

المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي

أ.م.د. سناء عيسى الداغستاني / كلية الآداب / جامعة بغداد
م. ديار عوني المفتي / كلية الآداب / جامعة بغداد

المستخلص:

تنتقل فكرة الارتقاء الصحي من فلسفة مفادها أن الصحة الجيدة هي نتاج إنجاز شخصي تراكمي فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحية في مرحلة مبكرة من عمر الفرد والمحافظة عليه في مرحلتي الرشد والشيخوخة.

وبالنسبة للمختص النفسي فإن فكرة الارتقاء بالصحة تتضمن تطوير نظام تدخل يهدف إلى مساعدة الناس في القيام بممارسة سلوكيات صحية وتغيير تلك التي تضر بالصحة، وتشير الأدبيات بأن الفرد عندما يقوم بسلوك غير صحي فإنه يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه تؤدي إلى تغيير سلوكه والقيام ببعض السلوك والفعاليات كتعويض عن السلوك غير الصحي وهذا ما يسمى بالمعتقدات الصحية التعويضية Compensatory of Health Belief وذلك لرفع قدرته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية مثلاً يعرف الفرد أن التدخين يضر بصحته ولكنه مع هذا يقوم بالتدخين حيث يقوم بسلوك تعويضي للتخفيف عن السلوك المؤذي.

أما التنظيم الذاتي الصحي Self Regulation Healthy فيفسر كيف ينعكس الناس في بعض السلوكيات الصحية ويخضعون للعلاج والعمل على تقديم سلوكيات صحية أخرى ويهتم بالدافعية الفردية للسلوك الصحي إذ تتنوع الدوافع الشخصية المعبر عنها وفقاً لسلوكيات معينة.

وقد تم وضع عدة أهداف منها:

١. بناء مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى موظفي الدولة.

٢. قياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى موظفي الدولة.

٣. التعرف على الفروق في المعتقدات الصحية على وفق:

(أ) النوع.

(ب) التحصيل الدراسي.

٤. بناء مقياس التنظيم الذاتي الصحي لدى موظفي الدولة.

٥. التعرف على الفروق في التنظيم الذاتي الصحي على وفق متغيري:

أ- النوع.

ب- التحصيل الدراسي.

٦. قياس العلاقة الارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي.

وتم تطبيق مقياسين تم إعدادهما من قبل الباحثين وفقاً لمنظورات نظرية كل حسب منطلقاته النفسية، على

عينة مكونة من (٢٠٠) موظفاً وموظفة (١٠٠) من الإناث، و (١٠٠) من الذكور بعد استخراج الخصائص

السايكومترية للمقياسين، وقد توصل البحث إلى النتائج الآتية:

١. كانت عينة البحث الحالي لديهم معتقدات صحية تعويضية.

٢. هناك فروق دالة في المعتقدات الصحية على وفق متغير النوع لصالح الإناث.

٣. لم يكن هناك فروق دالة حسب متغير التحصيل الدراسي.

٤. إن أفراد العينة ليس لديهم تنظيم ذاتي صحي.

٥. ليس هناك فروق دالة في التنظيم الذاتي الصحي وفقاً لمتغير النوع.

٦. هناك فروقاً في التنظيم الذاتي الصحي حسب التحصيل الدراسي.

٧. هناك ارتباط بين المتغيرين قيمته (٠.٧٢). واستكمالاً للبحث الحالي تم وضع عدة توصيات ومقترحات.

Abstract

The compensatory health beliefs and their relation to the health self-regulation

The idea of health promotion is set from the philosophy that good health is the outcome of the accumulative personal achievement. It includes, on the individual run, developing the health habits at an early stage, and maintaining them in the two stages of adulthood and old age.

For the psychologist , the idea of developing health includes the development of an intervention system aiming at helping people perform healthy practices and change those practices that damage health. Literature indicate that the individual when performing an unhealthy practice, this refers to a certain health problem for him which would lead to a change in his behavior and activities a compensatory for the unhealthy behavior. That is what we called the compensatory health beliefs which help to promote the person's healthy habits. For example, the persons knows that smoking damages his health, yet he smokes and performs a compensatory behavior that lighten that damaging behavior.

For health self-regulation, it explains who people are involved in some of the healthy behaviors and are subject to treatment like advancing some other healthy behaviors, and pays attention to the individualistic motivation of the healthy behavior as the personal motivation expressed according to certain behaviors.

Several objectives were put like:

- 1) devising a scale for the compensatory health beliefs for state employees.
 - 2) measure the compensatory health beliefs for state employees.
 - 3) knowing the differences in health beliefs according to the variables : (i) gender (ii) education.
 - 4) devising a scale of health self-regulation for state employees.
 - 5) knowing the differences in health self-regulation according to the variables : (i) gender (ii) education.
 - 6) measuring the correlative relationship between the health beliefs and self-regulation .
- The two scale were prepared by researchers according to the employing of theoretical perspectives each in accordance to its theoretical origin. The scales were applied on a sample of 100 employee in 100 female and 100 male employee. The psychometric features of the two scales were derived and the following results were found:
- 1) The sample have compensatory health beliefs.
 - 2) There are statistically significant differences in health beliefs according to the variable of gender for the females.
 - 3) There were no statistically significant differences according to the variable for education.
 - 4) The sample members do not have healthy self-regulation.
 - 5) There were no statistically significant differences in health self-regulation according to the variable for gender.
 - 6) There were differences self-regulation according to the variable for education.
 - 7) There were no statistically significant differences according to the variable for education.

The research came up to recommendations and suggestions that are suitable with the findings.

أهمية البحث والحاجة إليه :-

تنطلق فكرة الارتقاء بالصحة (Health Promotion) من فلسفة عامة مفادها إن الصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي ، فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحي في مرحلة مبكرة من عمر الفرد والمحافظة عليه في مرحلتي الرشد والشيخوخة ، أما على المستوى الطبي فهي تتضمن تعليم الناس كيفية الوصول إلى إتباع أسلوب حياة صحي ومساعدة الفئات الأكثر عرضة لمخاطر صحية معينة كي يسلكوا بطريقة تمكنهم من الانتباه لما يمكن أن يتعرضوا إليه من مخاطر (Maddux et al . ,p. 1986) وبالنسبة للمختص النفسي فإن فكرة الارتقاء بالصحة تتضمن تطوير نظام تدخل يهدف الى مساعدة الناس على القيام بممارسة السلوكيات الصحية وتغيير تلك التي تضر بالصحة ، اما بالنسبة للعوام من غير المختصين النفسيين فإن الارتقاء بالصحة يتضمن توافر المعلومات التي تساعد الناس على تطوير نظام صحي والمحافظة عليه وتوافر المصادر والوسائل التي تساعد الناس على تغيير العادات السيئة الضارة بالصحة ، أما وسائل الإعلام فيمكن لها أن تساهم بالارتقاء بالوضع الصحي من خلال البرامج التثقيفية التي تبين للناس المخاطر التي تترتب على القيام بسلوكيات معينة

(تايلور ، ٢٠٠٨ ، ص. ١٢١) .

وتشير الادبيات بأن الفرد عندما يقوم بسلوك غير صحي فإنه يشعر بوجود مشكلة صحية

معينة لديه تؤدي الى تغيير سلوكه والقيام ببعض السلوكيات والفعاليات كتعويض عن السلوك غير الصحي وذلك لرفع قدرته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية . مثلا يعرف الفرد إن التدخين يضر بصحته ولكنه مع هذا يقوم بالتدخين حيث يشعر هنا بنوع من عدم الاتزان النفسي (تناشز معرفي) وحتى يتم التعويض عن هذا التناشز فإنه يقوم بسلوك تعويضي يخفف من التدخين المؤذي له .

هذا التغيير الذي يحدث لدى الأفراد (التغيير في السلوك كتعويض عن السلوك غير الصحي) تجاه السلوك الخاطئ يبدأ عندما يحدث المرء نفسه عن عوائق الإصابة بأمراض أو ما يترتب عليه من اعتلالات صحية ويتساءل ماذا يمكن أن يفعل ؟ وكيف يمكن تغيير سلوكياته ؟

ويشير المعالجون النفسيون إن هذا الوقت الأكثر ملاءمة لإجراء تغيير في سلوك الفرد والحصول على المساعدة للانتقال إلى مرحلة الفعل والتعويض ، وبالتالي يحتاج الى الدعم (المعنوي) في التخلص من الشعور بالتأرجح والتناشز وإدراكه لخطورة الامراض ويضاف على ذلك ادراك

المنافع والمعوقات ، كما ترتبط المدركات الصحية التعويضية بأدراكه بفاعليته الذاتية (Self Efficacy) (شامة ، ٢٠٠٩ ، ص. ١٢_١) .

وفي أطار آخر أشارت نظرية التعلم الاجتماعي في إن مقدرة الفرد على إجراء سلوك التغيير التعويضي بنجاح يعد عاملا مهما في اتخاذه القرارات الصحية ، حيث أكد باندورا في كتابه (نظرية التعلم الاجتماعي ١٩٧٧) ان توقعات الفرد المتعلقة بمهاراته السلوكية والتي تتبلور

في تغييره لسلوكه الصحي تؤدي الى التعامل بنجاح مع ظروف الفرد الصحية (Bandura, 1977(A),p.79)

وهذه العوامل تؤدي الى شعور الفرد بالاتزان والتوافق والتخلص من مسألة التأرجح عند مواجهة المشكلات الصحية وفي الوقت نفسه تعد هذه سبل ناجعة لمعالجة المشكلات الانفعالية والسلوكية (الالوسي ، ٢٠٠١ ، ص. ٣٠) .

كما تعد المعتقدات الصحية التعويضية أشبه بعملية تثقيف فهي كبرنامج لتغيير السلوك وتعديله عن طريق تدخل خارجي مثل الاستماع إلى محاضرة صحية أو الخضوع إلى برنامج صحي توعوي أو غيرها ، وقد أثبتت الدراسات عن اثر التثقيف الصحي في زيادة وعي المجتمع بالمشكلات الصحية والذي يساعد على الوقاية منها ، مثلًا توعية وتثقيف شخص مصاب بالسكر وعائلته بكيفية التحكم بالمرض وأنه قد يضمن ان يعيش حياة اطول وتكون حياة طبيعية (المسعد ، ٢٠٠٥ ، ص. ٣) .

وقد خلصت عدد كبير من الدراسات الى ان المعتقدات الصحية تفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد فطلى سبيل المثال يساعد على التنبؤ بالممارسات التي تهدف الى وقاية الاسنان والاعتناء بها (Champion,1990) ، و(الفحص الذاتي للصدر Self _Examination Breast) والحماية للوقاية من السمنة (Uzart ,Becker,Dielman , Rocchini , 1987) وتجنب السلوكيات التي تعرض الفرد لخطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة _ (ALDS)

والاشترك في ممارسات متنوعة للحفاظ على الصحة (Becker , Kaback , Rosenstock) كما بينت هذه الدراسات ايضا بأن المعتقدات الصحية التعويضية هي اقل المحددات تأثيرا في تقرير قيام الافراد بمراعاة هذه السلوكيات الصحية ، والاهم من ذلك فأن ادراك الفرد للمعوقات التي تمنع ممارسة السلوك الصحي ومدركاته المتعلقة بوجود قابلية لديه لتطوير امراض معينة هي من اكثر المؤثرات التي تقرر فيما اذا كان الافراد سيقومون فعلا بممارسات سلوكية معينة ام لا (تايلور، ٢٠٠٨ ، ص. ١٤٥) (Janz & Becker ,1984) .

ففي دراسة (Recap ٢٠٠٩) التي استهدفت كيفية مساعدة الشخص في استعمال نموذج المعتقدات الصحية في حياته للوقاية من الأمراض في برنامج للتثقيف الصحي ، وقد تلخصت بقائمة للمرشدين ومدى التزامهم بالأفكار التطبيقية للمعتقدات الصحية ومنها على سبيل المثال الاستعانة بنشاط او فعالية ترفع من ادراك الطلبة بكونهم عرضة للإصابة بالأمراض ومعرفة مدى ادراك الطالب لأمراض ونتائجها وقسوة الحالة المرضية والشعور بها ، والاجراءات التي يتخذها الطلبة لتجنب الحالة المرضية والوقاية منه اما الافكار التطبيقية للمعتقدات الصحية فكانت عرض افلام فيديو على الشباب لتقريب الحالة المرضية وتقديم احصائيات حديثة للشباب

في عمرهم او من مجموعتهم الاجتماعية مصابون بأمراض او استدعاء ضيوف قريبيون من عمر الشباب بمشاركتهم تجاربهم المرضية واستكشاف مواقع الكترونية تعرض مراهقين مصابون

بالحالة المرضية وغيرها من الافكار التطبيقية .

وفي دراسة أجراها كل من بيلوك وبرسلو (Belloc & Breslow, 1972) في جامعة كاليفورنيا على سبعة الآلاف شخص من سكان مقاطعة (الاميدا Alameda) توصلت الى إن هناك ستة سلوكيات صحية تحافظ على صحة الانسان وتعد من السلوكيات التعويضية وهي

(١) تناول وجبات منتظمة ومفيدة .

(٢) افطار صباحي صحي

(٣) التمارين الرياضية

(٤) ساعات نوم كافية.

(٥) الوزن المثالي .

(٦) الامتناع عن التدخين والكحول

وقد كشفت الدراسة التتبعية إن التزام أفراد العينة بهذه السلوكيات جميعها أدى

إلى زيادة في معدل سنوات العمر بمعدل (١١) سنة عن الذين مارسوا ثلاثة منها

(المسعد ، ٢٠٠٥ ، ص. ١٣) (تايلور، ٢٠٠٨، ص. ١٢٤) .

وأشارت دراسة أخرى بوجود المعتقدات الصحية التعويضية في السلوك العام

للإنسان إذ انه ليس من السهل الوصول إلى رؤية واضحة عن تأثير تلك المعتقدات على

الشخصية الإنسانية وتفسير خفايا العلاقة بين الروح والمعتقد لذا فإن الإنسان هو المخلوق

الوحيد الذي يقوم بتكوين المعتقدات الصحية التعويضية وتوجيهها نحو مختلف الاتجاهات فأما

تنسم هذه المعتقدات بملامح التعصب والانغلاق والتطرف وإما تتلون بصفات الانفتاح والتعددية

ومرونة التعامل ، فقد يتعلق أفراد بنمط من السلوكيات التي يعتقد إنها صحية غير أنها

لا تمت للصحة بصلة وذلك اعتقادا إن التدخين يؤدي إلى تهدئة الأعصاب مثلا وذلك كله

يفعله الإنسان الذي يملك فنون إدارة تلك المعتقدات الصحية والمهارات المتعلقة بها ليصبح

بعد ذلك المرجع والقدوة للمجتمع ، بل إن الأبحاث والدراسات أظهرت دور سلطة هذا النوع

من المعتقدات على صحة الإنسان وبرز مثال ماتفعله الصلاة من تنشيط حركات الجسم

وتوقد الصفاء الذهني ، فهو الهوية الذاتية عن ماتتصور وانعكاس للأفكار والقيم في خبايا

النفس وجزء من عالمنا الفكري الذي يتكاتف الجميع لأجل تثبيته من أسرة ومجتمع ودور

عبادة ، وملاننا الآمن في مواجهة الغيبيات المستعصية والتيارات المادية والتقلبات

الاجتماعية وبغياب هذه المعتقدات الصحية تصبح كالشجرة الجوفاء ضعيفة هشّة ميتة

لاقيمة لها في وجه مشاكل الحياة (البورسعيدي ، ٢٠٠٩ ، ص. ١-٥) .

واستخدم أيضا نموذج المعتقدات الصحية التعويضية (HBM) كنموذج للتخفيف من مخاطر الايدز (**ARRM) المقدم عام ١٩٩٠ وقدم إطارا شرحيا لجهود التغيير السلوكي للأفراد بالأخص في ارتباط الموضوع بانتقال فيروس يؤدي الى تخلخل كفاءة المناعة المكتسبة بسبب سلوكيات الممارسة الجنسية حيث إن لهذا النموذج ثلاث مراحل في تغيير السلوك من ضمنها نموذج المعتقدات الصحية التعويضية ونظرية الفاعلية (Efficacy) للتأثيرات العاطفية والتفاعلات البيئشخصية Interpersonal process أما المراحل فهي : المرحلة الأولى :-

(أ) معرفة وتعليم (وضع علامة مؤشرة " وشم " السلوك بأنه عالي الخطورة

(ب) التأثيرات المفترضة لإدراك السلوك .

(ج) معرفة النشاطات الجنسية ذات الارتباط بالممارسة الجنسية وانتقال فايروس

انخفاض كفاءة المناعة المكتسبة (Hiv) .

(د) الاعتقاد بأن المرء عرضة لتلقي فايروس (Hiv) .

(هـ) الاعتقاد بأن العدوى ب (Hiv) غير مرغوبة

(و) المعايير الاجتماعية .

المرحلة الثانية :- الالتزام بتقليل مخاطر العدوى وتأثيراتها المفترضة وهي :-

(أ) المنافع والتكاليف .

(ب) المتعة : هل ستغير السلوك ؟

(ج) فاعلية الذات : المعرفة بصحة الاستمتاع كأداة اجتماعية إضافة إلى معايير

الدعم الاجتماعي

** (ARRM) : هو مختصر لنموذج يستخدم للتخفيف من مخاطر الايدز (AIDS)

RISK RUDUSE MODEL

* (Hiv) : هو مرض الايدز .

المرحلة الثالثة : الشروع بالفعل ويتكون من :

(أ) البحث عن معلومات

(ب) الحصول على وسائل والمعالجة .

(ج) تعزيز الذات مع الخبرة السابقة .

(د) مستوى تقدير الذات . (Kegelesa & Coates ,1990 , p.34)

أما التنظيم الذاتي الصحي فيفسر كيف ينعفس الناس في بعض السلوكيات الصحية ويخضعون للعلاج والحمية والعمل على تقديم سلوكيات صحية أخرى ، والتنظيم الذاتي يقوِّم الدافعية الفردية للسلوك الصحي إذ تتنوع الدوافع الشخصية المعبر عنها وفقا لسلوكيات معينة ففي دراسة لوليام وفريدمان وريان (Williams & Freedman & Ryan) (1996) استعمل فيها مقياس التنظيم الذاتي الصحي لغرض (كيفية التحكم بمستوى السكر في الدم) ودراسة سلوكيات أخرى مثل عدم التدخين وليامز وكوكس (Williams & Cox 1999) .

كما طبق المقياس على عينة لتقليل الوزن وتم تزويد المشاركين في بداية البرنامج لتقييم الدافعية للدخول في البرنامج وأعطى للمرة الثانية لتقييم الدافعية للاستمرار في البرنامج (Williams .

(Williams & Ryan,1996,p.115_126) وقد ميز كل من هيكنز وكروكلانسكي

(Higgins & Kruglanski , 2000) بين وظيفيتين أساسيتين للتنظيم الذاتي هما وظيفة

التقييم والتنقل اللتان تشكلان جزءا من أي نشاط للتنظيم الذاتي حيث إن بعض الأفراد

يغالون في التأكيد على التنقل في علاقته بالتقييم بينما يظهر آخرون تأكيدا معاكسا وقد

تكون المسألة موقفية تختلف من موقف إلى آخر (الموسوي ، ٢٠٠٩ ، ص. ١٨) .

وقد اتفق كل من (رادتك و سكولزواخرون (Radtke & Scholz et al , 2008) في دراسة

لهم استهدفت الدراسة العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي لعينة من

المدخنين_ المراهقين بلغ عددهم (١٨٧) مراهق أعمارهم تراوحت بين (١٤ - ١٩) سنة ،

وبينت النتائج إن المراهقين يستخدمون المعتقدات التعويضية للصحة كتفسير عن سبب

فشلهم في تغيير سلوكهم عن التدخين (Radtke & Scholz et al , 2008 , pp.1-2) .

وفي دراسة لكروكلانسكي واخرون (Kruglanski et al , 2000) وجد أن التقييم له

ارتباطات موجبة مع الخوف والقلق والقلق الاجتماعي والأمراض والحاجة إلى التقدير ويرتبط

مع الخوف من الفشل والعصابية وله ارتباطات سلبية مع الضبط والحيوية والتفاؤل واحترام

الذات والاتزان الانفعالي ، والتنقل له ارتباطات ايجابية مع القرار والانجاز والاستقلالية

والمحافظة وله ارتباطات سلبية مع المقارنة الاجتماعية والخوف من الفشل والمرض والتوجه

نحو الهيمنة الاجتماعية (الموسوي ، ٢٠٠٩ ، ص. ١٨) .

