



جامعة الحاج لخضر – باتنة
كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية
والعلوم الاسلامية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



تأثير الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض على الصحة

دراسة ميدانية مقارنة على عينة من الأطباء العامين
والمختصين لدى القطاع الصحي باتنة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص علم نفس الصحة

إشراف الاستاذ :

الدكتور جبالي نور الدين

اعداد الطالبة :

عطية دليلة

لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الاصلية	الصفة
الدكتور امزيان وناس	استاذ محاضر	جامعة باتنة	رئيسا
الدكتور جبالي نور الدين	استاذ محاضر	جامعة باتنة	مشرفا
الدكتور بوقصة عمر	استاذ محاضر	جامعة باتنة	عضوا
الدكتور تغليت صلاح الدين	استاذ محاضر	جامعة سطيف	عضوا

السنة الجامعية : 2011/2010

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

الحمد لله حمدا كثيرا ، والشكر للقائل في كتابه الحكيم : « وَلَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ » ، والصلاة والسلام على خير الأنام خاتم وإمام الأنبياء أجمعين.

لا تكفيها الكلمات والعبارات للتعبير عن مدى الشكر والعرفان لكل من ساهم من قريب ومن بعيد في توجيهنا في بحثنا هذا.

فشكرا جزيلا للدكتور جبالي نور الدين الذي أمسك بيدي ليقودني إلى جمع وترتيب وتنقيح فحوى هذه المذكرة التي مهما جمعت بين دفتيها من معلومات وعالجت من إشكاليات فما هي إلا جزء صغير من عالم العلم والمعرفة.

فكل الشكر على المساعدة للوصول إلى نهاية طريق كنت أراه طويلاً لا ينتهي...

فإنه لا يسعفني إلا أن أقدم ثمرة عملي هذا المتواضع لوجوه لن تنطفئ محبتها في قلبي إلى الأبد.

فشكرا لكل من مد لنا يد المساعدة برأي أو نصيحة أو حتى بكلمة لإكمال هذا العمل المتواضع.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى التعرف على احد العوامل المؤثرة في انتاج السلوك الصحي وهي الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض وكذلك التعرف على مفهوم جديد في مجال علم نفس الصحة و هو الصحانية .ومن اجل تحقيق هذا الهدف تمت دراسة مدى انتشار كل من الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض و الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتنة، كما تم البحث في امكانية وجود علاقة بين هذين المتغيرين و كذا احتمال وجود فروق في درجتهم حسب الجنس ،السن ،الوضع الاجتماعي ،نوع التخصص (طبيب عام ، طبيب مختص) والخبرة لدى افراد العينة .

وقد اشتملت العينة على 92 طبيبا منهم 40 طبيب عام و 52 طبيب خاص اختيروا بطريقة عرضية .

ووفقا للمتغيرات السابقة فقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي المقارن الذي يقوم على المقارنة بين افراد العينة .

وقد استخدمت الباحثة استبيان الهشاشة المدركة و استبيان الصحانية المعدين من طرفها .وبعد تحليل النتائج انتهت الدراسة الى أن أفراد العينة لا يتميزون بالهشاشة المدركة ، و أنهم يتميزون بالصحانية .وان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الهشاشة المدركة و الصحانية كما أن الفروق في درجات الهشاشة المدركة لا تختلف حسب الجنس ،السن ،الوضع الاجتماعي و الخبرة و تختلف حسب نوع التخصص ، أما درجات استبيان الصحانية فلا تختلف حسب الجنس ،السن ،الوضع الاجتماعي نوع التخصص و الخبرة.

Abstract of the study

The objective of the study is to understand one of the factors influencing the production of health behavior which is vulnerability and be familiarized with a new concept in the field of health psychology which is healthisme. To realize this objective, there was a study related to what extent the vulnerability and healthisme within the doctors of health sector of Batna are spread. The possibility of the existence of a relationship between these two variables was dealt with as well as the likelihood of the existence of difference in their degree according to the sex, age, social situation, kind of speciality (general practitioner, specialist) and experience within the individuals of the sample. The sample included 92 doctors among them 40 general practitioners and 52 specialists who have been selected randomly.

