرة الجزئية للسلوك البشري، ففي حين تركز بعض النماذج على التفاعل الاجتماعي والإدراك الاجتماعي، تختزل نماذج أخرى السلوك في محدداته المعرفية والوجدانية.

لذلك نشأت الحاجة إلى نماذج تكاملية تستدخل جميع المتغيرات المحتملة في تأثيرها على السلوك الصحي مثل نموذج Bruchon-Schweitzer، ويشمل هذا النموذج العوامل البيئية مثل الأحداث الكاربة، أو العلاقات الاجتماعية والعوامل الشخصية كالسمات وأنماط السلوك والسوابق الطبية والفيزيولوجية والعوامل المتبادلة بين الفرد والبيئة كأساليب المواجهة والتكيف، وتعتبر مخارج النموذج هي المحكات الرئيسية والمتمثلة في حالة الصحة الجسدية والشعور بالعافية (Fischer، 2002).

1.2: الدراسات السابقة:

يشير Rothman إلى حقيقة هامة تتمثل في تجاهل الأطباء للمتغيرات النفسية الاجتماعية وأثرها في الصحة والمرضى، فمنذ أنشأ Engel النموذج الحيوي النفسي

الاجتماعي Biopsychosocial Model في 1977، لا يزال إدراج هذه المتغيرات في التشخيص أو العلاج محتشما(Rothman، 2004)، وسنشير فيما يلي إلى بعض الدراسات التي تناولت السلوك الصحي.

ففي دراسة Luoto (1988) على عينة شملتها المسوح السنوية (8869 ذكراً و10105 أنثى) فيما بين 1978 و 1993 في فنلندا تراوحت أعمارهم ما بين 45 إلى 64 سنة،التي هدفت إلى استكشاف أسباب الوفيات لدى مرضى القلب والأوعية ودلت النتائج على اعتبار السلوك الصحي مؤشرا تنبؤيا بنسبة الوفيات لدى هذه الفئة المرضية وكانت أهم السلوكات المؤشرة هي عدم التدخين والنشاط الرياضي، والغذاء الصحي.

أما دراسة Rodolfo (1984) فهدفت إلى معرفة إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مركز التحكم الصحي وبوجود أو غياب بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، على عينة من 71 من طلبة علم النفس وتم قياس القيم الصحية بالاعتماد على استبيان Wallston الذي يتضمن 9 قيم من قائمة Rokeach، وتم قياس مركز الضبط الصحي باستبيان مكون من 11 بندا، يمكنه التمييز بين من يعتبرون أنفسهم مسئولين عن وضعهم الصحي وبين من يعزون ذلك للظروف والحظ أو القوى الخارجية، واستعمل السلوك الفعلي الملاحظ كمحك خارجي كما تم قياس سلوك العائلة الصحي وسلوك الأصدقاء الصحي، ودلت النتائج على علاقة مركز الضبط الداخلي بالسلوك الصحي وكذا على العلاقة بين البيئة (العائلة + الأصدقاء) وبين السلوك الصحي (Rodolfo، 1984). وقام كل من Thorson و Pourell (1992)، بدراسة على 196 مسنا يقطنون المناطق الحضرية و200 مسنا من الريف بهدف قياس الفروق في السلوك الصحي والاتجاه نحو الرعاية الصحية، ودلت النتائج إلى وجود تشابه بين المجموعتين؛ كما قام Kalliopaska(1992) بدراسة على 4268 طالبا (19–20 عاما) قارن فيها بين أثر التعاطف أو التفهم في الاتجاه نحو السلوك الصحي والتدخين وتبين أن هناك ارتباط بين التعاطف وبين السلوك الصحي (شعبان ، 2002).

وأجرى Colann (1994) دراسة لاختبار نموذج المعتقدات الصحية في التنبؤ بقرار المرأة المتصل بالمشاركة أو عدم المشاركة في برامج الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي على

عينة من 654 سيدة، وتبين له أن الأبعاد المختلفة المكونة لنموذج الـ HBM كانت من أفضل المنبئات بسلوك المبحوثات.

كما قام Connor وTaggart (1995) باستكشاف العلاقة بين عادات ممارسة الرياضة بالمعتقدات نحو مرض هشاشة العظام لدى عينة من طالبات الجامعة (ن= 113) ووجد علاقة موجبة بين العمر وكل من مستوى المعرفة المتعلق بهذا المرض وقد تراوح سن الطالبات بين 18 إلى 53 سنة. ولاستكشاف علاقة السلوك الصحي بالسن قام Keller وزملاؤه سنة 1985 بدراسة السلوك الصحي في الفئات العمرية (20- 39، 40- 59، 60- 89)، وكانت النتائج متضاربة وغير دالة وفسرها الباحثون على أساس أن السلوك الصحي متعدد الأبعاد والتي تختلف حسب السن (شعبان، 2002).

وأما Breslon وBelloc فقد قاما بتحليل نتائج دراسة Alameda التي ذكرناها فيما سبق، ووجدا أن الامتثال للسلوك الصحي الإيجابي ينتشر لدى المسنين أكثر من الشباب حيث تبين أن 17% ممن تجاوزت أعمارهم 75 عاما يحترمون سبعة سلوكات صحية على الأقل مقارنة بـ 6% ممن كان عمرهم أقل من 45 عاما، وتفسر هذه النتائج الفرضية القائلة باختلاف السلوك الصحي حسب السن على اعتبار أن المتغيرات الفاعلة مثل إدراك الخطر والقابلية للإصابة بالمرض ترتفع بارتفاع السن، لذلك نجد السلوكات الخطرة منتشرة في فترة المراهقة حيث يرى الفرد فيها أنه قوي وبعيد عن الإصابة بالمرض (Taylor، 2003).

كما يختلف السلوك الصحي حسب الجنس، ففي دراسة Waldron (1995)، حسبت النسبة الجنسية Sexe Ratio لانتشار السلوكات الخطرة على الصحة ضمن المسح الوطني للصحة في الولايات المتحدة، ووجد أن النساء أقل ميلا إلى هذه السلوكات من الرجال وهو ما يفسر نسبة الوفيات المرتفعة لدى الذكور مقارنة بالإناث، والإصرار على استعمال وسائل ومصالح الرعاية الصحية من طرف النساء أكثر من الرجال، وقد يرتبط ذلك كله بالدور الاجتماعي والتصورات الاجتماعية للصحة والمرض.وفي دراسة الغباشي (2002) في تحليلها للمقالات العلمية الصادرة في مجلة علم النفس الصحي مابين 1999 و2001 التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس، وجدت أن أغلب المقالات ركزت على محورين هما:

1- دعم الصحة والوقاية من المرض 68%

2- المريض في سياق الأمراض المزمنة 23%

وتركز هذه البحوث على مفهوم السلوك المدعم للصحة والسلوك المهدد للصحة وكذا أسلوب الحياة، غير أن الاهتمام بالسلوك الصحي لم يشكل إلا نسبة 8.3% وأرجعت الباحثة ذلك إلى الاتجاهات السائدة لدى الباحثين أنفسهم.

ويعتبر الاستقصاء الأوروبي للصحة والسلوك مابين 1989 و1991 من الدراسات الرائدة حيث شمل 16483 طالبا جامعيا في 21 بلدا أوروبيا، وتبين من تحليل النتائج أن هناك علاقة دالة بين الصحة والسلوك إلا أن الفروق بين البلدان كانت كبيرة، وهي نفس النتائج التي خلص إليها الاستقصاء العالمي للصحة والسلوك والذي شمل 23 دولة فيما بين 1999 و2001 (Steptoe، 2002).وقد قام Steptoe أيضا باستقصاء في جامعات ثلاث عشرة دولة أوروبية سنة 1990 شمل 4701 من الذكور و5729 من الإناث، وتم إعادة الاستقصاء سنة 2000 على عينة أخرى من 4604 ذكرا و5732 أنثى لاستكشاف السلوك الصحي ووجد الباحث ازديادا في نسبة انتشار التدخين، كما ارتبط التغير في المعتقدات الصحية بالتغير في السلوك وخلص إلى أهمية تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو الصحة لدى طلاب الجامعة.

وبتحليلنا للدراسات السابقة يتبين ما يلي:

1- تعتمد أغلب هذه الدراسات على نماذج ونظريات حاولت تفسير السلوك الصحي بطريقة جزئية.

2- تضارب نتائج تلك الدراسة نتيجة لاختلاف عيناتها (جامعيين، مسنين، مرضى) مما يدعونا إلى مزيد من الدراسات في هذا المجال.

3- ارتباط السلوك الصحي بمتغيرات متعددة ومتداخلة ليس من السهل تضمينها في تصميم أو بحث منفرد و محدود حيث تبرز أهمية الاستقصاء الشامل أو مشاريع البحث الكبيرة.

4- ضرورة إيجاد نموذج لتفسير السلوك الصحي نابع من قيمنا وحضارتنا لأهمية بعض المتغيرات في سلوكنا مثل التدين.

3. الاتجاه نحو السلوك الصحي:

يعتبر مفهوم الاتجاه من المفاهيم التي شغلت علماء النفس الاجتماعي على مدى القرن الماضي ولايزال، ويعود أول استخدام للمصطلح إلى Spencer (1862) في كتابه

المبادئ الأولى حيث يقول "إن وصولنا إلى أحكام صحيحة في مسائل مثيرة يعتمد إلى حد كبير على اتجاهنا الذهني" (خليل، 2003).

ويرى Allport(سويف، 1966) أن الاتجاه أهم مفهوم في علم النفس الاجتماعي للأسباب التالية:

1- تجاوزه للمدارس النفسية وصراعاتها

2- تجنبه للنقاش القديم بين الوراثة والبيئة

3- امتلاكه قدرا كبيرا من المرونة يسمح باستخدامه على مستوى الفرد والجماعة.

ورغم ذلك ليس من السهل تعريف الاتجاه، حيث أحصى Nelson سنة 1939 عشرين تعريفا مختلفا، كما أحصى كل من Ajzen و Fishbein سنة 1972 اكثر من خمسمائة تعريف وأنه في 80% من البحوث عُرف الاتجاه إجرائيا بطريقة مختلفة مما حدا بهما إلى ترك المفهوم العام للاتجاه والذي يمثله تعريف Allport الشهير وهو أنه: "حالة من الاستعداد أو التهيؤ النفسي تنتظم من خلاله خبرة الشخص ويمارس تأثيرا توجيهيا وديناميا على استجابة الفرد لكل الموضوعات أو المواقف المرتبطة بهذه الاستجابة "(سويف، 1966).

غير أن الإشكال الحقيقي لا يكمن في تعريف الاتجاه إجرائيا بقدر ما يكمن في اختلاطه بالمفاهيم الأخرى مثل: الميل، والرأي، والمعتقد والمعلومات المعالجة (خليفة، 1998). إن النقطة الرئيسية في نظرنا تعود إلى الاختلاف حول طبيعة الاتجاه في ذاته وهو ما أشار إليه باحثون أمثال معتز، وخليفة، وSchwarzer، وكذا Crutch و Rokeach و Breckler و Cacippio منذ السبعينات و الثمانينات من القرن الماضي.

ويعتبر الاتجاه من وجهة النظر الكلاسيكية مكونا من ثلاثة أبعاد:

1- البعد المعرفي: يشمل معتقدات الفرد نحو موضوع الاتجاه

2- البعد الوجداني: ويشمل مشاعر الفرد نحو موضوع الاتجاه

3- البعد السلوكي: ويشير إلى إمكانية حدوث السلوك أو ما سمي بعد ذلك بالمقصد السلوكي(النية).

أما التعاريف التي ركزت على الجوانب الثلاثة والتي يعتبرها بعض الباحثين مثل معتز السيد من أكثرها شيوعا وقبولا فيمثلها تعريف Reitsman بأنه "توجه ثابت أو تنظيم مستقر للعمليات المعرفية والانفعالية والسلوكية (معتز، 1989)، وكذا تعريف Green

بأنه: "مفهوم يعبر عن نسق أو تنظيم لمشاعر الشخص ومعارفه وسلوكه أي استعداده للقيام بأعمال معينة ويتمثل في درجات من القبول او الرفض اتجاه موضوع الاتجاه ".

ويمثل التعاريف التي ركزت على الجانب المعرفي تعريف Rokeach (1936) بأن الاتجاه "تنظيم من المعتقدات له طابع الثبات النسبي حول موضوع أو موقف معين يؤدي بصاحبه إلى الاستجابة بشكل تفضيلي" (معتز، 1989). وكذلك تعريف Waren (1934) على أنه "استعداد عقلي يتكون بناءا على ما يوجد لدى الفرد من خبرات" وتهتم هذه التعريفات بالخبرات الذاتية الآنية دون الاهتمام بالسلوك الصريح.

غير أن Ajzen و Fishbein يريان أن مفهوم الاتجاه يجب أن يستخدم فقط للتعبير عن الجانب الوجداني حيث أمكن التمييز بين المكونات الثلاثة للاتجاه من خلال اختبار صدق التكوين لنموذج العلاقة بينهما وهو ما سمياه Construct Validity ABC.

ويلخص خليفة نظرة الباحثين إلى الفروق بين المعتقدات والوجدان في تكوين الاتجاهات إلى:

1- أن غالبية المقاييس المستعملة في دراسة الاتجاهات وجدانية.

2- يشير الوجدان إلى علاقة الفرد بموضوع الاتجاه بينما يشير المعتقد إلى علاقة موضوع الاتجاه بمواضيع أخرى.

3- كشفت دراسات كثيرة عن تمايز الوجدان والمعتقد مثل دراسة خليفة (1992) عن ارتباط الاتجاه (في بعده الوجداني) بأربعة متغيرات تابعة للمعتقد (في بعده المعرفي) من بين سبعة متغيرات، وأن حجم الارتباط محدود جدا مما يبرر فصل الاتجاه عن المعتقد.

ومن أهم الدراسات أيضا دراسة Wiggins و Breckler (1989) التي أشارت إلى تمايز المعتقد والوجدان، وأوضحا أن الفصل بين المعتقد والوجدان يؤدي إلى:

أ- إعداد مقاييس مختلفة لفحص كل من المكونين بطريقة مختلفة.

ب- ارتباط كل من المكونين بوظائف مختلفة في الاتجاه.

ج- ارتباط كل من المكونين بآليات وعمليات مختلفة ففي حين يرتبط الوجدان بالاشتراط ، ترتبط المعارف بالإقناع.

د- قد يوجد المعتقد نحو موضوع ما دون وجود اتجاه.

كذلك فإن المعطيات الوجدانية تعتبر أسهل منالا حين نعالج المعلومات المتعلقة بموضوع الاتجاه مقارنة بالمعتقدات (Lanine، 1998)،وذلك ما أثبته Zajonc (1980) حيث يقرر أن الوجدان أجدر من المعارف في التنبؤ بالسلوك الانتخابي لدى الأمريكيين. غير أن دراسة Edwards (1990) أوضحت أن المعتقد والوجدان قد يتبادلان الأدوار حسب السياق الاجتماعي وظروف تكون الاتجاه وطبيعة موضوع الاتجاه (Farley، 2003).وتميل الثقافة الغربية كما يرى Ginger إلى اعتبار الاتجاه المرتبط بالوجدان أسرع وأقوى من الاتجاه المرتبط بالمعتقد، وربما وجدوا سندا في الأبحاث الحديثة التي يقوم بها Le Doux وزملاؤه، حيث يتخذ الوجدان طريقا أسرع لا تمر حتما على قشرة الدماغ.

ونعتمد في دراستنا هذه على اعتبار أن المكون الرئيسي للاتجاه هو الوجدان كما يظهر في الدراسات السابقة المذكورة إضافة إلى الخبرة الشخصية في التعامل مع المرضى حيث أنهم يدركون الأخطار التي تهددهم ويرون مضاعفات المرض بأعينهم لدى زملائهم خاصة في مرض السكري ومرض ضغط الدم مثل بتر الأطراف أو الشلل النصفي ورغم ذلك لا يغيرون من سلوكهم إلا قليلا مما يدل في نظرنا على قوة الاتجاهات المتعلقة بالصحة والمرتبطة أصلا باللذة والرغبة والحب والكره.

غير أنه من الضروري الإشارة إلى أن Ajzen و Fishbein قد طورا نموذجهما النظري لدراسة الاتجاهات وسمياه نموذج توقع القيمة للاتجاه Expectancy Value Model of Attitude، ويتضح من مراجعة النموذج أنهما يعتبران الاتجاه مساويا للتقويم بمفهوم اتخاذ القرار، ويفرقان بين الوجدان والتقويم ويعرفان الاتجاه على أنه "تقويم لموضوع أو مفهوم أو سلوك على بعدي التأييد وعدم التأييد أو التفضيل و عدم التفضيل أو الحب والكره والحسن والسيئ" (Ajzen، 2002)، ويفضلان تخصيص الوجدان للحالات التي يثير فيها موضوع الاتجاه انفعالا جسديا أو مزاجيا مثل السعادة والحزن، أو الغضب أو الكراهية أو الخوف.

ويرى Ford و Stangor و Sullivan (1991) أن المشاعر والوجدانات هي التي تؤثر بطريقة سابقة في الاتجاهات، وهي نتيجة أكدها من قبل Markus(1984)، حيث أن الوجدان سابق للمعتقد في تكوين الاتجاهات كما ترتبط الاستجابات الوجدانية بالذات أكثر من المعتقدات وعندما يحدث تنافر بينهما نعتمد في تقييمنا على الوجدان، لذلك اقترح Edwards(1995)، أن الاتجاهات المعتمدة على الوجدان أجدر بالثقة من تلك المرتبطة بها

وأقرب منالا لذاكرتنا (Lanine، 1998)، وهو الرأي الذي نتبناه في دراستنا وعلى أساسه تم إنشاء مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي.

1.3: الدراسات السابقة:

لقد تنوعت الدراسات المهتمة بالاتجاه وتوزعت على مجالات عديدة، غير أننا نقتصر على أهمها مما له علاقة بمتغيرات الدراسة، فقد تناول بعضها طبيعة الاتجاه ومكوناته مثل دراسة Huskinson(2004) وزملائه والتي هدفت إلى معرفة دور كل من الوجدان والمعتقد في بناء الاتجاهات بناء على النتائج المتضاربة للدراسات السابقة مثل دراسة Abelson التي خلُصت إلى أهمية الوجدان على حساب المعتقد في تكوين الاتجاه. كما يرى Zanna وRempel(1988) أن هناك فروقا فردية في مكونات الاتجاه حسب مراحل العمر والتنشئة الاجتماعية، حيث يعتمد البعض على معتقداتهم في تكوين اتجاهاتهم بينما نجد الأمر معكوسا لدى آخرين وقد أكمل المفحوصون (ن= 154 طالبا) مقاييس الاتجاه والوجدان والمعارف نحو موضوعات مختلفة، كما تم قياس الحاجة إلى الوجدان والمعتقد والتقييم، ودلت النتائج على أن هناك تباين كبير في الاتجاهات مما يؤيد فرضية الفروق الفردية في الاتجاه(Huskinson، 2004).

كما قام Holland وزملاؤه بدراسة على 106 طالبا لقياس اتجاههم نحو منظمة السلام الأخضر وكذا قوة هذا الاتجاه، ثم طلبوا من المشاركين العودة بعد أسبوع للتبرع لهذه المنظمة حيث تبرع ذوو الاتجاه القوي وامتنع غيرهم (Holland، 2003). وفي دراسة Stacy التي هدفت إلى التنبؤ بالاتجاه والسلوك الفعلي حيث تم التركيز على خمس سلوكات صحية هي: التدخين، وتناول الكحول والماريجوانا ونهم الطعام والسياقة تحت تأثير الكحول انطلاقا من نموذج Ajzen وFishbein على أساس أن الاتجاه تقويم وجداني للموضوع ووجدت الدراسة أنه لا يوجد اتساق بين السلوك الفعلي والاتجاه نحوه، ورجح أن تكون الأسباب هي:

– استعمالنا للقياس المباشر للسلوك في علاقته بالاتجاه، في حين أن الاتجاه قد لا يؤثر مباشرة بل بواسطة متغيرات أخرى يجب تحديدها.

– كون الاتجاه مفهوما يشمل أبعادا متعددة وإن كان التقويم الوجداني أهمها إلا أن الوجدانات المتناقضة مضللة للنتائج، وقد تختلف الوجدانات السلبية عن نظيرتها الايجابية حتى في المكونات العصبية والنفسية (Stacy، 1994).وقام Lavine وزملاؤه بدراسة اتجاهات

الناخبين الأمريكيين نحو المترشحين للرئاسة وتقويمهم لكل مرشح ثم ملاحظة السلوك الفعلي في فترات 1980 و1984 و1988 و1992، وشملت العينة حسب الترتيب: ن$_1$= 1614، ون$_2$ = 2257، ون$_3$= 2040، ون$_4$= 2485 ناخبا، ودلت النتائج على تفوق الوجدان في تحديد الاتجاه مقارنة بالمعتقد(Lavine، 1998).

أما الدراسات التي تناولت علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات الأخرى فنذكر منها دراسة Wardle، التي هدفت إلى استكشاف العلاقة بين مراقبة الوزن والوضع الاقتصادي والاجتماعي لدى الراشدين، وشملت العينة 1248 مراهقة تم قياس وضعهن الاجتماعي والاقتصادي، ومعاييرهن الاجتماعية واتجاههن نحو الوزن أو التخفيف منه، ووجد أن العلاقة بين الوضع الاقتصادي والاجتماعي وبين الاتجاه نحو مراقبة الوزن موجبة(Wardle ، 2004).

وأما دراسة Lemos فهدفت إلى كشف العلاقة بين كل من مركز الضبط الصحي والاتجاه نحو السلوك الصحي وبين أبعاد الشخصية كما تظهر في نموذج الخمسة الكبار Big Five، وحددت الدراسة 22 سلوكاً، وشملت العينة 1184 طالباً من 12 جامعة وكلية وتبين من النتائج أن الضمير الحي والانسجام هما سمتان تتبئان بالسلوك الصحي أو الاتجاه نحوه(Lemos، 1997).وفي دراسة قديمة نسبياً (1986) قام بها كل من Ajzen وTimko لاستكشاف العلاقة بين الاتجاه والسلوك الفعلي لدى 113 طالباً وتراوحت أعمارهم ما بين (18–44 سنة) وشمل القياس المعتقدات نحو الصحة والاتجاه ودلت النتائج على ارتباط كل من الضبط المدرك أو كفاءة الذات والاتجاه نحو الصحة وبين السلوك الفعلي (Ajzen، 1986).

وبالنسبة للدراسات المقارنة فقد قام Gotay وزملاؤه بدراسة الفروق في الاتجاهات نحو السلوك الصحي بين اليابانيين وبين الأمريكيين ذوي الأصل الياباني أو الأوروبي وشملت العينة 357 يابانياً و223 أمريكياً حيث تم قياس السلوك الفعلي، ولاحظ الباحثون من خلال النتائج أن اليابانيين يميلون إلى التقليل من شأن الصحة وعدم الامتثال للتعليمات الطبية كما أنهم ذوو مركز ضبط خارجي ويعتمدون على الحظ وعلى الأطباء عكس العينة الأمريكية؛ إلا أن التشابه العام في السلوك الصحي كان هو الغالب بسبب تشابه المجتمعين من الناحية الحضارية المادية (Gotay، 2004).

وقام رضوان وريشكه بدراسة السلوك الصحي لدى عينتين من الطلبة ألمانية وسورية وتحليل الاتجاه نحو السلوك الصحي من منظور ثقافي باستعمال مقياس السلوك الصحي لـ Steptoe الذي يقيس مظاهر معينة من السلوك الصحي، اشتملت عينة الدراسة السورية على 300 طالباً (67% من الإناث و33% من الذكور) ووجدت الدراسة علاقة بين السلوك الفعلي للطلاب وبين الاتجاهات نحو تلك السلوكات، كما يظهر أن الإناث أقوى اتجاهاً نحو السلوك الصحي من الذكور، وأنهن أقل مشكلات صحية من نظيراتهن الألمانيات، عكس الذكور السوريين مقارنة بالألمانيين (رضوان، 1999). وهي الدراسة العربية الوحيدة التي عثرنا عليها والتي تتناول الاتجاه نحو الصحة والسلوك الصحي.

ويتضح من الدراسات السابقة ما يلي:

1- أن هناك فروقا فردية في الاتجاهات قد تعود إلى فترات النمو وعمليات التنشئة مما يحيلنا إلى مفهوم تربية الاتجاه وهو مفهوم جدير بالدراسة.

2- ما زالت إشكالية العلاقة بين الاتجاه والسلوك الفعلي قائمة وربما تطلب الأمر تطويراً في الأدوات السيكومترية والتقنيات المنهجية المعتمدة على متغيرات فاعلة لحل هذه الإشكالية.

3- تؤثر بعض المتغيرات أكثر من غيرها في الاتجاه مثل المعتقدات والوجدان والكفاءة الذاتية، والوضع الاجتماعي الاقتصادي مما يدعونا إلى دراسة هذه المتغيرات بعمق.

4- تلعب الفروق الثقافية والحضارية دوراً هاماً في الاتجاه نحو السلوك الصحي لأهمية التصورات الاجتماعية للصحة والمرض، مما يتطلب منا أخذها في الحسبان لدى قياس المتغيرات المتعلقة بها خاصة لدى المرضى المزمنين على أساس أهمية التدخل لتغيير السلوكات الصحية.

4. الدعم الاجتماعي المدرك:

تعتبر ظاهرة التعلق الاجتماعي دلالة على أهمية الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في حياة البشر؛ ومنذ نماذج سجون بنسلفانيا ومروراً ببحوث Harlow (1958) وكذا أبحاث Bowlby على الوليد وكذا Spitz، اعتبر الحرمان الاجتماعي من أسوء الكوارث النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يتعرض لها الفرد (Scheïtzer، 1994). إن الأفراد

الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية حميمة يعيشون عمراً أطول من غيرهم كما أن معاناتهم من الكرب أقل مقارنة بمن يعيشون في عزلة اجتماعية نتيجة لفقر الشبكة الاجتماعية.

ويعتبر الدعم الاجتماعي أحد مظاهر التكامل الاجتماعي وإن كان يختلف عن الشبكة الاجتماعية الفعلية أو الدعم الاجتماعي المتلقى وكذا البحث عن هذا الدعم في إطار استراتيجيات المواجهة للكرب (Fischer، 2002).إن العامل المهم في الدعم الاجتماعي هو إدراك الفرد له وشعوره بفعاليته، فقد اهتم بعض الباحثين من أمثال Ell وزملائه بنوعيه العلاقات الاجتماعية وشدتها وامتدادها دون النظر إلى أثر ذلك على الفرد وتقبله له فقد تكون هذه العلاقة مصدر كرب مثل حالات سرطان الثدي لدى المرأة.