ويمكن هنا طرح أسئلة تخص الجانب النظري :

(١) ماهي السلوكيات الصحية التعويضية .

(٢) ماهو التنظيم الذاتي الصحي .

أما ما يخص الجانب التطبيقي فيمكن لنا طرح السؤال الآتي :

" ماهي طبيعة العلاقة بين السلوك الصحي التعويضي وتنظيم الذاتي الصحي "

ومع انتشار الأوبئة مثل الأنفلونزا وغيرها من الأوبئة والأمراض في العالم عموماً وفي العراق خصوصاً فقد رأت الباحثتان إن المشكلة قد تكون قائمة في المجتمع بمعرفة مدى ممارسة الناس للسلوكيات التعويضية للأمراض ، ونحن كمتخصصين في علم النفس عموماً وعلم النفس الاجتماعي خصوصاً في محاولة لدراسة السلوكيات التعويضية الصحية حيث يعد سلوك عام قد يمارسه أفراد العينة وقد لا يمارسونه والذي له أثره على الصحة والوقاية من الأمراض مما تقدم تبرز أهمية البحث عند تناول هذين المتغيرين والتي تعد دراستهما واحدة من الدراسات التي تشارك في وضع نظرة جديدة لطبيعة العلاقة بين المتغيرين وقد يكون مصدراً لإثراء المعرفة ، علماً إن المكتبة العراقية الأكاديمية تفتقر إلى مثل هذه الدراسات وخاصة في المجال الصحي .

يمكننا في النهاية تلخيص أهمية بحثنا الحالي بالنقاط التالية :

(١) يبحث في فرع فتي ودقيق من فروع علم النفس يحظى بأهتمام كبير في وقتنا الحاضر .

(٢) يستخدم أنموذجاً نظرياً في القياس والتفسير وهو نموذج (المعتقد الصحي) الذي كانت

له الفائدة الكبيرة في توليد البحوث وتصميم المقاييس الخاصة بالسلوك الصحي

(Flanagan, 1995, p. 364) واثبتت الدراسات فاعليته من خلال الصدق التنبؤي

العالي الذي تميز به في تشخيص الأفراد الذين ينقلون معلوماتهم الصحية التي

اكتسبوها إلى مستوى السلوك الفعلي كما في دراسة " ادمز " Adams و " سكوت "

Scott (Adams, 2000, p.119) .

(٣) من خلال قياس نموذج المعتقدات الصحية فإنه يكشف عن مستوى الوعي الصحي لدى

شريحة عمرية تتزايد أهمية بدأها بممارسة السلوك الصحي ألا وهي شريحة الشباب

(٤) يكشف عن التنظيم الذاتي الصحي الذي تميز به أولئك الأفراد الذين اكتملت لديهم

شروط نموذج المعتقدات الصحية بكل تفاصيله .

(٥) تخدم نتائجه جميع المؤسسات التي تخاطب الفرد فيما يخص الجانب الصحي من حياته

وذلك بتوجيه لغة الخطاب بحيث تحرك في نفس الفرد ذلك التنظيم الذاتي الصحي

الذي يؤدي به في النهاية إلى تكوين المعتقدات الصحية التي تدفعه لممارسة السلوك

الصحي .

أهداف البحث

يستهدف البحث الحالي :-

- ١ (بناء مقياس للمعتقدات الصحية التعويضية لدى موظفي الدولة .
- ٢ (قياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى موظفي الدولة .
- ٣ (التعرف على الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية على وفق متغيري :
أ . النوع (ذكور ، اناث) .
ب . التحصيل الدراسي (بكالوريوس ، إعدادية)
- ٤ (بناء مقياس للتنظيم الذاتي الصحي لدى موظفي الدولة .
- ٥ (قياس التنظيم الذاتي الصحي لدى موظفي الدولة .
- ٦ (التعرف على الفروق في التنظيم الذاتي الصحي على وفق متغيري :
أ . النوع (ذكور ، اناث) .
ب . التحصيل الدراسي (بكالوريوس ، إعدادية) .
- ٧ (قياس العلاقة الارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي لدى موظفي الدولة .

حدود البحث :-

يتحدد البحث الحالي بعينة من موظفي الدولة لأربعة وزارات وهي (الصحة ، النفط ، التجارة ، التربية) ومن كلا الجنسين . ودراسة متغيري البحث المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي .

تحديد المصطلحات :-

اولا / المعتقدات الصحية التعويضية : Compensatory Of Health Belief

عرفها كل من :-

(١) بيكر (1984) Becker :

نموذج نظري يقر بأن الفرد ينخرط في ممارسة الافعال الصحية فقط في حال : اعتقد بأنه عرضة للمرض ويشعر بأن المرض شئ خطير ووافق على ان الاجراءات الوقائية ذات فعالية وان فوائد القيام بها ستفوق تكلفة القيام بها .

(٢) دكليمنت (Diclemente , 1991)

هي معتقدات يقوم بها الأفراد وهي جزء من المعتقدات الشخصية تتعلق بنتائج سلوك سلبي كتعويض له ((Diclemente , 1991, pp.50_59) .

(٣) روزنشتوك & بيكر (Rosenstock & Becker 1994)

هو نموذج نفسي يحاول تفسير السلوكيات الصحية واستباق توقعها بالتركيز على الاتجاهات والمعتقدات عند الأفراد (Rosenstock & Becker, 1994 ,p.12) .

(٤) تايلور (Taylor 1999)

هي ممارسات صحية يقوم بها الناس والتي تتأثر بعاملين ادراك الشخص للتهديد الصحي وإيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد (Taylor, 1999, p.55) .

(٥) رابياو & وياتريسيا (Rabiau & Patricia 2004)

هي الفعل الصحي الذي يقوم به الفرد والذي ينشأ من الانخراط في سلوك غير صحي.

(Rabiau & Patricia, 2004, p.30)

(٦) عرفت رابياو (Rabeau 2006)

هي قناعات يكونها الأفراد عن الجوانب السلبية للسلوك وتمثل تعويضات بديلة عن السلوك السلبي مثل تناول طعام دسم يمكن التعويض بالتخلص منه في ممارسة الرياضة (Rabeau, 2006 p.3) .

(٧) وصفي 2007

هي القناعات العميقة والمبادئ الراسخة والمكتسبة والتي شكلتها التجارب الأولى في حياتنا أو هي التصور الداخلي للطريقة التي يعمل بها العالم والناس من حولنا وهذا التصور هو البرنامج الذي يفهم ويحكم به على العالم ومن خلاله يقوم الإنسان بتفسير الأحداث وتوقع الأفعال وهي تعد معتقدات محورية وأساسية (وصفي ، ٢٠٠٧ . ص. ٥٤) .

(٨) تايلور ٢٠٠٨

هي السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم (تايلور، ٢٠٠٨ ، ص. ١٢٤) .

(٩) عبد الجواد ٢٠٠٩

هي سلوكيات مبنية على أسس نفسية يتم التركيز فيها على دور الاتجاهات والمعتقدات في تشكيل السلوك الصحي (عبد الجواد ، ٢٠٠٩ ، ص ١٠-١٥) .
وبعد ملاحظة التعريفات للمعتقدات الصحية التعويضية كانت هناك عدة أفكار متفق عليها من قبل الباحثين وهي أنها ممارسات سلوكية ناتجة من معتقدات يحملها الأفراد في تشكيل سلوكهم الصحي وبالتالي خرجت الباحثتان بالتعريف النظري الآتي :

التعريف النظري :

هي ممارسات سلوكية صحية تعويضية قائمة على أساس معتقدات لدى الأفراد للتعويض عن سلوكيات غير صحية وتتأثر بمدى إدراك الفرد للخطورة والتهديد وفاعلية هذه السلوكيات من التخفيف عن السلوك غير الصحي .

التعريف الإجرائي :

هو الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية .

ثانيا / التنظيم الذاتي الصحي: Self Regulation

عرفها كل من :

(١) زكرمان (Zakarman 1999) : هو مشاركة_ الافراد الفعالة ضمن سلسلة وعمليات تعلمهم فهم لا يحتاجون فقط إلى اكتساب المعرفة والمعلومات لينجحوا في مهماتهم الاكاديمية والحياتية ولكنهم يحتاجون ايضا إلى مايدفعهم استعمال استراتيجياتهم (عمليات ماوراء المعرفة) لينبوا فوقها فهمهم للادوات التعليمية (Zakarman ,1999, pp 1_6) (سيار ، ٢٠٠٧ ، ص. ٢٠) .

(٢) بارل (Parl , 1995):

قنوات الذكاء الانفعالي في تدبير السيطرة على الانفعالات للتمكن من فهم والتعرف على المواقف التي يظهر تأثيرها وادراكها بطريقة مؤثرة (Parl , 1995, p. 4) (سيار ، ٢٠٠٧ ، ص. ٢٠) ومن خلال ماتم طرحه من تعريفات اعتمدت الباحثان نظرية كروكلانسكي في التنظيم الذاتي الصحي .

(٣) كروكلانسكي واخرون (Kruglanski et al ; 2000) :

والذي حدد فيه (للتنظيم الذاتي) وظيفتين اساسيتين (Basic Function) ومنفصلتين وهما _ (التقييم Assessment): يكون وجه المقارنة للتنظيم الذاتي الذي يختص بحالات وكيانات التقييم النقدية ، مثلا الاهداف والوسائل في علاقتها بالبدائل من اجل اصدار حكم على خاصية ذات علاقة (الحكم على خاصية شئ ما والاخذ بالاعتبار كلا من الحسنات والسيئات بالمقارنة مع بديل ما) (Kruglanski et al , 2000 , p. 794) .

_ (التنقل Locomotion) : يكون وجه التنظيم الذاتي الذي يختص بالحركة من حالة الى حالة والالتزام بالمصادر النفسية التي تستهل الحركة المتعلقة بالهدف وتحافظ عليها بأسلوب مباشر وصريح من دون حيرة او تأخير غير مبرر (ruglanski et al , 2000 , p. 794) .

يكون التعريف النظري للباحثين ماييلي :

التعريف النظري: هي دافعية لدى الافراد للنظر في عواقب الامور ووضع اهداف وستراتيجيات وتوظيف الافعال ولتحقيق الاهداف ومراقبة الاداء لضمان النجاح ويتضمن المقارنة

(التقييم) مع بدائل عدة والاختيار او (التنقل) هو (الاختيار الانسب والمرغوب) مع البدء بحركة

للوصل الى الحالة النهائية .

التعريف الاجرائي : هو الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس التنظيم الذاتي الصحي

الفصل الثالث

"الإطار النظري" تأثر نموذج المعتقدات الصحية التعويضية (HBM) Health Belief Model (Modél) بالنظريات المجالية ل (ليفين Lewins) والذي أكد على إن إدراك الواقع هو الذي يؤثر على السلوك لا الواقع نفسه وكما هو ، كما تأثر بالنظرية السلوكية (المثير - الاستجابة) والتي امتد تأثيرها لفترة زمنية طويلة في كيفية تشكيل السلوك من خلال البيئة ومن خلال آليات التعزيز والتي يمكن التنبؤ بها فيما بعد ، ثم جاءت النظرية المعرفية في ستينيات القرن العشرين والتي أكدت على أهمية أفكار الفرد ومدركاته وعملياته العقلية في تشكيل السلوك ، حيث إن (الاتجاه الظاهراتي) الفيونمينولوجيون يذهبون إلى إن سلوكيات الإنسان مرتبطة ارتباطا وثيقا بما يمر به من خبرات وهذه الخبرات كما يدركها هو لا كما يدركها الآخرون فالكيفية التي يدركها بها الفرد وخبراته الحالية هي التي تعزز سلوكياته صحية أم مرضية وقد اخذت نظريا المعتقدات الصحية شوطا تطوريا ابتداء من الخمسينيات من القرن الماضي ولحد الان وجميعها تدور ضمن افكار تكاد تكون ثابتة نسبيا مع تغيرات في بعض الافكار بشكل يتواءم مع حاجة المجتمع وتبعا للتطور الذي حدث على كافة الأصعدة الحياتية (مرسي ، ١٩٨٨ ، ص. ٥٣) .

١) نظرية روزنستوك و جونز (Rosenstock & Jones, 1958) :

طرحت هذه النظرية متغيرات مهمة قامت على أساسها كيفية اتخاذ القرار من ناحية السلوك الصحي وهذه المتغيرات هي (التهديد المدرك Perceived Threat) و (المنافع المدركة Perceived Benefits) و (المعوقات المدركة Perceived barriers to action) و (فاعلية الذات Self Efficacy) إضافة الى (دلائل الفعل Cues to Action) .

وقد رأى (روزنستوك Rosenstock) و (جونز Jones) ان الشخص يتبع سلوكا وقائيا صحيا استنادا الى الموازنات والمقارنات التي يقوم بها في حساب المنافع والأضرار نتيجة لقيامه بفعل غير صحي ، والمتغيرات هي : (مرسي ، ١٩٨٨ ، ص. ٥٣) .

١) امكانية الإصابة : وهو حكم المرء على مخاطر إصابته بالمرض فقد يسأل نفسه السؤال التالي " ماهي فرص إصابتي بالأمراض "

٢: إدراك شدة الحالة (سريريا) ، العوق ، الألم (الموت) وتأثيرهما النوعي على أسلوب الحياة ، القدرة على العمل ، العلاقات الاجتماعية وغيرها ، ويتجلى ذلك من خلال إدراك الشخص واهتمامه تجاه الإصابة بالأمراض .

٣) التهديد المدرك : ويقصد به الضعف أمام المرض (ضعف المناعة) وهو مكون معرفي يتأثر بالمعلومات التي يتلقاها الفرد والتي تولد ضغطا نفسيا يدفع إلى (السلوك الصحي) وهذا يخلق موازنة بين الكفاءة المدركة للشخص وكلفة السلوك

٤) المنافع المدركة للفعل : وهذه المنافع تعني فاعلية السلوك في خفض المخاطر الصحية وأيضا تأثير المعتقدات الثقافية والاجتماعية للفرد من خلال اعتقاده بوجود أي شئ يمكن بواسطته تجنب هذا الوضع المرضي له ودرجة فاعلية ذلك الشئ .

٥) معوقات الفعل المدرك : وهو المعتقد الأخير ويدور في نتائج هذه المنافع مع تكاليف الفعل المدرك / وهل هناك حواجز أمام الفعل أو هل ينطوي على تكاليف مالية ، الآلام ، احراجات كذلك الصعوبات التي يواجهها في أداء هذا الفعل " .

وقد أشار (روزنستوك و جونز) إلى وجود عوامل عدة يتأثر فيها السلوك الصحي وكما تم ذكره سابقا وهي المخاطر المدركة والتي تتضمن احتمالية الإصابة والأوضاع التي قد يمر بها الشخص وهي مشاعر معينة اتجاه احتمالية الإصابة بمرض عضال مثلا ، والمنافع والمعوقات وهي النتائج السلبية التي قد تنشأ في اتخاذ إجراءات صحية معينة منها (جسمانية ، نفسية ، مالية) وأضاف إليها الأحداث البيئية التي تصادف الفرد كالإعلام التلفزيوني والإعلانات التي تؤدي إلى التحرك في اتجاهات معينة .

أما فاعلية الذات فهي جزء من العملية الإدراكية الصحية التي تم التركيز عليها كما ركز على متغيرات ديموغرافية ومتغيرات اجتماعية وبنوية تؤثر في إدراك الفرد والتي بدورها تؤثر على السلوك ذي الصلة بالصحة كما في المخطط (١) .

وهذا يعني إن ممارسة الشخص سلوكا صحيا معينا يمكن فهمه بمعرفة عاملين وهما : _

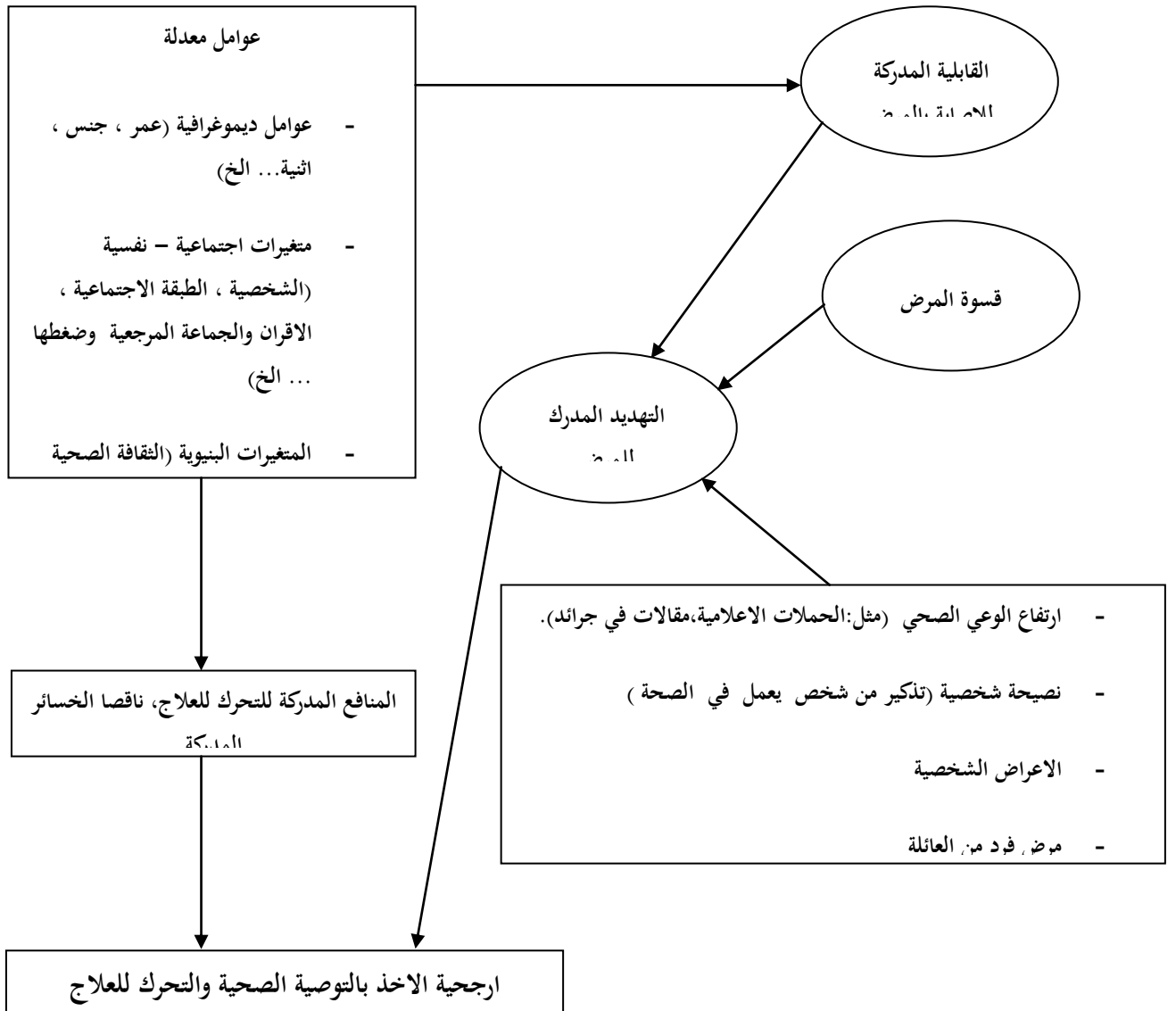
(١) إدراك الشخص التهديد الصحي .

(٢) إيمانه أو اعتقاده بأن ممارسة صحية معينة ستكون مؤثرة في خفض هذا التهديد المدرك

(Rosenstock & Jons , 1958 , p. 1_6) .

المخطط (١)

يوضح نظرية روزنستوك و جونز (Rosenstock & Jones, 1958) في اتخاذ القرار في المعتقدات الصحية التعويضية



(Rosenstock & Jones , 1958 , p. 1_6)

٢) نظرية انطونسكي و كاتس (Antonovsky & Kats, 1958) :

تضمنت هذه النظرية ثلاثة دوافع هي :

- ١) الدافع الاستعدادي **Predisposing Motivation** : وهو الرغبة في تجنب الإصابة بالمرض والحصول على استحسان الآخرين .

٢ (الدوافع) المشروطة **Conditioning Motivation** : وهي إمكانية الإصابة المدركة وتتضمن السعي لتحقيق قيم أو أعراض شخصية .

٣ (خبرة المرض السابقة : يستخدم الشخص العتبة الحسية لديه للتحسس بالأمراض والنتائج عن خبرة سابقة للمرض .