According to previous variables, the researcher had adopted the comparative descriptive method which is based on comparison between the individuals of the sample.

The researcher used a questionnaire of vulnerability and another questionnaire of healthisme that have been prepared by her. After the analysis of the results, the study reached the conclusion that the individuals of the sample are not characterized by vulnerability and that they are characterized by healthisme. There is a close positive relationship between vulnerability and healthisme and the differences in the degrees of vulnerability do not differ in accordance with sex, age, social situation and experience and they are different according to the kind of specialty. Concerning the degrees of the questionnaire of healthisme are not different according to the sex, age, social situation, the kind of specialty and experience.

Résumé de l'étude

La présente étude a pour objet la définition de l'un des facteurs influant l'élaboration du comportement sanitaire savoir : la vulnérabilité perçue de la maladie ainsi que la définition d'un nouveau concept dans le domaine de la psychologie de santé savoir : *le santéisme*. Afin de réaliser cet objectif, on a étudié l'étendue de la vulnérabilité perçue à la maladie et le sentéisme chez des médecins au niveau du secteur sanitaire de Batna. On a également fait une recherche concernant la possibilité de l'existence d'une relation entre ces deux variables ainsi que la probabilité e l'existence des différences dans leurs degrés selon le sexe, l'âge, la situation sociale, type de spécialité (médecin généraliste ou spécialiste et l'expérience chez les individus de l'échantillon.

L'échantillons se compose de 92 médecins dont 40 généralistes et 52 spécialistes choisis a hasard.

Selon les variables précédentes, l'étudiante a opté pour la méthode descriptive-comparative qui se base sur la comparaison entre les individus de l'échantillon.

La chercheuse a également utilisé le questionnaire de la vulnérabilité perçue à la maladie et celui d santéisme préparés de sa part. Après avoir analysé les résultats, l'étude est parvenue à la conclusion que les individus de l'échantillon ne sont pas caractérisés par la vulnérabilité perçue à la maladie mais par le santéisme et qu'il Ya une relation associative positive entre la vulnérable perçue à la maladie et le santéisme .les différences dans les degrés de la vulnérabilité perçue à la maladie ne sont pas variables selon le sexe, l'âge, la situation familiale et l'expérience mais selon le type de spécialité. Les degrés des questionnaires du santéisme ne sont pas différents selon le sexe, l'âge, la situation familiale, le type de spécialité et l'expérience.

فهرس المواضيع

المحتويات	الصفحة
شكر و عرفان.....	أ
ملخص الدراسة.....	ب ج د
فهرس المواضيع.....	01
فهرس الجداول.....	04
فهرس الأشكال.....	05
مقدمة.....	06

الفصل الأول إشكالية البحث

أولا : الإشكالية.....	10
ثانيا : فرضيات الدراسة.....	14
ثالثا : الدراسات السابقة.....	15
رابعا : اهمية البحث.....	19
خامسا : اهداف البحث.....	20
سادسا: التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة.....	21
سابعا : ابعاد الدراسة.....	22

الجانب النظري الفصل الثاني الهشاشة المدركة الإصابية بالمرض

تمهيد.....	25
أولا : ماهية الهشاشة المدركة الإصابية بالمرض.....	26
1-تعريف الهشاشة المدركة الإصابية بالمرض.....	26
2- بعض المفاهيم المرتبطة بالهشاشة.....	28
أ-ادراك الخطر و التفاؤلية الدفاعية.....	28
ب-قناعات الضبط الداخلية.....	29
ج-الوعي او الاحساس بالتماسك.....	30
د-انماط الشخصية كأحد عوامل الهشاشة.....	31
هـ-منفذ ضعف.....	32
ثانيا: السلوكات المتعلقة بالصحة و علاقتها بالهشاشة المدركة.....	32
1-السلوكات المتعلقة بالصحة.....	32
أ-السلوك الصحي.....	33
ب-سلوك الخطر.....	34
2-دور الهشاشة المدركة في انتاج السلوك الصحي و تجنب المرض.....	34
ثالثا : النماذج المفسرة للسلوك الصحي باستخدام الهشاشة المدركة كأحد متغيراتها.....	36
1-نموذج المعتقدات الصحية.....	36
2-نموذج دافع الحماية.....	40
ملخص.....	45