يعرف Kobasa (1985) الدعم الاجتماعي بأنه "مورد نفسي يتمثل في إدراكات الفرد لنوعية العلاقات الاجتماعية" (Dantzer، 1994). ويعرفه Brownell (1984) بأنه "تبادل بين شخصين يهدف إلى تحسين نوعية الحياة لأحدهما".

ويرى Siegel (1993) أن أهمية الدعم الاجتماعي تكمن في وظيفته الأساسية وهي إعطاء معلومات للشخص في إطار شبكة الاتصالات الرسمية او غير الرسمية مثل الزوج والأصدقاء وأعضاء النادي أو الجمعيات مما يعزز التكامل الاجتماعي (Fischer، 2002).

ويتفرع الدعم الاجتماعي إلى:

- الدعم الأداتي أو الوسائلي
- الدعم المعلوماتي أو الإرشادي
- الدعم الانفعالي

ويتفرع من وجهة نظر الفرد إلى الدعم الفعلي الذي يتلقاه الفرد والدعم المدرك (Schwarzer، 2004).وقد أشارت دراسات عديدة منها دراسات Martin و Davis، 1999 وMahler و Kukic، 1989 إلى الدور الذي يلعبه الدعم الاجتماعي في الصحة والمرض.

ففي دراسة Kulic وMahler على المرضى الناقهين من جراحة الشرايين التاجية للقلب، تقلصت مدة الاستشفاء بطريقة دالة بالنسبة للذين تلقوا زيارات أقاربهم مقارنة بأولئك الذين قلت زيارتهم (Dimatteo، 2004).

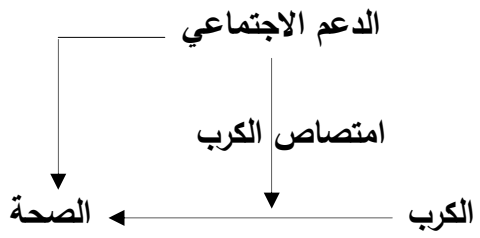
كما ارتبط الدعم الاجتماعي بالامتثال للتعليمات الطبية حيث يرفض 25 إلى 40% من عموم المرضى الامتثال للحمية الغذائية أو متابعة العلاج الدوائي؛ ويؤدي الدعم الاجتماعي دوره في هذه الحالة عن طريق:

1- تدعيم التفاؤل وتقدير الذات.

2- امتصاص الكرب stress buffering: فالدعم الاجتماعي المدرك خاصة يساعد الفرد في مواجهة الكرب عن طريق تحسين الاستجابات الحيوية وانتقاء الآليات المناسبة للتكيف مع المرض أو الكرب خاصة في الأمراض المزمنة، حيث أثبتت دراسة Rosengren وآخرين (1993) على أشخاص تجاوزوا الخمسين سنة تم تتبعهم لمدة سبع سنوات حيث ارتبط مستوى الأحداث الكاربة في السنة السابقة لبداية الدراسة بنسبة الوفيات في نهايتها وتبين أن للدعم الاجتماعي دوراً هاماً في خفض نسبة هذه الوفيات (Sheldon، 2004).

3- الأثر المباشر للدعم الاجتماعي على الوظائف الفيزيولوجية عن طريق تحسين التوازن الانفعالي والتحكم في انفعالات الغضب والخوف والقلق والاكتئاب مما يزيد مستوى اللياقة النفسية والجسدية؛ وهي قضية هامة في الأمراض المزمنة حيث يعمل الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط بين الكرب وإمكانيات الفرد (Dantzer، 1994). ففي قائمة Rahe وHolmes لأحداث الحياة نجد أربعة أحداث هامة على رأس القائمة وهي موت الشريك، والطلاق والانفصال أو موت أحد الأقرباء؛ ونلاحظ الصبغة العلائقية الداعمة في هذه الأحداث.

ويمكن تصور نموذج تأثير الدعم الاجتماعي على الصحة كما يلي:



شكل 2 : دور الدعم الاجتماعي في الصحة (Dantzer، 1994)

1.4. الدراسات السابقة:

تعتبر دراسة Berkman و Symen (1979) من الدراسات الرائدة في استكشاف العلاقة بين الدعم الاجتماعي وآثاره الصحية، حيث شملت العينة 7000 فرداً من سكان كاليفورنيا تراوحت أعمارهم ما بين 30 إلى 69 عاماً وتم تتبعهم لمدة تسع سنوات ثم تقييم العلاقات الاجتماعية حسب 4 مؤشرات سُميت "مؤشر الشبكة الاجتماعية"، كما تم تقسيم العينة إلى ثلاثة فئات حسب تلقيها للدعم:

- منخفضة الدعم
- متوسطة الدعم
- مرتفعة الدعم

ثم حُسبت نسبة الوفيات في السنة التاسعة وأظهرت النتائج الدور الواقي للدعم الاجتماعي حيث وصلت نسبة الوفيات لدى فئة منخفضي الدعم الاجتماعي من 1.8 إلى 4.6 أضعاف ما هي عليه في مرتفعي الدعم الاجتماعي (Scheitzer، 1994).

و قام Dimatteo وزملاؤه بمسح نظري للبحوث التي تناولت العلاقة بين الدعم الاجتماعي وبين الامتثال للتعليمات الطبية ما بين 1948 إلى 2001، وباستعمال تقنية ما وراء التحليل Méta-analyse لما يزيد عن 120 دراسة، ظهرت علاقة دالة بين الدعم الاجتماعي والتماسك العائلي أو الصراع والوضع الزواجي والعيش مع الراشدين في منزل واحد؛ كما وجدت الدراسة أن الذين يشعرون بالتماسك العائلي يمتثلون 1.74 مرة أفضل من غيرهم ممن يشعرون بالتمزق العائلي أو الصراع (Dimatteo، 2004). كما استكشف Dupertuis العلاقة التمييزية بين أنواع مصادر الدعم الاجتماعي وأثرها على الصحة النفسية والجسدية باستعمال المعلومات المتوفرة من الاستقصاء المعياري للمسننين وقد تكونت العينة من 1386 مسنا (متوسط أعمارهم 62.75) تم تصنيفهم إلى أربع مجموعات حسب شبكة التفاعل الاجتماعي والدعم المدرك:

- مرتفعو الدعم من طرف العائلة والأصدقاء
- مرتفعو الدعم من طرف العائلة فقط
- مرتفعو الدعم من طرف الأصدقاء فقط

وباستعمال تحليل التباين اتضح أن الذين يتمتعون بدعم اجتماعي مرتفع من طرف العائلة والأصدقاء يعانون أقل من غيرهم من الاكتئاب، كما أن وضعهم الصحي أفضل من غيرهم (Dupertuis، 2004).

وقام Koopman وزملاؤه بدراسة العلاقة بين التوافق الانفعالي مع السرطان في مراحله المتقدمة والشعور بالألم وبين الدعم الاجتماعي وكروب الحياة على عينة من 102 امرأة تعاني من انتشار السرطان الرئوي، وأجابت المفحوصات على مقاييس الدعم الاجتماعي والكرب والألم واضطرابات المزاج كما تم جمع المعطيات الديموغرافية والطبية لهنّ، وقد عرف الباحثون الدعم الاجتماعي من الناحية الإجرائية بأنه عدد الأفراد الداعمين للمريضة وقسموه إلى دعم سلبي وإيجابي، ودلت النتائج على أساس الدرجة الكلية لنمط المزاج على ارتباط دالٍّ بين كروب الحياة وبين الدعم الاجتماعي وكلما كان الدعم الاجتماعي قويا وفاعلا كلما كان تحمل الألم لدى أفراد العينة مقبولا (Koopman 1998).

واستعمل Algöwer وWardle وSteptoe استبيان السلوك الصحي لدراسة الفروق الجنسية في السلوك الصحي وعلاقته بالدعم الاجتماعي، على عينة من 2091 طالبا و3438 طالبة من 16 دولة من دول الاتحاد الأوروبي، كما تم قياس بعض المتغيرات الأخرى مثل الاكتئاب، ودلت النتائج على الارتباط السلبي الدال بين الاكتئاب وكل من النشاط الرياضي وإفطار الصباح والنوم الجيد واستعمال حزام الأمن، كما ظهر ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي وبين السلوك الصحي، ولم توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في السلوك الصحي العام وظهرت الفروق في السلوكات النوعية مثل تناول الكحول أثناء السياقة لصالح الذكور (Allgöwer، 2001).

أما لدى المرضى المزمنين فإن الدعم الاجتماعي يلعب دوراً كبيراً بسبب مآل المرض ومدته وتكاليفه؛ ففي دراسة Symister وزملائه على عينة من 86 مريضا بقصور الكلية تم قياس الدعم الاجتماعي وتقدير الذات وكذا الأعراض الاكتئابية والتفاؤل وعرف الدعم الاجتماعي إجرائيا بالتفاعل بين الزوجين ودلت النتائج على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وتقدير الذات مما يؤثر في ظهور الأعراض الاكتئابية (Symister، 2003).أما Holt وزملاؤه فقد درسوا أثر الدعم الاجتماعي على مستويات ضغط الدم في الحياة اليومية في سياق تفاعلي، شملت العينة 102 من الأسوياء الأصحاء تم قياس الضغط لديهم 3

مرات في اليوم على مدى أسابيع في جو تفاعلي اجتماعي، كما جُمعت المعلومات عن علاقاتهم الاجتماعية كمًّا وكيفا، وأدى تحديد النتائج إلى إيضاح العلاقة بين انخفاض ضغط الدم الأساسية وبين التفاعل مع أعضاء الأسرة (Holt، 2003).

ونلاحظ على الدراسات السابقة مايلي:

1- إشارتها إلى أهمية الدعم الاجتماعي في تحديد مخرجات الصحة.

2- عدم إشارتها إلى تآكل النسيج الاجتماعي في الدول الغربية، وانخفاض الدعم الاجتماعي نتيجة التغيرات التي مست مفهوم العائلة، والعلاقة بين الأبناء والآباء.

3- غياب الدراسات العربية – في حدود علمنا- في هذا المجال نتيجة اعتمادنا على النموذج الطبي في فهم العلاقة بين الصحة والمرض واستبعاد العوامل النفسية الاجتماعية رغم تفرد مفاهيمنا في ذلك مثل الأجر المرتبط بزيارة المريض و الدعاء له وكذا صلة الرحم.

4- أهمية الدعم الاجتماعي في المرض المزمن بالذات للخصوصيات التي ذكرناها سابقا.

5. الكفاءة الذاتية المدركة:

تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في السلوك البشري، إذ تعتمد قدرتنا على الفعل ودافعيتنا للنشاط والإنجاز على مقدار ما ندرك من تقديرنا لذواتنا ووعينا بمفهوم الذات. ويشير مركز الضبط إلى العزو السببي الذي يقوم به الفرد لدوافع السلوك متأرجحا بين الذات والآخر وبين الداخل والخارج، غير أن مفهوم كفاءة الذات يختلف عن كل تلك المفاهيم بصفة دقيقة حيث يعرفه Bandura بأنه "اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء تؤثر على الأحداث التي تمس حياته وشعور الفرد بأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث وأنها تحت سيطرته غالبا"(Bandura، 1998b). ويحدد الاعتقاد بكفاءة الذات طريقة إدراكنا للأشياء مما يدفعنا إلى السلوك بطريقة فعالة، فذوو الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل ومشاعرهم أكثر إيجابية وبأن الكروب امتحان وتحد لإمكانيات الفرد، فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه ويرون أن المواقف الضاغطة تدفعنا إلى التكيف الايجابي والتغلب عليها.

وتعتبر الكفاءة الذاتية الحجر الأساس في نظرية المعرفة الاجتماعية التي ترى أن سلوك الأفراد يتحدد بإدراكهم لبيئتهم من جهة وإدراكهم لمواردهم الذاتية من جهة أخرى وينشأ الاعتقاد في الكفاءة الذاتية من أربعة مصادر هي:

1- الخبرات السابقة لنجاحاتنا، حيث يؤدي نجاحنا في مواجهة الأحداث في الماضي إلى تعزيز شعورنا بالقدرة على التحكم في مجرى الأحداث والتأثير فيها، إذ أن الخسارة المتكررة تؤدي إلى تشكيك الفرد في قدراته على تجاوز الكروب والمصاعب.

2- شهود نجاح الآخرين ممن يملكون نفس إمكانياتنا ويؤدي ذلك إلى تعزيز الكفاءة عن طريق النمذجة الاجتماعية والمقارنة مع القرناء.

3- الإقناع الاجتماعي: فكلما تلقى الفرد التشجيع والدعم من الآخرين أو استمع إلى رأي الآخرين في كفاءته زادت ثقته بنفسه.

4- التركيز على استجابات الجسم في مواجهته للكرب حيث تلعب الانفعالات المصاحبة دورا هاما في إشراط المشاعر الايجابية أو السلبية، فيُخبِر الفرد الاستجابات الحادة الشديدة على أنها دلالة على الفشل مثل التعب والأرق والصداع والألم (Schwarzer، 2000).

وتؤثر الكفاءة الذاتية في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف والدوافع والوجدان وانتقاء المعلومات في بيئتنا المدركة، فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد في الكفاءة إلى التأثير في تقييمنا لأهداف الحياة واستقبال المعلومات بطريقة خاصة بنا، كما أن أغلب دوافعنا تتأثر بالعزو السببي وتوقع النتائج والأهداف المُستعرَفة cognitive goals؛ كذلك فإن الاعتقاد في الكفاءة يؤثر في طريقة تعاملنا مع الكرب وله علاقة مباشرة بشعورنا بالقلق والاكتئاب، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة، وهي عوامل هامة في التكيف مع المرض المزمن (Fischer، 2002).

وقد أشارت دراسات كثيرة لعلاقة الكفاءة الذاتية المدركة بالسلوك الصحي مثل دراسات Debusck و Taylor و Ewart، ودراسة Kulicعلى مرضى القلب، ودراسة Bekham وزملائه (1997) على مرضى السرطان ودراسات Devins وزملائه (1982) على المصابين بهبوط الكلى ودراسات Kaplan و Atkins (1984) على المصابين بأمراض التنفس المزمنة (Bandura, 1998b) .

1.5: الدراسات السابقة:

فقد قام Norman وزملاؤه باستكشاف الفروق في استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية والضبط المدرك لدى فئتين من المرضى، فئة تعاني من أمراض مزمنة مكونة من 137 مريضا، وفئة مصابة بأمراض حادة مكونة من 134 مريضا، وتدل النتائج على أن المصابين بأمراض حادة مرتفعو الكفاءة الذاتية مقارنة بالمزمنين. ويستعمل المرضى المزمنون استراتيجيات مختلفة في التكيف مع المرض سواء الانفعالية التجنبية، أو الأداتية والمركزة حول المشكل أو الإلهائية الترفيهية أو المخففة، كما أن هناك ارتباط دال بين الكفاءة الذاتية وبين استراتيجيات المواجهة (Norman، 2001).

وقام Schwarzer وآخرون بدراسة الكفاءة الذاتية في علاقتها بالسلوك الغذائي لدى 580 شخصا على مرحلتين على أساس نموذج مقاربة عملية الفعل الصحي Health Action Process Approach الذي يحدد السلوك الصحي في مرحلتين كما استعرضناه في نماذج السلوك الصحي، لذلك يقسم الكفاءة الذاتية إلى كفاءة ذاتية للفعل (ما قبل النية) وكفاءة ذاتية للمواجهة (ما بعد النية) أو المقصد السلوكي، ثم يتم تقويم النية السلوكية وكفاءة الذات للمواجهة كوسائط بين المتغيرات وبين السلوك الغذائي بعد 6 أشهر من القياس الأول، ودلت النتائج على أن الكفاءة الذاتية المدركة تؤثر في المرحلة الإرادية للسلوك (Schwarzer، 2000).وتؤكد هذه النتيجة أهمية التركيز في التربية الصحية على استبصار الفرد بموارده النفسية والجسدية والاجتماعية في مواجهة الكرب عوض التركيز على إشعاره بالخطر المحدق به نتيجة السلوك الهدّام.

ويتضح من دراسات Schinke وGilchrist (1983) العلاقة بين سلوك المراهقين الجنسي وإدراك الكفاءة الذاتية، كما ناقشت دراسة Strecher وMudde وKok (1991) استعمال الواقي الجنسي والإبر النقية لدى المدمنين وخلصت إلى أنه يمكننا التنبؤ بالمقاصد السلوكية عن طريق الاتجاهات والقيم الاجتماعية وخصوصا الكفاءة الذاتية المدركة (Schwarzer، 2004).وقام Abusabha وزميله بدراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية المدركة وبين سلوك التدخين على عينة من 872 فردا تم تتبعهم لمدة 6 أشهر واعتمادا على النموذج عبر النظري لـ Diclemente وProchaska، خلصت النتائج إلى ارتباط كفاءة الذات بتحول الأفراد من المرحلة قبل التأملية إلى المراحل الأخرى، كما ارتبط انخفاض الكفاءة الذاتية المدركة بالانتكاس والعودة إلى سلوك التدخين بعد الإقلاع عنه (Abusabha، 1992).

أماFreach و زملاؤه فقد قاموا باستكشاف العلاقة بين إدراك كفاءة الذات وبين سلوك الوقاية من الصداع على عينة من 329 مريضا ممن يعانون من صداع خفيف ولاحظوا أن مرتفعو كفاءة الذات يتحكمون في سير المرض بطريقة أفضل كما أن معاناتهم وإعاقتهم أقل (Freach، 2000).وهدفت دراسة Kohler وزملائه إلى الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والكفاءة الذاتية المدركة لدى المصابين بأمراض تنفسية مزمنة، حيث تم قياس الوظائف الفيزيولوجية للرئتين ومقارنتها بفئات المرضى حسب كفاءة الذات، وخلصت النتائج إلى اعتبار الكفاءة الذاتية متغيراً وسيط بين آثار المرض ونوعية الحياة (Kohler، 2002). أما Senecal وزملاؤه، فقد قاموا بدراسة الالتزام بالحمية وعلاقته بكفاءة الذات مقابل تنظيم الذات وبالامتثال للتعليمات الطبية والرضى عن الحياة، انطلاقا من مفاهيم نظريتي المعرفة الاجتماعية لـ Bandura ونظرية التصميم الذاتي لـ Deci وRayan، وشملت العينة 638 مريضا بالسكري ودلت النتائج على أن كفاءة الذات وتنظيم الذات يرتبطان إيجابا بالامتثال للحمية غير أن ارتباط الكفاءة الذاتية أقوى (Senécal، 2000).

وقام Doreen بدراسة العلاقة بين كفاءة الذات والسلوك الغذائي المؤدي إلى السمنة على عينة من 743 أمريكيا من أصل صيني يعيشون في نيويورك، وقسمت العينة إلى فئتين: فئة الأمريكيين من أصل صيني الذين ولدوا في الصين ثم هاجروا للولايات المتحدة، وفئة الأمريكيين من أصل صيني الذين ولدوا في أمريكا ونشأوا فيها، ودلت النتائج على أن الكفاءة الذاتية يمكنها أن تفسر 33 % من التباين في النتائج لدى المولودين في أمريكا، أما في الفئة الأخرى فإن الاتجاه نحو الصحة وكفاءة الذات يمكنها تفسير 58% من التباين (Doreen، 2004).

وأما دراسة Woodward وزملائه فتناولت أثر الكفاءة الذاتية على تناول ملح الطعام وشملت 194 شخصا (87 ذكورا، و107 إناثا) تراوحت أعمارهم ما بين 20 إلى 69 سنة، كما تم اعتبار تركيز الملح في البول كمحك للسلوك الفعلي، و دلت النتائج على أن ارتفاع كفاءة الذات يرتبط باستهلاك منخفض للملح (Woodward، 2001).

ونستخلص من استعراض هذه الدراسات ما يلي:

1- أهمية الكفاءة الذاتية كمتغير رئيس في دراسة السلوك البشري

2- تلعب الكفاءة الذاتية دورا محدد في الاتجاه نحو السلوك الصحي لارتباطها بالدافعية

3- تنوع الدراسات التي تناولت هذا المتغير ويعود الفضل في رأينا إلى مجهودات Bandura مؤسس نظرية المعرفة الاجتماعية.

4- إمكانية تربية كفاءة الذات خاصة في مراحل النمو المختلفة للوصول إلى ذات فاعلة غير هيابة أمام الحوادث والكروب خاصة في اللحظة الراهنة.

5- قلة الدراسات العربية في هذا المجال – في حدود علمنا- مما يدعونا إلى البحث في هذه المتغيرات وربطها بمفاهيم نابعة من تراثنا قريبة أو مشابهة مثل علو الهمة وكذا تحرير الفرد من أثر الصراع التاريخي بين مفهومي التسيير والتخيير وحرية الإرادة والفعل.

6. التديـن:

يعتبر الدين أكبر منظم للخبرة الجماعية لدى الأفراد داخل نظام أو نسق معين من الاعتقادات والسلوكات (Peach، 2003). ونظراً لاختلاف الأديان والخبرات الدينية لدى الفرد والجماعة، يفضل علماء النفس بحث التدين لأن مصطلح الدين مفهوم مركب يصعب وصفه بدقة (المهدي، 2002)؛ ويستعمل الباحثون الغربيون مفهوم الروحية أو الروحانية Spirituality المأخوذة من كلمة Spiritus بمعنى النفس أو نفس الحياة، وتعتمد على خبرة الشخص في حاجته إلى المعنى أو الغاية والتسامي والارتباط بقوة غيبية أو بكائنات أخرى. ويستعمل الغربيون هذا المصطلح ليشمل مفهوم الدين والذي يقصرونه على الممارسات والطقوس التي ينتظمها اعتقاد معين ويؤمن بها الإنسان دون أن يناقش أسسها الموضوعية على أساس التسليم والخضوع.

ويتكون الاتجاه الديني من عناصر مثل الاتجاه نحو الصلاة والصوم والمؤسسات الدينية او النشاطات المرتبطة بها. ويُعرّف التدين في مفهومه الضيق على أساس التردد على دور العبادة والعضوية في التنظيمات الدينية أو الانغماس في النشاطات ذات الطابع الديني.ويشير Vernou إلى أن التدين شكل كلي لأنماط سلوكية تشمل الأحاسيس والمواقف والعواطف المرتبطة بالدين، أما Rohrbang وJesser (1962) فيريان بأنه صفة للشخصية تعود إلى توجهات معرفية عن الحقيقة الموجودة وراء نطاق الخبرة والمعرفة وعن علاقة الفرد بهذه الحقيقة والتوجهات المؤثرة في الحياة الدنيوية للفرد وذلك بمشاركته في تطبيق الشعائر الدينية.ونتيجة لاختلاف مفهوم الدين، فإن التعريف الذي يعتمده الباحث في دراسته على

عينة من البشر يجب أن يكون نابعا من ثقافة مجتمع البحث حيث يعرف الصنيع التدين الإسلامي على أنه "التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به والانتهاء عن إتيان ما نهى الله عنه" (المهدي، 2002).

وهناك نماذج للخبرة الدينية في المجتمع، منها التدين المعرفي الذي يقف عند معرفة أحكام الدين وعلومه، والتدين الوجداني أو العاطفي والذي يعتمد على الحماس دون العلم بالأحكام، والتدين الطقوسي الذي يرتكز على العادة حيث يقوم الفرد بأغلب إلتزاماته الدينية بطريقة آلية دون أن يؤثر ذلك في سلوكه، ويُعتقد أن أغلب تدين المسلمين اليوم من هذا النوع وذلك بسبب الفصام الذي نلاحظه بين تعاليم الإسلام عقيدة وعبادة وأخلاقا وبين سلوكات الناس اليومية حتى في مجال الصحة والوقاية (رشاد، 1996). كما أن هناك أنواعا أخرى من أنماط التدين مثل التدين النفعي المصلحي والتدين التفاعلي والتدين الدفاعي العصابي والتدين المرضي الذهاني، والتطرف الديني وتجربة التصوف، وأخيرا التدين الأصيل وهو التدين المتوازن الذي يشمل جوانب النفس البشرية دون إفراط ولا تفريط ويظهر في سلوك الفرد الشخصي والاجتماعي وفي معاملاته اليومية وعلى صحته الجسدية والنفسية (إبراهيم ، 1998).

وتعتبر العلاقة بين التدين والسلوك من أهم الاشكاليات في علم النفس المعاصر ذلك أن أساطين هذا العلم ومؤسسيه انقسموا فريقين متضادين في موقفهم من الظاهرة الدينية، ففي حين اعتبر Freud الدين عصابا جمعيا يتعارض مع الصحة النفسية على أساس أن الشخصية المتدينة تعاني من الجمود والتعصب والتشكك والتشاؤم والانطواء والخضوع والقمع والاتكال والاكتئاب والعصابية والتصلب والعدوان والتطرف. وقد اشتق المناصرون لهذا الاتجاه مفهوم العصاب الديني الذي صاغه المحلل النفسي Eberhardtعام 1955، أما الاتجاه الثاني والذي يمثله كل من James، Allport و Fromm وMaslow وMay، فقد جعل من التدين أساس الصحة النفسيةمثلما فعل Jung (Elkins، 1999).

وقد مرت الدراسات التي تربط الظاهرة الدينية بالسلوك الصحي بثلاثة مراحل:

1- ما قبل الستينات: حيث كانت البحوث نادرة.

2- من السبعينات إلى الثمانينات من القرن الماضي حيث بدأ الاهتمام بالسلوك الصحي وكذا الدعم الاجتماعي وكذا الحالة النفسية المتسمة بالمشاعر الإيجابية.

3- من بداية 1990 إلى اليوم: حيث بدأت الدراسات الجادة والمعمقة في استكشاف العلاقة بين التدين والصحة؛ وبقيت إشكالية التعاريف الإجرائية للدين والروحية عالقة إلى اليوم (Oman،2002).

وقد وجد Maloney وShafranske في دراستهما الاستكشافية لاتجاهات الأخصائيين النفسيين الأمريكيين نحو الدين والتدين وعلاقتهما بعلم النفس النتائج التالية (Elkins ، 1999):

1- يقوم كل الأخصائيين دون استثناء بتقييم الخلفية الدينية لمفحوصيهم.

2- استعمل 57% منهم المصطلحات الدينية والمفاهيم الروحية في المقابلة.

3- نصح 36% منهم مرضاهم بالذهاب إلى أماكن العبادة والتزام التعاليم الدينية وممارسة الشعائر.

4- نصح 32% منهم مفحوصيهم باقتناء كتب دينية.

5- صلى 24% منهم في خلوتهم من أجل مرضاهم.

6- صلى 7% منهم مع مرضاهم.