وقد اضاف ديفيد ميكانيك (David Mechanic) عددا من المؤثرات التي تؤثر على السلوك معظمها يفيد المراحل الاولى من المعتقدات الصحية التعويضية الخاصة بتكرار الأعراض المرضية وإمكانية تخيلها وخطورتها وعتبة التحمل الشخصي والمستوى المعرفي وإمكانية علاجها من عدمه والعوائق إمام الفعل .

ثم جاء دور كيومنج وأخرون (Cumming et al) واقترح وجود (١٤) نموذج من نماذج السلوكيات الصحية وطلب مشورة (٩) خبراء للحكم على تماثل المتغيرات التي احتواها كل نموذج منها لإمكانية الوصول إلى تقديم العناية الصحية (Hochboun , 1958 , pp.3_7)

٣ (نظرية دودلي وشنابدر (Dodly & Schneider 1991) وهي نظرية في تحديد اتجاهات الناس والتي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية عن طريق:

(أ) ادراك التهديد الصحي

(ب) اختزال التهديد المدرك

ويتأثر إدراك التهديد الصحي بمجموعة عوامل هي :

_ القيم الصحية وتتضمن :

(أ) الاهتمام بالصحة ورعايتها

(ب) معتقدات الشخص عن سهولة التعويض عن الأذى .

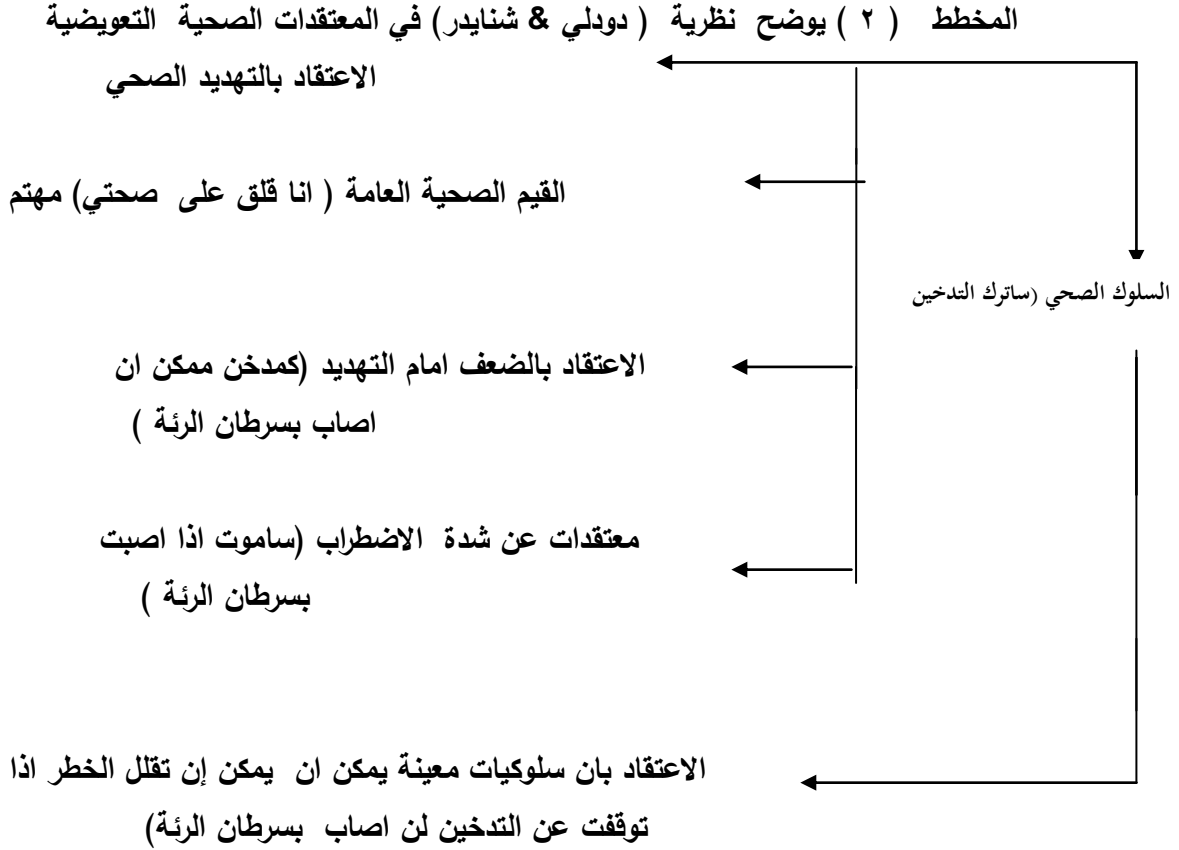
(ج) معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا فمثلا قد يغير الناس ريجيمهم في أي دقيقة ليضيفوا الى جدول تغذيتهم أغذية تحتوي على القليل من الكولسترول فيما اذا كانوا يقدرون الصحة كثيرا ويشعرون بتهديد إمكانية إصابتهم بأمراض القلب مع إدراكهم إن لأمراض القلب تهديد خطير وقاسي .

ب / اختزال التهديد المدرك وهو اعتقاد (الشخص) بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي يترصه وذلك باحتمالين:

(١) ان كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده .

(٢) اذا كانت سلبيات الوسيلة الصحية اكثر من ايجابياتها ، وأيد ذلك روزنستوك (1974) , (Rosenstock) في نظريته ، فعلى سبيل المثال الرجل الذي يشعر انه مهدد في (إصابته بالقلب) وهو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية وقد يعتقد بأن تغيير نوع الغذاء وحده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه ، وان تغيير غذاءه سيؤثر على مدى تمتعه بالحياة بحيث تصبح نيته (غايته) في تغيير الغذاء مبررة وعليه يكون متأكدا بان الريجيم يفيد في تقليل

المرض ولكنه يفتقر إلى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد وسوف لن يقوم بأي تغيير وكذا ينطبق الحال على السلوكيات الصحية التي يمارسها الأشخاص المدخنين بقصد وقف التدخين لماله من خطر على الصحة والإصابة بأمراض القلب والمخطط (٢) يوضح ذلك .



_ الاعتقاد بأن سلوك صحي معين قد يقلل من التهديد بالخطر (سلوك صحي _ سوف اتوقف عن التدخين)

_ الاعتقاد بأن مراعاة معايير صحية معينة ربما يكون لها تأثير فعال في إيقاف الخطر الناجم عن تهديد معين (إذا توقفت عن التدخين الآن ، فلن أصاب بسرطان الرئة)

_ الاعتقاد بأن الفائدة التي تحققها مراعاة معايير صحية معينة تفوق التكاليف (مع أنني سأجد صعوبة في التوقف عن التدخين ، إلا أن الأمر يستحق العناء لتجنب خطر الإصابة بسرطان الرئة) (Dudley & Schneider, 1991, pp. 55_57) (تايلور ، ٢٠٠٨ ، ص. ١٤٤) .

٤ (وجهة نظر هوخباوم (Hochbaum , Point of view 1958))

وهي امتداد لنظرية توقع القيمة (Value _ Expectency) والتي تشير الى توقع سلوك شخص ما استنادا إلى حالات معينة لديه مثلا إمكانية الإصابة بالمرض (كالفسوة Severity) التي ترافق المريض عندما يريد أن يتخذ قراراً تجاه سلوك يتعلق بصحته ، وهنا يأتي دور

المعتقدات الصحية التعويضية كنمط أولي في التقييم لسلوك الفرد أو التأثير عليه وتغييره فيما يخص حالة صحية معينة . وان قيام الفرد بالفحص على المستوى الصحي يعود الى رغبة الشخص في ذلك تدعمها المنافع المتوقعة وراء ذلك الفعل مقارنة بالكلفة (Costs) او الخسارة المتوقعة والمعوقات التي يفرضها اعتلال الصحة الجسمية Hochbaum ,1958 , p (209).

٦ (وجهة نظر كلانس في الصحة (Glance , Point of view 2002) :

كانت وجهة نظر كلانس في نموذج المعتقدات الصحية في خمسة محاور وهي :

(١) التهديد المدرك (٢) المنافع الخالصة (٣) ادراك قابلية الاصابة (٤) ادراك قسوة الاصابة (٥) ادراك المنافع والمعوقات المدركة ، لقد اضاف كلانس الى نموذج المعتقدات الصحية بمتغيراتها الخمسة متغير آخر واعتبرها هي المسؤولة عن استعداد الناس للسلوك الصحي وهي الفعالية الذاتية (Self_ efficacy) وهي ثقة الفرد بقدرته على الاداء الناجح للفعل ، والجدول (٣) يوضح المحاور الخمسة التي تضمنها نموذج المعتقدات الصحية التعويضية حسب وجهة نظر كلانس : لقد بنى كلانس نموذج المعتقدات الصحية على اساس الفهم بأن الشخص سيلجأ الى فعل ذي صلة بالصحة عندما :

(١) يشعر بوضع صحي سلبي مثلا الاصابة بالايديز (Hiv) وانه بإمكانه تجنبه .

(٢) ويتوقع في نفس الوقت الامتثال لتوصيات التجنب (سيجنب الرجل والمرأة)

الكثير من السلوكيات السلبية المتعلقة في الجنس .

(٣) يعتقد انه بالإمكان القيام بفعل صحي والاستمرار فيه بكل ثقة (والجدول / ١) يوضح إضافة فاعلية الذات مع المتغيرات الخمسة لنموذج المعتقدات الصحية من قبل

كلانس (Glance, ٢٠٠٢ , p. 52) .

(الجدول ١)

يبين المحاور الخمسة التي تضمنها نموذج المعتقدات الصحية التعويضية وإضافة فاعلية الذات (HBM) حسب نظرية كلانس (Glance , ٢٠٠٢)

ت	المتغير	الاعتقاد	التطبيق
١	قابلية الإصابة المدركة	رأي الشخص في فرص حصوله على احترازاات صحية لمرض (الايذز)	معرفة الناس المعرضين للخطر الى مستويات ذلك الخطر و شخصنه الخطر استنادا إلى مايسمى سلوك الشخص ورفع مستوى إدراك وقابلية الإصابة بالمرض
٢	قسوة الإصابة المدركة	رأي الفرد في جدية الحالة ونتائجها	تحديد الحالة وسياقات مخاطرها .
٣	المنافع المدركة	اعتقاد المرء في فاعلية الوقاية لتقليل مخاطر الإصابة وصدقها	معرفة الواجب (كيف ، اين) بين التأثيرات الايجابية المتوقعة .
٤	المعوقات	رأي الشخص عن الكلفة المادية الملموسة والكلفة النفسية الناتجة عن فعل الوقاية	معرفة واختزال المعوقات من خلال التأكيدات و اليقينية و المحفزات على مد يد المساعدة.
٥	دوافع ترشد إلى الفعل	إستراتيجيات لتنشيط (تفعيل) السلوك الاستعدادي	التجهيز ، كيفية عرض المعلومات ، تحسين الوعي الارشاد في كيفية اداء الفعل .
٦	الفاعلية الذاتية	ثقة المرء بقدرته على الفعل	التدريب ، والارشاد من خلال اداء الفعل

(p. 52 , ٢٠٠٢ , Glance) ويمكن هنا توضيح نظرية فاعلية الذات كجزء من

نظرية كلانس وبيان تضمينات النظرية لتتساق مع عرض الاطار النظري :

(٧) نظرية المعتقدات الصحية و فاعلية الذات :

لقد اقترحت نظرية فاعلية الذات وجود ثلاث عناصر معرفية تعد هي المكونات الاساسية في تحديد السلوكيات التي يشرع بها الافراد والى أي درجة يثابرون ويصمدون عندما تواجه جهودهم بعض العقبات وهذه المكونات هي :

أولاً / توقع الفاعلية Self Efficacy :

وهي قناعات الفرد بقدرته على القيام بسلوك معين يوصله الى نتائج محدودة كما ويفترض في فاعلية الذات ان تكون ذات تأثير قوي في السلوك وان تحدد مستويات الدافعية لدى الافراد كما تنعكس على التحديات التي يواجهونها والجهد الذي يبذلونه في صمودهم بوجه العقبات (Bandura , 1977 (A) , p.79) (الالوسي ، ٢٠٠١ ، ص. ٣٩)

ثانياً / توقع النتيجة (Outcome Expectancy) :

وهي قناعات الفرد المتعلقة بأحتمال ان يؤدي سلوكه الى نتائج محددة والمخطط (٣) يوضح الفرق بين توقعات الفاعلية الذاتية وتوقعات النتيجة. فالفرد الذي يعتقد ان الالتزام ببرنامج رياضي معين سيؤدي الى رفع اللياقة البدنية لديه سوف تكون لديه توقعات عالية فيما يخص السلوكيات في هذا البرنامج والنتائج المرغوب بها والتي قد تنتج الى ممارسة منتظمة في هذا البرنامج الرياضي .

المخطط (٣)

يوضح الفرق بين توقعات الفاعلية الذاتية وتوقعات النتيجة

الشخص

السلوك

النتيجة

--	--	--

توقع الفاعلية

توقع النتيجة

(Bandura , 1977 (A) , p.79) (الالوسي ، ٢٠٠١ ، ص. ٤٠)

ثالثا / قيمة النتائج Outcome Value :

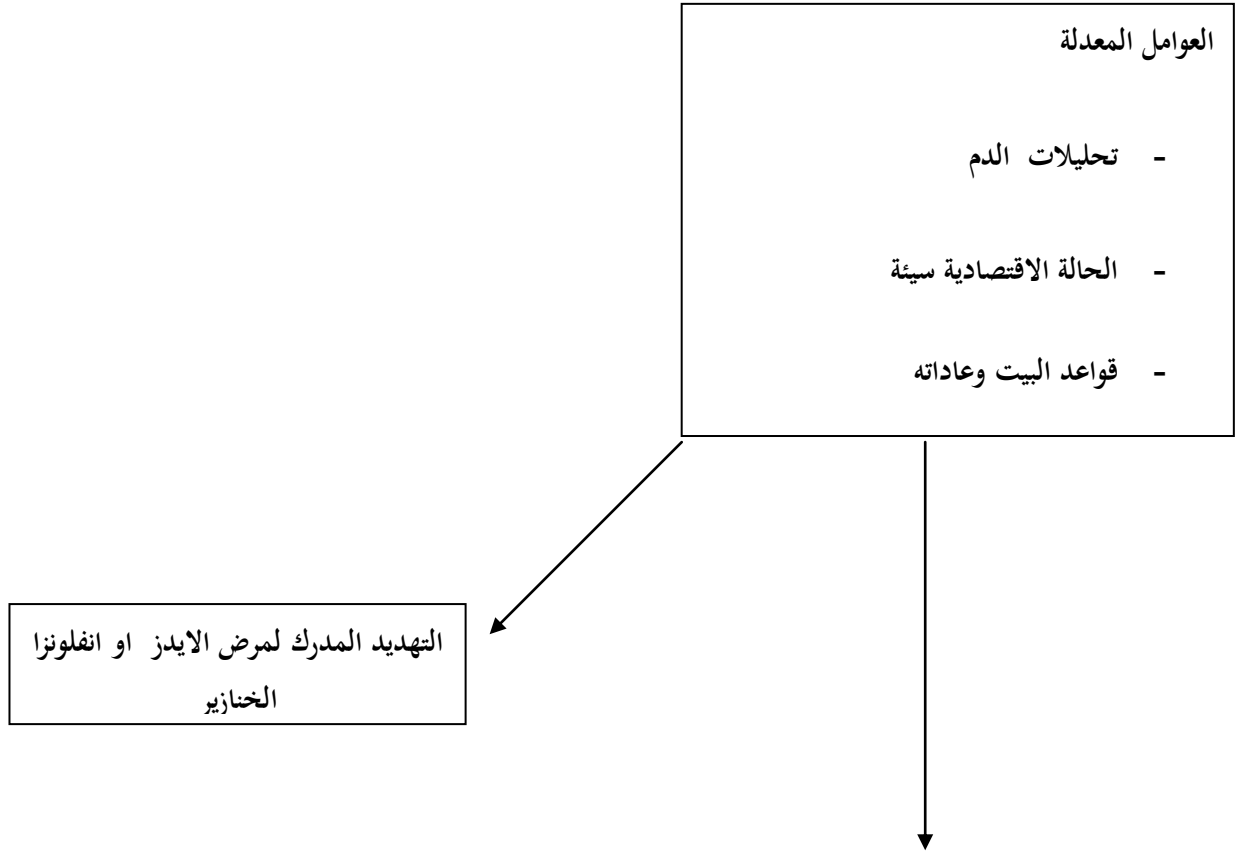
وهي القيمة الذاتية أو الأهمية التي يعطيها الفرد لنتائج معينة (Bandura, 1977 (A) , p.79) حيث إن النتيجة تؤثر في القرارات بشأن المبادرة بالسلوك فقبل أن يكون الفرد راغبا في العمل باتجاه غاية (هدف) ما ، ويمضي في العمل باتجاه تحقيقها عليه إن يقيم أو يرغب الآخرين في نتائج تلك الغاية ، والدراسات المتعددة حول ما يعرف بنظريات (القيمة المتوقعة Expectancy _ Value) أظهرت إن قيمة النتائج المحتملة للسلوك والتي تسمى أحيانا (القيمة التعزيزية) لها تأثير قوي في السلوك (الالوسي ، ٢٠٠١ ، ص. ٤٠)

٨) نظرية توقع القيمة Value Expectancy

رفضت نظرية توقع القيمة دور التعزيز في السلوك وأكدت على تأثيرات التقويم (Evaluation) من قبل الشخص واعتقدوا بأن فعل معين يؤدي إلى نتيجة معينة حسب رغبته وفي هذا ستتأثر السلوكيات برغبة الفرد لتفادي مرض ما او التعرض للإصابة به وهذا يجعل ثقة الفرد في إن تنفيذه للاحتياطات الصحية والتزامه بالإرشادات الصحية سيحقق الأهداف المتوقعة بمعنى آخر إن ادراكات الفرد هي التي تؤثر على السلوك وسياقاته وليس الواقع إن نموذج المعتقدات الصحية التعويضية . تعتمد على الإدراك الحسي والمفهوم المركزي هو (تهديد بالمرض) للإنسان وان جوهر المعتقدات الصحية التعويضية (HBM) هي إضافة جوانب ثقافية للمرض المدرك إضافة إلى شكل الثقافة في كيفية إدراكها للمرض (العلة) وجديته فمثلا التهديد المدرك لمرض (الايدز مثلا أو أنفلونزا الخنازير) إذا ماكان عاليا فأن إمكانية الإصابة المدركة عالية إذ ماأصابت جسم الإنسان وبالتالي جدية الحالة المدركة عالية والنتيجة (قيم التوقعات) هي الضعف والذبول يصبح واضحا والمخطط (٤) يوضح ذلك : (Hopkins ,2006, 32) .

المخطط (٤)

يبين توضيح لنظرية القيمة المتوقعة (إذا ما كانت امكانية الإصابة عالية)



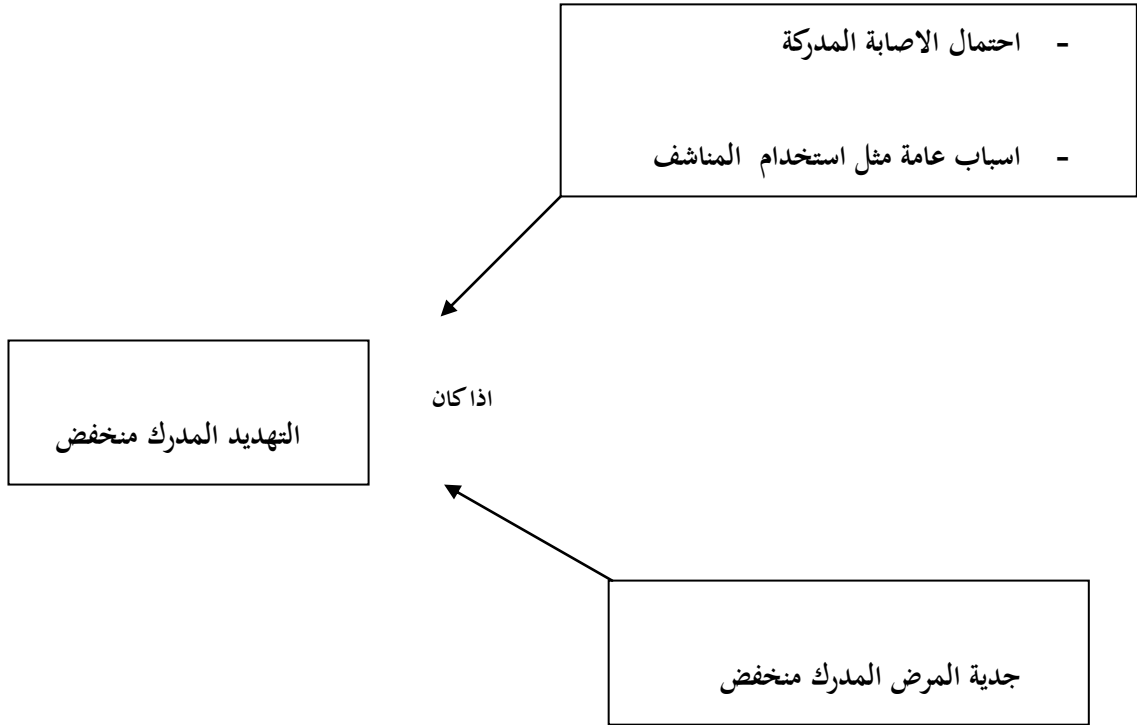
- امكانية الإصابة المدركة عالية قد أصابت الجسم بمعنى جدية الحالة المدركة عالية -
الضعف أصبح واضحاً

(Hopkins & Breieger , 2006 , p. 10)

أما إذا كان التهديد المدرك منخفض فاحتمال الإصابة المدركة قد تعتمد على الأسباب العامة التي تساعد على نشاط مرض الايدز أو أنفلونزا الخنازير وبالتالي فجدية المرض المدرك منخفضة مع قليل من أعراض أخرى . والمخطط (٥) يوضح ذلك .