الفصل الثالث الصحانية

47	تمهيد
48	اولا : ماهية الصحانية
51	ثانيا : اسهامات بعض العلماء في ظهور الصحانية
51	1- قبل ILLICH
53	2- بعد ILLICH
54	3-SKRABANEK
55	4-NIKOLAS ROSE
57	ثالثا: بعض المفاهيم المرتبطة بالصحانية
57	1-الصحة العامة
59	2-اسلوب الحياة الصحي(نمط الحياة الصحي)
62	3-الوقاية
63	4-ترقية الصحة
67	5-نوعية الحياة
71	رابعا : المحاور الكبرى لصحانية
71	1-الصحة الايجابية
72	2-الصحة الخضراء
74	3-تسويق الصحة
77	4-الصحة و السلطة
78	ملخص

الجانب الميداني الفصل الرابع اجراءات الدراسة الميدانية

80	تمهيد
80	اولا : الحصول على معلومات من مديرية الصحة باتنة
80	ثانيا : مجتمع الدراسة
82	ثالثا : اجراءات التطبيق
82	1-الدراسة الاستطلاعية
82	1-1 منهج الدراسة الاستطلاعية
82	2-1 عينة الدراسة الاستطلاعية
83	3-1 خصائص العينة
86	4-1 ادوات الدراسة الاستطلاعية
89	5-1 كيفية الاجابة
90	6-1 كيفية التطبيق
90	7-1 المعالجة الاحصائية
91	8-1 الخصائص السايكومترية للأدوات
103	2-الدراسة الاساسية
103	1-2 المنهج المستخدم
103	2-2 عينة الدراسة الاساسية
103	3-2 خصائص العينة

107	 4-2 ادواتها
107	 5-2 كيفية التطبيق
108	 6-2 تفريغ البيانات و المعالجة الاحصائية
الفصل الخامس	
عرض و مناقشة النتائج	
110	 تمهيد
110	 اولاً: عرض و تحليل نتائج الدراسة
116	 ثانياً : مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
126	 مناقشة عامة
130	 توصيات
131	 البحوث و الدراسات المقترحة
132	 قائمة المصادر و المراجع
140	 الملاحق

فهرس الجداول

المحتويات	الصفحة
الجدول رقم(1) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للجنس	83
الجدول رقم(2) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للسن	83
الجدول رقم(3) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للحالة الاجتماعية	84
الجدول رقم(4) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للتخصص	85
الجدول رقم(5) يوضح انواع التخصصات و نسبتها من مجموع الاطباء المختصين	85
الجدول رقم(6) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للخبرة (مدة العمل)	86
الجدول رقم(7) يوضح مفتاح التصحيح للاستبيانين	89
الجدول رقم(8) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الاول لاستبيان الهشاشة	92
الجدول رقم(9) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لاستبيان الهشاشة	93
الجدول رقم(10) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان الهشاشة	94
الجدول رقم(11) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الرابع لاستبيان الهشاشة	95
الجدول رقم(12) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الاول لاستبيان الصحانية	97
الجدول رقم(13) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لاستبيان الصحانية	98
الجدول رقم(14) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان الصحانية	99
الجدول رقم(15) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الرابع لاستبيان الصحانية	100
الجدول رقم(16) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للجنس	104
الجدول رقم(17) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للسن	104
الجدول رقم(18) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للحالة الاجتماعية	105
الجدول رقم(19) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للتخصص	105
الجدول رقم(20) يوضح انواع التخصصات و نسبتها من مجموع الاطباء المختصين	106
الجدول رقم(21) يوضح توزيع افراد العينة وفقا للخبرة (مدة العمل)	107
الجدول رقم(22) يوضح المتوسط الحسابي و الوسيط و الانحراف المعياري للدرجات المتحصل عليها من استبيان الهشاشة المدركة	110
الجدول رقم(23) يوضح المتوسط الحسابي و الوسيط و الانحراف المعياري للدرجات المتحصل عليها من استبيان الصحانية	111
الجدول رقم(24) يوضح قيمة معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الدرجات المتحصل عليها في استبيان الهشاشة المدركة و بين الدرجات المتحصل عليها في استبيان الصحانية	111
الجدول رقم(25) يوضح الفروق بين درجات استبيان الهشاشة المدركة وبين درجات استبيان الصحانية و التي تعود الى الجنس	112
الجدول رقم(26) يوضح الفروق بين درجات استبيان الهشاشة المدركة وبين درجات استبيان الصحانية و التي تعود الى السن	113
الجدول رقم(27) يوضح الفروق بين درجات استبيان الهشاشة المدركة وبين درجات استبيان الصحانية و التي تعود الى الحالة الاجتماعية	114
الجدول رقم(28) يوضح الفروق بين درجات استبيان الهشاشة المدركة وبين درجات استبيان الصحانية و التي تعود الى التخصص	115
الجدول رقم(29) يوضح الفروق بين درجات استبيان الهشاشة المدركة وبين درجات استبيان الصحانية و التي تعود الى الخبرة	115