ويؤكد Elkins على مفهوم "الجوع الروحي" الذي يعتبره مسؤولاً عن انخفاض اللياقة النفسية وسبباً للاضطراب النفسي العام الذي تعاني منه البشرية اليوم، حيث أن الصلاة تؤدي إلى تحرير "قوى الحياة" في أعماق النفس البشرية والتي لا يمكن للتدخلات العلمانية أو الإلحادية أن تصلها. لقد أحصى Peach أكثر من 1200 مقالا علميا سنة 2003 تناولت العلاقة بين الدين والصحة، حتى أن كثيراً من كليات الطب في الولايات المتحدة أدخلت مساقات دينية في برامج تكوين الأطباء والرعاية الصحية (Peach، 2003).

وإذا كان التدين في الغرب يتميز بالسطحية وطغيان المادية النفعية، فإن التدين في الثقافة الشرقية وفي العالم الإسلامي بالخصوص يتميز بالشمولية والعمق ويتخلل حياة الناس اليومية وتنتظم حوله أغلب شؤون حياتهم. لذلك رأينا دراسة هذا المتغير في علاقته بالسلوك الصحي لدى المريض المزمن على أساس أن التدين من أهم استراتيجيات مقاومة الكروب والألم، إضافة إلى أن الدين يحرم قتل النفس، ويدعو الفرد إلى الابتعاد عن الإضرار بالصحة(اسماعيل، 1998).

ويرى Oman أن التدين يؤثر على الصحة لأنه يوفر:

أ- الدعم الاجتماعي: والشعور بالجماعة عن طريق العمل الخيري وكذا دعم السلوك الصحي.

ب- يدفع إلى السلوك الصحي، حيث تدعو التعاليم الدينية إلى الغذاء المتوازن والابتعاد عن المحرمات؛ ففي طائفة المورمون تعتبر التعليمات الصحية جزءاً من التعاليم الدينية مثل الابتعاد عن الكحول والتدخين والمحافظة على الجسم على أساس أنه هبة من الله(Oman، 2002).

ويركز الدين الإسلامي على السلوك الصحي والطب الوقائي فقد جاء في القرآن الكريم النهي عن إتباع طريق التهلكة "**وأنفقوا في سبيل الله ولا تلقوا بأنفسكم إلى التهلكة**" (البقرة 195) وفي السلوك الغذائي "**وكلوا واشربوا ولا تسرفوا**" (الأعراف، 31)، وكذلك في فائدة الصيام " **وأن تصوموا خير لكم إن كنتم تعلمون**" (البقرة ،184).وفي السلوك الجنسي "**ولا تقربوا الزنى إنه كان فاحشة وساء سبيلاً**" (الإسراء، 32)؛ وقد أمر رسول الله (صلى الله عليه وسلم) بالتداوي والحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية حيث نجد منهجا نبويا في الصحة والوقاية يمكن مراجعته في كتب الطب النبوي.

ج- الحالة النفسية: حيث يستعمل المتدين استراتيجيات متعددة لمواجهة المرض على أنه ابتلاء من الله وإدراك الغاية من هذا الابتلاء مما يعطي للمعاناة معنى وجودياً يقلل من أضرار عبء التغير الحيوي allostatic load، كما تدعم فيزيولوجية الأعضاء التي تتحمل عبء المرض مثل القلب والجهاز المناعي (Oman، 2002).

ونظراً لحساسية الظاهرة الدينية ومكانة الدين لدى الأفراد وخصوصية الخبرة الروحية لارتباطها بالنية، من حيث قربها إلى أسرار النفس التي لا يعلمها إلا الله، لذلك فإن قياسها من الصعوبة بمكان لاستحالة قياس الإيمان وهو الركيزة الأساسية للتدين. لذلك ميز Allport بين نوعين من الوعي الديني: الوعي الظاهري والوعي الجوهري. فالمتدين الظاهري يعتبر الدين في خدمة الذات وحمايتها على أساس المنفعة الشخصية أما المتدين الجوهري فهو في خدمة الدين بدلاً من تسخير الدين لخدمته وقد صمم Feagin سنة 1969 مقياساً للتدين على أساس الجوهر والمظهر تكون من 21 بنداً كما صمم Wilson بمساعدة Allport مقياساً مكوناً من 15 بنداً لقياس القيم الدينية الظاهرية. أما في البيئة العربية فقد قام عادل الدمرداش وعبد الرقيب البحيري ببناء مقياس الوعي الديني للبيئة المصرية وقام سعيد عثمان

(1989) بإنشاء استبيان المواقف الاجتماعية لطلاب الجامعة، ثم قام نزار مهدي الطائي (1992) بإنشاء مقياس السلوك الديني المكون من 94 بنداً وقام صالح بن إبراهيم الصنيع (1993) بإنشاء مقياس مستوى التدين المكون من 60 عبارة (المهدي، 2002).

ويعتبرا استبيان السلوك التديني لمحمد عبد الفتاح المهدي أحدثها لذلك اعتمدناه في دراستنا هذه.

1.6.الدراسات السابقة:

استعملت أغلب الدراسات الغربية مفهومي الدين والروحانية أو الروحية على أنهما يدلان على نفس الخبرة الوجدانية. حيث قام Piedmont بدراسة على 322 طالباً جامعياً (227 إناثاً و 95 ذكوراً) منهم 89% من الكاثوليك و1% من اليهود و10% من الديانات الأخرى ما عدا الإسلام. وهدفت الدراسة إلى تبيان ما إذا كان الاتجاه نحو الدين أو التدين والروحانية بعدا من أبعاد الشخصية مستقلا بذاته لا بد من مراعاته في تفسير السلوك البشري على أساس أن الروحية سمة دافعية على شكل قوة وجدانية غير نوعية تؤثر في انتقاء السلوك وهي ثابتة عبر الزمن؛ وهذا المفهوم للتدين يختلف عن تصور رجال الدين أو اللاهوتيين (Piedmont،2001)، ويلاحظ على هذه الدراسة إهمالها لعقائد المسلمين ودينهم مع تواجدهم في المجتمع الأصلي للبحث. ويشير Mclullough إلى الدراسات التي وجدت ارتباطاً بين التدين والصحة، حيث كان الارتباط دالاً بين الخبرة الدينية وممارسة الشعائر وبين ارتفاع ضغط الدم والسرطان والجلطة الدماغية والانتحار؛ حيث قام بتحليل 41 دراسة فيما بين 1999 و2000 تناولت علاقة الالتزام الديني بنسبة الوفيات ووجدت ارتباطاً دالاً خاصة عند الإناث (Mclullough، 2000a). كما قام Udermann بمسح شمل للدراسات التي تمت بين 1976 و1999 باستعمال بنك المعلومات Medline، وبإدخال الكلمات المفتاحية مثل الروحانية والدين والعقيدة والشفاء والصحة، ووجد أن أغلب الدراسات تشير إلى علاقة موجبة بين الوضع الصحي ودرجة التدين لدى الشخص (Udermann، 2000)، و أشار في دراسته إلى بحوث Schiller وLevin في مسحهما لـ 250 دراسة تناولت العلاقة بين التدين (بمفهومه الروحاني) وبين السرطان وأمراض القلب وضغط الدم والوضع الصحي العام وكذا نسبة الوفيات وكان الارتباط بينها وبين الالتزام الروحي دالا على أساس

أن المتدينين أقل عرضة للخطر من غير المتدينين. وهي نفس النتيجة التي توصل إليها Byrd على عينة عشوائية من 393 مريضاً بالشرايين التاجية للقلب حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، واحدة تتلقى الصلوات اليومية وأخرى لا تصلي، وتابع علاجهما الكلاسيكي في المستشفى حيث استعملت طريقة التعمية المزدوجة ولم يكن بمقدور الأطباء أو الممرضين تمييز المصلين من غيرهم، وكانت النتائج لصالح المصلين حيث اختلفوا مع غير المصلين في ستة متغيرات على الأقل(Byrd، 1988).

ودرس Bussing دور التدين في التكيف مع المرض المزمن الخطير، حيث انطلق من فرضية مؤداها أن التدين يدعم القيم والشعور بالإشباع والرضى عن الحياة وإصباغ معنى على الابتلاء بالمرض وتمثلت العينة في 257 مريضاً منهم 51% مصابون بالسرطان و24% بالتصلب المتعدد و17% بأمراض مزمنة أخرى، وتم قياس اتجاهات المرضى المزمنين نحو الدين من أجل مساعدتهم على التكيف (Bussing، 2000).

أما Walsh، فهدف في دراسته إلى استكشاف العلاقة بين التدين وبين السلوك الصحي وارتباطهما بمستويات ضغط الدم والصحة العامة للقلب والجهاز الدوري وشملت العينة 137 مهاجراً (74 من الذكور و63 من الإناث)، من مقاطعة Toledo في Ohio بالولايات المتحدة ما بين 1977 و1982 وينتمون في أصلهم إلى 17 بلداً ويعيشون في الولايات المتحدة منذ 16 سنة، تراوحت أعمارهم ما بين 18 إلى 71 سنة، وتوزعوا دينياً على الكاثوليكية والبروتستانتية والإسلام إضافة إلى ديانات أخرى وعَرّف التدين إجرائياً على أساس التردد على الكنيسة وأهمية الدين بالنسبة للفرد، ووجد أن الالتزام الديني ذو أثر إنقاذي على صحة القلب والأوعية الدموية ويرتبط بانخفاض الدم (Walsh، 1998).

كما قام Steffen وزملاؤه بدراسة العلاقة بين التكيف الديني وضغط الدم، وذلك بقياس ضغط الدم يومياً على مدار الساعة لعينة من 155 من الأمريكيين (78 ذوي أصل أفريقي و77 ذوي أصول بيضاء)، كما تم قياس بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية والديموغرافية وأظهرت النتائج علاقة ارتباطيه بين استراتيجية المواجهة الدينية وبين مستوى ضغط الدم لدى الأمريكيين من أصل إفريقي (Stefen،2001).ودرس Fowler العلاقة بين الأمل النابع من الايمان وبين نمط الحياة لدى مرضى باركينسون ووجد لدى عينة من 42 مريضاً بهذا الداء علاقة ارتباطية بين المتغيرين وبين السلوك الصحي (Fowler، 1997).

وتظهر علاقة التدين والإيمان بالصحة في المسح الذي قام به Larson من المعهد القومي لأبحاث الرعاية الصحية في ماريلاند بأمريكا، بتتبعه للدراسات التي تمت فيما بين 1978 و1989 ووجد أنه في 84% من هذه الدراسات إشارة إلى ارتباط إيجابي بين الإيمان والصحة، وكانت النتائج محايدة في 13% كما يظهر الإيمان كعنصر ضار بالصحة في 3% من هذه الدراسات، كما بينت الدراسة أن المؤمنين أقل الناس إدماناً على الكحول والمخدرات والانحرافات الجنسية، إضافة إلى انخفاض نسبة الانتحار لديهم (رضوان، 1997).

كما سعت بعض الدراسات إلى استكشاف أهمية التدين لدى الأطباء والمهنيين في الرعاية الصحية، ففي دراسة Ellis حاول وصف السياق الذي يواجه فيه الطبيب انشغالات المريض الروحية، واتجاهه نحوها واستعمالها في التشخيص والعلاج، وشملت العينة 13 طبيباً في Missouri، وخلص الباحث إلى أن الأطباء الذين يهتمون بالحاجات الدينية لمرضاهم يرون أنها مفيدة للصحة خاصة في الأمراض المزمنة (Ellis، 2002). وربما يدل ذلك على السبب في تزايد الكليات الطبية التي تعطي لأطباء المستقبل دروساً في علاقة الدين بالصحة حيث حرصت 50 كلية من مجموع 125 كلية سنة 1999 على تقديم مساقات متعمقة في هذا المجال (Harris، 1999a).وقام Woods وزملاؤه في 1989 بدراسة شملت 160 طبيباً في الولايات المتحدة هدفت إلى معرفة أهمية التدين وتقديم الحاجات الروحية لدى المرض واستعمالها في التشخيص والعلاج، وخلصت الدراسة إلى أن 65 % من الأطباء يرون أن الصلاة مع المريض أمر ضروري (Woods، 1999).

أما الدراسات العربية التي ربطت بين التدين والصحة فهي نادرة كما أشار إلى ذلك الكندري عندما قام بدراسة عن العلاقة بين معدلات ضغط الدم ودرجة التدين في المجتمع الكويتي، حيث أوضحت دراسته أن الانتماء إلى المؤسسات الدينية يرتبط مع انخفاض مستوى ضغط الدم إضافة إلى أن أداء الصلوات المفروضة في المسجد بالنسبة للرجال إضافة إلى متغيرات أخرى مثل قراءة القرآن وأداء صلاة الفجر في موعدها ترتبط كلها بانخفاض ضغط الدم (الكندري، 2003).وهناك دراسات عربية عن علاقة التدين بالصحة النفسية وبأبعاد الشخصية مثل دراسة الخضر (2000)، ولكن هذه الدراسات لم تشمل متغيرات صحية جسدية.

ويمكننا أن نلاحظ على الدراسات السابقة ما يلي:

1- هناك فروق كبيرة بينها في تعريف التدين أو الروحية، مما يشير إلى الحيرة الكبيرة التي يتخبط فيها الباحثون الغربيون في مجال الدين عموماً ويرتبط ذلك بالسياق التاريخي لإشكالية الدين في المجتمع الغربي إضافة إلى تحريف التعاليم الدينية المسيحية واليهودية.

2- أهمية التدين في الصحة والمرض، وإذا كانت الدراسات التي تبحث علاقة الدين بالصحة النفسية كثيرة فإن الدراسات التي تناولت الدين والصحة الجسدية في جانبها الفيزيولوجي والمرض قليلة بل نادرة في البيئة العربية.

3- يشكل التدين عاملاً منقذً في استراتيجيات التكيف مع الأمراض المزمنة، ولا بد من دراسة التدين الإسلامي وعلاقته بأساليب مواجهة الكرب انطلاقا من أن التدين الأصيل من شروط الصحة.

4- تبدو نتائج الدراسات التي تناولت علاقة التدين بالصحة متناقضة مع المفاهيم الأساسية التي قامت عليها بعض المدارس في تصورها للدين مثل المدرسة التحليلية، وكذا في تعارض مع بعض المفاهيم النفسية الدالة على الصحة مثل مركز الضبط الداخلي لـ Rotter مما يستلزم منا دراسات معمقة في هذا المجال.

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة

1- المنهج

2- العينة

3- الأدوات

4- خطوات الدراسة

5- ظروف البحث

1. المنهج:

يرتبط منهج الدراسة بطبيعة موضوع وأهداف البحث المتوخاة، ونوعية المعطيات الواجب جمعها، وكذا بإمكانيات الباحث والوقت المحدد للدراسة، وبما أننا نهدف إلى استكشاف الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي الارتباطي أو التفاضلي (مجذوب، 2003).

وحيث أن المتغير الرئيسي في الدراسة هو الاتجاه نحو السلوك الصحي ونظراً لغياب مقاييس خاصة بهذا المتغير قمنا بإنشاء مقياس للاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين وحيث أننا استعملنا ثلاثة مقاييس أخرى في دراستنا، قمنا بدراسة الخصائص السيكومترية وبعد التأكد من صدقها وثباتها قمنا بتطبيقها على العينة الأساسية التي تم اختيارها بالطريقة العشوائية المنتظمة وجمع المعلومات الضرورية وتحليلها.

2. العينة:

تعتبر المعاينة من أهم الخطوات البحثية، وتدل أخطاؤها على هشاشة التصميم، مما يؤدي إلى الشك في النتائج ومحدوديتها وتعتبر المعاينة العشوائية أفضل وسيلة للتحكم في التباين الشديد في مجتمع البحث وضبط المتغيرات الداخلية، لذلك لجأنا لهذه الطريقة بسبب تداخل عوامل متعددة في الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين (مجذوب، 2003).

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من 4850 مريضا مزمنا بمدينة ورقلة عند بداية الدراسة في فيفري2005، المسجلين لدى مصالح الضمان الاجتماعي، ويشمل المُؤمّنين وغير المُؤمّنين المصابين بأحد الأمراض المزمنة كما تحددها اللوائح الطبية؛ بلغ عدد المصابين بالسكري 1872 أي 38% من المجتمع الأصلي، وعدد المصابين بالضغط الدموي 1455 أي 30% من المجتمع الأصلي. بحيث أن نسبة هذين المرضين بلغت 68% من مجموع المرض المزمنين؛ إضافة إلى خطورتها وتكلفتها لذلك وقع اختيارنا على هذين النوعين من المرض المزمن على أساس تمثيلهما للمجتمع الأصلي. وكذا اختلاف طبيعة المرضين من الناحية الحيوية الإمراضية.

1.2. اختيار العينة:

تم اختيار عينة الدراسة بإتباع خطوات العينة العشوائية المنتظمة(مجذوب،2003) وتتمثل هذه التقنية بالسحب العشوائي للعدد المطلوب من وحدات غير مرتبة على لائحة بالطريقة التالية:

1- قمنا باستخراج قائمتي مرض السكري وضغط الدم للجمهور الأصلي مرتبة رقمياً حسب رقم القيد.

2- بلغ عدد مرضى السكري 1872 فرداً، ومرضى ضغط الدم 1455 فرداً.

3- تم استخراج قائمتين تضمنتا 192 فرداً مصاباً بالسكري، و158 فرداً مصاباً بضغط الدم.

4- تم استدعاء جميع المرضى حيث استجاب 148 مريضاً بالسكري و128 مريضاً بالضغط الدموي، وبلغت عينة الدراسة الحالية 276 مريضاً ويعود عدم استجابة بعض أفراد العينة في رأينا إلى أسباب موضوعية منها:

1 – احتمال وفاة المريض. 2- الإعاقة الناتجة عن المرض.

3 – تزامن تطبيق الأدوات مع فترة الحرارة الشديدة (جوان،جويلية،أوت).

2.2. خصائص العينة الكلية:

1.2.2.البشرية: تكونت العينة الأساسية من 276 مريضا مزمنا منهم 148 مصابا بالسكري و128مصابا بضغط الدم

2.2.2.الزمنية: تم تطبيق إجراءات الدراسة في الفترة الممتدة بين فيفري وسبتمبر 2005.

3.2.2. المكانية: تكونت العينة من 276 مريضاً مزمناً من سكان مدينة ورقلة أو القاطنين بإحدى دوائرها.

4.2.2. من حيث العمر: بلغ متوسط العمر 50 سنة وتراوح ما بين 20 إلى 78 بانحراف معياري قدره 11 ويبين الجدول التالي التوزيع العمري للعينة حسب فئات عشرية:

الجدول 1: خصائص العينة الكلية حسب السن.

المجموع	80-70	70-60	60-50	50-40	40-30	30-20 سنة
276	13	38	75	104	33	13
% 100	% 5	% 14	% 27	% 37	% 12	% 5

ونلاحظ من خلال الجدول تركز أكبر نسبة حول وسط الفئة العمرية من 40 إلى 50 سنة لذلك اعتمدناه لتقسيم العينة إلى كبار السن الذين تفوق أعمارهم 45 سنة وقد بلغ عددهم 188 (68%) و الذين تساوي أعمارهم أو تقل عن 45 سنة وقد بلغ عددهم 88 (32%). ويشكل كبار السن أكبر نسبة لأن أغلب الأمراض المزمنة تظهر بعد سن الأربعين.

5.2.2. من حيث الجنس: بلغ عدد الذكور 131 فرداً وعدد الإناث 145 فرداً حسب الجدول التالي:

الجدول 2: خصائص العينة الكلية حسب الجنس.

المجموع	الجنـس	
	إناث	ذكور
276	145	131
%100	%53	%47

ويتفوق عدد الإناث على الذكور في أغلب الأمراض المزمنة لسببين في نظرنا:

1- التفوق العددي للإناث في المجتمع الأصلي للدراسة حيث بلغ 61%، وكذا في الجمهور العام.

3- تعتبر أغلب الأمراض المزمنة أمراضا نفسية اجتماعية، لذلك تشير الدراسات السابقة إلى كونها إحدى مظاهر المعاناة لدى الإناث.

6.2.2. من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

نعتمد في دراستنا على اعتبار المستوى الاجتماعي والاقتصادي نتيجة لشبكة من العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، بما فيها مستوى التعليم وظروف التنشئة الاجتماعية، حيث يرى Matthias وزملاؤه أن المتغيرات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية مترابطة ومتفاعلة، فالمستوى التعليمي المرتفع يؤهل صاحبه إلى وظيفة محترمة ودخل اقتصادي يكفيه مؤونة الحاجات الأساسية (Matthias، 2002) وخاصة في دراستنا للسلوك الصحي، حيث لا يغني المستوى الاقتصادي المرتفع عن المستوى التعليمي المنخفض لذلك ارتأينا تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي على أساس المستوى التعليمي، وطبيعة المهنة كمؤشر على مستوى الدخل الفردي، والحالة العائلية، وعدد الأبناء الذين لا يزالون تحت رعاية الوالدين، وذلك باستعمال سلالم عددية بتقدير درجات من 0 إلى 4، حسب دور كل عامل من تلك العوامل ومساهمته في المستوى الاجتماعي للمريض المزمن كما يلي:

- **المستوى التعليمي:**

جدول 3 : درجات المستوى التعليمي.

لا شيء	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
0	1	2	3	4

- **مستوى الدخل:**

جدول 4 : درجات مستوى الدخل.

بطال	بسيط / متقاعد	متوسط / متقاعد	إطار/ تاجر/ متقاعد
0	1	2	3

وقد اشتملت بطاقة المعلومات عن سؤال المريض أولا عن مهنته ثم عن تقاعده.

- **الحالة العائلية:**

وتشمل درجتين متعاكستين من حيث اتجاه التقدير على أساس أن الزواج عامل حماية من الناحية النفسية الاجتماعية لدى المريض المزمن، أما عدد الأبناء فيزيد من التكاليف

الاقتصادية، حيث يشكل إضافة إلى عبء المرض معاناة اقتصادية وتربوية من حيث الدخل والتنشئة الاجتماعية (Matthias، 2002).

جدول 5 : درجات الحالة العائلية.

أعزب	أرمل / مطلق	متزوج
0	1	2
عدد الأبناء: 0 – 2	**عدد الأبناء: 3 – 5**	**عدد الأبناء: 6 أو أكثر**
3	2	1

وتحسب الدرجة الكلية للمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي بجمع هذه الدرجات.

وباعتبار أن أعلى درجة على هذا السلم تساوي 12، نقسم العينة إلى فئتين: منخفضي المستوى الاجتماعي والاقتصادي الذين تحصلوا على درجة أقل او يساوي 6،ومرتفعي المستوى الاجتماعي والاقتصادي الذين حصلوا على درجة كبر من 6.

الجدول 6 : خصائص العينة الكلية حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

المجموع	المستوى الاجتماعي الاقتصادي	
	مرتفع	منخفض
276	101	175
%100	%37	% 63

7.2.2. من حيث مدة الإزمان:

يعتبر تحديد مدة الإزمان التي تؤثر في السلوك الصحي عن طريق التكيف السوي مع المرض أو بداية ظهور المضاعفات الخطرة سواء في السكري أو في ارتفاع ضغط الدم من الإشكاليات القائمة في ميدان الأمراض المزمنة (Becker، 1976)، فغالبا ما يُكتشف المرض متأخرا، حيث يظهر السكري لدى الإنسان سبع سنوات قبل تشخيصه ذلك أن ارتفاع نسبة سكر الدم تسبق ظهور الأعراض وكذلك الأمر بالنسبة لارتفاع ضغط الدم، لذلك نعتبر أن مرور 5 سنوات على تشخيص المرض تشير إلى 12 عاما من الإزمان الفعلي من الناحية الفيزيولوجية، وعليه قسمنا العينة من حيث مدة الإزمان حسب الجدول التالي:

الجدول 7: خصائص العينة الكلية حسب مدة الإزمان.

المجموع	مدة الإزمـان	
	> 5 سنوات: مرتفع	≤5 سنوات: منخفض
276	156	120
%100	%57	%43

8.2.2. من حيث طبيعة المرض:

بلغ عدد المصابين بالسكري في العينة 148 فرداً، وعدد المصابين بضغط الدم 128 فرداً، حسب الجدول التالي:

الجدول 8: خصائص العينة الكلية حسب طبيعة المرض.

المجموع	طبيعة المرض	
	ضغـط الـدم	سـكري
276	128	148
%100	%46	%54

وباستعمال دلالة الفرق بين نسبتين مئويتين عن طريق النسبة الحرجة بالنسبة للجنس، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة الإزمان نجد أن الفروق غير دالة وكذا طبيعة المرض ما عدا بالنسبة للسن، ونأخذ هذا الفرق في الحساب نتيجة طبيعة الأمراض المزمنة التي تظهر بعد الأربعين من العمر.

3.2. خصائص العينتين الفرعيتين حسب طبيعة المرض:

تعتبر خصائص عينتي كل من مرض السكري وضغط الدم هامة بالنسبة لمقارنة متغيرات الدراسة لذلك نلخصها في الجدول التالي:

الجدول 9: خصائص العينتين الفرعيتين (سكري وضغط الدم).

المتغير	الفئة	طبيعة المرض المزمن			
		سكري: العدد / النسبة %		ضغط الدم:العدد/ النسبة %	
الجنس	ذكور	82	55	49	38
	إناث	66	45	79	62
السن	≤45 عاما	69	47	27	21
	> 45 عاما	79	53	101	79
المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي	منخفض	85	57	98	76
	مرتفع	63	43	30	24
الإزمان	≤5 سنوات	70	74	50	39
	> 5 سنوات	78	53	78	61

إن مقارنة توزيع الأفراد حسب متغيرات الجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وكذا مدة إزمان المرض بين عينتي مرض السكري وارتفاع الضغط تؤدي بنا إلى الملاحظات التالية:

أ. بالنسبة لعينة مرضى السكري:

نلاحظ التوزيع المتوازن نسبيا حسب المتغيرات، وهي نفس الملاحظة الواردة في الدراسة العربية المشتركة PAPFAM التي أشرنا إليها في مقدمة الدراسة، حيث وجدت أن نسبة السكري لدى الذكور تساوي 1.3%، ولدى الإناث تساوي 1.7%، كما ترتفع نسبة المرض لدى كبار السن بالنسبة للسكري خاصة من النوع الثاني الذي يظهر بعد سن الأربعين، وأما بالنسبة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي فهو في نظرنا تابع للسن أيضا حيث يتوقع أن المسنين يكونون أقل مستوى تعليميا من غيرهم وربما أحيلوا على التقاعد حيث تكون منحة التقاعد منخفضة، إضافة إلى أعباء الأبناء الذين مازالوا تحت رعاية والديهم.