المخطط (٥)

يبين توضيح لنظرية القيمة المتوقعة (إذا ما كانت إمكانية الإصابة منخفضة)



(Hopkins & Breieger , 2006 , p. 11)

٩) نظرية السلوك العقلاني / المنطقي او نظرية الفعل المعقول Theory Of Reasoned Action (TRA)

لاتركز هذه النظرية على السلوك نفسه وإنما تركز على تشكيل النوايا (تشكيلة المحددات الممكنة للنوايا السلوكية) وتتحدد مقاصد أو نوايا التصرف للتنبؤ بالسلوك من خلال عاملين هما :

(١) اتجاه الفرد نحو السلوك المشكوك فيه (الاتجاه الايجابي أو السلبي)
 (٢) المعايير الاجتماعية الموضوعية (Subjective Social Norms) أي من خلال ضغط التوقعات الناجم عن الاخرين الاعم .
 أما المعنى العام للنظرية فهو إن اتجاهاتنا نحو السلوك تتشكل بمعتقداتنا السلوكية وهي محصلة إلى :

- (١) معتقداتنا عن النتائج المتوقعة من إجراء السلوك .
 - (٢) معتقداتنا عن قيمة وأهمية هذه النتائج .
- وكذلك معاييرنا الاجتماعية = الضغوط الاجتماعية والتي هي محصلة عاملين :

(١) اعتقاد الفرد عن وجهة نظر المقربين في إجراءه للسلوك

(تشجيع أم رفض)

(٢) رغبة الفرد في الارتباط بهؤلاء المقربين (عبد الجواد ، ٢٠٠٩ ، ص. ١ - ٢٧)

وبمعنى اخر تشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه ونحو التقييمات ، اما القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب اشخاص او مجموعات الاطار المرجعي للشخص ، ومن اجل تعديل الاتجاهات او المعيار الشخصي وبالتالي تعديل النوايا واخيرا السلوك لابد في البداية من تعديل القناعات وفي تطوير اخر لاجزين (Ajzeen ,1985, 1988) اضيفت " القابلية الذاتية لضبط الصرف " الى النموذج والتي يقصد بها القناعة بقدرة الشخص على ان يقوم بالفعل بتصرف ما (رضوان ، ٢٠٠٩ ، ص. ٤٣) .

وهنا يبرز سؤال مهم هو متى يصعب علينا تغيير تلك المعتقدات وخصوصا معتقداتنا الصحية والجواب إذا كانت مايلى :-

(أ) إذا كان الشعور بالمعتقد معززا : الشعور المعزز للمعتقد إذا كان كثيفا وكبيرا ... فالشعور يزيد من ثبات المعتقد فإذا كان الشخص يعتقد بشئ ما ثم يرافق هذا المعتقد شعور يؤيده فإنه يصعب بعد ذلك تغيير ذلك المعتقد .

(ب) إذا كان الشعور بالمعتقد محدودا : أي غير متشعب وغير متنوع ولامعتم ... وإنما محدود وقصير فمثلا اعتقادي في ابني انه يحفظ جيدا أقوى من اعتقادي في إن أبنائي كلهم أذكياء .

(ج) إذا كان المعتقد موافق للتوقع : فلو كنت أتوقع شيئا محددًا ثم يظهر لي فجأة معتقد يوافق هذا التوقع فساكون أكثر تمسكا بهذا المعتقد وأضعف تصديقي له .

(د) إذا كان المعتقد عبارة عن إضافات شخصية : والمقصود هنا أن أضيف على معتقدي إضافة من عندي ... فمثلا لو اعتقدت في ان في السفر للخارج مدعاة للوقوع في الاخطاء الغير مسؤولةثم اضفت ان السفر للخارج يولد تلبدا في الاحاسيس ... فسيكون المعتقد الاصلي هو ان السفر مدعاة للوقوع في الاخطاء اكثر ثباتا واوى رسوخا (الشهراني ، ٢٠٠٧ ، ص. ٢٧٦) .

(هـ) إذا كان الشعور بالمعتقد تعزيز واقعي : أي المعتقد الذي تعززه المواقف فيصبح صعب التغيير فأعتقادي السابق بأن السفر مدعاة للوقوع في الخطأ لو عززه موقف رأيته وسمعته فسيجعل هذا المعتقد قويا جدا يصعب تغييره .

(و) إذا كان المعتقد ذي دلالة ذاتية : أي ان هذا المعتقد يدل على نفس الشخص ... فمعتقدي اذا وافق شخصيتي وطباعي فسيبقى راسخا فالشخص العصبي الذي يؤمن إن الشدة تربي الأطفال ستجعله يؤمن بمعتقد يخص الشدة على الأطفال .. فكيف

ينافي معتقد يدل على شخصيته وكذلك اذا كان المعتقد يوافق الشخصية الدينية فلا اظن شخصا مسلما يخالف معتقداته الدينية الراسخة .

(س) اذا كانت المعتقدات معززة : أي اذا لديك معتقد معين في اتجاه معين ثم كان لديك اعتقادات اخرى ولكنها تعزز هذا المعتقد فسيكون هذا المعتقد صعب التغيير ... فمثلا شخص مقتنع بأن الشباب غير صالح للعمل في الشركات ونجد انه يملك معتقدات اخرى مثل اعتقاده ان الشركات تحتاج النظام كي تنتج اكثر ولديه اعتقاد ان الشباب يحب النوم فهذان المعتقدان يعززان المعتقد الاول .

(ح) اذا كان المعتقد يخدم المصلحة الشخصية : ان المعتقد الذي يخدم مصلحة الشخص الشخصية يكون معتقدا راسخا ثابتا لا يتزعزع الا بتزعزع المصلحة ذاتها وهذا صعب جدا ... فلو كنت بائعا للقماش وسعر القماش ارتفع فذلك سيخدمني لاني بائع اريد ان اربح ؟ وسيكون المعتقد القائل ان البائع يحق له ان يرفع السعر مع ارتفاعه في الاسواق ... وسيكون معتقدا جازما لا افكر يوما في تغييره الا اذا تركت البيع والتجاره وصرت مشتريا (الشهراني ، ٢٠٠٧ ، ص. ٢٧٦) .

١٠) نظرية السلوك المقصود Theory of Planned Behavior :

مع ان المعتقدات الصحية تساعدنا _ إلى حد ما _ في فهم متى يقوم الناس بتغيير عاداتهم الصحية إلا ان علماء النفس الصحي يركزون اهتمامهم باستمرار على تحليل السلوك والنظرية التي تحاول ان تربط الاتجاهات الصحية بشكل مباشر بالسلوك هي نظرية السلوك المقصود " اجزين ومادين" (Ajzeen & Madden, 1986) وبناء على هذه النظرية فأن السلوك الصحي هو النتيجة

المباشرة للنوايا السلوكية (Behavioral Intentions) ، التي تتشكل من ثلاث مكونات هي :

١) الاتجاهات التي يحملها الفرد تجاه افعال محددة (تستند الى المعتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك والتقييمات لهذه النواتج) .

٢) المعايير الذاتية تجاه الفعل وترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون ان عليه القيام به (المعتقدات المعيارية) وبدافعيته لهذه المرجعيات المعيارية .

٣) الضبط السلوكي المدرك (وهو ما يحدث عندما يحتاج الفرد الى الشعور بأنه قادر على اداء الفعل المطلوب وان السلوك المتبع سيعقق النتيجة المرجوة . (تايلور ، ٢٠٠٨ ، ص. ١٤٧) .

١١) تغيير السلوكيات الضارة بالصحة من خلال نظرية الهندسة الاجتماعية Social Engineering

ان الكثير من التغيير في السلوك لا يحدث من خلال استخدام برامج تغيير السلوك ولكن من خلال الهندسة الاجتماعية والتي تتضمن تعديل البيئة بطرق تؤثر في قابلية الناس لممارسة سلوك صحي وتسمى هذه الاجراءات ب(السلبية Passive) لانها لا تتطلب قيام الفرد بسلوك معين مثلا يعد استخدام حزام الامان في القيادة اجراءا ايجابيا لان على الفرد القيام به للوقاية من التعرض

للإصابة الناجمة عن حوادث السيارات في حين ان الوسائد الهوائية (Airbags) التي تنتفخ بشكل اوتوماتيكي بالهواء لدى حدوث الحوادث تمثل اجراء سلبيا ، كما ان كثيرا من السلوكيات الصحية يتقرر حدوثها بفعل الهندسة الاجتماعية فالحظر الذي يفرض على تعاطي بعض انواع المخدرات مثل : الهيروين والكوكايين وتنظيم عمليات التخلص من الفضلات السامة هي امثلة على المعايير الصحية التي شرعت عن طريق القوانين ، ان التدخين وتعاطي الكحول هي من الامور المحظورة قانونيا في ظروف معينة وعلى مجموعات عمرية معينة .

في احيان كثيرة تكون الحلول التي تقدمها الهندسة الاجتماعية للمشاكل الصحية اكثر نجاحا من الحلول الفردية فمثلا _مسألة تنقية المياه _ فقد نستطيع ان نغرس عادات تنقية المياه لدى الافراد عن طريق تصميم نظام تدخل يهدف الى التأثير في الاتجاهات والسلوك لاقتناع الناس بغلي المياه التي يستخدمونها علما بان تنقية المياه في مصادرها هو حل افضل (L.s. Robertson 1975,) وقد نتدخل من خلال توجيه الوالدين الى جعلهما يقومان باتخاذ الاجراءات الكفيلة بتقليل وقوع الحوادث في البيت ولكن اتباع طريقة في وضع الادوية في عبوات امانة وصنع ملابس الاطفال من مواد غير قابلة للاشتعال تمثل حولا اكثر نجاحا (Fielding ,1978) كما يؤدي تقليل معدل السرعة المسموح به في قيادة المركبات الى نتائج افضل بكثير في تخفيف الوفيات والاعاقات الناجمة عن حوادث المركبات من مجرد التدخل لجعل الناس يغيرون عاداتهم في القيادة وزيادة العمر المسموح به لتناول الكحول من ١٨ _ ٢١ عاما يحقق نجاحا اكبر في التقليل من معدلات الوفيات الناجمة عن حوادث السيارات مقارنة بما يمكن ان تؤديه البرامج المصممة لمساعدة السائق الذي يقود تحت تأثير الكحول (Ashley & Rankin 1988) .

ومن طرق الهندسة الاجتماعية الحديثة نسبيا التي تهدف الى تحسين العادات الصحية تلك التي تستخدم وسائل الاعلام الترفيهية لايضاح الممارسات الجيدة ، اذ تبين ان المسلسلات التي تعالج مشكلات اجتماعية (Soap operas) كانت اكثر نجاحا من المحاضرات والنشرات في التأثير في الناس لتغيير عاداتهم الصحية في كثير من البلدان وبشكل خاص في البلدان النامية ، وقد وجد الباحثون ميلا اكبر الى التغيير لدى اولئك الذين يشاهدون نجومهم المفضلين في المسلسلات التلفزيونية يمارسون عادات صحية (Williams,2001) وبالطبع فان هناك حدودا للاعتماد على وسائل الاعلام في تغيير السلوك ولكن استخدام المسلسلات التلفزيونية في مواجهة مشكلات معينة مثل مشكلة الحمل بين المراهقات ، ومرض فقدان المناعة المكتسبة (AIDS) حقق بعض النجاح

في التخفيف من المشكلة .

(تايلور ، ٢٠٠٨ ، ص. ١٧٩_١٨٠) .

ثانيا / التنظيم الذاتي الصحي Self Regulation Healthy

المفهوم العادي للتنظيم الذاتي Self Regulation في الحياة اليومية انه دافعية الأفراد ليقرروا الشئ الذي يريدونه والذي لايملكونه حاليا ، حيث يقررون الشئ الذي هم بحاجة إلى

القيام به وذلك للحصول على أهدافهم (الموسوي ، ٢٠٠٩ ، ص. ٦٦) فعندما يباشر الأفراد شؤونهم اليومية فأنهم يشغلون أنفسهم بنوعين من المهمات :

(١) يقيمون ما يريدون انجازه وكيف يواصلون العمل به بأفضل وجه .

(٢) يقارنوا لكي ينتقلوا باتجاه اهدافهم القائمة على نتائج هذه التقييمات

وهذا يعكس وظيفتين اساسيتين (اولاهما) ان الأفراد يقيمون كل من الاهداف والوسائل المختلفة لأجل تتبعها للوصول الى الهدف و(ثانيهما) ان الأفراد ينتقلون ويتحركون من حالتهم الراهنة في مقارنة بعض حالات متابعة هدف مع بعض النشاطات يتم جعلها روتينية الى درجة انها لا تتطلب أي تقييم اطلاقاً مثل تنظيف الاسنان الاستجابة لتحية ، الهرولة ، تشغيل محرك السيارة.....الخ

هذه النشاطات تتضمن تنقلاً خالصاً ، في نشاطات أخرى على العكس فالتقييم يلعب دوراً أساسياً مثلاً عمل تنقل في جولة شطرنج ، اتخاذ قرار بشأن شراء بيت ، التداول في الحكم في قضية محكمة الخ ، تؤكد معظم نظريات التنظيم الذاتي على الارتباط الفطري للتنظيم الذاتي مع الأهداف ، فالهدف يعكس غرض الفرد ويشير الى كمية ونوعية ونسبة الأداء ، ويتضمن وضع الهدف (Goal setting) تكوين معيار او غاية العمل كهدف لأفعال الفرد ، فالأهداف موجودة ضمناً عبر المراحل المختلفة للتنظيم الذاتي وهي (التروي Forethought) النظر في العواقب وضع هدف وتقرير إستراتيجيات الهدف ضبط الأداء Performance control) توظيف الأفعال الموجهة نحو الهدف ومراقبة الأداء) ، وتأمل الذات او انعكاس الذات (Self _ reflection) (تقييم تقدم هدف) الفرد وتكييف الاستراتيجيات لضمان النجاح (الموسوي ، ٢٠٠٩ ، ص. ٦٨) .

فالغرض من التنظيم الذاتي هو تقليل التنافر بين الحالة الراهنة والحالة النهائية المرغوبة فهو يتضمن كلا من الحركة باتجاه الحالة النهائية المرغوبة وتحديد مدى التنافر بين الحالة الراهنة والحالة النهائية المرغوبة فالتقييم والتنقل يشكلان سوية جزء ومجموعة اجزاء من اي نشاط للتنظيم الذاتي كما هو الحال في المفهوم اليومي ، يعد التقييم والتنقل كجزئين متلازمين للتنظيم الذاتي الكلي وتعاملهما على انهما معتمدان على بعضهما وظيفياً ، ولهذا عندما تزداد الدافعية فأن كلا من التقييم والتنقل يزداد في حدته محدثاً ترابطاً ايجابياً بينهما وعلى الرغم من حدوث هذه الترابطات الايجابية (Kruglanski et al 2000,p.794) .

النظريات التي تناولت التنظيم الذاتي الصحي : _

اولا / نظرية التقييم (المقارنة) (التنقل) (الاختيار) :

يشير كل من كروكلانسكي و (هيكنز وبيرو ٢٠٠٣ Kruglanski , Higgins & Pierro) ان التقييم والتنقل يمكن ان يعمل كآساليب او توجهات مستقلة يمكن ان تكون متباينة لدى الأفراد وفي مواقف مختلفة ، من المفيد ان نأخذ بالحسبان كيف يندمج كل من التقييم والتنقل كتوجهات دافعية واضحة لها تأثيراتها المستقلة الخاصة على الدافعية بشكل

أكثر عمومية ، فالتقييم والتنقل يحتاجان لأن يدرسا على انهما مبادئ دافعية مفصلة اساسا ، اذ ان طبيعة ونتائج متابعة الهدف ذاته تتنوع اعتمادا على أي منهما هو المسيطر على اية حال فأن التقييم بحد ذاته غير كاف يحتاج الفرد ان يثب (تنقل) بعد ان يرى ان توجيه الموارد الجسمية والعقلية يتطلب الاستهلال بالفعل او النشاط الذي يخفف التنافر بين الحالة الراهنة والحالة النهائية المرغوبة ويحافظ او يبقى عليها (الموسوي ، ٢٠٠٩ ، ص . ٦٩) .

(٢) انموذج روبيكون (Rubicon model)

الاستشارة مقابل التنفيذ (Deliberation versus implementation):

ان انموذج روبيكون (Rubicon) اكد على اطوار (مراحل) الفعل في السلوك الموجه نحو الهدف ويتخذ شكل منظور مؤقت لمسار الفعل ويقترح ان ظواهر التنظيم الذاتي المختلفة ترتبط مع كل مرحلة من مراحل الفعل وقد ميز (روبيكون) بين الوظيفة الاستشارية (deliberation function) للبدء والالتزام بتحقيق تفضيل معين او رغبة ما والتي تشكل مغزى الهدف (Goal intention) .

وبين الوظيفة التنفيذية (Implemental function) للتخطيط والتزام الفرد ذاته بمسار خاص للفعل من اجل تحقيق الرغبة التي تشكل الهدف السلوكي (Behavioral intention) . وهو يرى ان اوضاع الدماغ نستطيع التاكيد سواء على الوظيفة الاستشارية او الوظيفية التنفيذية (Kruglanski et al ,2000,p.794) .

يجب أن نلاحظ إن اعتبارات التقييم والتنقل تستطيع أن تلعب دورا في كل من عمليتي التشاور والتنفيذ ، فالتشاور يتضمن مقارنة وتقييم أهداف بديلة والتنفيذ يتضمن مقارنة وتقييم وسائل وخطط بديلة لهذا هناك اعتبارات (تقييم) في كل مرحلة ، وكل مرحلة تحتاج إلى أن يتم البدء والمحافظة على التقدم من اجل الوصول إلى مقصد الهدف و (التشاور) أو الوصول إلى المغزى السلوكي و ثم (التنفيذ) (Kruglanski et al ,2000,p.794) .

(٣) انموذج كول (Kuhl model 1985):

توجهات الفعل مقابل توجهات الحالة (Action versus state orientations):

إن فكرة وظائف التنظيم الذاتي المميزة قد وجدت تأكيدا تفاضليا أيضا في تمييز كول (Kuhl) الذي رأى إن تركيب الفعل المقصود المتطور بشكل تام يتضمن علاقة تمثيلية بين الحالة الراهنة وحالة مستقبلية مرغوبة وبدائل الفعل التي ربما تنقل الحالة الراهنة إلى الحالة المستقبلية ، والتزام الفعل بأداء الفعل المقصود تحت ظروف موقفية محددة حيث إن الأفراد يكون لديه توجه الفعل (Action_ orientation) عندما يركزون انتباههم على مثل بناء الفعل المتطور بشكل تام هذا على نقيض الأفراد الذين يكون لديهم توجه الحالة (State _ orientation) عندما يواظبون على حالة محددة مثل حالة حاضرة (موجودة) ، حالة قديمة او حالة مستقبلية .