فهرس الأشكال

<u>المحتويات</u>	<u>الصفحة</u>
الشكل رقم (1) يمثل علاقة الضعف -الضغط (المشكل الصحي) - السلوكات الصحية.....	28
الشكل رقم (2) يشرح كيفية عمل المتغيرات الخمسة لنظرية المعتقدات الصحية	38
الشكل رقم (3) الشكل التمثيلي لنظرية دافع الحماية	42

المقدمة :

ازدادت منذ العقدين الاخيرين الادلة الطبية والعلمية و البحثية التي تشير بكل وضوح الى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمط غير صحي في الحياة وتعرضه الى خطر الاصابة بالأمراض المزمنة الخطيرة ، والتي تعرف انتشارا كبيرا في المجتمعات المتقدمة، كما توصل (Matarazzo) 1980 في تقرير علمي حول الصحة السلوكية وافاقها ان معظم المشكلات الصحية التي يواجهها الانسان المعاصر لها طبيعة سلوكية ،وبالتالي يمكن لأي شخص تفادي المشكلات اذا غير من عاداته الصحية السيئة واقدم على ممارسة عادات صحية سليمة . (عبد العزيز .2010. 65)

ويمكن القول ان الصحة تكون موجودة عندما يتمكن الانسان من بناء علاقات اجتماعية بشكل فعال ويتمكن من التوافق والاندماج مع افراد مجتمعه وعندما يستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط وعندما يتمكن بالإضافة الى ذلك من تقرير مصيره الفردي وتحقيق التوازن بين امكاناته البيولوجية الوراثية ، الجسدية و النفسية . (علي.2009. 24)

فالصحة لا تعني المثالية لكل جانب من الفرد بل هي تكامل وتوازن بين هذه الجوانب وكون الضعف سمة مستوطنة في الحياة البشرية يجب التعامل معها بالمعنى الايجابي لا المعنى السلبي كون ادرك الضعف او الهشاشة في جانب ما من جسدي يجعلني اتعامل معه للوصول الى توازن وتكامل مع الجوانب الاخرى وسوف نكتشف من خلال هذه الدراسة فهم اوسع للهشاشة و الضعف وادراكي للتهديد الجسدي يعني ادراكي لوظائف جسدي و ادراكي مثلا ان توقف تنفسي يعني موتي ،اي عدم انكار حتمية المرض المعاناة، الموت .وفي حالة المرض الحاد يكون التهديد مرة واحدة ثم يعود الجسد لطبيعته ثم يبدأ الفرد بالاهتمام لهشاشة الجسم .اما في حالة المرض المزمن :يكون العيش مع التهديد الجسدي المستمر واستمرار القيود البدنية.(*taylor et all 2006*)

وفقدان الاستقلالية او تصور ذلك ما يدفع بالفرد الى ممارسة سلوكات وقائية تجنبه الوقوع بالمرض الحاد و المزمّن .