ب. بالنسبة لعينة مرضى ضغط الدم:

نلاحظ التوزيع غير المتوازن بالنسبة لجميع المتغيرات، ونعتقد أن ذلك مرتبط بالجنس والدور الاجتماعي، وهي ملاحظة قريبة من نتائج دراسةPAPFAM والتي وجدت أن نسبة انتشار الضغط الدموي لدى النساء والرجال مختلفة جدا، حيث وصلت النسبة لدى النساء 4.2% في حين لم تتجاوز لدى الرجال نسبة 1.8% ومن المتوقع أن تكون المصابات بضغط الدم من المسنات لطبيعة المرض، كما يعود انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي إلى عامل السن لدى الرجال وإلى عامل الدور الاجتماعي لدى النساء حيث أن أغلبهن يعانين من البطالة والأمية وكثرة الأبناء.

3. الأدوات:

استخدمنا في الدراسة الحالية 4 مقاييس لاختبار فروض الدراسة إضافة إلى استبيان الاتجاه نحو السلوك الصحي لـ Steptoe كمحك صدق بالنسبة لمقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي من إنشاء الباحث، وهذه المقاييس هي:

1- مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي من إنشاء الباحث.

2- مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ Dahlem وZimet.

3- مقياس الكفاءة الذاتية المدركة لـ Schwarzer وJerusalem.

4- مقياس التدين لمحمد المهدي.

ونشير إلى أن هذه المقاييس جاءت في شكل استبيانات يجاب عليها بطريقة ليكرت.

1.3. مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي:

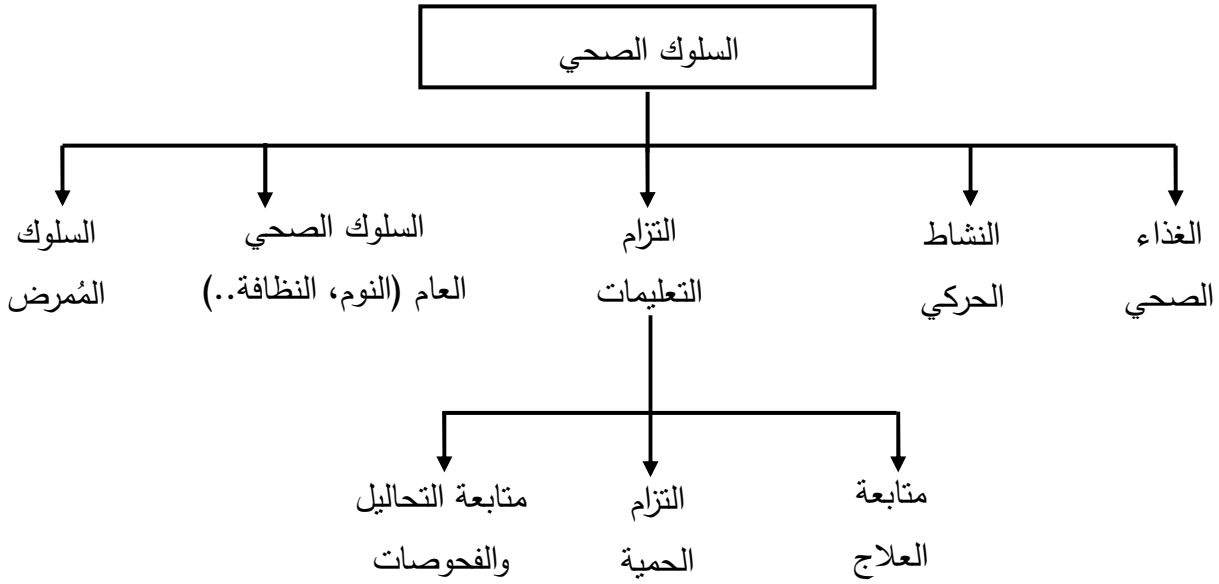
يعتبر غياب التقييم والقياس بالنسبة لبعض المتغيرات البحثية أمراً شائعا في بيئتنا العربية بسبب اعتمادنا على ترجمة ونقل الاختبارات والمقاييس الغربية، وعجزنا عن إنشاء أدوات سيكومترية نابعة من ثقافتنا وبيئتنا العربية والإسلامية، وهو الأمر الذي واجهناه في تقويم الاتجاه نحو السلوك الصحي، حيث لم نعثر- في حدود علمنا – إلا على أداة واحدة هي مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي لـ Steptoe، الذي ترجمه رضوان وهو لايتفق جزئيا

مع تعريفنا الاجرائي حيث تناول الاتجاه على أساس مكوناته الثلاثة لذلك أنشأنا مقياسا للاتجاه نحو السلوك الصحي.

1.1.3. تحليل الأبعاد:

يعتبر السلوك الصحي مفهوماً متعدد الأبعاد كما رأينا في المراجعة النظرية إضافة إلى ارتباطه بالثقافة والمؤثرات النفسية الاجتماعية مثل تصورات المرض والصحة، وكذا بيئة المريض بما فيها شبكة الرعاية الصحية بهياكلها ممثلة في المؤسسات الصحية أو في وظائفها الاجتماعية، وسياستها مثل مجانية العلاج، وآليات الضمان الصحي. لذلك قمنا بدراسة استطلاعية لاستكشاف أبعاد السلوك الصحي من وجهة نظر الأطباء في تعاملهم مع المريض المزمن بمدينة ورقلة، حيث وزعنا سؤالا مفتوحا (الملحق1) وقد ركّزنا على سلوكات مثل: متابعة العلاج، واتباع نصائح الطبيب والوقاية العامة.

وبعد تحليل محتوى الاجابات، ثم المراجعة النظرية للمفهوم، أمكننا تصور الأبعاد المكونة للسلوك الصحي كما يلي:



الشكل 3 : أبعاد السلوك الصحي

ثم قمنا بوضع البنود الخاصة بالأبعاد الفرعية، حسب أهميتها ووزنها في تكوين المفهوم العام، وكذا شمول بعض الأبعاد الفرعية لعدد كبير من السلوكات مثل بعد الغذاء الصحي والتزام التعليمات الطبية والسلوك الصحي العام، وجاء تقسيم البنود كالتالي:

1- الغذاء الصحي: 14بنداً.

2- النشاط الحركي: 5 بنود.

3- إلتزام التعليمات الطبية 12 بنداً:

- متابعة العلاج: 5 بنود
- التزام الحمية: 3 بنود
- متابعة التحاليل و الفحوصات:4 بنود

4 - السلوك الصحي العام: 9 بنود

5 - السلوك المرضي: 5 بنود.

وقد تكون المقياس في صورته الأولية من 45 بنداً(الملحق2).

قمنا بعد ذلك بصياغة البنود انطلاقا من كونها معدة لقياس الاتجاه باستعمال عبارات تدل عليه مثل: أكره وأحب ولا أهتم ولا أرغب ويصعب علي...، وذلك اعتمادا على تعريفنا الإجرائي لمفهوم الاتجاه، وتوجهنا النظري. وهكذا أصبح مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي جاهزاً للتحكيم وتم اختيار طريقة ليكرت للإجابة على أساس متصل من أوافق بشدة إلى أعارض بشدة مقابل الدرجات من 5 إلى1.

2.1.3. صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة والأطباء من داخل الوطن وخارجه وهم على التوالي:

1- الأستاذ الدكتور معتز سيد عبد الله أستاذ علم النفس الاجتماعي، جامعة القاهرة.

2- الأستاذ الدكتور تعوينات علي أستاذ علم النفس التربوي، جامعة الجزائر.

3- الدكتور معمرية بشير أستاذ محاضر بقسم علم النفس، جامعة باتنة.

4- الدكتورة: مصطفى الزقاي نادية أستاذ محاضر بقسم علم النفس، جامعة ورقلة.

5- الدكتور: بن ساسي عبد المجيد: طبيب مختص في أمراض السكري، مستشفى ورقلة.

بعد التحكيم تم الإبقاء على البنود التي حازت على موافقة ثلثي المحكمين وبعد التعديل أصبح المقياس مكونا من 24 بنداً (الملحق 3).

3.1.3. الصدق:

رغم اطمئنانا لصدق المحتوى بعد التحكيم، إلا أننا حسبنا صدق المقياس في الدراسة الاستطلاعية بطريقتين مختلفتين.

1.3.1.3. صدق المحك:

يعتبر صدق المحك من أقوى أنواع الصدق على أساس وثوقنا في نوعية المحك (سعد، 1998)، ويعتبر وجود اختبار مشابه يقيس نفس الخاصية أو السمة فرصة لاختبار صدق المحك.

2.3.1.3. خصائص الاختبار المحك:

يعتبر استبيان السلوك الصحي من أهم المقاييس التي تم إعدادها في التسعينات لتقييم السلوك الصحي، وقد استخدم للمرة الأولى في دراسة من تمويل لجنة المجموعة الأوروبية، ويحتوي على مقياسين فرعيين واحد للسلوك الصحي والثاني للاتجاه نحو السلوك الصحي(الملحق4).وقد تمت مقارنة عينات أوروبية من الطلبة الجامعيين على أساس نتائجهم على هذا المقياس، ويعود سبب التركيز على أوروبا على أساس تنوع الثقافات واللغات والسلوك والأنظمة الصحية وأنماط الحياة لدى هذه الشعوب (رضوان، 1999).
وفي عام 1997 تم إعداد النسخة العربية من هذا الاستبيان عن اللغة الألمانية، وقد تم اختبار ثبات الاختبار عن طريق إعادة التطبيق بعد 17 يوماً على عينات سورية حيث تجاوز معامل الارتباط 0.80، وكان دالا ($P < 0.001$)، كما تم التأكد من صدقه بطرق متنوعة مثل الصدق العاملي (رضوان، 1999)، وقد حصلنا على هذا الاستبيان بمساعدة رضوان من سوريا، وللتأكد من صدقه وثباته على عينة بحثنا قررنا تطبيقه في الدراسة الاستطلاعية، على أساس أنه إدا لم يثبت صدقه وثباته على عينة دراستنا نستبعده كمحك.
وقد وصل معامل الارتباط بين التطبيقين إلى 0.60 (دال عند 0.01) مما يؤكد ثبات المقياس وقيمة (ت) في صدق المقارنة الطرفية 16.4 (دال عند 0.01) مما يشير إلى صدقه.
وقد وصل معامل الارتباط بين المقياس والمحك 0.31، وهو دال عند 0.05، ورغم انخفاض درجة الارتباط إلا أننا نعتبرها دالة على صدق مقياسنا لأن استبيان المحك يختلف عن الاستبيان الذي أعددناه فيما يلي:

1- تعتبر بنود المحك تقريرية وكأنها تقيس السلوك الفعلي، فهي أقرب للاعتقادات منها للوجدان وقد أشرنا سابقا إلى أن الارتباط بين الاعتقاد والوجدان ليس قويا.

2- عدم وضوح بعض بنود مثل عبارات المواد الغذائية المتوازنة، أو بعده عن الواقع الاجتماعي مثل البند المتعلق بالاحتفاظ بمطفأة الحريق أو حزام الأمن في السيارة، حيث لا تملك غالبية العينة الاستطلاعية سيارات خاصة، حسب الأجوبة المعبر عنها لفظيا وكذا تجنب الشمس، حيث يعتبر المناخ عاملا محدداً لدى سكان الجنوب الجزائري.

2.3.1.3. صدق المقارنة الطرفية:

بلغت قيمة (ت) في المقارنة الطرفية لمقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي إلى 14 وهي دالة عند مستوى 0.01 مما يشير إلى الصدق التمييزي للمقياس.

واعتمادا على النتائج السابقة للصدق والثبات، يمكننا اعتبار مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي الذي أنشأناه لغرض الدراسة صادقا وثابتا في إطار الحدود البشرية والزمنية لعينة البحث، كما أن باب دراسة هذا الاستبيان وتطويره يبقى مفتوحاً.

4.1.3. الثبات:

بلغت قيمة معامل الارتباط بين التطبيق الأول و الثاني بالنسبة لمقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي 0.80 وهو ارتباط دال وقوي مما يدل على ثبات المقياس.

5.1.3. سلم تقييم الدرجات في مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي:

يتكون المقياس في صورته النهائية (الملحق 3) من 24 بنداً يجاب عنها بطريقة ليكرت من أوافق بشدة إلى أعارض بشدة بدرجات من 5 إلى 1 وتكون الدرجة الدنيا مساوية لـ 24 والدرجة القصوى مساوية لـ 120؛ و تقيم البنود 1 و4 و6 و8 و15 و16 و20 بطريقة معكوسة.

لقد وصل متوسط العينة الاستطلاعية في الاتجاه نحو السلوك الصحي 74.3 ووصل متوسطة العينة الأساسية الكلية إلى 75.6 لذلك اعتمدنا متوسط الدرجات على أساس أنه العتبة الفاصلة بين الأفراد ذوي الاتجاه السلبي وبين ذوي الاتجاه الإيجابي وعليه اعتبرنا كل فرد تحصل على درجة أكبر من 75 يحمل اتجاها إيجابيا، وكل فرد تحصل على درجة أقل أو تساوي 75 يحمل اتجاها سلبيا.

2.3. مقياس الدعم الاجتماعي المدرك:

تختلف مقاييس الدعم الاجتماعي باختلاف التصورات النظرية للمفهوم ذاته، حيث ينقسم الدعم الاجتماعي إلى:

1- الدعم الاجتماعي المتلقّى (الفعلي)

2- الدعم الاجتماعي المدرك

ويعتبر الدعم الاجتماعي المدرك أهم من الدعم الاجتماعي الفعلي في مواجهة الكروب ومنها المرض المزمن (Scheitzer، 1994). ومن أمثلة مقاييس الدعم الاجتماعي الفعلي قائمة السلوكات الاجتماعية الداعمة لـ Barrera، واستبيان الكرب لـ Lazarus وزملائه، كذلك فإن مقاييس الدعم الاجتماعي متنوعة منها قائمة تقييم الدعم البينشخصي لـCohen وزملائه، وسلم الدعم العائلي المدرك لـProcidano .

وقد انشأ Sarason وزملاؤه استبيان الدعم الاجتماعي سنة 1983، غير أنه يقسم الدعم المدرك إلى بعدين: الجاهزية Disponibilité، والإشباع أو الرضىSatisfaction وتشير الجاهزية إلى إدراك الشخص لكمية الدعم الاجتماعي أما الرضى فهو تابع لإدراك نوعية الدعم، لذلك فضلنا استعمال مقياس Zimet وزملائه الذي أنشأه سنة 1988 (الملحق 5)، وهو متعدد الأبعاد على أساس أنه يقيس أنواع الدعم، ومصادر الدعم مثل العائلة والأصدقاء والأشخاص المميزين في حياة الفرد.

قمنا بترجمة المقياس من لغته الأصلية الإنجليزية إلى العربية وكذا من نسخة فرنسية، بمساعدة متخصصين في اللغتين، كما قمنا بالترجمة العكسية من العربية إلى الفرنسية للتأكد من تطابق المعاني.ومع أن بنود المقياس تبدو متحررة من التحيز الثقافي حيث ثبت صدق المقياس وثباته ووصل معامل الارتباط في إعادة التطبيق إلى 0.76، وتم التأكد من صدقه عن طريق التحليل العاملي(Zimet، 1990)، إلا أننا تأكدنا منها في دراستنا الاستطلاعية حيث وصل معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني إلى 0.60 وهو دال عند ، كما وصلت قيمة (ت) المحسوبة في المقارنة الطرفية إلى 12.9، وهي دالة عند مستوى0.01، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

يتكون المقياس من 12 بنداً، يجاب عليها بطريقة ليكرت من معارض تماما إلى موافق تماماً ومن درجة إلى خمس درجات، على أساس 5 بدائل، حيث بلغت أدنى درجة 12 وأقصاها 60، وبلغ متوسط العينة في الدعم الاجتماعي 36 وهي اقرب من ناحية بناء المقياس إلى انخفاض الدعم الاجتماعي ؛لذلك اعتبرنا أن الذين تحصلوا على متوسط اكبر من 36 ذوو دعم اجتماعي مرتفع، وأن الذين تحصلوا على متوسط درجات أقل أو يساوي 36 ذوو دعم اجتماعي منخفض.

3.3. مقياس الكفاءة الذاتية المدركة:

يتكون المقياس في نسخته الألمانية لسنة 1981 من 20 بنداً، قام بإنشائه Jerusalem وSchwarzer، لقياس الكفاءة الذاتية Self efficacy وتم اختصاره سنة 1995 إلى 10 بنود كما هي في المقياس الذي اعتمدناه في دراستنا(الملحق 6) .

وقد قمنا بترجمة المقياس من النسخة الإنجليزية والفرنسية كما قدمها لنا صاحب المقياس نفسه عن طريق البريد الإلكتروني، كما يتواجد المقياس على الانترنت بأكثر من 26 لغة وقد سمح صاحبه باستعماله في البحوث العلمية بشرط الإشارة إلى المصدر وعندما قمنا بترجمة المقياس من طرف متخصصين في اللغتين الفرنسية والإنجليزية لاحظنا اختلافات مع النسخة العربية المنشورة في الموقع الإلكتروني لصاحب المقياس التي تحوي أخطاء فادحة كاختلاط بعض البنود وعدم ترتيبها وقد اعتذر Schwarzer عن هذه الأخطاء بكونه لا يجيد العربية وأنه يعتمد على دراستنا الحالية في تصحيح هذه الأخطاء.

تجاوز عدد الدراسات التي استخدمت هذا المقياس الألف بلغات مختلفة وفي أقطار متباعدة (Schwarzer، 2005) وقد قام صاحب المقياس بتحليل هذه النتائج باستعمال تقنية ما وراء التحليل Méta analyse وبلغت العينة الكلية 553 17 فردا من 22 قطراً، ودلت النتائج على أحادية البعد لهذا المقياس. ووصلت قيمة الاتساق الداخلي ما بين 0.75 و0.91 مما يدل على صدقه، كما وصلت معاملات الارتباط لدى إعادة التطبيق 0.67 مما يدل على ثباته.

وللتأكد من خصائص المقياس قمنا بتقدير صدقه على العينة الاستطلاعية بطريقة المقارنة الطرفية، وكانت الفروق دالة حيث بلغت قيمة (ت) 8.4 وهي دالة عند 0.01 وبلغ

معامل الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني 0.55 مما يدل على ثباته. ويتكون المقياس من 10 بنود يجاب عنها بطريقة ليكرت (لا نادراً، غالبا، دائما) بدرجات مقابلة من 1 إلى 4 بدرجات دنيا وقصوى من 10 إلى 40.

ويعتبر Schwarzer أن تحديد عتبة لتقسيم العينة حسب متوسطات الأفراد على منخفضي الكفاءة ومرتفعي الكفاءة غير ممكن دائما وأنه يمكن اعتبار متوسط العينة لدى التطبيق نقطة فاصلة خاصة إذا كان قريبا من 30 درجة، وقد بلغ متوسط العينة في الكفاءة الذاتية المدركة 26 لذلك اعتبرنا أن الذين تحصلوا على درجة 26 أو أقل ذوي كفاءة ذاتية منخفضة والذين تحصلوا على الدرجات أكبر من 26 ذوي كفاءة ذاتية مرتفعة، لأن الكفاءة الذاتية أقرب إلى مفهوم القدرة حيث تزيد وتنقص.

4.3. مقياس التدين:

يعتبر تقييم السلوك التديني محفوفا بصعوبات منهجية متعددة يلخصها المهدي(2002) فيما يلي:

1- خصوصية الخبرة الدينية ذات الأبعاد الذاتية المحضة.

2- قد لا يعبر الشخص عن معتقدات واتجاهاته الدينية لأسباب نفسية أو اجتماعية حيث يميل أغلب الناس إلى الإجابات المثالية.

3- صعوبة قياس أهم بعد من أبعاد التدين وهو الإيمان.

4- الاختلافات الشديدة بين الأديان والمعتقدات مما يجعل إمكانية تصميم مقياس عالمي شامل أمراً صعبا للغاية.

لذلك تعذر علينا اعتماد مقياس غربي مترجم في تقويم السلوك الديني المرتبط بالإسلام، ورغم وجود عدة مقاييس بالعربية لهذا المفهوم إلا أننا استعملنا استبيان السلوك التديني الذي أعده محمد عبد الفتاح المهدي في رسالته للدكتوراه تحت إشراف محمد السيد خليل.

ويتكون الإستبيان من 65 بندا، توزع على مقاييس فرعية للمعتقدات (المستوى المعرفي) والوجدان (المستوى الوجداني)، والممارسة (المستوى السلوكي) والأخلاق والمعلامات (المستوى الأخلاقي)وتعتبر هذه المقاييس مستقلة حيث تجمع درجاتها للدلالة

على السلوك التديني العام. ويعتقد الحامد (2003) أن علاقة المسلم بدينه يميزها الفصام بين المعرفة والتطبيق، أو بين المعتقد والسلوك، حيث يرتبط تدين المسلمين بالجوانب الوجدانية والطقوسية أكثر من ارتباط بالمعرفة وبما أننا نعتمد على نفس الرأي فيما يتعلق بالاتجاهات، فقد اقتصرنا في دراستنا على المقياس الفرعي لمستوى الوجدان والممارسة اليومية للشعائر المفروضة مثل للصلاة والصيام والزكاة. ونظرا لكون المقياس نشر في 2002، لم نعثر على دراسات سابقة استعملته، ما عدا دراسة الباحث صاحب المقياس حيث تم التأكد من صدق المقياس عن طريق صدق التكوين والتحليل العاملي، كما بلغ ثباته بعد التطبيقين 0.99 بالنسبة للمقياس الكلي، أما مقياس السلوك الوجداني والممارسة فقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين للمقياسين على التوالي (0.98 و0.99) مما يدل على ثباتهما.

وللتأكد من صدق المقياس وثباته ثم تطبيقه على العينة الاستطلاعية، حيث بلغت قيمة (ت) في المقارنة الطرفية 8.92 وهي دالة عند مستوى 0.01 ، وأما قيمة معامل الارتباط الأول والثاني فبلغت 0.64 مما يدل على ثبات المقياس.

ويتكون المقياسان في صورتهما المستعملة في دراستنا(الملحق7) من 18 بندا يجاب عنها بطريقة ليكرت (دائما، كثيراً، أحيانا، نادراً، لا) بدرجات على التوالي (1. 2. 3 4. 0) واعتبار البنود رقم 15، 16 و17 معكوسة وتتراوح الدرجات الدنيا والقصوى بين 0 و 72 وقد بلغ متوسط العينة في التدين 49. لذلك اعتمدناه كعينة بين الأفراد ذوي التدين المرتفع والأفراد ذوي التدين المنخفض.

4. خطوات الدراسة:

تمت الدراسة في أربع خطوات رئيسية هي:

1.4: مراجعة الأدب النظري في مجال السلوك الصحي والاتجاه نحوه في حدود جهد الباحث والوقت المحدد للدراسة وكانت الملاحظة الرئيسية في هذه الخطوة هي ندرة المراجع العربية في مجال علم النفس الاجتماعي للصحة وعلم النفس الصحة. لذلك كان الاعتماد الرئيسي على المراجع الأجنبية في الدراسات السابقة وكذا الاستئناس بها في صياغة الإشكالية والفرضيات وأغلب ما كتب باللغة العربية كان أقرب إلى علم الاجتماع الطبي منه إلى علم النفس.

2.4: إنشاء مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي.

3.4: الدراسة الاستطلاعية:

يعتبر صدق وثبات الدراسة من الشروط الأساسية الواجب توفرها للاطمئنان للنتائج المترتبة عن تطبيقها (مجذوب، 2003) لذلك قمنا بتطبيق المقاييس الأربعة المرتبطة بمتغيرات الدراسة على عينة استطلاعية من 50 مريضا مزمنا تم اختيارهم بطريقة عشوائية من قائمة المجتمع الأصلي وتكونت من 37 رجلا و13 امرأة تراوحت أعمارهم ما بين 25 سنة إلى 63 سنة بمتوسط 42 وبانحراف معياري يساوي 8.9.

الجدول 10:خصائص العينة الاستطلاعية حسب طبيعة المرض.

المرض المزمن	التمثيل في العينة	المجموع
– السكري	14	50
– ضغط الدم	16	
– رثية مزمنة	10	
– أمراض أخرى	10	

تم تطبيق مقاييس الدراسة على شكل مقابلات فردية، حيث أن نصف العينة كان أميا وفي هذه الحالة قرأ الباحث بنود الاستبيانات على المفحوص. ولأجل اختبار ثبات المقاييس تمت إعادة التطبيق بعد أسبوعين وحسبت معاملات الارتباط بين التطبيقين.

1.3.4. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أ– الصدق:

تم قياس الصدق بطريقة المقارنة الطرفية لجميع الأدوات بما فيها المحك الذي استعملناه في تقدير صدق مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي الذي أنشأناه لغرض الدراسة. حيث كان لزاماً علينا التحقق من صدق المحك على عينة مشابهة لعينة الدراسة وكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول11: نتائج اختبار (ت) لصدق المقاييس بطريقة المقارنة الطرفية.

اختبار (ت) / المقياس	ت	درجة الحرية	الدلالة
1- مقياس الاتجاه	14	26	دال عند0.01
2- مقياس الدعم	12.9		
3- مقياس الكفاءة	8.4		
4- مقياس التدين	8.92		
5- المحك	16.4		

وتشير نتائج المقارنة الطرفية إلى صدق أدوات الدراسة بما فيها المحك.

ونظراً لأهمية مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي بالنسبة لدراستنا، قمنا بتقدير صدقه بطريقة المحك ووصل معامل الارتباط إلى 0.31 وهو دال عند مستوي 0.05

ب- الثبات:

تم قياسه بطريقة: التطبيق إعادة التطبيق، ويبين الجدول التالي قيم معامل الارتباط (ر) بين التطبيقين:

جدول 12 : معاملات الارتباط بين التطبيق الأول و التطبيق الثاني.

المقياس / معامل الارتباط	مقياس الاتجاه	مقياس الدعم	مقياس الكفاءة	مقياس التدين	المحك
ر	0.80	0.60	0.67	0.64	0.60

وهي ارتباطات كلها دالة عند مستوى 0.01، مما يؤكد ثبات هذه المقاييس.

4.4. الدراسة الأساسية:

طبقنا أدوات الدراسة الأساسية في الفترة من بداية جوان إلى غاية في 10سبتمبر2005؛ طبق فيها الباحث المقاييس الأربعة بنفسه في مقابلات فردية. حيث تراوحت مدة التطبيق من 15 دقيقة إلى 35 دقيقة لكل حالة، حسب الحالة الصحية للمفحوص ودرجة أميته ومع أن المقاييس ذاتية الإجابة إلا أن نسبة الأمية في العينة (71

%) أجبرت الباحث على استعمال طريقة المقابلة وقراءة البنود للمفحوص لغاية التأكد من فهممها خاصة أن طريقة ليكرت تزيد من صعوبة الإجابة لدى المسنين حسب ما لمسناه خلال التطبيق.