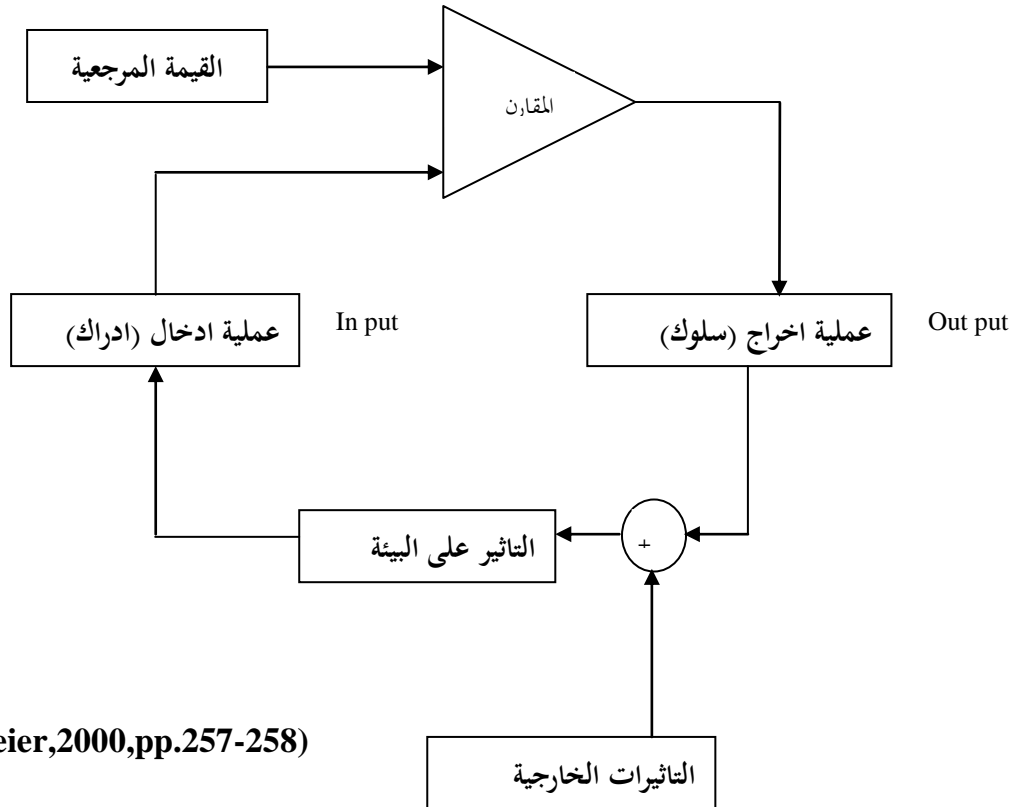
او عندما يكون هناك غياب لاي ادراك مترابط كما في حالة الشرود الذهني وعندما يكون للأفراد توجهات الحالة فإن بناء الفعل المقصود يتم تمثيله قليلا او لا يتم تمثيله مطلقا ، الى المدى الذي عنده يكون للأفراد توجهات الحالة فأنهم يمثلون جزء فقط من تركيب السلوك المقصود لهذا فالأفراد ذوي توجهات الحالة يكونون فاقدي توجه الفعل (Kruglanski et al) . (2000,p.794).

٤ (نظرية الضبط ١٩٩٨) (Control theory) :

هذه النظرية في التنظيم الذاتي ركزت على العمليات القائمة على التغذية الراجعة التي من خلالها ينظم الأفراد أفعالهم ذاتيا لتقليل التنافر بين الأعمال الفعلية والأعمال المرغوبة او المقصودة وطبقا لكارفر وسكاير (Scheier2000& Carver) فأن السلوك المقصود فسر على انه يعكس ضبط التغذية الراجعة فعندما يتحرك الأفراد (ماديا او نفسيا) تجاه الاهداف فأنهم يظهرن عمليات التغذية الراجعة لتقليل التنافر السلبي ، ان الأفراد يلاحظون على نحو دوري الخصائص التي يجسدونها في سلوكهم (عملية ادخال Input function) ، ويقارنون هذه المدركات مع قيم مرجعية بارزة اذا اشارت المقارنات الى تباين بين القيم المرجعية والحالة الراهنة (بمعنى بين خصائص السلوك المقصود والسلوك الفعلي) .

فالأفراد يكتفون سلوكهم (عملية اخراج Output function) ليكون قريبا جدا من القيمة المرجعية والمخطط (٦ يوضح ذلك (Caver& Scheier2000 p. 257) الموسوي ، ٢٠٠٩ ، ص. ٧٦)

المخطط (٦) يوضح دور العمليات في نظرية الضبط طبقا للتنظيم الذاتي الصحي



(Carver&Scheier,2000,pp.257-258)

٥ (التنظيم الهرمي للسلوك (Organization Of Behavior Hierarchical)) :

تشير نظرية التنظيم الذاتي الى ان السلوك ينظم هرميا بشروط عملية الضبط فان نتيجة نظام التغذية الراجعة (النظام الذي يوجه السلوك عند مستوى الاهتمامات الراهنة) هي اعادة ترتيب القيم المرجعية عند المستوى الادنى التالي من التجريد ، ان التنظيم الهرمي يبين ثلاث مستويات عليا من الضبط ، يظهر المستوى الاعلى (الذي يسمى مفهوم النظام يتضمن قيم معينة مثل الاحساس الشامل بالذات المثالية على الرغم من ان الذات هي ليست القيمة المرجعية الوحيدة عند هذا المستوى ولكنها تزودنا بتوضيح حدسي لنوع الخاصية التي تحدث هنا وربما هي القيمة الأكثر استخداما عند هذا المستوى .

القيم المرجعية عند هذا المستوى تكون مجردة ويصعب تعريفها ، كيف يقلل الافراد التباين بين سلوكهم ومثل هذه الخصائص المجردة ؟ وماهي المخرجات السلوكية الموجودة ضمنا ؟ الجواب الذي اقترحه باورز (Powers, 1973) هو ان المخرجات السلوكية لهذا النظام عالي الرتبة تتكون من تزويد قيم مرجعية عند المستوى الادنى التالي والذي يسمى مستوى التحكم بالمبادئ لهذا الناس يتصرفون ليكونوا مثلما يريدون او مثلما يتوجب ان يكونوا عن طريق تبني أي واحدة من المبادئ الارشادية التي تكون موجودة ضمنا في الذات المثالية التي يطمحون اليها (مقومات الذات المثالية التي يطمح لها الافراد واي واحدة من المبادئ المتضمنة ستكون مختلفة بشكل واضح من فرد لآخر) .

المبادئ تبدأ بتزويد بعض اشكال السلوك ، المبادئ هي اكثر اوجه السلوك تجريدا والتي لها اسماء في لغتنا وفي حياتنا اليومية مثل الصدق ، المسؤولية ، النفعية . وهي ليست محددات للأفعال ولكن للخصائص التي يمكن أن تظهر بوضوح في أفعال مختلفة ، الأفراد لا يقومون بعمل (الاستقامة والمسؤولية أو الاقتصاد) وبدلا من ذلك يظهرون واحدة أو أكثر من هذه الخصائص وهم يقومون بنشاطات ملموسة تسمى برامج ، هذه النشاطات المبادئ تؤثر في مستوى البرنامج عن طريق تأثيرها في أي البرامج تحدث كقيم مرجعية أساسية وأيضا عن طريق التأثير على الخيارات التي يتم عملها ضمن البرامج (Caver & Scheier 2000 p. 257) .

٦ (نظرية الموارد التنظيمية لشرودر وريشك (Schroeder & Reschke 1992))

يقصد بالموارد التنظيمية " الظروف الموقفية التي يعدل وينمي ضمنها الفرد قدراته الفردية (موارده) من خلال المواجهة الفاعلة له مع الإمكانيات القائمة " وتعتمد على :-
(١) ضبط الموقف (٢) الدعم الاجتماعي .

اما ضبط الموقف فيعبر عن كل انماط السلوك التي يمكن تصنيفها تحت الحاجة الانسانية الاساسية لان تكون الاحداث في محيط الفرد شفافة ومفهومة ومسيطر عليها ، واما الدعم

الاجتماعي فيمكن تعريفه عموماً بأنه التعامل او التفاعل الحاصل للموارد بين اعضاء شبكة اجتماعية ماهدف الحفاظ المتبادل على الاحساس بالعافية وتحسينه ويمكن للدعم الاجتماعي ان يمتلك وظيفة ايجابية بالنسبة للتغلب على الارهاق وللوقاية من الامراض واضطرابات الاحساس بالعافية وبالنسبة للحفاظ على الصحة (Schroeder & Reschke, 1992, p.48)

٧) نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي Social Cognitive Theory :

تشير النظرية بان احدى الوظائف الرئيسية للتفكير هي تمكين الافراد من التنبؤ او توقع الاحداث وان تطور طرقاً جديدة للتحكم بتلك الاحداث التي تؤثر على حياتهم اليومية والمستقبلية والصحية حيث ان الافكار واعتقاداتهم حول انفسهم تؤثر على تحكمهم وادارتهم للمواقف .

وقد أظهرت النظرية العديد من العوامل الاجتماعية والمعرفية التي تؤثر على التعلم بالملاحظة حيث شملت القدرة على استخدام الرموز والاندماج في الأداء القصدي والهادف واشتملت على تأثير وسائل الإعلام على القيم والاتجاهات والنماذج السلوكية للمراقبين ، وقد أصبحت النظرية في الثمانينات تركز على مفهوم (الفعالية الذاتية وتنظيم الذات _ Self regulation learning) ويشير مفهوم التنظيم الذاتي إلى اعتقادات الأفراد التي يطورونها عن قدراتهم في النجاح في المهمات التي تتطلب اداءات أو تحصيل تضم عناصر غريبة أو غير مألوفاً ، ويشير المفهوم إلى :-

(١) أن جهود الفرد في تنظيم ورفع العوامل العاطفية والمعرفية لاستغلال البيئة .

(٢) مراقبة الذات Self monitoring

(٣) اصدار الحكم الذاتي Self _ judgment (Bandura , 1993, pp. 47_ 198)

ويشير باندورا (Bandura , 1977) بان الافراد يتعلمون الاتجاهات السلبية والايجابية نحو الاشياء ومنها الصحة والتي تتحدد بعناصر منها :-

(١) النموذج الذي يعرض سلوكاً ما .

(٢) السلوك الذي يعرضه النموذج (المحتوى) .

(٣) الملاحظ الذي يلاحظ كل سلوك النموذج .

(٤) نتائج السلوك البديلي (مكافاة او عقاب) .

وقد اشار باندورا بان العمليات الذهنية المعرفية هي عمليات خفية ذهنية لاتظهر الاداء مباشرة وتتضمن استدخال صور ، اداءات ، افكار ، حركات او مهارات او انفعالات ممثلة لاتجاهات ايجابية او سلبية نحو الاشياء الموجودة في البيئة ، فالعمليات المعرفية للاحداث وامكانية تحقيق النتائج التي تصل الفجوة بين السوك الصحي والنتائج التي يترتب عليها ، فالمعرفة بسوء الصحة واعتلالها والتي تكون بمثابة عدم الاهتمام بالصحة يعد مثيراً ومعجلاً للفرد ليستمر من اجل حماية صحته ، والنقطة المهمة هي ان تنظيم السلوك

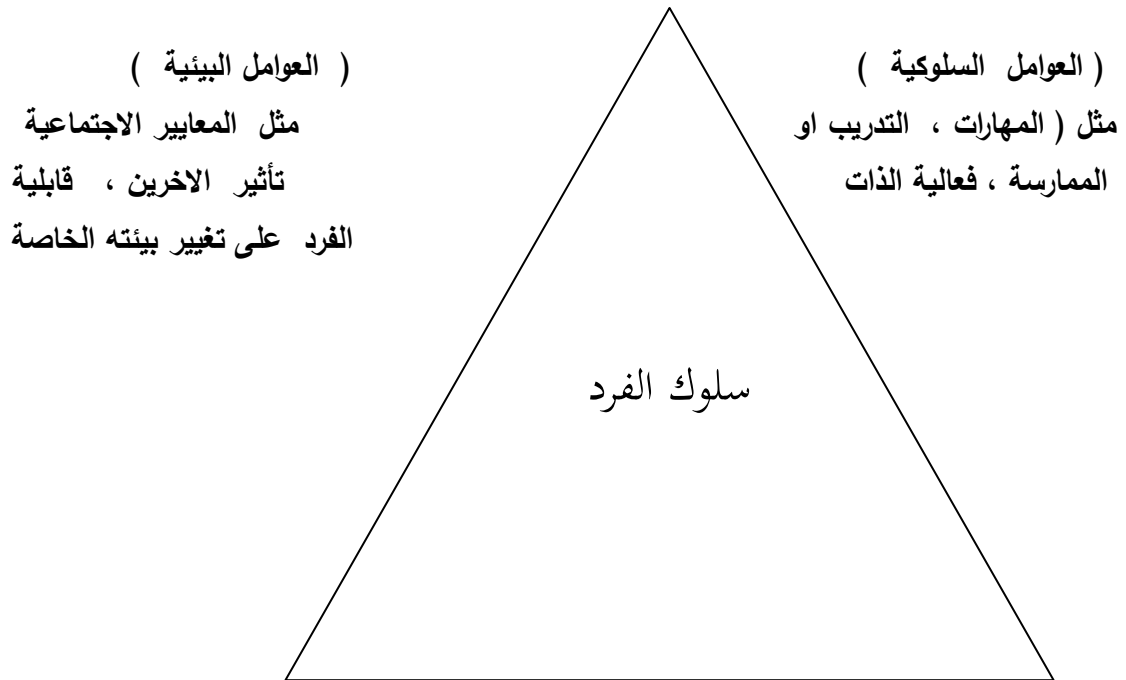
الصحي يوجه بواسطة عمليات معرفية وليس من خلال التعزيز المشكل بالخبرة
(Bandura , 1993, pp. 117_ 148) .

وقد ذكرت (عبد الجواد ، ٢٠٠٩) ان العوامل المعرفية ، والسلوكية ، والبيئية هي نتاج عملية
التعلم الاجتماعي وان هناك عدة عوامل تؤثر في تعلم الفرد للمعتقدات الصحية التعويضية
والشكل (١) يوضح ذلك .

الشكل (١) يوضح العوامل التي تؤثر في تعلم الفرد للمعتقدات الصحية التعويضية حسب نظرية
التعلم الاجتماعي

العوامل المعرفية

(وتدعى ايضا العوامل الشخصية) مثل (المعرفة ، التوقعات ، الاتجاهات)



(عبد الجواد ، ٢٠٠٩ ، ص. ٢٤)

الدراسات السابقة(٦) دراسة كاواش (Kawash et al 1980):

استهدفت هذه الدراسة ايجاد العلاقة بين نموذج المعتقدات الصحية والشخصية ولأجل تحقيق هذا الهدف تم اختيار (195) رجل بمتوسط عمر (38) سنة يعملون في مهن تتطلب منهم جلوسا مستمرا (وهذا مايزيد _ احصائيا _ من احتمال اصابهم بأمراض الاوعية القلبية) .

اجاب الافراد على استبيان نموذج المعتقدات الصحية الذي يقيس الدرجة التي يشعرون بها بانهم معرضون الى الاصابة بامراض الاوعية القلبية ، وتوقعاتهم للشدة التي يمكن ان تكون بها نوبة قلبية ما قد يتعرضون لها . ، وادراكهم للفوائد التي قد تجنى من الانخراط في سلوك وقائي خاص .

وتم حساب ارتباط هذه المجالات الثلاث من نموذج المعتقدات الصحية مع السمات المصدرية الشخصية الستة عشر وظهرت النتائج ان (٨) من العوامل الستة عشر قد لاستبيان عوامل النموذج وخمس منها تعود الى احد عوامل المرتبة الثانية الا وهو القلق اذ ارتبطت بمجالات منها تبين ان لابعاد القلق ميل واضح للارتباط مع قابلية التعرف المدركة والشدة المدركة ، اما مجال ارتباط مع عامل مقاوم (Kawash et al ,1980,pp. 219) . الفوائد المدركة فقد كان له التغيير - مجرب)

(١) دراسة لواردل واخرين (Wardle , et al ., 1997):

درس سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الاوربيين باستخدام استبيان السلوك الصحي الى عينة لواردل اشتملت على اكثر من (١٦٠٠٠) طالبا وطالبة من (٢١) بلد اوروبي بلغت اعمارها بين (١٩_٢٩) سنة بمتوسط مقداره (٣ ، ٢١) سنة ، وظهرت الارتباطات الاحادية المتغير لعادات الحمية الصحية وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس والوزن والحالة الاجتماعية الحمية الصحية والمعارف الغذائية ، Locus Of وقناعات (والقناعات الغذائية الصحية ومركز الضبط

بشكل دال مع ممارسة العادات الغذائية الصحية رضوان ، ٢٠٠٧ ، ص. ٢١)

(٧) دراسة ادمز وسكوت (Scott , Adams 2000):

استهدفت الدراسة الكشف عن دور نموذج المعتقد الصحي في التنبؤ بأحد السلوكيات الصحية المهمة وهو الالتزام بتناول الادوية الموصوفة لدى عينة من الاشخاص من الذين يعانون من اضطرابات عقلية حادة ، واستخدمت لهذا الغرض ست ادوات تمتعت بالصدق والثبات ، واستخدمت لقياس كل مكون من مكونات نموذج المعتقد الصحي وكذلك الالتزام بتناول الادوية لدى (٣٩) فرد يتلقون العلاج في المستشفى (٢٧) يعانون من اضطرابات وجدانية ، و(١٢) منهم من الفصام . اظهرت النتائج ان الافراد الاكثر التزاما او الملتزمين جزئيا يختلفون بفرق دال احصائيا في

ادراكهم لشدة المرض ومعتقداتهم الصحي بشأن امكانية السيطرة على الاضطراب واهتمامهم بما بعد الاستشفاء وهكذا فإن مكونين من مكونات النموذج (الشدة المدركة والفوائد المدركة) قد فسرت (٤٣ %) من التباين في سلوك الالتزام بتناول الادوية . (Adams , 2000,p. 419) -

٢ (دراسة الغور 2001 Algower) :

درس الاعراض الاكتئابية والدعم الاجتماعي والسلوك الشخصي لدى عينة قوامها (٢٠٩١) طالب ذكر و(٨٤٣٨) طالبة انثى من طلاب الجامعة باستخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الدعم الاجتماعي وتسعة ابعاد من مقياس السلوك الصحي ، وقد اخذ البلد والعمر في هذه الدراسة، وقد ارتبطت الاعراض الاكتئابية بشكل دال مع نقص النشاطات الجسدية وعدم تناول الفطور وعدم انتظام ساعات النوم وعدم استخدام حزام الامان عند كل من الذكور والاناث ، وارتبط الاكتئاب بشكل دال عند النساء مع عدم استخدام كريمات الوقاية من الشمس والتدخين وعدم تناول طعام الفطور ، اما الدعم الاجتماعي المنخفض فقد ارتبط مع الامان في السيارة ويحتمل ان تكون هناك علاقة سببية متبادلة بين السلوك الصحي والمزاج الاكتئابي (رضوان ، ٢٠٠٧ ، ص. ٢٠)

٣ (دراسة فنتون & اوكرفي 2003 Fenton & Ocreevy) :

التنظيم الذاتي (SRHT) : هي نظرية في ادارة الصحة الجسمية فعندما يأتي المريض الى الطبيب الصحي وينفذ الوصفة الطبية بطريقة فعالة وهذه العملية تعمل وفق مراحل عدة وهي :

١) وفق هذه الدراسة ان يراقب المريض سلوكه الصحي فإذا تحسن فإنه يزيد من الاستمرار في السلوك التنظيمي .

٢) يحتاج المريض الى رصد النتائج من اجل تقييم الآثار والتحقق من وجود تغيرات في الصحة . وفق هذه الدراسة ظهر هناك مايسمى ب(التحيز المعرفي في السيطرة) حيث إن الناس تحركهم دوافع داخلية لممارسة السيطرة على البيئة وإحدى هذه الإستراتيجيات هو التصدي الدفاعي إشباعاً لأوهام السيطرة ، أما العامل الأخر للوصول إلى الصحة الشخصية هو اتصال الفرد مع آخرين لهم معرفة في المرض للتعرف وتقييم المخاطر التي ينطوي عليها المرض أي جعل الآخرين مصدر للمعلومات بالنسبة له (المقارنة الاجتماعية) لتقييم المرض وتعديل سلوك الفرد الصحي وتنظيمه لها .