و بفضل سياسات الصحة العامة وتسويقها للصحة زاد التركيز على هذه السلوكات ما ادى الى المبالغة في ممارستها لدى البعض و هذا ما ادى الى ظهور ايدولوجية جديدة سميت الصحانية (healthism)، وأفضل مجتمع دراسي يمكن ان نتعمق فيه بهذا النوع من الدراسات مجتمع الاطباء، كونهم اكثر وعي و قدرة على ادراك الهشاشة الجسدية لديهم ،كما انهم اكثر وعي و تثقيف صحي يجعلهم يمارسون مجموع السلوكات الصحية الوقائية .

وتعد هذه الدراسة محاولة لإثراء- ولو بالقليل- مجال دراسة العوامل المؤثرة في تكوين السلوكات الصحية و بالتالي البحث عن ما يدفع بالأفراد الى تبني الصحانية ،كنمط حياة لتجنب الوقوع في المرض .

وقد حاولت الطالبة الامام بكل ما يتعلق بالموضوع حيث اشتملت الدراسة على خمسة فصول توزعت بين الجانب النظري و التطبيقي ،فاحتوى الفصل الاول :الاشكالية ،الفرضيات ،اهمية و اهداف البحث، الدراسات السابقة ،التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة و ابعاد الدراسة .

اما الفصل الثاني :يخص الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض ،حيث تم التطرق الى ماهية الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض حيث يتم تعريفها و التعرف على بعض المفاهيم المرتبطة بها ،كما تم التطرق الى السلوكات المتعلقة بالصحة و علاقتها بالهشاشة المدركة :تعريف السلوك ذو العلاقة بالصحة ،دور الهشاشة المدركة في انتاج السلوك الصحي و تجنب المرض. اما في الجزء الاخير من هذا الفصل تم التطرق الى اهم النماذج المفسرة للسلوك الصحي باستخدام الهشاشة المدركة كأحد متغيراتها الاساسية و في اخره ملخص .

الفصل الثالث المتعلق ب:الصحانية تم التطرق للعناصر التالية :ماهية الصحانية تعريفها و بعض المفاهيم المرتبطة بها ،اسهامات بعض العلماء في ظهور الصحانية ، بعض المفاهيم المرتبطة بالصحانية، المحاور الكبرى للصحانية، وفي الاخير ملخص .

اما الجانب التطبيقي فشمّل فصلين الرابع و الخامس حيث احتوى الفصل الرابع على إجراءات الدراسة الميدانية، ويتم توضيح خطوات الدراسة الاستطلاعية: عينتها، أدواتها، كيفية تطبيقها، المعالجة الاحصائية و نتائجها -الصدق و الثبات-، ثم نستعرض الدراسة الأساسية من خلال منهجها، عينتها أدواتها، كيفية التطبيق، جمع البيانات و معالجتها إحصائياً، وآخر فصل هو الفصل الخامس المحتوي على عرض النتائج و مناقشتها و التوصيات والاقتراحات .

الفصل الأول

اشكالية البحث

أولاً: الاشكالية

رغم كثرة المعلومات العلمية الخاصة بربط العوامل البيولوجية بالعوامل النفسية و السلوكية في نشأة الحالات المرضية و حدوثها لدى الافراد ،الا ان هذه المعلومات تبقى محدودة جدا في عالمنا العربي و رفوف مكاتبنا شبه خالية من المراجع العلمية التي تعكس التطور السريع الذي حدث في مجال السلوك و الصحة .

ومن اهم فروع علم النفس التطبيقية التي تعني بمجال الصحة و السلوك علم نفس الصحة، و اهم التساؤلات التي يجيب عنها هذا التخصص :

- ما العلاقة بين الصحة والمرض؟

- ما المسبب للمرض ومن هو المسؤول عنه؟

- كيف يعالج المرض ومن هو المسؤول عن العلاج؟

والسؤال الاهم كيف يمكن تجنب المرض؟ وخصوصا الامراض المزمنة فبعد ان كان الاهتمام منصبا على الامراض المعدية تحول هذا في النصف الثاني من القرن العشرين الى الاهتمام بالأمراض المزمنة نتيجة تبعياتها على الصحة العامة ، و ان تم التدقيق في طبيعة الامراض المزمنة فسنجد مجموعة من السمات التي تميزها :

- الاسباب :سبب الامراض المعدية فيروسات و جراثيم اما سبب الامراض المزمنة فهو نمط الحياة، السلوك، عوامل اجتماعية و نفسية .