5. ظروف الدراسة:

نعتقد أن أهم الصعوبات التي أحاطت بدراستنا الحالية هي:

1- صعوبة إنشاء مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي في غياب المراجع المتخصصة والدراسات السابقة باللغة العربية مما يضطر الباحث إلى بذل جهد مضاعف في الترجمة وقد حاولنا إشراك أحد الباحثين من جامعة القاهرة في تحكيم بنود المقياس ومع أن المحاولة كللت بالنجاح إلا أنها مكلفة من ناحية الوقت.

2- طبيعة العينة المكونة من مرضى مزمنين مسنين خاصة لدى الذين يعانون من مضاعفات السكري أو ارتفاع ضغط الدم، وكذا الظروف الطبيعة حيث تم التطبيق خلال أشهر الصيف الحارة.

3- صعوبة تطبيق 4 مقاييس في جلسة واحدة لدى المريض المزمن.

4- ضيق الوقت المخصص للدراسة، حيث لا يمكن إتمام دراسة جادة ومعمقة في هذه الفترة الزمنية ويخير الباحث بين أمرين أحلاهما مر وهما الاقتصار على مواضيع بحث فقيرة ومحدودة أو المعالجة السطحية والمتسرعة لمواضيع جادة وإشكاليات عميقة؛ إضافة إلى عدم تفرغ الباحث من الناحية المهنية.

6. المعالجة الإحصائية:

تمت المعالجة الإحصائية لنتائج البحث بواسطة برنامج SPSS. 12.0 ، من طرف الباحث.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى
2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية
3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

1.مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى أننا نتوقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبي لدى المرضى المزمنين، ويتضح من الجدول 13 أن 54% من العينة بلغ متوسط اتجاههم 66 وهي قيمة سلبية مقارنة بمتوسط العينة (75)، وأن 46% من العينة ذوو اتجاه إيجابي نحو السلوك الصحي، وأن الفرق بين المتوسطين دال احصائيا عند مستوى 0.01 لذلك نعتبر أن الفرضية تحققت وأن اتجاه المرضى المزمنين سلبي نحو السلوك الصحي في عينة دراستنا.

ولأن عينة الدراسة تتضمن عينتين فرعيتين تتكونان من مرضى السكري ومرضى ضغط الدم، قمنا باستكشاف طبيعة الاتجاه في هاتين العينتين ويتضح من الجدول 14 والجدول 15 أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يختلف باختلاف طبيعة المرضى حيث أن اتجاه مرضى السكري إيجابي بنسبة 53% وأن متوسط اتجاههم مرتفع (>87) بالنسبة لمتوسط العينة الكلية كما أن الفرق بين ذوي الاتجاه السلبي وذوي الاتجاه الإيجابي دال أيضا، ويختلف الأمر بالنسبة للمصابين بضغط الدم، حيث أن 62% من العينة ذوو اتجاه سلبي نحو السلوك الصحي وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالعينة الكلية أو بعينة السكري.

وتتفق نتيجة العينة الكلية مع دراسة Wilkinson، حيث وجد أن اتجاه المرضى المزمنين نحو السلوك الصحي سلبي، لكنها تختلف مع دراسة Rowley بالنسبة لعينة السكري، حيث وجد أن 60% من مرضى السكري ذوو اتجاه سلبي بالنسبة للسلوك الصحي،

ونعتقد أن هذا الاختلاف يعود إلى طبيعة البعد المقاس، حيث ركز Rowley على السلوك الفعلي وليس على الاتجاه نحوه.

إن الاتجاه نحو السلوك الصحي كما يظهر في عينة الدراسة الحالية يمكن أن تفسر بالعودة إلى ثلاثة عوامل مهمة في رأينا:

1- طبيعة العينتين الفرعيتين:

حيث تتكون عينة السكري في أغلبها من الذكور المسنين، ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع، كما أن متوسطهم في الدعم الاجتماعي مرتفع وكذا بالنسبة للتدين، وبما أن مضاعفات مرض السكري تجبر المريض على الالتزام بالحمية وباتباع العلاج، فمن المتوقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي إيجابي، أما بالنسبة لعينة ضغط الدم فإنها تتكون في أغلبها من إناث مسنات ذوات مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض، وكذا متوسطاتهن المنخفضة في الدعم الاجتماعي والمتغيرات المرتبطة بالسلوك الصحي.

2- طبيعة العوامل المتفاعلة مع السلوك الصحي:

إن الاختلافات التي ذكرناها سابقا بين عينة الذكور المصابين بالسكري، وعينة الإناث المصابات بضغط الدم، تتفاعل مع متغيرات أخرى من وجهة نظر علم النفس الاجتماعي والمتحكمة في سلوكنا اتجاه الصحة والمرضى، وأهمها:

- اختلاف الدور الاجتماعي التابع للجنس، فالفروق بين الذكور والإناث في مجتمعنا كبيرة خاصة إذا تعلق الأمر بالسلوك المرتبط بالصحة والمرض حيث تؤثر المتغيرات الثقافية والاجتماعية والدينية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم وإمكانية الوصول لمؤسسات الرعاية، والحرية المتاحة للنشاط، وهي التي يعبر عنها علماء النفس الاجتماعي بمفهوم السياق الاجتماعي في سلوك الأفراد والجماعات(سويف 1966)، ويرتبط الاتجاه حسب نظرية الفعل المخطط بالمعتقدات حول نتائج السلوك وكذا الاعتقاد في التحكم في هذا السلوك، ولا شك أن الفروق بين الذكور والإناث في مجتمعنا بالنسبة لهذين المتغيرين ممكنة، حيث يحس الرجل بأنه يتحكم في سلوكه أكثر من المرأة كبيرة السن والأمية والماكثة في البيت.

كما أن لطبيعة المرض دخل بهذه الفروق، حيث يختلف مرضى ضغط الدم عن مرضى السكري في الشعور بالخطر والتعرض لمضاعفات المرض مع طول مدة الازمان،

ذلك أن مريض ضغط الدم يعتقد أنه بمنأى عن المضاعفات الخطرة خاصة إذا كانت مستويات ضغط دمه في الحدود المقبولة بإتباع العلاج أو بالتقليل من نسبة الملح في طعامه، عكس مريض السكري الذي يتعرض كل يوم إلى اضطرابات في مستوى سكر الدم بالارتفاع أو الانخفاض (Taylor، 2003)، لذلك نجد أن نسبة زيارة المستشفى أو المكوث فيه لفترات معينة تزيد أضعافا لدى مرضى السكري مقارنة بمرضى الضغط وقد رأينا في المراجعة النظرية للدراسة أن العاملين الأساسيين في نظرية السلوك المخطط أو الفعل المعقول وهما الشعور بالخطر أو التعرض له فعليا من أهم المتغيرات في السلوك الصحي والاتجاه نحوه.

2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة الازمان. ونلاحظ من خلال الجدول 16 أن الفرق بين الذكور والإناث المصابين بأمراض مزمنة غير دال وإن كان متوسط الذكور في الاتجاه الايجابي (= 77) ومتوسط الإناث في الاتجاه السلبي (= 74)، وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من Waldron وGoldberg وCourtenay، حيث وجدوا أن الفروق بين الذكور والإناث دالة لصالح الإناث على أساس أن الإناث أقل ميلا للسلوك الخطر المضاد للصحة، وأنهن أكثر اهتماماً بجسمهن من الرجال، ونعتقد أن هذا الاختلاف بين الدراسات السابقة ودراستنا الحالية يعود إلى السياق الاجتماعي للسلوك وللفروق الجنسية، حيث أن أغلب الإناث المصابات بالأمراض المزمنة أميات، وماكثات في البيت ومسنات، أما في الدراسات السابقة المذكورة، وحتى في دراسة رضوان وريشكه (2001) فإن عينة الإناث من طالبات الجامعة، ومن الشائع أن تهتم المرأة الشابة عموما والمرأة الغربية خصوصا بصحتها وجسمها حتى بعد سن اليأس.

ويتضح من الجدول 17 أن الفرق بين كبار السن وصغار السن المصابين بأمراض مزمنة دال لصالح صغار السن، وأن سلوكهم إيجابي مقارنة بسلوك الذكور كبار السن وتختلف هذه النتيجة مع ما توصل إليه Breslon حيث وجد أن الذكور المسنين أكثر التزاما بالسلوك الصحي من صغار السن على أساس أنهم أكثر إحساسا بالخطر مع التقدم في العمر وأكثر تعرضا لمضاعفات الأمراض حسب النماذج المفسرة للسلوك الصحي وقد يرجع

هذا الاختلاف في النتائج إلى نسبة الإناث كبيرات السن حيث بلغ عددهن ضعف عدد الذكور تقريبا في عينة ضغط الدم، كما يرتبط بعوامل أخرى تابعة للسن مثل مستوى التعليم حيث من المتوقع أن ينخفض لدى المرضى الذين تجاوز سنهم الخمسين وهم يمثلون 60% من العينة الكلية.

ويتضح من الجدول 18 أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يختلف باختلاف المستوى الاجتماعي الاقتصادي، لصالح ذوي المستوى المرتفع، حيث وصل متوسط اتجاههم إلى 80.7، مقارنة بمتوسط العينة (75)، كذلك فإن اتجاه ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض سلبي رغم أنهم يشكلون 63% من العينة، وأن الفرق بين المتوسطين دال عند 0.01 وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Wisconsin ودراسة Macleod وكذا دراسة Lynch بل إن أغلب الدراسات السابقة التي تناولت السلوك الصحي أكدت على الارتباط القوي بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي وبين السلوك الصحي (Taylor، 2003).

إن ارتباط الصحة بالدخل الفردي كما بينه Lantz(2001) وكذا بالمستوى التعليمي وبالوضع العائلي قوي جدا، حيث يعتبر الزواج عاملا وقائيا ومنقذاً خاصة لدى المصابين بالمرض المزمن لأن الدعم الاجتماعي والرعاية التي يجدها المريض المزمن من لدن زوجه هامة جداً في مساعدته على مواجهة المرض والتزام العلاج، والتردد على مؤسسات الرعاية الصحية، وكذا عن طريق التعزيز الإيجابي للعادات المرتبطة بالصحة.

إن انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي لنسبة كبيرة في عينة الدراسة (63%) ربما يعتبر أحد العوامل التي أدت إلى الاتجاه السلبي نحو الصحة في العينة الكلية، خاصة أن رعاية المرض المزمن مكلفة، من الناحية المادية والمعنوية، ورغم أن أغلب المرضى يتلقون دعما من صندوق الضمان الاجتماعي بالنسبة لتكاليف علاج الأمراض المزمنة يصل إلى 100% إلا أن العوامل المتفاعلة داخل شبكة الوضع الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي تجعل من العلاج الكيميائي أحد العوامل المساعدة بجانب الأبعاد النفسية الاجتماعية الأخرى والهامة أيضا.

ويتضح من الجدول 19 أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي الازمان المرتفع وبين ذوي الازمان المنخفض دال لصالح الأقل ازمانا عند مستوى 0.05 ولم نعثر – في حدود بحثنا – على أي دراسة تناولت مدة الازمان وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك

الصحي، وإن كان الازمان مرتبطا بطبيعة المرض وبالسن، وقد وجدنا من قبل في مناقشة نتائج الفرضية الأولى أن صغار السن من عينة الدراسة أكثر إيجابية من ناحية الاتجاه نحو السلوك الصحي، وأن ذلك يرتبط بعوامل أخرى أيضا مثل مستوى التعليم ومستوى الدخل وقلة الأعباء الاجتماعية، لذلك نرى ان متغير ازمان المرض يحتاج إلى دراسات إضافية.

3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تشير الفرضية الثالثة إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى كل من مرضى السكري ومرضى ضغط الدم باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة الازمان وكذا طبيعة المرض.

1.3. اختلاف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى السكري:

يتضح من الجدول 20 أن الفرق بين المصابين بالسكري من الذكور والمصابات بالسكري من الإناث غير دال، وإن كان سلوكهم إيجابي كما رأينا من قبل في مناقشة الفرضية الأولى، وتختلف هذه النتيجة مع ما توصل إليه كل من Waldron و Harrison حيث وجدا فروقا دالة لصالح الإناث ولكنها تتفق مع دراسة Keller حيث وجد أن النتائج فيما يخص الفروق الجنسية في السلوك الصحي متضاربة وقد يرجع عدم وجود فروق دالة بين الإناث والذكور إلى تقارب نسبتهم في العينة، وكذا تقارب نسبة كبار السن وصغار السن، وأيضا تشابه المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

ويتضح من الجدول 21 أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن وصغار السن المصابين بالسكري غير دال، وتختلف هذه النتيجة مع ما توصل إليه Taylor وآخرون من أن نسبة السلوك الصحي ترتفع بارتفاع السن على أساس أن صغار السن لا يلتزمون بتعليمات الطبيب التي يعتبرونها أقرب إلى النصائح الاختيارية منها إلى التعليمات الالزامية (Taylor، 2003).

ويتضح من الجدول 22 أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي وذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض دال لصالح ذوي المستوى المرتفع، وقد ناقشنا العوامل المتعلقة بذلك في العينة الكلية، غير أن هذه النتيجة

تختلف مع ما توصل إليه Taylor الذي يرى أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي لا يرتبط بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري خصوصا، وهي نتيجة مفارقة باعتبار أن السكري ينتشر في الفئات ذات المستوى المنخفض بشكل وبائي، إلا أن Taylor يرى أن العوامل الثقافية والبيولوجية وحتى الوراثية تلعب دوراً أكبر من الوضع الاجتماعي الاقتصادي الذي يعتبر تابعا لها، ونعتقد من تجربتنا مع المرضى المزمنين أن ملاحظة Taylor ربما تكون صحيحة بالنسبة للمجتمع الأمريكي، وأن الاختلافات بين المجتمعات النامية والمجتمعات الصناعية المتقدمة لها دخل في ذلك.

ويتضح من الجدول 23 أن الفرق بين مرضى السكري في الاتجاه نحو السلوك الصحي حسب مدة الازمان غير دال، ونظرا لغياب دراسات سابقة نعتقد أن هذه النتيجة تختلف مع ما يتوقعه الأطباء على أساس أن ازمان مرض السكري يؤدي إلى مضاعفات خطيرة مثل تلف الإبصار والكليتين وبتر الأطراف وأمراض القلب (حسان، 1997) والمفترض حينها أن يكون سلوك المريض المصاب بالسكري تابعا لمدة ازمان المرض وربما يعود ذلك في نظرنا إلى مدة خمس سنوات التي اعتمدناها، لذلك نرى أن هذا المتغير يحتاج إلى دراسة إضافية تتجاوز الدراسة الحالية وذلك بتقسيم المرضى إلى فئات متعددة حسب مدة الازمان ودراسة الفروق بينهم.

2.3. اختلاف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى ضغط الدم:

يتضح من الجدول 24 أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الذكور والإناث المصابين بضغط الدم غير دال، وهي نتيجة تختلف مع ما توصل إليه Durel الذي أكد على أن السلوك الصحي مرتبط بالجنس وأن الإناث أكثر التزاما بالسلوكات المُنمّية للصحة من الذكور المصابين بضغط الدم، ويربط Friedman علاقة بين الجنس وبين نمط الشخصية، حيث يرى أن ضغط الدم كمرض نفسي جسدي يكثر لدى الإناث على أساس إصابتهن بالتكتم Alexthymia أوفقر التعبير الانفعالي والمعاناة النفسية، وأنه بدرجة تحرر المرأة من المعاناة النفسية يزداد سلوكها الصحي، ونعتقد أن ذلك ينطبق على عينة الإناث المصابات بضغط الدم نظراً للخصائص الديموغرافية الاجتماعية المميزة لهن (كبيرات السن، غير عاملات، وأميات).

ويتضح من الجدول 25 أن الفرق بين كبار السن وصغار السن المصابين بضغط الدم دال عند مستوى 0.01 لصالح صغار السن وأن سلوكهم إيجابي ويكاد يتساوى متوسط الاتجاه لديهم مع نظرائهم من مرضى السكري (79.8 مقابل 80)، وتختلف هذه النتيجة مع دراسة Keller التي وجدت اتجاها سلبيا لدى صغار السن المصابين بالضغط، ونعتقد أن طبيعة العينة من ناحية المستوى الاجتماعي والتعليمي كانت مؤثرة في هذا الفرق على أساس أن أغلب كبار السن في عينة ضغط الدم (64 إناث + 37 ذكور) هم من الأميين ذوي الدخل المنخفض خاصة المتقاعدين منهم.

ويتضح من الجدول 26 أن الفرق بين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع وبين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض دال كما رأينا في العينة الكلية عند مستوى 0.01، ويعود الفرق في رأينا إلى نفس العوامل التي ذكرناها سابقا بالنسبة للعينة الكلية ولمرض السكري ذلك ان دراسات Gulliford و Kaplan و Terman و Dressler وتؤكد كلها هذا الفرق بالنسبة لأغلب الأمراض المزمنة باستثناء الملاحظة التي أبداها Taylor في علاقة مرضى السكري بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

ويتضح من الجدول 27 ان الفرق بين ذوي الازمان المرتفع وبين ذوي الازمان المنخفض غير دال لدى المصابين بضغط الدم، وقد يعود ذلك إلى أن مضاعفات مرضى ضغط الدم لا تظهر إلا بشكل مفاجيء بالنسبة للمريض مثل الشلل النصفي أو هبوط القلب أو الجلطة القلبية، بل إن بعض المصابين بضغط الدم يتصرفون وكأنهم غير مصابين أصلا بمرض مزمن (Taylor، 2003).

3.3. اختلاف الاتجاه نحو السلوك الصحي باختلاف طبيعة المرض:

تشير الفرضية الثالثة إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري وبين مرضى الضغط باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة الازمان، ومحاولة منا لتلخيص النتائج جمعنا هذه الفروق في الجدول 28 الذي نلاحظ من قراءة نتائجه مايلي:

1- أن الفرق بين مرضى السكري وبين مرضى ضغط الدم في الاتجاه نحو السلوك الصحي دال لصالح مرضى السكري وقد تعرضنا لهذه النتيجة في مناقشة نتائج الفرضية الاولى.

2- أن الفرق بين الذكور المصابين بالسكري والذكور المصابين بالضغط دال لصالح مرضى السكري عند مستوى 0.05 كما أن اتجاههم إيجابي، ونعتقد أن العامل المؤثر هو المستوى الاجتماعي الاقتصادي، حيث أنهم يتشابهون في كونهم مسنين غير أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي للذكور المصابين بضغط الدم منخفض وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Berkman الذي يعتقد أن المستوى الاجتماعي الاقتصادي وكذا دور الزواج والعلاقة الإيجابية بين الزوجين كلها عوامل واقية لدى المرضى المزمنين في توافقهم مع المرض ونلاحظ أن الفرق بين الإناث المصابات بالسكري وبين الإناث المصابات بضغط الدم غير دال، وبتفحص الخصائص المميزة لعينتين يتضح التشابه الكبير حيث أن أكثر من 76% منهن ذوات مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض.

3- أن الفرق بين مرضى السكري وبين مرضى الضغط دال لدى كبار السن منهم فقط لصالح كبار السن المصابين بالسكري ونعتقد أن ذلك يعود إلى مضاعفات مرض السكري مقارنة بمضاعفات مرض ضغط الدم، حيث تكون الأولى مبكرة وخطيرة.

4- أن الفرق بين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع في الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى كل من مرضى السكري وضغط الدم غير ذال، ذلك ان سلوكهم إيجابي، وهي نتيجة تتفق مع ما توصل إليه Wardle من أن الاتجاه نحو السلوك الصحي تابع بدرجة قوية للوضع الاجتماعي والاقتصادي للمريض بغض النظر عن طبيعة مرضه حيث من المتوقع ألا يكون هناك فرق بين ذوي المستوى المرتفع فيما بينهم وبين ذوي المستوى المنخفض فيما بينهم وهي نتيجة تدعم ما أسلفنا من العلاقة القوية والدالة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي وبين السلوك الصحي.

5- أن الفرق بين مرض السكري ومرض الضغط بالنسبة لمدة الازمان دال في الحالتين (ازمان مرتفع/ ازمان منخفض) لطبيعة مضاعفات المرضين المختلفة.

4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تشير الفرضية الرابعة إلى أننا نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين كل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين لدى المرضى المزمنين، ويتضح من الجدول 29 أن الارتباط بين الاتجاه والمتغيرات الثلاثة المذكورة دال وموجب عند مستوى 0.01 وإن كان ضعيفا بالنسبة للكفاءة الذاتية المدركة حيث بلغ 0.23 .

1.4. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالدعم الاجتماعي المدرك:

إن الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين الدعم الاجتماعي المدرك يؤكد نتائج الدراسات السابقة، حيث تتفق دراستنا مع دراسة Kulic وMahler عن المرضى الناقهين من جراحة الشرايين القلبية، حيث تقلصت مدة الاستشفاء بطريقة دالة مرتبطة بزيارات الأقارب والدعم المعنوي كما ارتبط الدعم الاجتماعي بالامتثال للتعليمات الطبية وخاصة المتعلقة منها بالحمية إذ يرفض 25 إلى 40% من مجموع المرضى المزمنين الامتثال لهذه التعليمات وتصل النسبة إلى أكثر من 60% لدى مرضى السكري.

وتوافق دراستنا النتيجة التي توصل إليها Dimatteo في مسحه النظري بطريقة ما وراء التحليل للدراسات التي نشرت ما بين 1948 و2001، والمتعلقة بالدعم الاجتماعي ودوره في الصحة والمرض، حيث وجد ارتباطا قوياً في هذه الدراسات بين الدعم الاجتماعي خاصة المدرك وبين السلوك الصحي يصل إلى الضعفين مقارنة بمنخفضي الدعم الاجتماعي. وتتفق أيضا مع دراسة Symester التي تؤكد على العلاقة بين الدعم الاجتماعي والتوافق مع المرض المزمن الذي يشكل عبئاً نفسيا واجتماعيا وطبيا على المريض ومحيطه.

ويبدو أن تأثير الدعم الاجتماعي على سلوك الفرد نابع من طبيعته الاجتماعية وعدم قدرته على تحمل العزلة والحرمان، حيث أكد Spitz وBowlby وآخرون ضرورة الاحساس بالتكامل الاجتماعي وأثره في الصحة النفسية والجسدية وفي التوافق الاجتماعي. وإذا كانت أهمية الدعم الاجتماعي حسب Siegle(1993)، تكمن في وظيفته الأساسية وهي إعطاء المعلومات للفرد في إطار الشبكة الاتصالية الرسمية وغير الرسمية مما يعزز التكامل الاجتماعي، فإن الإصابة بمرض مزمن تجعل من هذه الوظيفة عاملا حيويا يرتكز عليه

المريض من أجل التخفيف من الآثار المدمرة للمرضى على المستويات النفسية والاجتماعية والجسدية، وإن كنا نعتقد أن هذا التحليل نابع من الفلسفة البراجماتية الغربية وأن الدعم الاجتماعي يمكنه أن يحقق إشباعا نفسيا اجتماعيا له علاقة بأبعاد التكوين الإنساني الفطرية لذلك يبدو غريبا عدم إشارة الدراسات السابقة إلى تفكك الروابط الاجتماعية والعائلية وانحياز الإنسان المعاصر إلى الفردانية واعتبار الإنسان الآخر عدوا أو منافسا له في أحسن الحالات حتى لو كان أباً أو أماً، وقد دعمت المدرسة التحليلية هذا التوجه على أساس الصراع والتنافس بين البشر وبين الأبناء والآباء على وجه الخصوص.

إن الارتباط بين السلوك الصحي و وبين الدعم الاجتماعي يشكل مدخلا استراتيجيا لتغيير السلوك، وإن كانت العلاقة السببية بين المتغيرين تحتاج إلى دراسات معمقة أخرى.

2.4. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالكفاءة الذاتية المدركة:

يتضح من قيمة معامل الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين الكفاءة الذاتية المدركة، أنه موجب ولكنه ضعيف، وتختلف هذه النتيجة مع دراسة Ewart الذي وجد ارتباطا دالا وقويا بين الكفاءة الذاتية وبين الاتجاه نحو السلوك الصحي، وهي العلاقة التي أكدتها دراسات Bekham وزملائه لدى مرضى السرطان، ودراسات Atkins على المصابين بأمراض التنفس المزمنة، ووجد Norman وزملاؤه فروقا دالة في الكفاءة الذاتية بين المرضى المزمنين وبين المصابين بأمراض حادة، وأكد على علاقة الكفاءة الذاتية بآليات التكيف مع المرض المزمن، فكلما ارتفعت الكفاءة الذاتية وازداد وعي المريض بقدرته على التحكم في ظروفه ومسار مرضه ازداد سلوكه الصحي قوة.

وتؤكد دراسة Schwarzer على علاقة الكفاءة الذاتية المدركة بمرحلة الاختيار السلوكي، كما أكد Gilchrist على دور الكفاءة المدركة في السلوك الصحي للمراهقين.

وتتفق دراستنا أيضا مع دراسة Abusahha عن علاقة الكفاءة الذاتية بسلوك التدخين على عينة تتبعية معتمدا على النموذج عبرالنظري لـ Diclemente وProchaska وخلصت نتائجه إلى ارتباط الكفاءة بتحول الأفراد من المرحلة ما قبل التأملية إلى المراحل الأخرى وارتبط انخفاض الارتباط بالانتكاس والعودة إلى سلوك التدخين بعد الإقلاع عنه.

إن الاعتقاد بكفاءة الذات تحدد طريقة ادراكنا للأشياء مما يدفعنا إلى السلوك بطريقة فعالة، وتعتبر الكفاءة الذاتية المدركة مظهرا من مظاهر إدراك العلاقة بين البيئة وظروفها وبين موارد الفرد، فهي حجر الأساس في أغلب المفاهيم الاجتماعية المرتبطة بالمواجهة coping، أو التكيف أو التوافق (Bandura، 1989)، أي أنها المؤشر الرئيسي في سلوك الأفراد حين يكونون في مواقف كاربة، ويعتبر المرض المزمن أحد أهم العوامل الكاربة التي تعرض الفرد إلى امتحان قدراته وموارده الكامنة لذلك يعتبر الارتباط الضعيف بين الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين وبين الكفاءة الذاتية المدركة أحد نقاط الاختلاف المهمة في رأينا بين دراستنا والدراسات السابقة، لذلك نرى ضرورة التعمق في دراسة هذه العلاقة في المستقبل، وسنعود إليها عند مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.

3.4. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالتدين :

يعتبر الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدين دالاً وقويا لدى أفراد عينة الدراسة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Fowler التي وجدت ارتباطا دالا بين التدين ركز على الأبعاد الإيمانية وقد أشرنا في المراجعة النظرية إلى صعوبة قياس هذا البعد.