(Fenton & Ocreevy , 2003 , pp. 53 _ 68)

٤ (دراسة كنوير & رابياو & كوهين ٢٠٠٤ Knouper & Rabiau & Cohen) :

طبقت هذه الدراسة على مقياس سايكومتري للمعتقدات الصحية التعويضية (Compensatory Health Beliefs Scale) على عينة بلغت (٢ _ ٣) طالب لكل (١٠) طلاب ، تضمنت الاستبانة (١٧) فقرة قائمة بالمعتقدات الصحية التي يمكن للمرء أن يؤمن بها على صعيد مزيد من الصحة مقابل قائمة بالمعتقدات التعويضية في حالة منع المرض من التسلسل لحياته ، وطلب من افراد العينة قراءة الجمل كل على حدة ، بدقة وعناية وإخبار القائمين عليها عن مقدار الاتفاق أو عدمه مع صحة المعتقد وتعويضه ، والاستجابات كانت (لاوافق كلياً ،

لاوافق بعض الشيء ، على حياد ، أوافق بعض الشيء ، أوافق بكل معنى الكلمة) وقد بينت النتائج إن المقياس يرتبط بصورة مباشرة مع سلوكيات المخاطرة بالصحة ضمنها معتقدات غير عقلانية حيث إن التمسك بالسلوك الصحي التعويضي قد يعيق الطلبة عن اكتساب سلوك صحي لحياتهم على سبيل المثال تقليل الوزن والتمارين الرياضية 624 _ 607 , pp. (Knouper & Rabiau , 2004) .

(٥) دراسة رضوان ٢٠٠٩

هدفت الى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة _ دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين والمان من منظور عبر ثقافي بهدف محاولة الفهم الافضل للخصائص الثقافية والعادات المتعلقة بالسلوك الصحي ومراعاتها عند طرح مسائل السلوك الصحي واستغلال الموارد الصحية الايجابية على عينة بلغت (٣٠٠) مفحوص كان بينهم (٢٠١) انثى بمعدل (٦٧ %) من العينة و(٩٩) ذكر بمعدل (٣٣ %) للعينة السورية .
واستخدم في الدراسة استبانة السلوك الصحي (Stepto , 1991)، وظهرت النتائج وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية منها :

(١) فروق دالة بين الذكور والاناث في مجالات الوقاية من الشمس وتنظيف الاسنان وتناول اللحوم والفاكهة وايضا الملح وتناول القهوة وعدد الوجبات والوجبات الاضافية وحزام الامان والقيادة تحت تأثير الكحول وقياس ضغط الدم .

(2) اشار (52,2%) من الذكور الى عدم التدخين ابدا مقابل (29.3) من الاناث

(3) ذكر (٦٦%) من الذكور مقابل (٧٤ %) من الاناث بعدم تناول الكحول على الاطلاق وهذا يعني ان ثلثي الذكور مقابل ثلاثة ارباع الاناث لم يتناولوا الكحول مرة في حياتهم وهذا يعود الى العادات والتقاليد الاجتماعية المرتبطة بالمعتقدات الدينية .

اما العينة الالمانية فقد بلغ عدد عينتها (٤١٣) طالبا وطالبة (١٩٢) ذكر بمعدل (٤٦ %) من العينة ككل و(٢٢١) انثى بمعدل (٥٣ %) من العينة ككل التي تراوحت اعمار طلبتها بين (٢١_٢٤) ، وقد اظهرت المقارنة بين العينة السورية _ الالمانية مايلي :-

(١) وجود فروق بين الذكور والاناث في مجال المشكلات الصحية ، فأناث العينة الالمانية ذكرن وجود مشكلات صحية اكثر من عينة الاناث السوريات و اشار الذكور السوريون الى وجود نسبة اعلى من المشكلات الصحية من الذكور الالمان

(٢) أظهرت نتيجة متقاربة بين العينة السورية _ الالمانية فيما يتعلق بموضوع تناول الادوية دون وصفة طبية فالإناث من كلا البلدين اظهرا تناولا مرتفعا للأدوية دون وصفة طبية .
واستنتجت الدراسة :-

(أ) وجود ثغرة معرفية ومعلوماتية حول تقنيات الفحص الذاتي والفحوص الدورية ولعل ذلك يرجع الى خصوصية هذا الجانب من جهة والى ندرة مراجعة الفتيات غير المتزوجات للطبيبات النسائيات وقلة حملات التوعية في هذا المجال .

ب) ندرة حملات التوعية إلى تعلم الشبان والشبان تقنيات الفحص الذاتي من خلال البرامج المناسبة.

٣) ان علم النفس بشكل عام وعلم النفس الصحي بشكل خاص يمتلك ميدانا واسعا وخصبا للعمل ولعل _ ايجاد جسور بين التخصصات الطبية والتخصصات النفسية من خلال علم النفس الطبي.

وعلم نفس الصحة _ يشكلان الخطوة الاولى في الميدان (رضوان ، ٢٠٠٩ ، ص. ٥٥)

الفصل الثالث "منهجية البحث "

أولاً / المعتقدات الصحية التعويضية : _

١ () مجتمع البحث : _

يتألف مجتمع البحث من الأفراد العاملين في وزارات الدولة العراقية البالغة (٢٣) وزارة ، إذ بلغ عددهم (٩٢١٤٣٨) موظف وموظفة موزعين بواقع (٤٣٦٩١١) من الذكور و (٤٨٤٥٢٧) من الإناث والجدول (١) يوضح ذلك

الجدول (١)

يبين أعداد العاملين في الوزارات المشمولة بالبحث موزعين على وفق متغير النوع

العدد	النوع	ت
٤٣٦٩١١	الذكور	١
٤٨٤٥٢٧	الإناث	٢
٩٢١٤٣٨	المجموع	

٢ () عينة البحث :

لغرض الحصول على عينات ممثلة لمجتمع البحث يمكن استخدامها في تحليل الفقرات ونتائج البحث واستخراج كل من الصدق والثبات جمعت المعلومات الخاصة بالمجتمع الأصلي للبحث والذي يتكون من موظفي وموظفات وزارات (التجارة الصحة ، النفط ، التربية) للعام (٢٠٠٩ / ٢٠١٠) حيث بلغ عدد العينة (٢٠٠) موظف وموظفة والجدول (٢) يوضح ذلك .

الجدول (٢)

مجتمع البحث موضحا فيه أسماء الوزارات وتوزيع العينة فيها

ت	الوزارات	عدد الموظفين	عدد الموظفين	المجموع
١	التجارة	٢٥	٢٥	٥٠
٢	الصحة	٢٥	٢٥	٥٠
٣	النفط	٢٥	٢٥	٥٠
٤	التربية	٢٥	٢٥	٥٠
	المجموع	١٠٠	١٠٠	٢٠٠

٣) الدراسة الاستطلاعية :-

إن الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التعرف على مدى وضوح تعليمات المقياس وفقراته وحساب الوقت المستغرق في الإجابة ، وعليه تم تطبيق مقياس المعتقدات الصحية التعويضية (ملحق / ١) على عينة بلغت (٥٠) موظف وموظفة من وزارتي الصحة والتجارة ، وبعد إجراء الدراسة الاستطلاعية ومراجعة الإجابات اتضح إن فقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وتعليماته واضحة لدى الموظفين ، وقد تبين إن الوقت المستغرق في الإجابة على المقياس تراوحت بين (٧ - ١٠) دقيقة بمعدل (8.5) دقيقة.

٤) تصحيح المقياس :-

صمم مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وفق متدرج خماسي حيث تتم الإجابة على كل فقرة من خلال التأشير من (٥) موافق دائما بالنسبة للفقرات الايجابية الى (١) لاوافق ابدا بالنسبة للفقرات السلبية (العكسية) .

٥) تصميم المقياس :

قامت الباحثتان بتصميم عدد من الفقرات بعد الاطلاع على مقاييس اجنبية عديدة منها :-

١ _ مقياس الفارينجا وسكاكليزي وفيليب (Alvarenga & Scagliusi & Philippi, 2008) والذي تضمن (٢٢) فقرة .

٢ _ مقياس رابياو وباتريسيا (Rabiau , M. & Patriciu , 2004) والذي تكون من (٣١) فقرة ثم قامت الباحثتين بتقنين المقياسين على البيئة العراقية وتهيئته للصدق والثبات.

٥) صدق المقياس : Scale Validity

إن الصدق هو احد المفاهيم التي يتطلبها بناء المقياس .

ويقصد به أيضا أن يقيس ذلك المقياس الخاصة التي وضع من أجلها وصدق المقياس بمدى بديل مباشر على مدى صلاحيته للقيام بوظيفته ، ولتحقيق الأغراض التي وضع من أجلها (كراجه ، ١٩٩٧ ، ص. ١٤١)

الصدق الظاهري :

ويعكس مدى انسجام فقرات الاختبار مع موضوع الاختبار ومفاهيمه وفقا لتعريف بانى الاختبار أو من قام بتطويره (النبهان ، ٢٠٠٤ ، ص. ٥٧٥)

ولتحقيق هذا النوع من الصدق من خلال عرض فقراته على مجموعة من الخبراء المتخصصين لتقدير مدى تمثيل فقراته للظاهرة المراد قياسها (Eble , 1977, p. 555) .

وقد تم ذلك من خلال عرض فقرات المقياس على مجموعة من الاساتذة في قسم علم النفس* وقد تمت الموافقة على معظم فقراته :

٦) تحليل فقرات المقياس :

بعد الانتهاء من تصحيح الاستمارات حسبت الدرجة الكلية لكل استمارة وتم استبعاد الاستمارات غير الصالحة لعدم دقة المستجيب وجديته في الاجابة بالنسبة للادائين واصبح عدد الاستمارات النهائية (٢٠٠) استمارة ، وقد اختيرت العينة بأكملها لغرض اجراء عملية تحليل الفقرات وقد

* اسماء الاساتذة الخبراء في قسم علم النفس

- | | |
|-------------------------------|---|
| ١) أ . د احمد عبد اللطيف وحيد | قسم علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد |
| ٢) أ . د بثينة منصور الحلو | قسم علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد |
| ٣) أ . د خليل ابراهيم رسول | قسم علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد |

- ٤) أ. م. د. انعام لفته الهنداوي / قسم علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد
 ٥) أ. م. د. سناء مجول فيصل / قسم علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد
 ٦) أ. م. د. سناء عيسى الداغستاني / قسم علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد

اتبعت الباحثتان اسلوبين لاجراء عملية التحليل هما اسلوب المجموعتين المتطرفتين والاتساق الداخلي علما ان عينة التحليل هي عينة التطبيق .

أ) اسلوب المجموعتين المتطرفتين :

لغرض حساب التمييز على وفق هذا الاسلوب رتبت الاستثمارات تنازليا وتم تحديد مانسبته (٢٧%) من الاستثمارات الحاصلة على اعلى الدرجات و (٢٧%) من الاستثمارات الحاصلة على اقل الدرجات لتحديد مجموعتين عليا ودنيا حيث ان هذه النسبة تعطي مجموعتين بأكبر حجم واقصى تمايز (Kelly , 1973 , p. 172) .

وبذلك بلغ عدد افراد كل مجموعة (٥٤) فرد للمجموعة العليا و (٥٤) فرد للمجموعة الدنيا وبهذا كان مجموع الاستثمارات الخاضعة للتحليل (١٠٨) استثمارة ثم تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة وتم تطبيق الاختبارالتائي لعينتين مستقلتين للتعرف على دلالة الفروق لكل فقرة والجدول / (٣) يوضح التفصيلات : _

الجدول (٣)

معاملات تمييز فقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية بأسلوب المجموعتين

المتطرفتين

القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		تسلسل الفقرة
	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
10.8	0.99	3.40	0.59	4.59	١
16.91	0.97	2.89	0.84	4.62	٢
9.24	1.23	2.85	1.54	4.35	٣
11.73	0.83	2.66	0.89	4.00	٤
8.16	6.23	2.62	1.26	3.98	٥
12.93	1.03	2.05	1.63	4.21	٦
11.15	0.62	1.39	1.38	2.99	٧
3.56	1.17	2.36	1.35	2.96	٨
14.19	0.88	1.34	1.54	2.67	٩
9.74	1.89	1.74	1.43	3.45	١٠
10.57	0.68	1.52	0.95	2.69	١١
4.40	0.93	2.87	1.45	3.59	١٢
4.46	0.89	2.93	1.34	3.64	١٣

12.28	0.66	2.11	1.08	3.58	١٤
11.26	0.62	1.19	0.91	2.37	١٥
12.88	0.56	1.45	1.15	3.08	١٦
9.93	0.53	1.96	1.33	4.41	١٧
6.09	1.20	2.96	1.08	3.89	١٨
12.30	1.78	2.50	0.84	4.48	١٩
9.29	2.82	3.32	1.04	4.40	٢٠
11.44	1.62	2.23	0.57	4.75	٢١
11.69	1.22	2.61	0.71	4.13	٢٢
10.12	1.38	2.80	1.06	4.46	٢٣
13.51	0.46	2.85	0.60	4.17	٢٤
9.97	1.61	2.05	0.90	4.35	٢٥
9.76	0.53	1.96	1.33	3.30	٢٦
11.76	1.25	2.93	0.66	4.51	٢٧
1.27 * غير دالة	0.55	2.17	1.98	2.23	٢٨
7.24	1.13	2.97	1.23	3.82	٢٩
10.77	1.15	2.62	0.77	4.12	٣٠
8.57	1.72	2.04	0.90	4.25	٣١

(ب) أسلوب الاتساق الداخلي :

وهو أسلوب آخر من أساليب تحليل الفقرات علما ان عينة التحليل هي عينة التطبيق :

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.37	٢٥	0.42	١٣	0.44	١
0.57	٢٦	0.33	١٤	0.67	٢
0.55	٢٧	0.55	١٥	0.61	٣
0.18 * غير دالة	٢٨	0.57	١٦	0.48	٤
0.29	٢٩	0.69	١٧	0.70	٥
0.41	٣٠	0.28	١٨	0.60	٦
0.44	٣١	0.52	١٩	0.62	٧
		0.50	٢٠	0.38	٨
		0.71	٢١	0.70	٩
		0.56	٢٢	0.63	١٠
		0.57	٢٣	0.37	١١

١٢	0.59	٢٤	0.43
----	------	----	------

(٧) ثبات المقياس : Scale Reliability

يشير الثبات الى الدقة والاتساق في درجات المقياس التي يفترض ان يقيس مايجب قياسه
(Mrshall , 1989, p.104)

تم قياس الثبات في بحثنا الحالي لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية بالطرق الاتية :

(أ) طريقة اعادة الاختبار Test Retest

يكشف معامل الثبات عن استقرار استجابات المفحوصين على المقياس عبر الزمن ، اذ يفترض ان الظاهرة ثابتة خلال المدة الزمنية بين التطبيقين الاول والثاني (عودة ، ١٩٩٨ ، ص. ٣٤٥)

ولذلك قامت الباحثتان بحساب الثبات بهذه الطريقة بعد اعادة تطبيق المقياس على عينة الثبات البالغ حجمها (٥٠) موظف وموظفة وبعد مرور (١٥) يوم من التطبيق الاول و تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين فبلغ معامل الارتباط (0.82)

* الفقرة (٢٨) غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وهي " اشعر بأني غير قادر في السيطرة على جسمي "

(ب) طريقة الفا كرونباخ Cronbachs Alpha:

وهي طريقة اقترحها كرونباخ عام (١٩٥١) لتقدير ثبات الاتساق الداخلي للاختبار وهي تعميم لمعادلة (KR_20) وتعتمد هذه الطريقة على الاتساق في اداء الفرد من فقرة الى اخرى وتستند الى الانحراف المعياري للاختبار وفي صورتها العامة يطلق عليها معامل الفا (Coefficient alpha) (ثورندايك وهيجن ، ١٩٨٦ ، ص. ٧٩)

حيث بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.87) وقد ايدت هذه النتيجة كل من دراسة أوامس & شليفان & سلوترباك 2007 و دراسة ووفر & براك Wammes & Brug, 2006 ولواردل Wardle , 1997 وادمز وسكوت (Scott,adams, 2000) والتي بلغ معدل الثبات في كل من هذه الدراسات (0.85) وبأستخدام الحقيبة الإحصائية (SPSS) تم الحصول على المؤشرات الإحصائية للمقياس .

الجدول (٤)

المؤشرات الاحصائية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية

العينة	الوسط الحسابي	الوسيط	النوال	المدى	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري
200	96.77	97.12	97	13.000	0.897	8.96

وبهذا أصبح المقياس من (٣٠) فقرة بمتوسط فرضي بلغ (٩٠) .

ثانيا / التنظيم الذاتي الصحي :

بهدف بناء مقياس لقياس التنظيم الذاتي الصحي قامت الباحثتان بتعريف التنظيم الذاتي الصحي نظريا وإجراءها وبعدها اتبعنا الخطوات الآتية :-

أولا / إعداد فقرات المقياس :

لغرض إعداد فقرات مقياس التنظيم الذاتي الصحي اطلعت الباحثتان على عدد من المقاييس والتي تناولت التنظيم الذاتي بشكل عام منها (مقياس الموسوي ٢٠٠٩ الذي ضم (٢٣ فقرة) _ بينما لم تعثر أي من الباحثتين على مقاييس تتناول التنظيم الذاتي الصحي محليا _ وتم الاستعانة بعمليات نظرية التقييم (المقارنة) التنقل (الاختيار) ل (كروكلانسكي و هيكنز وبيرو ٢٠٠٣ Kruglanski , Higgins & Pierro) ومقياس (Williams&Grow, 1996) الذي تكون من (٥٠) فقرة تناولت استبانة لمعالجة مرض السكري (Treatment Questionnaire Concerning Diabetes) واستبانة المعالجة الخاصة ببرنامج تقليل الوزن Treatment Questionnaire Concerning Entering The (Weight Loss Program) واستبانة المعالجة الخاصة بالاستمرار في البرنامج (Treatment Questionnaire Concerning Continued Program Participation) والبدائل كانت (ليس موثوق تماما ، موثوق بعض الشيء ، وموثوق جدا) وماتوصلت اليه الدراسات الحديثة التي تصب في الموضوع ذاته حيث قامت الباحثتان بترجمة مقياس (Williams&Grow, 1996) الى اللغة العربية واختيار (١٣) فقرة من مجموع ال (٥٠) فقرة بما يتناسب مع التنظيم الذاتي الصحي والمعتقدات الصحية التعويضية مع الاستعانة ببعض الفقرات من الدراسات السابقة التي تصب في نفس الميدان وبذلك اصبح عدد الفقرات للمقياس ككل (٣٦) فقرة بمدرج البدائل الخماسي الذي تراوح مابين (ينطبق علي دائما ، ينطبق علي غالبا ، ينطبق علي احيانا ، ينطبق علي نادرا ، لاينطبق علي ابا)

ثانيا / اعداد تعليمات المقياس :

لقد حرصت الباحثتان على أن تكون تعليمات المقياس واضحة وبسيطة ومباشرة إذ تم التأكيد على اختيار البديل المناسب إزاء كل فقرة وانه لاتوجد إجابة صحيحة أو خاطئة ، ولغرض التغلب على مشكلة المرغوبية الاجتماعية والابتعاد عن التزييف في الإجابة ، تم التأكيد على إن الإجابات هي لأغراض البحث العلمي وسوف لن يطلع عليها سوى الباحثتين ولا توجد حاجة لذكر الاسم .

ثالثا / عرض الأداة على الحكام :

بعد أن تمت صياغة تعليمات المقياس وصياغة فقراته البالغ عددها (٣٦) فقرة مع موجز نظري يوضح تعريف التنظيم الذاتي الصحي من وجهة نظر (William & Grow)

1996 & Freedman & Ryan Deci) ، قامت الباحثتان بعرض المقياس بصورته الأولى على مجموعة من الخبراء * في علم النفس لغرض الحكم على فقراته ومدى صلاحيتها وملائمتها لقياس التنظيم الذاتي الصحي والحكم على وضوح التعليمات وفيما إذا بدائل الاستجابة الخماسية مناسبة لافراد عينة البحث الحالي ، وبعد جمع اراء المحكمين وتحليلها تم التوصل الى ماياتي : _

- _ اتفق جميع الخبراء على ان تعليمات المقياس واضحة وكافية .
- _ اشار الخبراء الى موافقتهم لمقياس التقدير الخماسي وبنسبة ١٠٠% .
- _ استبقيت فقرات المقياس جميعها والتي حصلت على نسبة اتفاق ١٠٠% ماعدا (٩) فقرات مع ادخال بعض التعديلات على الفقرات المستبقة ، وبهذا بلغت عدد فقرات المقياس (٢٧) فقرة بصيغته الاولى .