- القابلية للتنبؤ :تظهر الامراض المعدية فجأة و بشكل حاد و سريع و التنبؤ بها نسبي .اما الامراض المزمنة تظهر بشكل بطيء و تستمر لفترات طويلة و غير قابلة للتنبؤ في اغلب الحالات

- اجراءات العلاج للأمراض المزمنة غير مضمونة لكثرة العوامل المؤثرة كما انها غير قابلة للشفاء

و تكاليف علاج الاعراض عالية كما تعد اعراضه مرهقة .(رضوان واخر 2008)

هذا ما جعل المؤسسات الصحية ذات الاتجاه العضوي الخالص و التي لطالما تبنت مفاهيم تقليدية للمرض عاجزة عن مواجهة الامراض مما دفعها الى اعادة النظر لمفهومها حول المرض ليشمل العوامل النفسية ، الاجتماعية ، و خصوصا السلوكية .كل هذا فتح الباب لعلم نفس الصحة للتعلم بدراساته النظرية و ابحاثه التطبيقية في مجال الصحة ، وللإجابة على تساؤلات احدث صعب على الطب ايجاد حلول لها .

حيث لم يعد السؤال يتمحور حول اسباب المرض فقط على نحو (هل يقود السلوك الى المرض ؟) وإنما يطرح السؤال عن أسباب الصحة (هل يحافظ السلوك على الصحة ؟) أو (لماذا الناس الأصحاء أصحاء ؟)(رضوان. واخر.2010)

وأولى الاجابات عن هذه الاسئلة تكمن في نمط الحياة المتبع سواء كانت كيف ناكل او كيف ننام

او كيف نتحرك او كيف نقود ...و حلولها المقدمة اتباع السلوكات الصحية الوقائية

اذن اصبح دور العوامل السلوكية واضح و في تطور سواء في ظهور الامراض او تجنبها فعلى سبيل المثال :هناك 25% من الوفيات المتسببة عن السرطان ،و عدد كبير من الوفيات المتسببة عن النوبات القلبية يمكن تجنب حدوثها عن طريق تعديل سلوك واحد فقط، و هو التدخين.

(تايلر.2008.ص126)

وممارسة السلوكات الصحية لا يتم بطريقة عشوائية بل يتبع نظام معين، حاولت العديد من النظريات وضع فرضيات لاقتراح نموذج يوضح آليات عمل هذا النظام . ومن اهم هذه النظريات نظرية المعتقدات الصحية و التي طورت ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل لدى البالغين بأشعة الفحص السينية في الوحدات المتنقلة المتواجدة في اماكن عديدة من الاحياء المتفرقة التي كانت تعاني من ارتفاع عدد الاصابة بمرض السل ،فمن بين سكان الحي الذين خرجوا لإجراء الفحوصات بالأشعة السينية كان عدد البالغين قليل جدا .

هذه الدراسة التي اجراها (GodfreyHocham) في بداية الخمسينات تبحث عن الاسباب التي حفزت البعض لإجراء الفحوصات و الأسباب التي منعت البالغين من اجراء الفحوصات ،فوجد بان الخطر المحسوس للمرض والخطر المحسوس من العدوى ومخاطر الأشعة السينية كانوا عوامل حاسمة في سلوكهم .كما أن معرفتنا بضعف مبدئي في أجسامنا يدفعنا إلى ممارسة سلوكات وقائية تجنبنا التهديد الصحي الخارجي، هذا إضافة إلى توفر قناعة ذاتية بكون ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي إلى نتائج إيجابية و كذا توفر عناصر داخلية و خارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي و تعززها .

إذن عندما تكون احتمالية المرض عالية -بما يتضمن ذلك ادراك الفرد لهشاشة جسمه- ينفذ السلوك الصحي الوقائي .