وتتفق دراستنا مع ما توصل إليه Walsh لدى المرضى المصابين بضغط الدم حيث وجد ارتباطا دالا بين التدين والسلوك الصحي لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية. كذلك ظهر هذا الارتباط في الدراسة المسحية التي قام بها Larson من المعهد القومي لأبحاث الرعاية الصحية في ماريلاند، حيث أشار إلى أن 84% من هذه الدراسات أشارت إلى الارتباط الإيجابي بين التدين والصحة.

كذلك قام Byrd بدراسة العلاقة بين التدين وبين السلوك الصحي على عينة عشوائية من 393 مريضا مصابا في الشرايين التاجية للقلب ووجد تأثيرا دالا للصلاة على السلوك الصحي والتوافق مع المرض(Byrd، 1988). ويعتبر Bussing أن الارتباط بين السلوك الإيجابي الداعم للصحة وبين التدين يعود إلى تأثيره في القيم الإيجابية في حياة المريض وذلك بإصباغه معنىً على الابتلاء والمرض، وتخفيفه للقلق الوجودي الناتج عن الإصابة بالمرض، حيث يؤدي الإلحاد وانخفاض الشعور الديني إلى تعميق جراح المريض الجسدية والنفسية. وإن كانت المدرسة الوجودية ترى أنه بإمكاننا أن نستغل هذا القلق الوجودي والذي

يتخذ مظاهر متنوعة مثل قلق الموت، والخوف من الألم والصراع مع مضاعفات المرض، وانعدام معنى الحياة، واضطراب مفهوم الحرية والعدل، لكي نعطي تفسيراً إيجابيا للحالة الراهنة التي يعيشها المريض المزمن، غير أننا نعتقد أن التدين يلعب دوراً هاما في السلوك الصحي للأسباب التالية:

1- يعزز الدعم الاجتماعي وقد رأينا الارتباط الموجب بين الدعم الاجتماعي وبين السلوك الصحي.

2- يدعو المريض إلى السلوك الصحي عن طريق التعليمات الدينية.

3- يعزز استراتيجيات مواجهة الكروب، وتحسين المزاج مما يساعد الوظائف الحيوية والنفسية خاصة لدى المريض المزمن.

4.4. تحليل ارتباط الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين :

إن الارتباط بين متغير تابع وبعض المتغيرات المستقلة ليس له دلالة في حد ذاته إذا لم تدرس قدرة المتغيرات المستقلة على التنبؤ بالتغيرات الحادثة في المتغير التابع (رجاء، 2003)، لذلك رأينا ان نستكمل تحليل الارتباط بتحليل الانحدار المتعدد للتأكد من مدى صلاحية قيم كل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين على التنبؤ بقيم الاتجاه نحو السلوك الصحي، ويتضح من الجدول 30 أنه بإمكاننا تفسير 26% من التغير في قيم الاتجاه نحو السلوك الصحي باعتمادنا على المتغيرات الثلاثة، وهي نسبة هامة ودالة إذا كان السلوك الصحي متعدد الأبعاد تؤثر فيه متغيرات متعددة غير التي ندرسها. وبالاعتماد على الانحدار المتعدد بطريقة الحذف المرحلي Stepwise يتبين أن متغير الكفاءة الذاتية المدركة يمكننا الاستغناء عنه في التنبؤ بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين وهي نتيجة غير متوقعة نظراً لأهمية هذا المتغير في أغلب النماذج المفسرة للسلوك الصحي، مما يتطلب منا مزيدا من الدراسات لهذا المتغير وللأدوات التي تقيسه على أساس أن الأداة المستعملة في دراستنا مترجمة، ورغم أنها ثابتة وصادقة، كما أنها اختبرت في أكثر من 26 ثقافة مختلفة إلا أننا نميل إلى رأي Schwarzer، حين ينظر إلى الكفاءة الذاتية المدركة على أنها عامة ونوعية، وأنه ينبغي إنشاء مقياس لكل عينة

خاص بها مرتبط بالسلوك المراد استكشافه، لذلك نعتقد أن هذه النتيجة الفارقة حافز لمزيد من الدراسات في هذا الميدان.

5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تشير الفرضية الخامسة إلى أن علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة، و التدين تختلف باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة إزمان المرض وطبيعته.

1.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالمتغيرات الثلاثة حسب الجنس:

يتضح من الجدول 34 أن الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين المتغيرات الثلاثة (الدعم، الكفاءة، التدين) دال وضعيف لدى الذكور، و دال و قوي لدى الإناث، و هي نتيجة مخالفة لما توصل إليه Steptoe حيث لم يجد فروقاً بين الإناث و الذكور، خاصة بالنسبة للدعم الاجتماعي، و تتفق مع دراسة Dimatteo التي وجدت ارتباطاً دالاً بين الدعم الاجتماعي المدرك و بين السلوك الصحي لدى الإناث، و باستثناء الكفاءة الذاتية المدركة لدى الذكور فإن الارتباطات الأخرى دالة و ضعيفة، و تختلف مع Power الذي وجد ارتباطا دالا بين الكفاءة الذاتية و بين السلوك لدى مرضى السكري و يبدو أن ذلك مقصور على الإناث المصابات بالسكري و ضغط الدم.

إن اتجاه الإناث نحو السلوك الصحي لدى عينة البحث الكلية و كذا في عينة ضغط الدم و السكري سلبي و كذا متوسط الكفاءة الذاتية المدركة لديهن(< 23). و هذه العلاقة الدالة بين السلوك السلبي و بين الكفاءة الذاتية المنخفضة لديهن تشير إلى أهمية هذا المتغير لدى الإناث المصابات بأمراض مزمنة. إن الاعتقاد في الكفاءة الذاتية يتبع أساساً من خبرات النجاح الماضية فالخسارات المتكررة تعلمنا اليأس حسب Seligman و تؤدي إلى تشكيك الفرد في قدراته و إمكاناته، كما تنبع من شهود نجاح الآخرين كنماذج للتعلم الاجتماعي، و ضرورة استعمال تقنية الاقناع الاجتماعي و التكيف مع استجابات الجسم الانفعالية و الفيزيولوجية في حالة الكرب. إن خصائص المرأة العربية و المسلمة و

تنشئتها الاجتماعية، و معاناتها للكروب تضعنا أمام أسئلة متعددة تتعلق بتربية الكفاءة الذاتية لتغيير السلوك خاصة لدى المرضى المزمنين، و ليس معنى ذلك أن الرجل لا يحتاج إلى هذه العوامل، لكن ظروف الثقافة السائدة تعطي للرجل استقلالية أكبر و إمكانات أكثر للتحكم في بيئته و تغير سلوكه.

و يؤيد الارتباط بين الاتجاه و التدين دراسة Brown، حيث وجد علاقة موجبة بين التدين و السلوك الصحي لدى الإناث و الذكور. و باستثناء الذكور المصابين بضغط الدم حيث الارتباط بين الاتجاه و بين التدين غير دال، فإن هذا الارتباط يبدو قويا لدى الإناث سواء المصابات بضغط الدم أو بالسكري و بمعاينة متوسط التدين لدى الذكور و الإناث نرى أن الرجال أكثر تديناً من النساء لذلك نعتقد أن الارتباط بين التدين و بين سلوك الإناث في الاتجاه السلبي، أي كلما انخفض الاتجاه نحو السلوك الصحي انخفض التدين أو العكس مثلما هو مع متغير الكفاءة الذاتية.

2.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالمتغيرات الثلاثة حسب السن:

يتضح من الجدول 35 أن الاتجاه يرتبط بكل من الدعم الاجتماعي المدرك و التدين لدى كبار السن و لدى صغار السن باستثناء صغار السن المصابين بضغط الدم. كما يعتبر ارتباط للكفاءة الذاتية المدركة بالاتجاه ضعيفاً أو غير دال لدى المصابين بأمراض مزمنة.

و تتفق دراستنا جزئياً مع دراسة Dupertuis الذي وجد ارتباطا دالا و قوياً بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين الدعم الاجتماعي المدرك لدى كبار السن، على أساس أن احتياجات الإنسان للمساعدة تزداد مع تقدمه في السن خاصة إذا أصيب بمرض مزمن و تختلف مع دراسة Brown الذي وجد ارتباطاً دالا بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين التدين لدى مرضى ضغط الدم في حين ان ذلك تحقق لدى كبار السن المصابين بالضغط فقط و نعتقد أن عدم ارتباط هذه المتغيرات الثلاثة مع الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى صغار السن المصابين بالضغط يعود إلى عدم ظهور المضاعفات و تحملهم لأعباء المرضى غير المكلفة نسبياً بالمقارنة بمرضى السكري.

3.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالمتغيرات الثلاثة حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي :

يتضح من الجدول 36 أن الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة الأخرى دال عند مستوى 0.01 لدى منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي و غير دال بالنسبة للكفاءة الذاتية و التدين لدى ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

و تتفق هذه النتائج جزئياً مع دراسة Tovée و Power الذي يعتبر ارتفاع المستوى الاجتماعي و الاقتصادي منبئاً هاماً بالسلوك الصحي على أساس ارتباطه بتكاليف المرض و التخفيف من القلق الناتج عن الحرمان الاقتصادي و الشعور بالتهديد او قلة الحيلة أمام تعاليم الأطباء و أسعار الدواء.

وتتفق مع دراسة Mclullough عن الارتباط بين السلوك الصحي و التدين لدى مرضى ضغط الدم، غير ان ذلك يبدو صحيحاً بالنسبة لدراستنا لدى منخفضي الدخل فقط و هي نفس الملاحظة بالنسبة لمرضى السكري فهل يعتبر عامل الدين منقذاً و مهما عندما يكون الإنسان في وضع اجتماعي حرج فقط؟، و هنا تبرز اشكالية التدين السلبي، حيث يجب أن نتذكر أن السلوك الصحي لذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض سلبي أيضاً، مما يجعل من عامل التدين متغيراً هاماً في التدخل لتغيير السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين الذين يعانون من صعوبات اجتماعية و اقتصادية، تماماً مثل الدعم الاجتماعي و قد أشرنا في مناقشتنا لنتائج الفرضية الرابعة للعلاقة القوية بين التدين و الدعم الاجتماعي المدرك أو الفعلي.

4.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالمتغيرات الثلاثة حسب مدة الإزمان:

و يتضح من الجدول 37 أن متغير الإزمان لا يؤثر بطريقة دالة في العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية و التدين باستثناء الكفاءة الذاتية المدركة لدى ذوي الإزمان المنخفض المصابين بالسكري.

وقد يعود هذا الارتباط الضعيف إلى الصعوبات التي يعيشها مريض السكري في السنوات الأولى لاكتشاف المرض، مما يجعله دائم الشك في قدرته على التحكم في سلوكه، عكس ذوي الازمان المرتفع الذين اكتسبوا مهارات التحكم في الحمية ومواجهة التغيرات

المفاجئة في سكر الدم، مما يزيد في قناعاتهم بكفاءتهم الذاتية، وفي غياب الدراسات السابقة يبقى تفسيرنا هذا محدودا بعينة الدراسة خاصة لدى مرضى السكري.

5.5. العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والمتغيرات الثلاثة حسب طبيعة المرض وطبيعة الاتجاه:

يتضح من الجدول 38 أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يرتبط بكل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين سواء لدى مرضى السكري أو مرضى ضغط الدم، باستثناء الكفاءة الذاتية المدركة حيث نلاحظ ان قيم معامل الارتباط ضعيفة وإن كانت دالة احصائيا، وتؤكد هذه النتيجة أهمية اختبار هذه المتغيرات الثلاثة ودورها في الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين خاصة بالنسبة لمتغير التدين الذي يتفاعل مع المتغيرات الأخرى مثلا لدعم الاجتماعي المدرك. ومن ملاحظة مصفوفة الارتباط بين هذه المتغيرات يتضح الارتباط القوي فيما بينهما،كما أننا نتوقع قياسا على نتائج الدراسة الحالية أن يكون هذا الارتباط مماثلا بالنسبة للأمراض المزمنة الأخرى مثل الرثية المزمنة والربو والسرطان، مع بعض الاختلافات العائدة إلى السياق الاجتماعي وطبيعة المرض.

كما يتضح من الجدول 39 أهمية الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والمتغيرات الثلاثة سواء لدى ذوي الاتجاه الإيجابي أو لدى ذوي الاتجاه السلبي، باستثناء الكفاءة الذاتية المدركة حيث يكون الارتباط ضعيف أو غير دال.

ونلاحظ أن ذوي الاتجاه الإيجابي من المصابين بضغط الدم لا يرتبط الاتجاه لديهم بالتدين، وبالرجوع إلى الخصائص الديموغرافية لعينة ضغط الدم، وكذا لخصائصها حسب السن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي نلاحظ أن هذا الارتباط غير الدال يرتكز لدى الذكور مرتفعي المستوى الاجتماعي الاقتصادي وصغار السن، وهي نتيجة تختلف عن تلك التي توصل إليها Walsh في دراسته عن علاقة التدين بضغط الدم على عينة مكونة من 137 مهاجراً يعيشون في Toledo في مقاطع Ohio، حيث وجد ارتباطا دالا بين التدين والاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى ضغط الدم، غير أن التعريف الاجرائي الذي اعتمده وهو التردد على الكنيسة، وأهمية الدين بالنسبة للفرد، يجعل من التدين بعداً ظاهريا سطحيا، لا يمكن مقارنته بالتدين كما تقيسه الأداة المستعملة في دراستنا، مما يستدعي مزيداً من الدراسات عن علاقة التدين بمرض ضغط الدم انطلاقا من دراسة الكندري (2003) الذي

أشار إلى الارتباط الموجب بين مستويات ضغط الدم لدى عينات كويتية و بين درجة التدين لكنه لم يدرس السلوك الصحي بالمفهوم الذي نتناوله في دراستنا.

الجدول 40: تلخيص نتائج الدراسة

الفرضية	العينة	التحقق	النسبة المئوية لتحققها
الأولى	الكلية	+	**100**
	سكري	−	**50**
	ضغط الدم	+	
الثانية	الكلية	−	**75**
		+	
		+	
		+	
الثالثة	سكري	−	**33**
		−	
		+	
		−	
	ضغط الدم	−	**50**
		+	
		+	
		−	
	سكري ≠ ضغط الدم	+	**55**
		+	
		−	
		+	
		−	
		−	
		−	
		+	
		+	
الرابعة	الكلية	+	**100**
الخامسة	الكلية	±	**66**
		±	
		±	
		+	
		+	
		±	

+ تحقق الفرضية　　− عدم تحقق الفرضية　　± تحقق جزئي للفرضية

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

1- نتائج الفرضية الأولى
2- نتائج الفرضية الثانية
3- نتائج الفرضية الثالثة
4- نتائج الفرضية الرابعة
5- نتائج الفرضية الخامسة

1. نتائج الفرضية الأولى:

تشير الفرضية إلى أننا نتوقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين سلبيا.

يبين الجدول التالي طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين و كذا الفروق بين ذوي الاتجاه الإيجابي و ذوي الاتجاه السلبي.

الجدول 13: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي و بين ذوي الاتجاه السلبي في العينة الكلية.

طبيعة الاتجاه	العينة ن=276	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
اتجاه إيجابي >75	127	46	86.70	7.47	23.2- 0.000	دال عند 0.01
إتجاه سلبي ≤75	149	54	66.28	7		

ت: إختبار (ت) للفروق ل: مستوى الدلالة لاختبار ذي ذيلين

و يتضح من الجدول أن نسبة ذوي الاتجاه السلبي أكبر من نسبة ذوي الاتجاه الإيجابي، و أن الفرق بين متوسطيهما دال عند 0.01.

1.1. الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى السكري:

يبين الجدول التالي طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بالسكري.

الجدول 14: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي والاتجاه السلبي المصابين بالسكري

طبيعة الاتجاه	العينة ن=148	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
اتجاه إيجابي <75	78	53	87.6	7.5	16.9	دال عند 0.01
إتجاه سلبي ≤75	70	47	66.6	7.5	0.000	

يتضح من الجدول أن نسبة ذوي الاتجاه الإيجابي نحو السلوك الصحي لدى مرضى السكري أكبر من ذوي الاتجاه السلبي.كما أن الفرق بين المتوسطين في الاتجاه دال لصالح ذوي الاتجاه الإيجابي.

1.1.2. الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى ضغط الدم:

يبين الجدول التالي طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى ضغط الدم.

الجدول 15: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي وبين ذوي الاتجاه السلبي المصابين بضغط الدم

طبيعة الاتجاه	العينة ن=276	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
اتجاه إيجابي >75	49	38	85.18	7.1	15.36	دال عند 0.01
إتجاه سلبي ≤75	79	62	65.95	6.7	0.000	

و يتضح من الجدول أن نسبة ذوي الاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي تقارب ضعف نسبة ذوي الاتجاه الإيجابي، و أن الفرق بين متوسطيهما دال إحصائياً.

ويتضح من نتائج الفرضية الأولى أن الاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي هو الغالب في العينة الكلية وأنه يتركز لدى مرض ضغط الدم أكثر من غيرهم.

2. نتائج الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الإزمان.

1.2. حسب الجنس:

يبين الجدول التالي نتائج الفرق بين الذكور و الإناث في الاتجاه نحو السلوك الصحي:

الجدول 16: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين الذكور و الإناث في العينة الكلية.

الجنس	العينة ن=276	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
ذكور	131	47	77.1	12.6	1.8	غير دال
إناث	145	53	74.4	12.2		

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الإناث و الذكور المصابين بأمراض مزمنة غير دال،مع ملاحظة أن اتجاه الذكور ايجابي واتجاه الإناث سلبي.

2.2. حسب السن:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن و صغار السن المصابين بأمراض مزمنة.

الجدول 17: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين كبار السن و بين صغار السن في العينة الكلية.

السن	العينة ن=276	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
كبار السن >45	180	65	73.45	12.1	4.1−	دال عند 0.01
صغار السن ≤45	96	35	79.84	12.26	0.000	

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن و صغار السن دال لصالح صغار السن، حيث ان اتجاههم نحو السلوك الصحي إيجابي و اتجاه كبار السن سلبي.

3.2. حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

يبنن الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرتفعي المستوى الاجتماعي الاقتصادي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

الجدول 18: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي و الاقتصادي في العينة الكلية.

المستوى الاجتماعي الاقتصادي	العينة ن=276	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
مرتفع >6	101	37	80.71	12.65	5.32 0.000	دال عند 0.01
منخفض ≤6	175	63	772.77	11.5		

و يتضح من الجدول ان الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع و بين ذوي المستوى المنخفض دال لصالح المستوى المرتفع.

4.2. حسب مدة الإزمان:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرتفعي الإزمان و منخفضي الإزمان لدى المرضى المزمنين.

الجدول 19: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي الإزمان في العينة الكلية.

الإزمان	العينة ن=276	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
مرتفع >5 سنوات	156	57	74.35	12.2	2- 0.045	دال عند 0.05
منخفض ≤5 سنوات	120	43	77.4	12.7		

و يتضح من الجدول أن الفرق بين ذوي الإزمان المرتفع و ذوي الإزمان المنخفض في الاتجاه نحو السلوك الصحي دال لصالح ذوي الإزمان المنخفض حيث أن اتجاههم إيجابي و اتجاه ذوي الإزمان المرتفع سلبي.

3. نتائج الفرضية الثالثة:

تشير إلى أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يختلف لدى كل من مرضى السكري و ضغط الدم باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الإزمان و طبيعة المرض.

1.3. لدى مرضى السكري:

1.1.3. حسب الجنس:

يبين الجدول التالي الفروق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الذكور و بين الإناث المصابين بالسكري:

الجدول 20: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين الذكور و بين الإناث المصابين بالسكري.

الجنس	العينة ن=148	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
ذكور	82	55	79	12.6	1.38 0.167	غير دال
إناث	66	45	76	12.2		

يتضح من الجدول ان الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الذكور و بين الإناث المصابين بالسكري غير دال. ونلاحظ أن اتجاه مرضى السكري نحو السلوك الصحي ايجابي وأن الذكور أكثر ايجابية من الإناث.

2.1.3. حسب السن:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بالسكري.

الجدول 21: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بالسكري.

السن	العينة ن=148	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
كبارالسن > سنة45	79	53	76	12.7	1.80 0.069	غير دال
صغار السن ≤45 سنة	69	47	79.8	12.9		

و يتضح من الجدول أن الفرق بين كبار السن و بين صغار السن في الاتجاه نحو السلوك الصحي غير دال لدى المصابين بالسكري ،برغم ان سلوك صغار السن اكثر إيجابية.

3.1.3.حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

ويبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه بين مرتفعي وبين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المصابين بالسكري.

الجدول 22: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المصابين بالسكري.

المستوى الاجتماعي الاقتصادي	العينة ن=148	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
مرتفع >6	63	43	82.2	12	3.82 0.000	دال عند 0.01
منخفض ≤6	85	57	74.3	12.5		

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي دال لصالح ذوي المستوى المرتفع حيث أن اتجاههم إيجابي.

4.1.3. حسب مدة الإزمان:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي الإزمان المرتفع و بين ذوي الإزمان المنخفض لدى المصابين بالسكري.

الجدول 23: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي الإزمان المصابين بالسكري

الإزمان	العينة ن=148	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
مرتفع > 5 سنوات	78	53	76.28	13.13	4.1− 0.155	غير دال
منخفض ≤ 5 سنوات	70	47	79.3	12.6		

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي الإزمان المرتفع و ذوي الإزمان المنخفض غير دال لدى المصابين بالسكري وان كان اتجاه ذوي الازمان المنخفض أكثر ايجابية.

2.3. لدى مرضى ضغط الدم:

1.2.3. حسب الجنس:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الذكور و بين الإناث المصابين بضغط الدم.

الجدول 24: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين الذكور و بين الإناث المصابين بضغط الدم.

الجنس	العينة ن=128	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
ذكور	49	38	73.86	12.2	0.41 0.67	غير دال
إناث	79	62	72.97	11.3		

يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الذكور و بين الإناث المصابين بضغط الدم غير دال وان اتجاههم نحو السلوك الصحي سلبي.

2.2.3. حسب السن:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بضغط الدم:

الجدول 25: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بضغط الدم.

السن	العينة ن=128	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
كبار السن >45	101	79	71.52	11.2	3.51- 0.001	دال عند 0.01
صغار السن ≤45	27	21	80	10.5		

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بضغط الدم دال لصالح صغار السن حيث أن اتجاههم إيجابي.

3.2.3. حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي و الاقتصادي لدى المصابين بضغط الدم:

الجدول 26: نتائج اختبار (ت) للفرق بين مرتفعي و بين منخفضي المستوى الاجتماعي و الاقتصادي المصابين بضغط الدم.

المستوى الاجتماعي الاقتصادي	العينة ن=128	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
مرتفع >6	38	30	78	13.3	3.19 0.002	دال عند 0.01
منخفض ≤6	90	70	71	10.2		

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن و بين صغار السن المصابين بضغط الدم دال لصالح صغار السن حيث أن اتجاههم إيجابي.

4.2.3. حسب مدة الإزمان:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي الإزمان المرتفع و بين ذوي الإزمان المنخفض لدى المصابين بضغط الدم:

الجدول 27: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي و بين منخفضي الإزمان المصابين بضغط الدم.

الازمان	العينة ن=148	النسبة المئوية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت/ل	الدلالة
مرتفع > 5 سنوات	78	61	72.4	11	1- 0.281	غير دال
منخفض ≥ 5 سنوات	70	39	74.7	12.4		

و يتضح من الجدول أن الفرق بين ذوي الإزمان المرتفع و بين ذوي الإزمان المنخفض لدى مرضى ضغط الدم غير دال.

ونلاحظ من خلال نتائج الفرضية الثالثة أن الفروق فيما بين مرضى السكري غير دالة ماعدا بالنسبة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي حيث أن اتجاه ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع ايجابي في نفس اتجاه صغار السن منخفضي مدة الازمان.أما بالنسبة للمصابين بضغط الدم فإن الفروق دالة بالنسبة للسن حيث صغار السن أكثر ايجابية في الاتجاه نحو السلوك الصحي من كبار السن الذين يمثلون ما يقارب 80% من العينة و كذلك الأمر بالنسبة لذوي المستوى الاجتماعي المنخفض.

3.3. الفروق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري و مرضى ضغط الدم:

تشير الفرضية الثالثة إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري وبين مرض ضغط الدم باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة الازمان.

و محاولة منا لتلخيص النتائج، و التقليل من عدد الجداول، وضعنا جدولاً موسعاً يتضمن المقارنات بين عينتي السكري و ضغط الدم في الاتجاه نحو السلوك الصحي على أساس متغيرات الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الإزمان.

الجدول 28: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين المصابين بالسكري و بين المصابين بضغط الدم.

المتغير	العينة	العدد	النسبة %	المتوسط	ع	ت/ل	الدلالة
طبيعة المرض	سكري	148	54	77.72	12.9	2.95	دال 0.01
	ضغط الدم	128	46	73.3	11.6	0.003	
الجنس	ذكور سكري	82	30	79	12.6	2.3	دال 0.05
	ذكور ضغط	49	18	74	12.2	0.02	
	إناث سكري	66	24	76	13	1.52	غير دال
	إناث ضغط	79	29	73	11	0.13	
السن	كبار سكري	79	53	76	12.7	2.44	دال 0.05
	كبار ضغط	101	79	71.5	11	0.015	
	صغا سكري	69	47	80	13	0.07	غير دال
	صغار ضغط	27	21	80	10.5	0.938	
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	مرتفع سكري	63	43	82	12	1.57	غير دال
	مرتفع ضغط	38	30	78	13	0.11	
	منخفض سكري	85	57	74	12.5	1.8	غير دال
	منخفض ضغط	90	70	71	10	0.07	
مدة الإزمان	مرتفع سكري	78	53	76	13	1.98	دال 0.05
	مرتفع ضغط	78	61	72	11	0.049	
	منخفض سكري	70	47	79	12.6	1.99	دال 0.05
	منخفض ضغط	50	39	74.7	12	0.049	

ملاحظة: حسبت النسب على أساس عينة كل من السكري وضغط الدم، وليس على أساس العينة الكلية.

ويتضح من الجدول 28 ما يلي:

1- إن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري وبين مرضى الضغط دال لصالح مرضى السكري حيث أن اتجاههم إيجابي، عكس الاتجاه السلبي لمرضى ضغط الدم.

2- إن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الذكور المصابين بالسكري والذكور المصابين بضغط الدم دال لصالح مرضى السكري حيث أن اتجاههم أكثر إيجابية، عكس نظرائهم المصابين بضغط الدم.

3- إن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الإناث المصابات بالسكري والإناث المصابات بضغط الدم غير دال، كما أن اتجاههن سلبي.

4- إن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم بالنسبة للسن دال لدى كبار السن وغير دال لدى صغار السن مع ملاحظة أن اتجاه كبار السن سلبي واتجاه صغار السن إيجابي.