رابعا / التطبيق الاستطلاعي للمقياس :

كان الهدف من هذا التطبيق هو التعرف على وضوح فقرات المقياس وتعليماته والوقت المستغرق في الاجابة عليه ، ولتحقيق ذلك قامت الباحثتان بتطبيق المقياس على عينة قوامها (٥٠) موظف وموظفة من وزارتي (الصحة والتجارة) تم اختيارهم بالطريقة العشوائية وبعد إجراء الدراسة الاستطلاعية ومراجعة الإجابات اتضح إن فقرات مقياس التنظيم الذاتي الصحي وتعليماته واضحة لدى الموظفين ، وقد تبين إن الوقت المستغرق في الإجابة على المقياس تراوحت بين (٢٠ - ٢٥) دقيقة .

خامسا / الإجراءات الإحصائية لتحليل الفقرات :

١) القوة التمييزية Discrimination power

لقد تم تطبيق المقياس على عينة من الموظفين بلغت (٢٠٠) موظف وموظفة بواقع (١٠٠) من الذكور و(١٠٠) من الإناث وبنفس توزيع العينة المتبع في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية ، وقد تم إتباع الخطوات المتعارف عليها لطريقة العينتين المتطرفتين وهذه الخطوات هي :-

- _ إيجاد الدرجة الكلية لكل استمارة .
- _ ترتيب الاستمارات تنازليا من أعلى درجة إلى أوطأها.
- _ تعيين نسبة ٢٧% من الاستمارات التي حصلت على أعلى الدرجات على مقياس التنظيم الذاتي الصحي وبنسبة ٢٧% الدنيا حيث تعد هذه النسبة معتمد عليها أكثر من غيرها حيث تمكننا من الحصول على مجموعتين بأكبر حجم وأقصى تباين ممكن بينهما ، ويقترب توزيعهما من التوزيع الأعتدالي (Stanley & Hopkins ,1972 , p. 268)
- وقد بلغت نسبة ٢٧% العليا (٥٤) استمارة ومثلها الدنيا ، وبعد أن تم تحليل الفقرات البالغ عددها (٢٤) فقرة تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين (T_ Test) لمعرفة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا وعند مقارنة القيمة التائية المحسوبة لكل فقرة مع

القيمة الجدولية تبين أن جميع فقرات المقياس مميزة عند مستوى دلالة (0.05) وكما موضح في الجدول (٥)

الجدول (٥)

القوة التمييزية لفقرات مقياس التنظيم الذاتي الصحي باستخدام أسلوب المجموعتين المتطرفتين

القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		تسلسل الفقرة
	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
5.259	0.45	1.21	0.701	2.55	١
8.261	0.771	1.722	0.582	2.85	٢
9.98	0.818	1.61	0.611	3.59	٣
4.15	0.569	1.259	0.715	2.53	٤
5.467	0.742	2.52	0.824	4.22	٥
4.65	0.740	1.44	0.661	2.46	٦
2.151	0.714	1.55	0.802	1.77	٧
2.818	0.724	1.59	0.724	1.870	٨
9.43	0.519	1.194	0.82	2.07	٩
0.74 * غير دالة	0.833	2.43	0.8405	2.25	١٠
6.90	0.495	1.25	0.73	1.81	١١
9.443	0.43	1.21	0.77	2.19	١٢

6.76	0.34	1.11	0.718	1.62	١٣
9.59	0.442	1.13	0.799	1.96	١٤
6.69	0.75	1.82	0.704	2.157	١٥
5.981	0.85	1.92	0.68	2.55	١٦
8.44	0.813	1.740	0.734	2.85	١٧
6.78	0.33	1.083	0.73	1.61	١٨
0.579 * غير دالة	0.46	2.4	0.82	2.11	١٩
4.512	0.66	2.10	0.42	2.58	٢٠
7.99	0.67	2.23	0.41	2.84	٢١
8.52	0.724	1.87	0.628	2.657	٢٢
0.826 * غير دالة	0.67	2.22	0.413	2.48	٢٣
8.52	0.724	1.87	0.628	2.65	٢٤
7.05	0.71	1.879	0.64	2.53	٢٥
8.252	0.67	1.78	0.55	2.57	٢٦
6.191	0.756	2.37	0.364	2.780	٢٧

* القيمة التائية الجدولية تساوي (1.96) عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (106)
(فيركسون ، ١٩٩٠ ، ص. ١٣٥)

* الفقرات (10 ، 19 ، 23) غير دالة لان القيمة الجدولية اكبر من القيمة التائية المحسوبة

الفقرة (10) " اعتقد ان التعليمات الصحية يجب مراعاتها من اجل صحتي "

الفقرة (19) " انتقد نفسي باستمرار بما تناول "

الفقرة (23) " احلل سلوكي اثناء النوم "

(٢) طريقة الاتساق الداخلي :-

حيث تم استعمال معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficients) لمعرفة العلاقة الارتباطية بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس وجاءت النتائج متوافقة مع نتائج تحليل العينتين المتطرفتين ، اذا كانت جميع الفقرات ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) ماعدا الفقرات (١٠ ، ١٩ ، ٢٣) غير دالة لان القيمة الجدولية اكبر من القيمة التائية المحسوبة وبذلك اصبح المقياس " التنظيم الذاتي الصحي " مكون من (٢٤) فقرة بصيغته النهائية (الملحق / ٢) والجدول (٦) يوضح ذلك .

الجدول (٦)

يوضح معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية لمقياس التنظيم الذاتي الصحي

معامل الارتباط	تسلسل الفقرة	معامل الارتباط	تسلسل الفقرة
0.61	١٧	0.24	١
0.422	١٨	0.35	٢
0.11 * غير دالة	١٩	0.40	٣
0.57	٢٠	0.43	٤
0.42	٢١	0.45	٥
0.37	٢٢	0.254	٦
0.172 * غير دالة	٢٣	0.36	٧
0.35	٢٤	0.48	٨
0.27	٢٥	0.45	٩
0.23	٢٦	0.134 * غير دالة	١٠
0.44	٢٧	0.35	١١
		0.48	١٢
		0.446	١٣
		0.36	١٤
		0.28	١٥
		0.52	١٦

• الفقرات (١٠ ، ١٩ ، ٢٣) غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

سادسا / مؤشرات الصدق :

يعد الصدق من الخصائص السايكومترية المهمة في بناء أي مقياس نفسي والمقياس الصادق هو المقياس الذي يحقق الوظيفة التي وضع من أجلها والدرجة التي يكون فيها قادر على تحقيق هذا الهدف الذي وضع من أجله (Stanley & Hopkins ,1972 , p. 101)

الصدق الظاهري :

تحقق هذا النوع مكن الصدق الظاهري عندما تم عرضه على مجموعة من الخبراء المتخصصين * في علم النفس كما أشارت الباحثتان سابقا للحكم على صلاحية الفقرات في قياس الخاصية المراد قياسها ومدى ملائمتها لمجتمع البحث وقد أسفرت ملاحظاتهم على صلاحية فقرات المقياس وكما تمت الإشارة في ص (٣٨) .

سابعا / الثبات :

ويعني الاتساق في نتائج المقياس ، ويتحقق إذا كانت فقرات المقياس تقيس المفهوم نفسه حسب رأي كرونباخ Cronbach (1964, p. 126) وقد تحقق هذان النوعان من الثبات وكالاتي :

١) طريقة الاختبار _ اعادة الاختبار (Test Retest Method):

تم إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجات الأفراد في التطبيق الأول للمقياس ودرجاتهم بعد إعادة تطبيقه بعد اسبوعين من التطبيق الاول على عينة قوامها (٥٠) موظف وموظفة (٢٠) ذكور و (٢٠) اناث تم اختيارهم عشوائيا وقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون للتعرف على طبيعة العلاقة بين التطبيقين ، وظهر ان معامل الثبات (0.85) وهي معاملات ثبات عالية يمكن الركون اليها كما في دراسة رضوان ٢٠٠٩ والتي توصلت الى نفس الثبات تقريبا .

٢) طريقة التجزئة النصفية Split Half :

تم تقسيم فقرات مقياس التنظيم الذاتي الصحي إلى نصفين ، فقرات زوجية والأخرى فردية ، وتألف كل نصف من (١٣) فقرة من أصل (٢٧) فقرة و بعد حساب معامل ارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار وجد ان قيمة الارتباط كانت (0.88) ثم تم تعديله باستخدام معادلة سبيرمان _ براون (Sperman brown Formula) وبلغ (0.92) وهو معامل الثبات بهذه الطريقة ، وبرى (ليكارت Likart) ان معامل الثبات الذي يمكن الاعتماد عليه يكون من (0.62 _ 0.93) .

(Lazarus, 1963, p. 228) (المفتي ، ٢٠٠١ ، ص. ٦٩)

ثامنا / المؤشرات الإحصائية لمقياس التنظيم الذاتي الصحي :

تم الحصول على المؤشرات الإحصائية من خلال الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وكما موضح في الجدول (٧) .

الجدول (٧)

المؤشرات الإحصائية لمقياس التنظيم الذاتي الصحي

التفرطح	الالتواء	الانحراف المعياري	المنوال	الوسيط	الوسط الحسابي	العينة
0.014	0.549	6.088	52	60.42	61.68	200

تاسعا / الوسائل الإحصائية لمقياس التنظيم الذاتي الصحي :

(١) (T _Test) لعينة واحدة للتعرف على الفرق بين متوسط درجات المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي والمتوسط الفرضي للمقياس . (البياتي ، ١٩٧٧ ، ص. ٢٥٩) .

(٢) (T _Test) لعينتين مستقلتين لمعرفة القوة التمييزية بأسلوب العينتين المتطرفتين لفقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية و التنظيم الذاتي الصحي (البياتي & اثناسيوس ، ١٩٧٧ ، ص. ٢٥٤) .

(٣) معامل الفا كرونباخ (Alfa Crounbach) لاستخراج الثبات بطريقة الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي (Cronbach , 1964, p.126)
 (٤) تحليل التباين الثنائي (Two Way Anova) لمعرفة الفروق في تنظيم الذاتي الصحي تبعاً لمتغير النوع (ذكور/ اناث) والتحصيل الدراسي (اعدادية ، بكالوريوس) (Winner , 1962, p. 105_ 113)

(٥) معادلة سبيرمان براون (Spearman Brown Formula) وذلك لتعديل معامل ارتباط نصفي الاختبار (Allen and Yen ,1979, p.79) .

(٦) اختبار توكي للتعرف على الفروق في التنظيم الذاتي الصحي للموظفين على وفق التحصيل الدراسي (اعدادية بكالوريوس) (الداغستاني ، 2005 ، ص. 142) (Winner , 1962, p. 78)

الفصل الرابع

" عرض النتائج ومناقشتها "

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل إليها البحث الحالي على وفق أهدافه ومناقشته تلك النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة التي تم عرضها في فصول سابقة .
أولاً / تحقيق أهداف البحث :

بعد أن تم بناء مقياس المعتقدات الصحية التعويضية الذي توفرت فيه جميع الشروط العلمية من صدق وثبات وموضوعية ، أظهرت نتائج البحث بعد تطبيقه على عينة البحث البالغة (٢٠٠) موظف وموظفة ، إن متوسط درجات العينة هو (96.77) وبانحراف معياري مقداره (8.96) وعند مقارنة المتوسط الحسابي مع المتوسط الفرضي للمقياس البالغ (90) تبين أن المتوسط الحسابي البالغ (96.77) أكبر من الفرضي ، وعند اختبار الفرق بين المتوسطين بأستعمال معادلة الاختبار التائي لعينة واحدة (البياتي واثناسيوس ، 1977 ، ص. 254) .
تبين انه ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) وبدرجة حرية (١٩٩) وكانت القيمة التائية المحسوبة تساوي (10.69) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية والبالغة (1.96) مما يشير إلى إن عينة البحث الحالي لديهم معتقدات صحية تعويضية وكما موضح في الجدول (٨) .

الجدول (٨)

الاختبار التائي للتعرف على الفرق بين متوسط درجات المعتقدات الصحية التعويضية والمتوسط

الفرضي للمقياس

عدد افراد العينة	متوسط العينة	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
200	96.77	8.96	90	10.69	1.96	0.05

ويمكن تفسير النتيجة بأن سلوكيات أفراد العينة من موظفي وموظفات الدولة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بما يمرون به من خبرات كما يدركونها (هم) كل على حدة لا كما يدركها الآخرون وهذه الخبرات هي التي تعزز سلوكياتهم باتجاه الصحة النفسية والجسمية او بالاتجاه المعاكس (نحو المرض) وهذا يتفق مع ما جاء به (مرسي ، ٩٨٨) ومن جهة أخرى تساوقت نتيجة العينة في بحثنا الحالي مع ما جاءت به النظرية المتبناة في المعتقدات الصحية التعويضية وهي نظرية (Rosenstoch & Jones, 1958) في إن الشخص يتبع السلوكيات الوقائية استناداً الى المقارنات التي يجربها في حساب المنافع والأضرار نتيجة إقباله على الفعل الصحي او على المرض بإهماله لصحته وتعويضه بسلوكيات أخرى بديلة فيما لو أدرك التهديد .

وتتفق مع دراسات (الغور 2001) ودراسة (اواكس وشيلفان 2007) ودراسة روجرز وسارفينو (Sarafino,1990) .

(٢) التعرف على العروق في المعتقدات الصحية على وفق متغيري (النوع ، التحصيل الدراسي) ولتحقيق الهدف فقد عولجت البيانات احصائيا بأستخدام اسلوب تحليل التباين من الدرجة الثانية (Two Way Anova) (Winner ,1971,p. 290) لعينة تكونت من (٢٠٠) موظف وموظفة والجدول (٩) يوضح ذلك :

الجدول (٩)

تحليل التباين من الدرجة الثانية للتعرف على الفروق في قياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى موظفي الدولة على وفق متغيري النوع والتحصيل الدراسي .

مصدر التباين	مجموع التربيقات	درجة الحرية	متوسط مجموع التربيقات	القيمة الفائية
النوع (A) (ذكور، اناث)	638.5	1	638.5	*4.37
التحصيل الدراسي (B) (اعدادية ، بكالوريوس)	12	1	12	0.082
التفاعل (A+ B)	26.1	1	26.1	0.178
الخطأ	72391.4	496	145.9
المجموع	73.68

وقد بينت نتائج تحليل التباين ما يأتي :-

أ) هناك فروق دالة في المعتقدات الصحية التعويضية لدى الموظفين على وفق متغير النوع (ذكور ، اناث) اذا كانت القيمة الفائية المحسوبة (4.37) مقارنة بالجدولية وتساوي (3.48) بدرجة حرية (١_ 196) ومستوى دلالة (0.05) وعند اجراء اختبار (توكي) للمقارنة بين متوسطي المعتقدات الصحية التعويضية للذكور والبالغ (92.42) ، والاناث والبالغ (97.52) وتبين ان قيمة الاختبار المحسوبة تساوي (5.29) وهي اكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) والبالغة (2.77) مما يشير إلى أن موظفي الدولة

من (الاناث) لديهم معتقدات صحية تعويضية اعلي من (الذكور) وترجع النتيجة إلى طبيعة المرأة ودورها في المحافظة على صحتها باتباعها قواعد النظافة العامة وتعليمها لأولادها من خلال التنشئة الاجتماعية ومحافظة على وزنها واتباع قواعد اللياقة البدنية وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (اوامس وشيلفان 2007) و (دراسة ووفر وبراك 2006) .

ب (اما التحصيل الدراسي فلم يكن هناك فروقا معنوية في المعتقدات الصحية التعويضية وحسب التحصيل (اعدادية ، بكالوريوس) اذ كانت القيمة الفائية (0.082) وهي غير دالة .

ج (ليس هناك تفاعل بين (النوع والتحصيل) مما يشير إلى إن تفاعل المتغيرين لم يؤثر على المعتقدات الصحية التعويضية .

هـ (قياس التنظيم الذاتي الصحي لدى موظفي الدولة :

بعد ان تم بناء مقياس التنظيم الذاتي الصحي الذي توفرت فيه جميع الشروط العلمية من صدق وثبات وموضوعية اظهرت نتائج البحث بعد تطبيقه على عينة البحث البالغة (٢٠٠) موظف وموظفة ، ان متوسط درجات العينة هو (61.68) وبانحراف معياري مقداره (6.08) وعند مقارنة المتوسط الحسابي مع المتوسط الفرضي للمقياس (72) واختبار الفرق بين المتوسطين بأستعمال الاختبار التائي (T_ Test) لعينة واحدة والجدول (١٠) يوضح ذلك .

الجدول (١٠)

الاختبار التائي للتعرف على الفرق بين متوسط درجات التنظيم الذاتي الصحي والمتوسط الفرضي للمقياس .

عدد افراد العينة	متوسط العينة	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
200	61.68	6.08	72	_ 24	1.96	0.05

تبين إن القيمة التائية المحسوبة كانت (24.00) ومن خلال النتيجة يتضح إن أفراد عينة البحث ليس لديهم تنظيم ذاتي صحي إذ كانت القيمة التائية المحسوبة (_ ٢٤) ويمكن تفسير النتيجة بأن البيئة العراقية تفتقر إلى الشعور بالتنظيم الذاتي سواءا الصحي أو بالوقت أو بأستغلال وتنظيم أوقات الفراغ بأشياء مفيدة كالتتقيف الذاتي أو المطالعة أو بتنظيم برامج خاصة بتنمية المهارات اليدوية والذهنية نحو الابتكارات أو غيرها مما يؤكد إن موظفي الدولة ليس لديهم (تقييم / أو تنقل) مرتفعين لكل من الأهداف والوسائل ذات العلاقة بالهدف من اجل الاهتمام بتنظيم صحتهم ذاتيا دون الاعتماد على احد عن طريق الأخذ بنظر الاعتبار كل من المميزات والعيوب بالمقارنة مع البدائل المتوفرة ، ففي بعض المواقف الاجتماعية قد يصدر الفرد حكما ما من غير أن يقيم الوسائل والأهداف ، وأحيانا يصدر الحكم أيضا ولكن بعد تقييم الأهداف والوسائل البديلة عن طريق إجراء مقارنات عديدة فيما بينها لاختيار الأفضل (البياتي واثناسيوس ، ١٩٧٧ ، ص. ٢٥٤) .

٦ (اما الهدف السادس وهو التعرف على الفروق في التنظيم الذاتي الصحي على وفق متغيري النوع (ذكور ، اناث) والتحصيل الدراسي (اعدادية ، بكالوريوس) :

فقد تم استخدام تحليل التباين الثنائي (Two Way Anova) (Winner , 1962, p. 105_113) والجدول (١٠) يوضح ذلك :

الجدول (١٠)

تحليل التباين من الدرجة الثانية للموازنة في قياس التنظيم الذاتي الصحي لدى موظفي الدولة على وفق متغيري النوع والتحصيل الدراسي

القيمة الفائية	متوسط مجموع التربيعات	درجة الحرية	مجموع التربيعات	مصدر التباين
2.89	80.64	1	80.64	النوع (A) (ذكور ، اناث)
*4.24	126.40	1	126.40	التحصيل الدراسي (B) (اعدادية ، بكالوريوس)
1.36	38.125	1	38.125	التفاعل (B × A)
0	27.83	196	4867.82	الخطأ
.....	199	5112.98	المجموع

* القيمة التائية الجدولية تساوي (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (1 , 196)

(١) ومن ملاحظة جدول تحليل التباين تبين بأنه ليس هناك فروق ذات دلالة معنوية لدى موظفي الدولة وفقا لمتغير النوع وهذا يعني ان التنظيم الذاتي الصحي هو عملية مرهونة ومتوقفة على عمليات التغذية الراجعة بدءا من ادخال المعلومات (ادراكها) وانتهاءا بعمليات (اخراج) السلوك والتأثير على البيئة في التنشئة الاجتماعية للذكور والاناث على حد سواء وهذا ماتؤكدده نظرية الضبط (لكارفر وسكاير 2000) .

(٢) هناك فروق دالة احصائيا في التنظيم الذاتي الصحي للموظفين حسب التحصيل الدراسي (اعدادية ، بكالوريوس) اذ بلغت القيمة الفائية (4.240) وهي دالة عند درجة حرية (1 , 196) ومستوى دلالة (0.05) مقارنة بالقيمة الفائية الجدولية وهي تساوي (3.84) وعند إجراء اختبار توكي (Tukey) للموازنة بين متوسطي ذوي المرحلة الاعدادية والبالغ (55.86) وذوي مرحلة البكالوريوس والتي بلغت متوسطا تهم (59.08) ، اذ تبين ان قيمة الاختبار المحسوبة تساوي (2.95) وهي اكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) والبالغة (2.77) مما يشير الى ان حملة شهادة البكالوريوس هم اكثر تنظيما للذات الصحي من مرحلة الاعدادية .

(٣) لا يوجد تفاعل بين متغيري النوع (ذكور ، اناث) والتحصيل الدراسي (اعدادية ، بكالوريوس) اذ بلغت القيمة الفائية المحسوبة (1.36) وهي غير دالة احصائيا مقارنة بالقيمة الجدولية البالغة (3.84) اذ لم يظهر اثر ذو دلالة معنوية لتفاعل متغيري البحث (الديموغرافية) (النوع ، التحصيل الدراسي) مما يشير الى ان تفاعل هذين المتغيرين لا يؤثر في المتغير التابع وهو (التنظيم الذاتي الصحي) .

(٧) العلاقة الارتباطية بين متغيري البحث المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لقياس العلاقة الارتباطية لعينة بلغت (٢٠٠) موظف وموظفة ، حيث بلغ معامل الارتباط (0.72) وهو ارتباط ايجابي وجيد مقارنة بدراسات اخرى مثل (دراسة لواردل واخرين 1997) .

وتعني العلاقة انه كلما كان لدى الافراد سلوكيات صحية تعويضية يكون لديهم تنظيم ذاتي صحي افضل بمعنى انه للسلوك الانساني الصحي التعويضي دور هام في عملية الوقاية (Prevention) والوقاية من الامراض لاتتم في غياب التنظيم الذاتي الصحي وهذا يتفق مع دراسة (رادتك وسكولز وكيلر 2008)

التوصيات :

- بناءً على النتائج التي خرج بها البحث توصي الباحثين بالاتي :-
- ١) الاستفادة من مقاييس البحث الحالي في مجالات الصحة النفسية .
 - ٢) التوعية الاسرية بأساليب التنشئة الاجتماعية التي تشجع وتعزز أساليب الضبط الصارمة بالالتزام بمعايير النظافة سواءً بوضع المكافآت أو إنزال العقوبات الرادعة بعدم التهاون بالصحة الجسمية والنفسية وان يلتزم الآباء قبل الأبناء بشعار النظافة من الإيمان .
 - ٣) توعية المؤسسات التربوية والخدمية والثقافية والاعلامية بأهمية الاهتمام بعلم النفس الصحي والارتقاء به لأعلى المستويات من اجل قهر المرض والاقلاع عن السلوكيات الانهزامية واتباع منهج الوقاية خير من العلاج .
 - ٤) لفت أنظار الدائرة الإعلامية بوزارة الصحة ووزارة الثقافة بضرورة الاهتمام إعلامياً من خلال قنوات الاتصال بالمواطنين (من خلال المستوصفات الطبية والمستشفيات) في الإحياء السكنية والنواحي والاقضية ووسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية بالاهتمام بما يسمى "علم النفس الايجابي"والذي يهدف إلى بناء الاقنطار الصحي ومحاربة المرض .
 - ٥) تنظيم دورات تطويرية تهدف إلى الارتقاء بتنظيم الذات الصحي بعمل محاضرات في هذا المجال

المقترحات :

- ١) اجراء دراسة تستهدف ايجاد علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والتخطيط السلوكي
- ٢) اجراء دراسة تستهدف إيجاد علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية وضبط الذات
- ٣) اجراء دراسة تستهدف تطبيق مقياس المعتقدات الصحية التعويضية على شرائح اخرى مثل الاطباء في وزارة الصحة والممرضين والممرضات .
- ٤) اجراء دراسة تستهدف إيجاد علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية وسمات الشخصية
- ٥) اجراء دراسة تستهدف التنظيم الذاتي الصحي مع السيطرة على الذات ومراقبة الذات

المصادر العربية

١ (البورسعيدى ، هيثم (٢٠٠٩) : " قوة العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والسلوك في حياة الإنسان "

http; // [www.stop](http://www.stop.com) . com

٢ (تايلور ، شيلي (٢٠٠٨) : " علم النفس الصحي " ترجمة د. بريك ، وسام درويش و داود ، فوزي شاكر طعيمة جامعة عمان الاهلية ، الاردن ، دار الحامد للنشر والتوزيع .

[www.info](http://www.info.daralhamed.net) @ daralhamed .net

٣ (حجازي ، مصطفى (٢٠٠٦) : " الصحة النفسية " ، لبنان ، المركز الثقافي العربي .

٤ (رضوان ، سامر جميل & ريشكة ، كونراد (٢٠٠٩) : " السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة " دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين والمان ، جامعة دمشق ، كلية التربية .

. com & alba7es @ yahoo.com

www.alba7es

٥ (سيّار ، جميلة حسين (٢٠٠٧) : " التنظيم الذاتي وعلاقته بتعلم التلاميذ " ، الباحثة مجلة العدد الرابع ، السنة الأولى . Free file sharing, Microsoft office , live create afree website .

٦ (الداغستاني ، سناء عيسى (٢٠٠٥) : " اثر بعض المتغيرات في استقطاب الجماعة " كلية الاداب ، جامعة بغداد ، اطروحة دكتوراه غير منشورة .

٧ (شامة ، منى السيد (٢٠٠٩) : " الطرق المبتكرة لتقديم وسائل التثقيف الصحي " ، جمهورية مصر العربية ، جامعة الاسكندرية .

٨ (الشهراني ، عبد العزيز (٢٠٠٩) : " المعتقدات... نظرة عميقة " ، فكرة علم البرمجة اللغوية العصبية عن المعتقدات ، منتديات الحصن النفسي ، بوابة تقنيات الانجاز والتفوق البشري والاسترخاء .

copy right @2000_2009, Jelsoft Enterprises ltd

٩ (عبد الجواد ، إنصاف (٢٠٠٩) " نماذج ونظريات السلوك الصحي "

١٠ (عبد الجواد ، محمد احمد (٢٠١٠) : " وسائل عملية في تنظيم الذات " مجلة بناء الاجيال :

برامج تربوية

عملية

- (١١) الالوسي ، احمد اسماعيل (٢٠٠١) : فاعلية الذات وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة ، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية الاداب ، جامعة بغداد .
- (١٢) المسعد ، سارة بنت محمد (٢٠٠٥) : " تغيير السلوك الصحي يقلل من الامراض ويزيد من الانتاجية " ، : الرياض ، جريدة يومية عن مؤسسة اليمامة الصحفية ، العدد (١٣٦٨٨) .
http //WWW. Alriyadh . com /12 /15 article , 115468. html
- (١٣) مرسي ، كمال إبراهيم (٢٠٠٨) : " المدخل إلى الصحة النفسية ، الكويت ، دار التعلم " .
- (١٤) الموسوي ، خديجة حيدر نوري (٢٠٠٩) : " الحاجة إلى الانغلاق المعرفي والتنظيم الذاتي وعلاقتها بالتفكير الإحاطي " أطروحة دكتوراه غير منشورة " كلية الآداب .
- (١٥) المفتي ، ديار عوني (٢٠٠١) : الخصوصية وعلاقتها بكشف الذات لدى طلبة الجامعة ، رسالة ماجستير غير منشورة .

المصادر الاجنبية

- 16) Alvarenga , S . Maria & Scagliusi, Fernanda Baeza & Philippi Tucunduva , "(2008) Changing attitudes, beliefs and feelings towards food in bulimic,
University of sao paula Patients " / Nutrition , Department , public Health school , Brazil , v. (8) ,p .8 , num (3) .
- 17) Antonovsky , A. & Kats ,R. (1970) : The model dental patient : an empirical Study of preventive health behavior , socsci med , v. (4) ,pp. 367 _ 380 .
- 18) Backer , M.H (1988) : Health belief model and self efficacy , v. (15) pp.83_ 175 , Explining coll . ege =tude
- 19) Brown, L . K & Diclemente , R.J & Reynold ,L.A (1991) Hiv prevention for Adolescents = Utility of the health belief model . (ALDS) Education and Prevention v. (3) , pp 50_59
- 20) Bandura , A . (1989) Perceived self efficacy in the exercise of control Over (AIDS) infection in Mayes , V.M & Albee , G.W & Schneider ,S.F
Primary prevention of AIDS = Psychological approaches , pp.128_ 141 . London = sage publication .

- 21) Boulevard , Wilson (2006) : **Health belief model (Detailed)** ,The Communication Initiative Network .
- 22) Diclement , Brown, L.k .(1991) : **Utility of the health belief model : (ALDS) Education and prevention** , v .3 (1) ,pp.50_59
- 23) Dudley & Schneider (1991) : **The common sense model of self regulation of Health and illness : how can we use it to understand And respond to our patients Needs** , university of Birmingham And research institute in healthcare science .
University of wolver Hampton, Dudley Group of Hospitals NHS Trust .
E_ mail : Liz _ Hale @ toucansurf .com .
- 24) Fenton & Ocreevy (2003) : **Self regulation theory** journal of Occupational
And organizational psychology

. http : //Translate.google.com . Ib .
- 25) Glanz , K.. & Rimer , B .K & Lewis ,F.M (2002) : **Health behavior and Health Education theory , Research and practice**, San Francisco : wiley & Sons , Journals of Health Communication , University Twenta .
- 26)(1977) : Self _ efficacy :towards unifying theory of behavior Change psychology review , v. (84) , pp. (191_215)
- 27)Hochbaum , G.M. (1958) ; **Health belief model (HBM)** , subsequently Modified by Other authers .
- 28) Hochbaum , G.m. (2001) **Health communication copstone : Health Belief Model : Theory work book** , Government printing office communication Theory text book .
- 29)(1958) **Health belief model : theory work book** , **Communication theory text books** , subsequently by other authers , U.S. Government printing .
- 30) Hopkins , Johns & Brieger ,R .William (2006) :**Health belief model and Social Learning theory**, Johns Hopkins University , School of public health, pp . 1_35)
- 31) Higgins, E,T. & Pierro ,A & Kruglanski ,A.W (2002) : **Cross cultural validation of The psychological distinction between locomotion and Assessment Modes** , Unpublished manuscript , Columbia University .
- 32) Adams, Scott , (2000) : **Psychiatric Scand** , v (2) pp. 24_119

33) Kawash et al (1980) : **Personality correlates of selected Elements of the health Belief model** , The Journal of social psychology , v(112) , pp 219_ 227

31) Janz ,N.K. & Becker , M.H. (1984) :**The health belief model adecada later health Educe** , v . (11) , pp. 1_ 47 .

34) Knauper, B. & Rabiau, M. & Cohen, O. & Patrician , N. (2004) : **Compensatory Health Beliefs Scale ,health beliefs : theory and measurement , Psychology and health**, v. 19 (5) pp 607_ 624 .

35) Knauper ;Barbel & Rabeau ; Marjorie & Cohen ,Oshra ; Patriciu ; Nicholas (2004) : **Compensatory health beliefs : Scale development and Psychometric properties** , v . (19) , n . (5) pp.607_624 by Department of psychology (Mc Gill University .

http // [www.ingenta](http://www.ingenta.com) .com or Eontent / Routledg / Gpsh , 2004 /

Montreal , Q c Canada , H3A , 1B1.

36) Michael , E. Oakes & Sullivan , Kristen & Slotterback , S. Carole (2007) : **A comparison of categorical beliefs about foods in children and young adults** Journal food quality and preference issue , v. (18) , pp. 713 _ 719 .

[www.sciencedirect.com/ Science _ ob = Article url & udi = B6T6T](http://www.sciencedirect.com/Science?ob=Articleurl&udi=B6T6T).

37) Ryan ,R.& Deci ,E. (2000) : **Self determination theory and the Facilitation of Intrinsic, motivation , social development and Well being**, Am psychology journals , pp. 55_68

38) Rabeau , Marjorie (2006) : **The eternal quest for optimal balance between Maximizing pleasure and minimizing harm: the compensatory Healthy belief Model** , British Journal of Health .
psychologist .com .

http: // www.montreal

39) Rosenstock , K.L. & Strecher , v. & Becker, M. H (1994) : **Health belief model**

And (Hiv) risk behavior change : In R.G. Diclemente , and J.L . ,Peterson (Eds) preventing (AIDS) theories and methods of Behavioral ,

New York ,Plenum press .pp 5_24 .

○○○○URL : <http://www.fhi.org> .

40)(1994) :

Health belief model And (Hiv) risk behavior change : (AIDS) theories and methods of

Behavioral interventions , New York ,Plenum press .pp 5_24)

//Ww2 .fhi.org /En /Aids /Aid scap /Aid spubs /Behres /Bcr 4 theo .

http:

Htul , pp. 13_30

- 41)(1988) : **Social learning Theory And health belief model** , Service of the u.s. national library of medicine and The national institutes of health , v. (15) , pp. 83_175
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed> .
- 42) Rosenstoch ,I.m (1974) : **Hestorical origins of the health belief model** , Health Educ monogr , v.(2) ,pp. 328_335 .
- 43) Recapp (2009) : **How can I use the health belief modelin my sitting : theories Approaches**, pp 1_6 .
 // www.etr.org / Recapp/ Theories / Hbm / How to use . htm .
<http://www.etr.org>
- 44) Santos , Maria ,A. (2004) : **Ingenta connect compensatory health belief scale Development and psychometric** ,university of sao paul
 // www.ingenta.com /Connect.com or Kontent /Routledg / Gpsh / 2004/Art
<http://www.ingenta.com>
- 43)Taylor ,E .Shelley (2006) : **Health psychology** , sixth edition , university of California , Los Angeles pp. 395_396 .
- 45) Theda , Radtke (2008) : **Smoking specific compensatory health Beliefs** and smoking behavior in adolescents .
- 46)(2002) : Self _ regulation and health =perspectives from social And personality psychology , XXXX International congress of psychology Berlin _ Germany .
<http://www.1.icp.org> / Guest / Abstract view ? AB S ID 9446 .
- 47) Williams &Grow& Freedman & Ryan and Deci (1996) : "**Self regulation Questionnaires : treatment motivation for therapy** ,journal of personality Assessment , v.68, pp 414_435 .
- 48) William ,R. Brieger , Johns Hopkins ,Bloomber (2006) : **Health Belief Model, : Social Learning theory** , The johns Hopkins university ,school of public
- 49) Eysenck ,M (2000) : **Psychology** ,Hong Kong , Psychology press
- 50) Flanagan ,Cara (1995) : **A level Psychology** ,West midlands (letts Educational) Ltd

الملحق / ١

" استبانته المعتقدات الصحية التعويضية "

جامعة بغداد

كلية الاداب

علم النفس

عزيزي الموظف.....

عزيزتي الموظفة.....

تحية طيبة

تروم الباحثان إجراء دراسة علمية لهذا يضعن بين يديك مجموعة من الفقرات من خلال إجابتك عنها سيتبين لهن موقفك الحقيقي والصادق بشأنها لما لذلك من أهمية كبيرة للبحث العلمي . يرجى قراءتها بإمعان وتحديد رأيك بكل فقرة وذلك بوضع إشارة () أمام أي فقرة على وفق مايناسبك من البدائل ، علما انه لاتوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ولا داعي لذكر الاسم .

نشكر تعاونكم معنا

يرجى ملء المعلومات الآتية : _

- (١) النوع ذكر () أنثى ()
 (٢) العمر
 (٣) المستوى التعليمي إعدادية () بكالوريوس ()
 (٤) أخرى تذكر ()

ت	الفقرات	موافق دائما	موافق غالبا	موافق أحيانا	موافق نادرا	لاوافق أبدا
١	اعتقد إنني أنال مااستحقه					
٢	أنا اعتقد بأنني استحق ما يحدث لي					
٣	اخفف ما اشعر به من توتر بالنزهة					
٤	عندما اشعر بضعف في جسمي الجأ إلى تناول الطعام					
٥	اعتقد إن التمارين الرياضية تعوض عن تدخين السكائر					
٦	أنام متأخرا عندما أخذ قسطا من الراحة عند الظهر					
٧	اهتم بعدد ساعات نومي يوميا					
٨	عندما أتناول الحلويات اقلل من تناول الطعام الأساسي					
٩	استرخي امام التلفاز عندما يكون يومي مشحون بالتعب					
١٠	عندما اتناول غذاء صحي في الغداء لاهتم بوجبة العشاء					
١١	الغذاء الصحي يمكن ان يعوض عن شرب القهوة بكثرة					
١٢	اعتقد إن النوم في نهاية الأسبوع يمكن أن يعوض عن نتائج النوم لساعات قصيرة أثناء أيام الأسبوع					
١٣	التمارين الرياضية تعوض عن قلة النوم خلال الأسبوع					
١٤	اشرب الماء بكثرة عندما أتناول قهوة أكثر					
١٥	أعوض عن وجبة الإفطار صباحا بتناول غذاء أكثر					
١٦	اعتقد أن النوم يخفف من التوتر					
١٧	لأبأس من تدخين السكائر عندما					

					أتناول طعاما صحيا	
					اعتقد إنني مهياً للإصابة بأمراض متعددة	١٨
					اعتقد إن من السهولة إصابتي بالأمراض	١٩
					عندما امرض تتأثر علاقاتي الاجتماعية بالآخرين	٢٠
					أؤجل معظم واجباتي عندما امرض	٢١
					أواجه صعوبات كبيرة عندما تتعكر صحتي	٢٢
					أميل إلى إتباع معتقداتي الاجتماعية عندما امرض	٢٣
					الجا إلى طبيب الأعشاب لأنني اعتقد انه أفضل من العلاج	٢٤
					امتثل إلى توصيات الطبيب حرفياً	٢٥
					التزم بكل إجراءات الوقاية الصحية	٢٦
					لدي ثقة في نفسي على الأداء الناجح في الوقاية الصحية	٢٧
					ابتعد عن كل ما يؤذي صحتي	٢٨
					تجذبني البرامج التي تتعلق بالصحة البدنية	٢٩
					أقوم بالتمارين الرياضية يومياً	٣٠

الملحق / ٢

" استبانة تنظيم الذات الصحي "

جامعة بغداد

كلية الاداب

جامعة بغداد

عزيزتي الموظفة عزيزي الموظف

بين يديك مجموعة من العبارات التي تعكس مواقف أو مشاعر قد نمر بها جميعا ، نرجو الإجابة عنها جميعا بكل صدق وأمانة خدمة للبحث العلمي .

نشكر تعاونكم معنا . ولاداعي لذكر الاسم .

نرجو تدوين المعلومات الآتية :-

(١) الجنس ذكر أنثى

(٢) المستوى العلمي إعدادية بكالوريوس

ت	الفقرات	تنطبق علي دائما	تنطبق علي غالبا	تنطبق علي أحيانا	تنطبق علي نادرا	لا تنطبق علي أبدا
١	أحرص على تناول دوائي عندما أمرض					
٢	أعتقد إنني شخص مسيطر على أسلوب طعامي					
٣	أشعر بالذنب عندما لا أتبع نصائح الطبيب					
٤	أحرص على الالتزام بكل توجيهات الطبيب					
٥	أشعر بالتعاسة اتجاه نفسي إن لم أراع صحتي					
٦	أتابع علاجي حتى لا أبدو فاشلا					
٧	أحاول المحافظة على مستوى السكر والضغط بشكل متوازن في جسمي					
٨	أتبع حمية في طعامي بانتظام					
٩	أمارس الرياضة البدنية يوميا					
١٠	أعتقد إن التعليمات الصحية يجب مراعاتها من أجل صحتي					
١١	أحاسب نفسي عندما لا أقوم بما يراعي صحتي					
١٢	أعتقد إن الحمية (الريجيم) في الطعام والتمارين الرياضية هي ممارسات صحية يجب ممارستها					
١٣	أستطيع التمييز بين صفاتي السلبية والايجابية					
١٤	أقارن نفسي مع أناس آخرين في الصحة الجسمية					
١٥	أفرك بالطرائق التي يمكن أن يحسن بها الفرد من صحته					

				انتقد الاعتمال التي يقوم بها الآخرون	١٦
				اشعر أنني موضع تقويم الآخرين من حيث اهتمامي بصحتي	١٧
				يصفني الآخرون بأنني شخص ناقد نفسي	١٨
				انتقد نفسي باستمرار بما اتناول	١٩
				ناقش الآخرون في خياراتهم وقراراتهم بالصحة	٢٠
				أقوم تصرف الآخرون الذين التقى بهم لأول مرة من مظهرهم الصحي	٢١
				امتنع عن القيام بأعمال تتطلب جهدا كثيرا يؤثر على صحتي	٢٢
				احل سلوكي أثناء اليوم	٢٣
				اشعر بالتحفز اثناء أدائي لعمل ما	٢٤
				يصفني الآخرون بأنني نشط	٢٥
				عندما أكمل مهمة أفكر في المهمة اللاحقة	٢٦
				أنا شخص مثابر على الاعتناء بصحتي	٢٧