5- إن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم بالنسبة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي غير دال مع ملاحظة أن ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع سواء مرضى السكري أو الضغط يتجهون إيجابياً نحو السلوك الصحي.

6- إن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم بالنسبة لمدة الإزمان غير دال، مع ملاحظة أن مرضى السكري ذوو اتجاه ايجابي سواء طال الإزمان أو قصر عكس مرضى الضغط.

4.نتائج الفرضية الرابعة:

و تشير إلى أننا نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين كل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين لدى المرضى المزمنين.

وفي اختبارنا لهذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الارتباط بين المتغيرات ومحاولة دراسة إمكانية الاعتماد على كل من الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية والتدين كمتغيرات تنبؤية بالاتجاه نحو السلوك الصحي.

1.4. مصفوفة الارتباط بين المتغيرات:

الجدول 29: معاملات الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	الدعم الاجتماعي المدرك	الكفاءة الذاتية المدركة	التدين
الاتجاه نحو السلوك الصحي	0.45**	0.23**	0.43**

** دال عند 0.01

ويتضح من مصفوفة الارتباط أن الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وكل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين دال وموجب عند مستوى 0.01 مع ملاحظة أن الارتباط بين الاتجاه وبين الكفاءة الذاتية ضعيف مقارنة بالمتغيرين الآخرين.

2.4. تحليل الانحدار المتعدد:

من أجل استكشاف ما إذا كانت المتغيرات الثلاثة وهي الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين قابلة لأن تكون مؤشرات تنبؤية على الاتجاه نحو السلوك الصحي، قمنا بتحليل الانحدار المتعد. وتبين النتائج أن الدعم الاجتماعي والتدين مؤشران هامان.

الجدول 30: ملخص النموذج بإدخال المتغيرات الثلاثة*.

النموذج	ر	$ر^2$	$ر^2$ المعدلة	الخطأ المعياري للتقدير
1	0.51	0.26	0.25	10.787

* نقصد بالمتغيرات الثلاثة كل من الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية والتدين و سوف نستعمل هذه الصيغة في عرض النتائج المتبقية للاختصار.

و يوضح الجدول نتائج معامل الارتباط للنموذج الذي نعتمد فيه الاتجاه نحو السلوك الصحي كمتغير تابع و كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين كمتغيرات تنبؤية مستقلة و نسميه نموذج 1.

الجدول 31: تحليل التباين للنموذج 1.

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربع	ف	ل
[1] الانحدار	11437.06	3	3812.35		
البواقي	31651.58	272	116.366	32.76	0.000
المجموع	43088.65	272	.		

و نلاحظ أن قيمة (ف) دالة و هي دلالة على قابلية الجزء الذي يمكننا التنبؤ به من معادلة الانحدار.

الجدول 32: معاملات معادلة الانحدار المتعدد.

النموذج	معاملات غير معيارية		معاملات معيارية	ت	ل
	B	خطأ معياري	Beta		
[1] الثابت	47.24	3.76	.	12.56	0.000
الدعم الاجتماعي المدرك	0.35	0.064	0.34	5.47	0.000
الكفاءة الذاتية المدركة	0.18−	0.13	0.08 −	1.38 −	0.16
التدين	0.41	0.086	0.31	4.73	0.000

حيث B: معاملات الانحدار Beta : بدائل معاملات الانحدار

ت : اختبار (ت) للفروق ل : مستوى الدلالة لاختبار ذي ذيلين

و يتضح من الجدول معاملات الانحدار التي تمكننا من كتابة معادلة الانحدار:

الاتجاه نحو السلوك الصحي = 47.24 + 0.35 **دعم** – 0.18 **كفاءة** +0.41 **تدين**

و لاستكمال تحليل الانحدار المتعدد يمكننا استعمال الطريقة المرحلية (Stepwise) لنرى ما إذا كان حذف متغير الكفاءة الذاتية المدركة يؤثر على النموذج المقترح للتنبؤ بالاتجاه نحو السلوك الصحي انطلاقا من متغيرين مستقلين هما الدعم الاجتماعي المدرك و التدين.

الجدول 33: ملخص النموذج 2 بعد حذف احد المتغيرات (الكفاءة الذاتية المدركة).

النموذج	ر	$ر^2$	$ر^2$ المعدلة	الخطأ المعياري للتقدير
2	0.51	0.26	0.25	10.80

و يتضح من الجدول أن قيمة معامل الارتباط لم تتغير بحذف متغير الكفاءة الذاتية المدركة و عندما نقارن نتائج النموذج 1 بالنموذج 2 يمكننا أن نواصل التحليل حتى إيجاد معادلة الانحدار التي تصبح كالتالي:

الاتجاه نحو السلوك الصحي = 45.54 + 0.32 **دعم** +0.37 **تدين**

ونلاحظ من خلال نتائج تحليل الانحدار المتعدد أن الكفاءة الذاتية المدركة ترتبط بالاتجاه نحو السلوك الصحي في الاتجاه السلبي وان كلا من الدعم الاجتماعي المدرك والتدين مؤشران هامان في تفسير تباين اتجاه الأفراد نحو السلوك الصحي.

5.نتائج الفرضية الخامسة:

وتشير إلى أنه تختلف علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة إزمان المرضى، وطبيعة المرض.

1.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالمتغيرات الثلاثة حسب الجنس:

يبين الجدول التالي علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين حسب الجنس بالنسبة للعينة الكلية ثم لعينة السكري ثم لعينة ضغط الدم:

الجدول 34: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب الجنس.

المتغير	فئة التصنيف	العينة	الدعم الاجتماعي المدرك	الكفاءة الذاتية المدركة	التدين
الاتجاه	ذكور	كلية	0.26**	0.045	0.22**

		سكري	**0.32	0.11	*0.27
		ضغط الدم	0.1	0.03	0.08
	إناث	كلية	**0.60	**0.45	**0.62
		سكري	**0.69	**0.43	**0.64
		ضغط الدم	**0.48	**0.46	**0.57

**: دال عند مستوى 0.01 *: دال عند مستوى 0.05.

ويتضح من الجدول أن الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين كل من الدعم والكفاءة والتدين دال وموجب باستثناء لدى الذكور المصابين بضغط الدم.وأن الاتجاه لا يرتبط بالكفاءة الذاتية لدى الذكور سواء في العينة الكلية أو لدى الذكور المصابين بالسكري أو ضغط الدم.كذلك فإن ارتباط الاتجاه بالمتغيرات الثلاثة قوي لدى الإناث عموماً، وضعيف لدى الذكور عموماً.

2.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالمتغيرات الثلاثة حسب السن:

يبين الجدول التالي العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وكل من الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية والتدين، حسب السن:

الجدول 35: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب السن.

المتغير	فئة التصنيف	العينة	الدعم الاجتماعي المدرك	الكفاءة الذاتية المدركة	التدين
السن	كبار السن	كلية	**0.43	**0.31	**0.42
		سكري	**0.56	*0.27	**0.47
		ضغط الدم	**0.27	0.32	**0.31
	صغار السن	كلية	**0.38	0.023	**0.34
		سكري	**0.42	0.017	**0.42
		ضغط الدم	0.24	0.043	0.27

يتضح من الجدول أن هناك فروقا في العلاقة بين الاتجاه والمتغيرات الثلاثة الأخرى حسب السن وطبيعة المرض:

– إن ارتباط الكفاءة الذاتية المدركة مع الاتجاه ضعيف أو غير دال سواء لدى كبار السن أو صغار السن.

– إن ارتباط الاتجاه بالمتغيرات الثلاثة الأخرى غير دال لدى صغار السن المصابين بضغط الدم.

3.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بالمتغيرات الثلاثة حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

يبين الجدول التالي العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وكل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

الجدول 36: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

المتغير	فئة التصنيف	العينة	الدعم الاجتماعي المدرك	الكفاءة الذاتية المدركة	التدين
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	مرتفع	كلية	0.31**	0.15	0.17
		سكري	0.48**	0.04	0.22
		ضغط الدم	0.047	0.26	0.1
	منخفض	كلية	0.38**	0.16*	0.48**
		سكري	0.42**	0.13	0.51**
		ضغط الدم	0.30**	0.18	0.41**

**: دال عند مستوى 0.01 *: دال عند مستوى 0.05.

يتضح من الجدول أن الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وكل من المتغيرات الثلاثة دال عند مستوى 0.01 ما عدا بالنسبة للكفاءة الذاتية المدركة فهو ضعيف أو غير دال.

– إن الارتباط بين الاتجاه والمتغيرات الأخرى غير دال لدى عينة الضغط ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع ودال عند ذوي المستوى المنخفض باستثناء الكفاءة الذاتية.

4.5. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل المتغيرات الثلاثة حسب مدة الإزمان:

يبين الجدول التالي العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وكل من الدعم الاجتماعي اللمدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين حسب الإزمان.

الجدول 37: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب مدة الإزمان.

المتغير	فئة التصنيف	العينة	الدعم الاجتماعي المدرك	الكفاءة الذاتية المدركة	التدين
الإزمان	مرتفع	كلية	0.43**	0.26**	0.41**
		سكري	0.57**	0.24*	0.48**
		ضغط الدم	0.19	0.27*	0.26**
	منخفض	كلية	0.46**	0.16	0.44**
		سكري	0.42**	0.04	0.41**
		ضغط الدم	0.48**	0.28*	0.45**

**: دال عند مستوى 0.01 *: دال عند مستوى 0.05.

يتضح من الجدول أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يرتبط بالمتغيرات الأخرى وأن الارتباط دال عند مستوى 0.01 باستثناء الارتباط للكفاءة الذاتية مع الاتجاه، ويظهر ذلك لدى ذوي الإزمان المنخفض، خاصة لدى مرضى السكري.

5.5. العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و المتغيرات الثلاثة حسب طبيعة المرض:

يبين الجدول التالي العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وكل من الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين حسب طبيعة المرض.

الجدول 38: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب طبيعة المرض.

المتغير	فئة التصنيف	الدعم الاجتماعي المدرك	الكفاءة الذاتية المدركة	التدين

طبيعة المرض	سكري	**0.51	*0.16	**0.44
	ضغط الدم	**0.32	**0.27	**0.36

**: دال عند مستوى 0.01 *: دال عند مستوى 0.05.

6.5. العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و كل من المتغيرات الثلاثة حسب طبيعة الاتجاه :

يبين الجدول التالي العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدين حسب طبيعة الاتجاه لدى المرضى المزمنين.

الجدول 39: معاملات الارتباط بين الاتجاه و المتغيرات الثلاثة حسب طبيعة الاتجاه.

العينة	طبيعة الاتجاه	الدعم الاجتماعي المدرك	الكفاءة الذاتية المدركة	التدين
كلية	ايجابي	**0.41	0.13	*0.20
	سلبي	**0.21	*0.17	**0.30
سكري	ايجابي	**0.40	0.11	*0.24
	سلبي	**0.42	0.21	**0.35
ضغط	ايجابي	**0.39	0.15	0.093
	سلبي	0.001	0.11	*0.23

**: دال عند مستوى 0.01 *: دال عند مستوى 0.05.

و يتضح من الجدول أن الارتباط بين الاتجاه و بين الكفاءة الذاتية المدركة غير دال مهما كانت طبيعة الاتجاه لدى المرضى المزمنين عموماً و كذا باختلاف طبيعة المرض. كما ان الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين التدين غير دال أو ضعيف الدلالة لدى مرضى الضغط ، وأن الدعم الاجتماعي المدرك يرتبط بالاتجاه نحو السلوك الصحي باستثناء ذوي الاتجاه السلبي المصابين بضغط الدم.

ونلاحظ من خلال نتائج الفرضية الخامسة أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يرتبط بقوة بكل من الدعم الاجتماعي المدرك والتدين عدا لدى صغار السن المصابين بضغط الدم وان

الكفاءة الذاتية المدركة لا ترتبط بالاتجاه لدى أفراد العينة خاصة لدى الذكور صغار السن عكس ارتباطها القوي مع الاتجاه لدى الإناث كبيرات السن.

خلاصة الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة الحالية من كونها تطرق مجالا بكرا في علم النفس الاجتماعي المتعلق بالصحة في الجزائر بل وحتى على المستوى العربي ألا وهو دراسة المتغيرات و العوامل المتفاعلة مع السلوك الصحي لدى المصابين بأمراض مزمنة. حيث تمثل هذه الأمراض تحديا حقيقيا للأفراد والمجتمعات على المستوى الصحي والنفسي الاجتماعي وكذا الاقتصادي بما تتسبب فيه من خسارة وإهدار للعنصر البشري الذي يُعول عليه في تقدم المجتمعات النامية خاصة في ألفية الصراع العولمي. إن نتائج الدراسات في هذا المجال يفترض أن تصبح أساسا لبرامج تنمية الصحة وتعزيز السلوك الصحي للأفراد والمجتمعات.وفي هذا السياق نعتبر النتائج التي توصلنا إليها ذات أهمية بالنسبة للسياسات الصحية في الجزائر بصفة عامة والمتعلقة منها بالمرضى المزمنين بصفة خاصة.

ونجمل أهم هذه النتائج فيما يلي:.

1- إنشاء مقياس للاتجاه نحو السلوك الصحي واعتباره خطوة في سبيل تشجيع البحث في مجال علم النفس الاجتماعي للصحة.
2- إن الاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي هو الغالب لدى المرضى المزمنين مما يضعنا أمام إشكالية تغيير السلوك الصحي المهدد للصحة والبحث عن الاستراتيجيات الفعالة لتحقيق ذلك.
3- يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي باختلاف طبيعة المرض المزمن ويمكننا توقع نتائج مختلفة لدى فئات أخرى من المصابين بأمراض أخرى مثل الربو والسرطان.
4- إن المرضى المزمنين المصابين بضغط الدم خاصة الإناث المسنات والأميات الماكثات في البيت يحتجن إلى اهتمام خاص لتغيير سلوكهن الصحي.
5- إن دراستنا تختلف مع الدراسات السابقة في نتيجة هامة تتعلق بالفروق الجنسية في السلوك الصحي، حيث وجدنا أن اتجاه الإناث أكثر سلبية من الذكور ورغم أننا أرجعنا ذلك لبعض العوامل النفسية الاجتماعية إلا أن إضاءة هذه الزاوية تحتاج إلى مزيد من أنوار البحث.

6- إن الاتجاه الايجابي لصغار السن نحو السلوك الصحي قد يشير إلى دور المستوى التعليمي في هذا المجال السلوكي.

7- يلعب المستوى الاجتماعي الاقتصادي دورا حاسما لدى المرضى المزمنين مهما اختلفت المتغيرات الأخرى مما يستلزم الانتباه إلى هشاشة الوضع الصحي للمريض المزمن وخطر تعرضه للكروب النفسية الاجتماعية و الصعوبات الاقتصادية وأهمية الضمان الصحي.

8- إن انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المدركة وارتباطه بالاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي لدى الإناث خاصة يضع أيدينا على إحدى أهم المشكلات المرتبطة بالتنشئة الاجتماعية المتعلقة بالدور الاجتماعي حسب الجنس.

9- يعتبر التدين السطحي والطقوسي عامل اختطار بدعمه للاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي لذلك ننبه إلى ضرورة تعزيز التدين الأصيل.

إننا نعتقد أن نتائج دراستنا يمكنها أن تكون نقطة انطلاق لبحوث مكملة في مجال علم النفس الصحي والاجتماعي خاصة إذا تحررت من ضغط الوقت والإمكانيات.

I- المراجع العربية:

1- ابن سينا(1989) دفع المضار الكلية عن الأبدان الإنسانية، بيروت: دار إحياء العلوم.

2- الحامد، أبو بلال عبد الله(2003) لكي لا نحول الإسلام إلى طقوس، بيروت: الدار العربية للعلوم.

3- الخضر، عثمان محمود(2000). التدين والشخصية أحادية العقلية في بعض شرائح المجتمع الكويتي، *دراسات نفسية*، 10(1)، 79-86.

4- الغباشي، سهى(2002)اتجاهات حديثة في علم نفس الصحة، *المجلة الاجتماعية القومية*، 33 (39)، 109-144.

5- الكندري، يوسف يعقوب (2003) الثقافة، الصحة، المرض: رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، الكويت: جامعة الكويت.

6- المهدي، محمد عبد الفتاح (2002) سيكولوجية الدين والتدين، الإسكندرية: البطاش للنشر والتوزيع.

7- حسان، شمسي باشا(1997) ارتفاع ضغط الدم،الأسباب ،الأعراض،العلاج، دمشق:دار القلم.

8- خليفة، عبد اللطيف محمد وشحاتة، محمود عبد المنعم (د.ت): سيكولوجية الاتجاهات: المفهوم-القياس-التغير، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

9- خليفة، عبد اللطيف محمد(1998) دراسات في علم النفس الاجتماعي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

10- خليل، ميخائيل معوض (2003) بحوث في علم النفس الاجتماعي،الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

11- رجاء، محمود أبو علام (2003) التحليل الإحصائي للبيانات،القاهرة: دار النشر للجامعات.

12- رشاد ،عبد العزيز موسى، ومحمد، يوسف محمود (2002) العلاج الديني للأمراض النفسية، القاهرة:الفاروق الحديث للطباعة والنشر.

13- رضوان، سامر جميل وكونراد، ريشكه(2001) السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، إرسال شخصي عن طريق البريد الإلكتروني إلى الباحث بتاريخ 2005.4.23.

14- رضوان، سامر جميل (2002) الصحة النفسية، عمان: دار المسيرة.

15- سعد ، عبد الرحمن(1998) القياس النفسي بين النظرية والتطبيق، القاهرة: دار الفكر العربي.

16- سويف، مصطفى(1966) مقدمة في علم النفس الاجتماعي، القاهرة: الأنجلو المصرية.
17- شعبان، جاب الله رضوان ومعتز، سيد عبد الله (2002) المعتقدات السائدة حول الصحة العامة، القاهرة: منشورات مركز البحوث والدراسات النفسية.
18- عبد الفتاح، محمد سمير وزينب، سيد عبد الحميد (2004) علم النفس الاجتماعي الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
19- مجذوب، فاروق(2003) طرائق ومنهجية البحث في علم النفس، بيروت: شركة المطبوعات للتوزيع و النشر.
20- معتز، سيد عبد الله (1989) الاتجاهات التعصبية، 137، الكويت: عالم المعرفة.
21- معتز، سيد عبد الله (د.ت) بحوث في علم النفس الاجتماعي، القاهرة: دار غريب.
22- نبيه، ابراهيم إسماعيل (1998) من أسس الصحة النفسية في الإسلام، شبين كوم: مطابع الولاء الحديثة.
23- هايكو، ارنست (ت) سامر، جميل رضوان(1997) الإيمان والصحة، *علم النفس* اليوم الألمانية، 11، 3-22.

II- الأجنبية:

24 - Abusabha, R.et Achterberg, G. (1997). Review of self efficacy and locus of control for nutrition and health related behaviour,*J.Am Diet.Assoc*., 97,1122-1132.

25- Ajzen, I. et Timko, C.(1986).Correspondence between health attitudes and behaviour, *Basic and Applied Social Psychology*,7,(4),259-276.

26- Ajzen, I. et Fishbein, M. (2002). Attitudes and attitude- Behaviour relation : Reasoned and automatic processes, in Stroebe, W, et Hewstone, M. (eds). *European Review of Social Psychology*, 76-89.

27- Albright, T. L. et al. (2001). Predictors of Self Care Behaviour in Adults with Type 2 Diabetes : An RRnesT Study, *Fam. Med*., 33, (5) ,354-360.

28- Allen, C.T. et al. (2005). A place for emotion in attitude models, *Journal of Business Research*, 58, 494-499.

29- Allgöwer, A.; Wardle, J; Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support and personal health behaviour in young men and women, *Health Psychology*, 20, (3), 223-227.

30- Bairey, N.C.M. (2002).Psychosocial stress and cardiovascular disease: Pathophysiological links, *Behavioural Medicine*, winter, 141-148.

31- Bandura, A. (1989).Exercise of control through self belief, *Current contents*,15, 20 (14).

32- Bandura, A. (1998a).Health promotion from the perspective of social cognitive theory, *Psychology and Health*, 13, 623-649.

33- Bandura, A. (1998b).Self efficacy, In: Friedman, H. (eds): Encyclopaedia of mental health, Sandiego : Academic Press.

34- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O.John(ed.), Handbook of personality, 2nd ed., pp. 154-196, New York: Guilford Publications.

35- Becker, M.H., Radius, S.M., & Rosenstock, I.M. (1978). Compliance with a medical regimen for asthma: a test of the health belief model, *Public Health Reports*, 93, 268-77.

36- Berkman, L. (2003).Through the Kaleidoscope: viewing the contributions of the behavioural and social sciences to health, Institute of Medicine, Washington: National Academy Press.

37- Bunker, S.J. et al. (2003).Stress and coronary heart disease: psychosocial rank factors. *MJA*, 178, 272-276.

38- Bussing, A. et al. (2000). Role of religion and spirituality in medical patient confirmatory results with the SpRuk questionnaire, in: *www. hglo.com*. le 18-07-05.

39- Byrd, R.C. J. (1988).Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med*., 81, 826-9.

40- Clark, K. M. et Friedman, H.S. (1999).A longitudinal study of religiosity and mortality risk. *Journal of health psychology*; 4, (3), 381-391.

41- Colleen, A. et al. (2000).Health behaviour models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180-193.

42- Conner, M. et Norman, P. (1995).Predicting health behaviour, Philadelphia: Open University Press.

43- Conrtenay, W.H. et al. (2002).Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviours, *Health Psychology*, 7, (3), 219-231.

44- Contrada, R.J. et al. (2004). Psychological Factors in outcomes of heart surgery: the impact of religions Involvement and depressive symptoms, *Health psychology*, 23, (3), 227-238.

45- Daalemen, T. P. et al. (2004). Religion, spirituality and health status in geriatric out patients, *Ann. Fam. Med*., 2, (1), 49-53.

46- Debarr, K. A. A. (2004).Review of current health education theories. *California Journal of Health Promotion*, 2, (1), 74-87.

47- Dimatteo, M.R. (2004).Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23, (2), 207-218.

48- Doreen, L. (2004).Influence of self efficacy on fat related dietary behaviour in Chinese Americans, *The international Electronic Journal of Health Education*, 27-37.

49- Dupertuis, L.L. et Aldwin, E.M. (1999).Does the source of support matter for different health outcomes? *Findings the normative Aging study*, 5-15.

50- Elkins, D. (1999).Spirituality, *Psychology Today*, 32, 1-5.

51- Ellis, M. R. et al. (2002).What family physicians think about spirituality in clinical practice*? The journal of family practice*, 51, (3), 249-254.

52-Encyclopedia Universalis (2005).Electronique Version, 6CD-Rom.

53- Flay, B. R. et Petraitis, J. (1994).The theory of Triadic influence, *Advances in medical sociology*, 4, 19-44.

54- Fowler, S. B. (1997).Hope and health promoting life-style in persons with Parkinson's disease, *J. Neurosci. Nurs*., 29, 111-116.

55- Freach, D.J. et al (2000).Perceived self efficacy and headache related disability? *Headache*, 40, 647-656.

56- Freedland, Kenneth E. (2004).Religions beliefs shorten hospital stays? Psychology workers in Mysterious ways. Comment on Contrada et al. *Health psychology*, 235 (3): 239-242.

57- Friedman, R. et Benson, H. (1996).Harnessing the power of the placebo effect and renaming it "remembered wellness." *Ann Rev Med*., 47, 193-199.

58-Friedman, H.S. (2003).Healthy life–style across the life–span: The heck with the surgeon general, 3-21. In Suls, J. & Wallston, L. (eds) Social foundations of health and illness, Boston: Blackwell publishing.

59- Gallup, G. (1990). Religion in America, Princeton, N.J.: Princeton Religious Research Center.

60- Ginger, S. (2004).Is affective material in attitudes more accessible than cognitive material? The moderating role of attitudes basis, *Eue.J.Soc. psychol*., 34, 761-780.

61- Gotay, C.C. et al. (2004).Health attitudes and behaviours: Comparison of Japanese and Americans of Japanese and European ancestry, *Health and Place*, 10, 153-161.

62- Gulliford, M.L. et al.(2004). Socio economic inequality in blood pressure and its determinants : Cross sectional data from Trinidad and Tobago, *Journal of Human Hypertension*, 18, 61-70.

63- Fischer, G. F. (1997). La Psychologie Sociale, Paris : Editions du Seuil.

64- Fischer, G. F. (2002). Traité de psychologie de la santé, Paris : Dunod.

65- Holland, R. W. et al. (2002). On the nature of attitudes-behaviour relations: the strong guide, the weak follow, *Eur.J.Soc.psychol*, 32, 869-876.

66- Harris, A. S. et al. (1999a).Spirituality and religiously oriented health interventions, of *Health Psychology*, 4, (3), 413-433.

67- Harris, W.S. et al. (1999b). A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Intern Med*, 159, 2273-2278.

68- Haslan, C. et Waily, L. (2004).Health related behaviour and beliefs of pregnant smokers, *Health Psychology*, 23, 486-4981.

69- Healthy People 2010: objectives for improving health, online edition, version html. pp.12-16. at. *www.healthy-peaple.gov*, le 22.6.2005.

70- Higginson, M. V. K. (1999).Health Behaviour and its interactions with age and gender, Doctor Thesis, Columbia University.

71- Hochbaum, G. M. (1970).A study of the relationship, between health information, attitudes and Behaviours, *Soc.Sci&Med*, 4, (1), 5-8.

72- Holt, H. J. et al. (2003).Social relationships and ambulatory blood pressure: structural and qualitative predictors of cardiovascular function during every day social interactions, *Health psychology*, 22, (4), 388-397.

73- Huskinson, T.L.H et Haddock, G. (2004). Individual differences in affective and cognitive information, *Journal of Experimental Social Psychology*, 40, 82-90.

74- Institute of Medicine, (2003). Health and behaviour: The interplay of biological, behavioural and societal influences, Committee on Health and Behaviour, Washington: National Academy Press.

75- Irvine, J. et Ritvo, P. (1998).Risk behaviour change and adaptation in cardiac patients, *Clin. Psychother*., 5, 86-101.

76- Jeffery, R. N. (1989).Risk behaviour an health: contrasting individual and population perspectives, *American Psychologist*, 44, (9), 1194-1202.

77- Kaplan, G. A. et Keil, J.E. (1993).Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature, *Circulation*, 88, (4), 1973-1998.

78- Karnad, M. (2001).Gender differences in coping with chronic illness, Master Thesis, East Tennessee State University.

79- Katalanos, N.(2004).the efficacy of HBM in explaining and predicating health behaviour among a sample of southeast Asians in Albuquerque, New Mexico, Ph. D. Thesis, University of New Mexico.

80- Kerrik, D.T. et al. (2005).Attitudes and presuation, pp.139-173, in Social Psychology : Untraveling The Mystery, 3ed, Boston: Allyn & Bacon.

81- King, D.E., Bushwick, B.(1994).Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J.Fam.Pract.*, 39, 349-52.

82- Kohler, C. et al. (2002).The relationship of perceived self efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease, *Health Psychology*, 2, (6), 610-614.

83- Koopman, C. et al. (1998).Social support, life stress and emotional to adjustment advanced breast cancer, *Psycho-Oncology*, 7, 101-111.

84- Kosny, A.(1999).The social determinant of health: Equity across the lifespan. Paper for National Symposium, Halifax, 3, (6), oct., 3-14.

85- Laaksonen, M. et al. (2002).Associations between health related behaviours: a 7 yeas fallow-up of adults, *Preventive Medicine*, 34, 162-170.

86- Lanine, H. et al. (1998). Primacy of affect in the determination of attitudes and behaviour: The moderating role of affective cognitive Ambivalence, *Journal of Experimental Social Psychology*, 34, 398-421.

87- Lemos, G.S. et Fidalgo, A.M.(1997).Personality dispositions and health related habits and attitudes : A cross sectional study, *European Journal of Personality*, 11, (3), 197-209.

88- Lennon, C.C. et al. (2001). Identification of psychosocial factors with influence patient adherence with antihypertensive medication, *Int. J. Pharm. Pract*., 9, R8.

89- Levin, J.S. et Larson, D.B.(1997). Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA*, 278, 792-3

90- Luoto, R. et al. (1988).Impact of unhealthy behaviours on cardiovascular mortality in Finland 1978-1993, *Preventive Medicine*, 27, 93-100.

91- Lynch, J. (2001).Socioeconomic factors in the behavioural and psychosocial epidemiology of cardiovascular disease, In: Shneïderman, W. et al. (eds). Integrating behavioural and social science with public health, Washington: APA.

92- Macleod, J. et Davey, S. (2003).Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment ?, *Epidemiol. Community Health*, 57, 565-570.

93- Maisonneuve, J. (2000). Introduction à la psychologie sociale, Paris : Puf.

94- Makrodimitris, S.D. et Norman, S.E.(2001). Coping, control and adjustment in type 2 Diabetes, *Health Psychology*, 3, 208-216.

95- Marie, P.J. (1996).Typologie des comportements de santé des français : quelle perspectives pour les actions de prévention ? *Baromètre Santé Adulte*, Fiche unique.

96- Matthews, D.A.et McCullough, M. et al. (1998).Religious commitment and health status. *Arch Fam Med*, 7, 118-24.

97- Matthias, R. et al. (2002).The net work of psychological variables in patient with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control, Diabetes Care, 24, 1, 35-42

98- McCullough, M. E. et al. (2000a).Religious Involvement and Mortality: A meta analysis review. *Health Psychology*, 19, (3), 211-222.

99- McCullough, M. et al. (2000b).Spirituality and health: what we know, what we need to know, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, (1), 102-116.

100- Ministère de la Santé et de la Population, INSP. (2001).*Relevé Epidémiologique*, vol 3.

101- Ministère de la Santé et de la Population (2005). Santé des Algériens : rapport annuel.

102- Norman, E. et al. (2001).Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illness, *Personality and Individual Differences*, 30, 617 – 625.

103- Oman, D. et Thoresen, C. E. (2002).Does religion cause health ? Differing interpretations and diverse meaning, *Journal of health psychology*, 7, (4), 365-380.

104- Ory, M. G. et al. (2002).The behaviour change consortium, setting the stage for a new century of health behaviour change research. *Health Education Research*, 17, (5), 500-511.

105- Oyama, O. et Koenig, H.G. (1998). Religious beliefs and practices in family medicine. *Arch Fam Med*,7, 431-435.

106- Pearce, J.M.S. (2002).Psychosocial factors in chronic disability, *Med.Sci.Monit*., 8,(12) 275-281.

107- Pennix, B. W. J. H. et al. (1998).Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17, (6) 551-558.

108- Peterson, C, et al. (2003).The effect of religion spirituality coping on positive attitudes of adult Muslim refuges from Kosovo and Bosnia. *The international journal of the psychology of religion*, 13, (1), 29-47.

109- Petria, K. J. et Revenson, T.A. (2005).New psychological interventions in chronic illness: Toward examining mechanisms of action and improved targeting, *Journal of Health Psychology*, 10, (2), 179-184.

110- Piedmont, R. (2001).Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality impact on health care. *Journal of Rehabilitation*, 67, (1), 4-14.

111- Piko, B.F. (2002). Does Knowledge count? Attitudes toward smoking among medical, nursing pharmacy students in Hungary, *Journal of Community Health*, 27, (4), 269-276.

112- Powell, L. M. et al. (2003).Religion and spirituality: Linkage to physical health. *American Psychologist*, 58, (1), 36-52.

113- Power, F. et al. (2001). Monitoring of psychological well being in outpatients with diabetes, *Diabetes Care*, 24, (11), 1929-1935.

114- Reed, S.N.C. (2003).Self efficacy predicts physical activity in individuals with fibromyalgia, *Journal of Applied Behavioural Research*, 8, (1), 27-41.

115- Rena, R. W. (2001). Behavioural science research in diabetes: Life style changes related to obesity, eating, behaviour and physical activity, *Diabetes Care*, 24, 117-123.

116- Rodolfo, A. et Richard, H. (1984).Health, locus of control values, and the behaviour of family and friends: An integrated approach to understanding preventive health behaviour, *Basic and Applied Social Psychology*, 5,(4), 283-293.

117- Rothman, A. et Jerry, S.(2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology, *Health Psychology*, 23, 119-125.

118- Rowley, M. et al. (2002).The net work of psychological variables in patient with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control, *Diabetes Care*, 24, (1), 35-42

119- Sarah, W. et al. (2004).Global Prevalence of Diabetes, *Diabetes care*, 27, 1047-1053.

120- Scheïtzer, B. M. (1994). Introduction à la psychologie de la santé, Paris : Presse Universitaire de France.

121- Schwartz, N. (2001).The construction of attitudes, pp: 436-457, in Tesser A, et Schwartz N.(eds) Intrapersonal Processes, Oxford :Black well.

122- Schwarzer, R. et al. (2000). Social cognitive predictors of health behaviour: action self efficacy and coping self efficacy, *Health psychology*, 19, (5), 487-495.

123- Schwarzer, R. (2004).Stress and coping resources: Theory and review, online, at: *w*[3]*. fu-berlin.de*, le 27.07.2004.

124- Senécal, C. et al. (2000).Motivation and self dietary self care in adults with diabetes: are self efficacy and autonomous self regulation complementary or competing constructs. *Health Psychology*, 9, (5), 452-457.

125- Shapiro, E. (2002).Chronic illness as a family process: A social developmental approach to promotion resilience, *Psychotherapy in Practice*, 58, (11), 1375-1384.

126- Sheldon, C. (2004).Social relationships and health, *American Psychologist*, 11, 676-683.

127- Slabodan, I. et Svetlanan, (2003).A psychological aspects of cardiovascular diseases, *Medicine and Biology*, 2, (9), 138-141.

128- Smith, M.J. et al.(1997).The association between smoking and the diet and health attitudes, awareness and Knowledge of low income parents, *Family Economics and Nutrition Review*, 10, 16-25.

129- Stacy, A.W. et al.(1994). Attitudes and health behaviour in diverse populations: Drunk, driving, Alcohol use, Binge eating, Marijuana use, and Cigarette use, *Health psychology*, 13 (1), 73-85.

130- Stefen, P. R. et al. (2001).Religions coping, ethnicity and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 63, 523-530.

131- Steptoe, A. et al. (2002).Trends in smoking, physical exercise, and attitudes toward health, European university students from 13 countries 1999-2000, *Preventive Medicine*, 35, 97-104.

132- Stoetzel, J. (1978). La psychologie sociale, Paris : Flammarion.

133- Susan, M. et Abraham, C.H. (2004).Interventions to change health behaviour: evidence based or evidence inspired ? *Psychology of Health*, 19, (1), 29-49.

134- Symister, P. et Friend, R. (2003).The influence of social support and problematic support on optimism in chronic illness: A prospective study evaluating self esteem as a mediator, *Health Psychology*, 22, (3), 123-199.

135- Taylor, S. E. (2003).Health psychology, 5^{em} ed. New York: Mc Graw-Hill.

136- Tennant, C. (1999).Life stress, social support and coronary disease, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 636-641.

137- Trafinnov, D. et Finaly K.A. (2002).The prediction of attitudes from beliefs and evaluations : The logic of the double negative, *British Journal of Social Psychology*, 41, 77-86.

138- Uderman, B. E. (2000). The effect of spirituality on health and healing: A critical review for athletic trainers, *Journal of Athletic Training*, 35, (2), 194-197.

139- Verplanken, B. et al. (1998).Accessibility of affective versus cognitive components of attitudes, *Eur.J. Soc.Psychology*, 28, 22-35.

140- Walsh, A. (1998).Religion and hypertension: testing alternative explanations among immigrants, *Behav. Med*, 24, (3), 122-130.

141-Wardle, J., et Steptoe, A. (1991). The European Health and Behaviour Survey: Rationale, methods, and results from the United Kingdom. *Social Science and Medicine*. 33, 925 –936.

142-Wardle, J., Steptoe, A., et al. (1997). Health dietary practice among European students. *Health Psychology*, Septemper, 16-15,443-450.

143- Wardle, J. et al. (2004).Socioeconomic variation in attitudes to eating and weight in female Adolescents, *Health Psychology*, 23, (3), 275-282.

144-Ware, J.et Sherbourne, C. (1992).The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*,30,473-483

145- WHO,(2005). Facts related to chronic diseases, at: *www.who. int*. le 30.06.2005.

146- WHO, (2004).Global health in the 21st century, on line, at: *http://healthlink.men.edu*, le 21 .7.05.

147-Wild, S., and King, H. et al. (2004). Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projection for 2030, *Diabetes Care*, 27, (5), 1047-1053.

148- Wilkins, R. et Marmol, M. (2004). Les déterminants sociaux de la santé, Centre pour la Santé Urbaine, Bureau région Europe, 2em ed.

149-Wolfgang, S. (2000).Social psychology and health, 2nd ed., Buckingham: Open University Press.

150- Woods, T. E. et Ironson, G.H. (1999).Religion and spirituality in the face of illness. *Journal of Health Psychology*, 4, (3), 393-412.

151- Woodward, D. R. et al. (2001). Sodium intake and self efficacy, *Proceedings of the Nutrition Society of Australia*, 25, S. J 7.

152- Yach, D. et al. (2004).The global Burden of chronic diseases. *JAMA*, 191, 2616-2622.

153- Zea, M. C. et al. (1996).The influence of social support and active coping on depression Among Americans and Latinos with disabilities, *Rehabilitation Psychology*, 41, (3), 225-242.

154- Zimet, G. D. et al. (1990).Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment, 55, 610-617.

الملحق 1: السؤال الاستطلاعي

UNIVERSITE DE OUARGLA

Faculté des sciences Humaines **Département de psychologie**

Cher confrère,

Dans le cadre de la préparation d'une thèse de recherche en psychologie sociale, j'ai l'honneur de solliciter votre participation en répondant d'une façon explicite et précise à la question suivante.

Cordialement

D'après votre expérience avec les malades chroniques (*HTA, Cardiovx, Diabète, asthme, ulcère, cancer, rhumatismes, ...*), Quels sont les problèmes majeurs rencontrés avec ces patients (adhérence *au traitement, hygiène de vie, respect de vos conseils, troubles psychologiques, représentation de la maladie, relation avec le médecin*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الملحق 2: مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي(النسخة الأولية)

I- الاتجاه نحو الغذاء الصحي:

البنود التابعة لـ I

1- أحب الحلويات لأنها تزيد في القوة.

2- أحب تناول اللحوم خاصة الحمراء منها

3- أفضل تناول التمر لأنه حلو.

4- استمتع كثيرا بتناول العصائر خلال الأكل.

5- أفضل المأكولات الخالية من الملح.

6- أفضل تناول فطور الصباح يومياً.

7- لا يضايقني أكل الشحم و الدهن.

8- إذا كان الأكل قليل الملح يصعب علي تناوله.

9- أميل كثيرا إلى تناول الشاي.

10- أحب تناول الكسكسى كثيراً.

12- زيادة الوزن لا تقلقني كثيراً.

13- أحب تناول الفواكه و الخضار.

14- ارغب كثيرا في أكل العجائن.

II- الاتجاه نحو النشاط الحركي

1- لا أميل إلى كثرة النشاط و الحركة.

2- أتمنى ممارسة الرياضة مرتين على الأقل أسبوعيا.

3- أفضل استعمال وسائل النقل على المشي.

4- أحب القيام بنشاطات حركية يوميا.

5- كثرة المشي تقلقني كثيرا

III- الاتجاه نحو التزام التعليمات الطبية:

البنود التابعة لـ **III:**

أ- الاتجاه نحو متابعة العلاج:

1-أحب تناول الأدوية المتنوعة بكثرة.

2-اكره الأدوية لأنها مضرة بالصحة

3-لا يقلقني عدم احترام جرعة الدواء

4- لا يقلقني عدم تناول دوائي الضروري

5- لا أتحرج من تناول الأدوية التي يصفها لي معارفي

ب- الاتجاه نحو التزام الحمية (الرجيم)

1- يصعب علي تطبيق الحمية كما يريدها الأطباء.

2- لا أستطيع منع نفسي عن بعض المأكولات الشهية.

3- لا أميل إلى الالتزام بالحمية (الرجيم).

ج- الاتجاه نحو متابعة التحاليل و الفحوصات:

1- أكره القيام بكل التحاليل التي يطلبها الأطباء.

2- أحب القيام بكل التحاليل المطلوبة مني.

3- تسبب لي التحاليل الطبية قلقا كبيراً

4- لا اهتم بإعادة نفس التحاليل كل مرة.

IV- الاتجاه نحو السلوك الصحي العام:

البنود التابعة لـ IV:

1- أحب التردد على أطباء مختلفين.

2-ارغب في احترم مواعيد الفحص بدقة.

3- لا اهتم كثيراً بمشكلاتي الصحية.

4- نادراً ما أحترم مواعيد الفحص الدورية.

5- أحب القيام بحمام (دوش) يومي.

6- لا ارغب في التردد على طبيب الأسنان.

7- يصعب علي ترك بعض الأفعال رغم أنها مضرة

8- لا أهتم كثيراً لمرضي

9- أحب استعمال معجون الأسنان يومياً.

V- الاتجاه نحو السلوك الممرض:

البنود التابعة لـ V:

1- لا أستطيع التوقف عن التدخين.

2-أحب تناول السيجارة

3- أكره التدخين و المدخنين.

4- أتمنى أن يمنع التدخين في الأماكن العمومية

5- أفضل استعمال الأدوية الشعبية بدل الأدوية الطبية

الملحق3: مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي

نقدم إليك فيما يلي بعض البنود نرجو منك قراءتها بتمعن ثم الاجابة عنها حسب السلم المرفق بها.ليست هناك اسئلة صحيحة واخرى خاطئة ونتمنى أن تكون دقيقا في إجاباتك.

1-أرغب في احترم مواعيد الفحص بدقة

2- يصعب علي ترك بعض الأفعال رغم أنها مضرة بصحتي

3-لا يقلقني عدم احترام جرعة الدواء.

4-أحب استعمال معجون الأسنان يوميا

5-أحب أكل التمر كثيرا

6-أحب القيام بحمام (دوش) يومي

7-أفضل استعمال وسائل النقل علىالسير على قدمي

8-أنا أكره التدخين

9-أحب تناول اللحوم خاصة الحمراء منها

10-لا اهتم كثيراً بمشكلاتي الصحية

11-إذا كان الأكل قليل الملح يصعب علي تناوله

12-أكره القيام بكل التحاليل التي يطلبها الأطباء

13-أفضل استعمال الأدوية الشعبية بدل الأدوية الطبية

14-لا أميل إلى الالتزام بالحمية (الرجيم)

15-أتمنى أن يمنع التدخين في الأماكن العمومية

16-أحب تناول الفواكه و الخضار

17-أميل كثيرا إلى تناول الشاي(القهوة)

18-لا أتحرج من تناول الأدوية التي يصفها لي معارفي

29-لا يضايقني أكل الشحم و الدهن

20-أرغب في ممارسة الرياضة مرتين على الأقل أسبوعيا

21-أحب أكل الحلويات بكثرة

22-زيادة الوزن لا تقلقني كثيراً

23-لا يقلقني عدم تناول دوائي الضروري

24-أحب أكل الكسكسى كثيراً

الملحق 5 : مقياس الدعم الاجتماعي المدرك

نريد معرفة ما تشعر به إزاء كل بند من البنود التالية، اقرأها بتمعن ثم ضع علامة على الخانة المناسبة لك أو التي تعبر عما تشعر به فعلا.

1- هناك شخص مميز بجانبي وقت الحاجة

2- هناك شخص مميز يشاركني في السراء و الضراء

3- عائلتي تحاول فعلا مساعدتي

4- أحصل على الدعم و الحنان من عائلتي

5- لدي شخص مميز يعتبر مصدر عون حقيقي لي

6- يمكنني الاعتماد على أصدقائي عندما تسوء الأمور

7- أصدقائي يحاولون بالفعل مساعدتي

8- أستطيع التحدث عن مشاكلي مع أفراد عائلتي

9- لدى أصدقاء يشاركونني في السراء و الضراء

10- لدى شخص مميز في حياتي يحرص على مشاعري

11- ترغب عائلتي في مساعدتي في اتخاذ قراراتي

12- يمكنني التحدث مع أصدقائي عن مشاكلي

الملحق 6 :مقياس توقع الكفاءة الذاتية

نريد معرفة ما تشعر به إزاء كل بند من البنود التالية، اقرأها بتمعن ثم ضع علامة على الخانة المناسبة لك أو التي تعبر عما تشعر به فعلا.

1- هناك شخص مميز بجانبي وقت الحاجة

2- هناك شخص مميز يشاركني في السراء و الضراء

3- عائلتي تحاول فعلا مساعدتي

4- أحصل على الدعم و الحنان من عائلتي

5- لدي شخص مميز يعتبر مصدر عون حقيقي لي

6- يمكنني الاعتماد على أصدقائي عندما تسوء الأمور

7- أصدقائي يحاولون بالفعل مساعدتي

8- أستطيع التحدث عن مشاكلي مع أفراد عائلتي

9- لدى أصدقاء يشاركونني في السراء و الضراء

10- لدى شخص مميز في حياتي يحرص على مشاعري

11- ترغب عائلتي في مساعدتي في اتخاذ قراراتي

12- يمكنني التحدث مع أصدقائي عن مشاكلي

الملحق 7 : مقياس السلوك التديني

نقدم إليك فيما يلي بعض العبارات التي نرجو الإجابة عنها بصراحة، لا توجد إجابات خاطئة وأخرى صحيحة وإنما المطلوب أن تعبر عما تفكر فيه أو تشعر به في الواقع.

ضع دائرة على الرقم الذي يوافق رأيك.

العبـــارات

1.اشعر بالراحة حين أوصف بأنني متدين

2.يغمرني إحساس بالطمأنينة و الراحة حين أؤدي الصلاة أو الصيام

3.اشعر بالخشوع والتأثر حين امسك بالمصحف

4.أحافظ على أداء الصلاة المفروضة

5.أحافظ على أداء الصلاة المسنونة

6.أصوم في شهر رمضان

7.أصوم بعض الأيام تطوعا

8.أؤدي الزكاة الواجبة علي

9.أدعو الله في أوقات الشدة أدعو الله في أوقات الرخاء

10.أقرا القرآن الكريم

11.اتبع تعاليم القرآن في حياتي اليومية

12.اتبع تعاليم الرسول صلى الله عليه وسلم في حياتي اليومية

13.إذا وعدت بشيء فإنني احرص على الوفاء به

14اواجه إيذاء الناس بهدوء واردهم بالحسنى

15 إذا فشلت في تحقيق ماريد اشعر باليأس

16.اشعر أن هناك أشياء لها سلطان علي ولا أستطيع مقاومتها رغم أنها تضرني

17.أجدني مضطرا للكذب في المواقف الصعبة

18.أواجه الشدائد والمصائب بالصبر

ملحـق 8: بطاقة اجتماعية اقتصادية

1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2- السن: سنة ☐

3- المستوى التعليمي: لا شيء ☐ إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

4- المستوى الاقتصادي: عامل ☐
- بسيط ☐
- متوسط ☐
- إطار ☐

- تاجر ☐
- متقاعد ☐
- بطال ☐

5- المستوى الاجتماعي: متزوج ☐ عدد الأولاد ☐ أعزب ☐

6- طبيعة المـرض: .....

7- مـدة الإزمـان: ☐ سنة

ملحق 4 : مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي (المحك)

فيما يلي نود معرفة الى أي مدى تعتبر الاجراءات التالية مهمة بالنسبة لصحتك فالرجاء وضع علامة امام الخانة المناسبة لك.

1- قياس الضغط مرة في سنة

2- مراجعة طبيب الأسنان مرة في السنة

3- عدم تناول كثير من الدهون الحيوانية

4- تناول المواد الغذائية المتوازنة بشكل كاف

5- عدم تناول كثير من الحلويات

6- تجنب الغذائية المحتوية على مواد اضافية: ملونات، مواد حافظة

7- تناول فطور الصباح بشكل يومي

8- عدم التدخين

9- النوم من 7 إلى 8 ساعات يوميا

10- تنظيف الأسنان بشكل منتظم

11- وضع حزام الأمان فق السيارة

12- الالتزام بحدود السرعة عند القيادة

13- الاحتفاظ بمطفئة الحريق في المنزل

14- القيام بنشاطات رياضية بصورة منتظمة

15- عدم تناول الكحول بأي صورة من الصور

16- عدم تناول الكثير من الشاي

17- تجنب الاستلقاء لمدة طويلة تحت الشمس

18- السعي نحو السيطرة على الإرهاق أو لتجنبه

نقدم إليك فيما يلي بعض العبارات التي نرجو الإجابة عنها بصراحة، لا توجد إجابات خاطئة وأخرى صحيحة وإنما المطلوب أن تعبر عما تفكر فيه أو تشعر به في الواقع.

ضع دائرة على الرقم الذي يوافق رأيك.

العبـــارات	دائما	كثيرا	أحيانا	نادراً	لا أدري
1.اشعر بالراحة حين أوصف بأنني متدين	1	2	3	4	5
2.يغمرني إحساس بالطمأنينة و الراحة حين أؤدي الصلاة أو الصيام	1	2	3	4	5
3.اشعر بالخشوع والتأثر حين امسك بالمصحف	1	2	3	4	5
4.أحافظ على أداء الصلاة المفروضة	1	2	3	4	5
5.أحافظ على أداء الصلاة المسنونة	1	2	3	4	5
6.أصوم في شهر رمضان	1	2	3	4	5
7.أصوم بعض الأيام تطوعا	1	2	3	4	5
8.أؤدي الزكاة الواجبة علي	1	2	3	4	5
9.أدعو الله في أوقات الشدة أدعو الله في أوقات الرخاء	1	2	3	4	5
10.أقرا القرآن الكريم	1	2	3	4	5
11.اتبع تعاليم القرآن في حياتي اليومية	1	2	3	4	5
12.اتبع تعاليم الرسول صلى الله عليه وسلم في حياتي اليومية	1	2	3	4	5
13.إذا وعدت بشيء فإنني احرص على الوفاء به	1	2	3	4	5
14اواجه إيذاء الناس بهدوء واردهم بالحسنى	1	2	3	4	5
15 إذا فشلت في تحقيق ماريد اشعر باليأس	1	2	3	4	5
16.اشعر أن هناك أشياء لها سلطان علي ولا أستطيع مقاومتها رغم أنها تضرني	1	2	3	4	5
17.أجدني مضطرا للكذب في المواقف الصعبة	1	2	3	4	5
18.أواجه الشدائد والمصائب بالصبر	1	2	3	4	5

نرجو منك قراءة البنود التالية بتمعن ثم الإجابة عنها بوضع دائرة حول الرقم الذي تراه مناسبا لاختيارك أي الموافق للسلوك الذي تتبعه في اغلب الأحيان.

العبـارات	لا	نادرا	غالبا	دائما
1- استطيع دائما حل المشاكل الصعبة إذا أجهدت نفسي بما فيه الكفاية	1	2	3	4
2- إذا عارضني شخص ما استطيع إيجاد طرق ووسائل لتحقيق ما ابتغيه	1	2	3	4
3- يسهل علي تحقيق أهدافي و نواياي	1	2	3	4
4- أنا واثق من قدرتي على مواجهة الأحداث غير المتوقعة بفعالية	1	2	3	4
5- إذا فوجئت بواقف غير متوقعة اعرف دائما كيف أتصرف	1	2	3	4
6- استطيع إيجاد حلول لأغلب مشاكلي إذا بذلت الجهد المطلوب	1	2	3	4
7- انظر إلى المصاعب بنفس هادئة "برزانة" وذلك لاعتمادي	1	2	3	4
على قدراتي الذاتية	1	2	3	4
8- عندما تواجهني مشكلة جديدة استطيع إيجاد حلول متعددة لها	1	2	3	4
9- عندما أكون في مأزق استطيع التفكير فيما سأفعله	1	2	3	4
10- لايهمني ما يحدث عموما لأنني قادر على مواجهته	1	2	3	4

نريد معرفة ما تشعر به إزاء كل بند من البنود التالية، اقرأها بتمعن ثم ضع علامة على الخانة المناسبة لك أو التي تعبر عما تشعر به فعلا.

معارض تماما(1) معارض(2) لا أدري (3) موافق(4) موافق تماما(5)

1- هناك شخص مميز بجانبي وقت الحاجة	1	2	3	4	5
2- هناك شخص مميز يشاركني في السراء و الضراء	1	2	3	4	5
3- عائلتي تحاول فعلا مساعدتي	1	2	3	4	5
4- أحصل على الدعم و الحنان من عائلتي	1	2	3	4	5
5- لدي شخص مميز يعتبر مصدر عون حقيقي لي	1	2	3	4	5
6- يمكنني الاعتماد على أصدقائي عندما تسوء الأمور	1	2	3	4	5
7- أصدقائي يحاولون بالفعل مساعدتي	1	2	3	4	5
8- أستطيع التحدث عن مشاكلي مع أفراد عائلتي	1	2	3	4	5
9- لدى أصدقاء يشاركونني في السراء و الضراء	1	2	3	4	5
10- لدى شخص مميز في حياتي يحرص على مشاعري	1	2	3	4	5
11- ترغب عائلتي في مساعدتي في اتخاذ قراراتي	1	2	3	4	5
12- يمكنني التحدث مع أصدقائي عن مشاكلي	1	2	3	4	5