و الصحة العامة بجميع فروعها (الطب ،التغذية ،العمل الاجتماعي ،العلوم البيئية و الثقافة الصحية و العلوم السلوكية ...) تسعى دوما الى الوصول الى تعميم هذه السلوكات لضمان و تأكيد ان مواطني العالم يتمتعون بصحة سليمة على الدوام .و الصحة العامة تتضمن الصحة الشخصية و صحة البيئة و الصحة الاجتماعية و مكافحة الامراض المعدية و تنظيم خدمات طبية للعمل على التشخيص

المبكر للأمراض، مع تعليم افراد المجتمع كيفية تطوير الحياة الاجتماعية و ذلك بمجهودات منظمة من اجل الوقاية من الامراض و ترقية الصحة ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الحياة. (سلامة .2001.ص25)

و في طريق تحقيق هذا كان لابد من اجبار الافراد والزامهم لتبني سلوكيات وانماط حياة محددة دون احساسهم بقوى ضاغطة، فاستخدمت لأجل ذلك برامج الصحة العامة كل الوسائل التي تساعد على التربية الصحية من إشهارات وأيام تحسيسية، تسويق للصحة... هذا لنشر الوعي الصحي المحدد مسبقا من طرف هذه البرامج، و هذا ما يصطلح عليه بالصحانية و التي تعتبر ممارسة الأفراد و المجتمعات لسلوكات صحية مبالغ فيها، نتيجة برامج الصحة. هذا إن كان الأفراد العاديون كما هو حال القائمين على الصحة (الأطباء) بوصفهم يعيشون التهديد الصحي يوميا نتيجة طبيعة عملهم و تجمع المشاكل الصحية و الأمراض المعدية... في أواسط عملهم .

و هذا ما دفعنا الى التفكير اكثر في التوجه السلوكي و حتى ما قبل القيام بالسلوك الصحي و البحث عن آلية تأثير الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض في ظهور السلوك الصحي الوقائي .

و البحث عن درجة و جود الهشاشة لدى اطباء القطاع الصحي بباتنة ، وكذا مدى ممارستهم للصحانية.

و على العموم فان الهدف الاساسي من هذه الدراسة هو معرفة تأثير الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض على الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي بباتنة .

و بالاعتماد على ما سبق تكون التساؤلات الفرعية لهذا البحث، والتي نطرحها من خلال الدراسة النظرية و الميدانية كما يلي :

- 1- ما درجة الهشاشة المدركة لدى اطباء القطاع الصحي بباتنة؟
- 2- ما مدى انتشار ظاهرة الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي بباتنة ؟
- 3- هل توجد علاقة بين الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض والصحانية لدى افراد العينة ؟
- 4- هل يختلف تأثير الهشاشة المدركة على الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي بباتنة حسب:
الخبرة، الجنس، التخصص، السن، الحالة الاجتماعية؟

ثانيا : فرضيات الدراسة

استنادا على التساؤلات التي طرحت يمكننا صياغة الفرضيات التالية :

1. نتوقع ان يفوق متوسط الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض لدى اطباء القطاع الصحي بباتنة درجة 104 على مقياس الهشاشة المدركة
2. نتوقع ان يفوق متوسط الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي بباتنة درجة 104 على مقياس الصحانية
3. توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض والصحانية .
4. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى الجنس.
5. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة و الصحانية تعود الى السن .
6. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة و الصحانية تعود الى الحالة الاجتماعية .

7. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة و الصحانية تعود الى

التخصص (عام / متخصص).

8. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى

الخبرة .

ثالثا: الدراسات السابقة

1-دراسة ، Irwin Rosenstock، Stephen Kegels Godfrey Hocham، 1952 :

وهي دراسة تابعة لمصالح الخدمات الصحية الامريكية، اجريت على مرضى السل البالغين وعلاجهم بأشعة الفحص السينية في الوحدات المتنقلة المتواجدة في اماكن عديدة من الاحياء المتفرقة التي كانت تعاني من ارتفاع عدد الاصابة بمرض السل ،فمن بين سكان الحي الذين خرجوا لإجراء الفحوصات بالأشعة السينية كان عدد البالغين قليل جدا .

هذه الدراسة التي اجراها (Hocham Godfrey) و زملائه تبحث عن الاسباب التي حفزت البعض لإجراء الفحوصات و الأسباب التي منعت البالغين من اجراء الفحوصات ،فوجد بان الخطر المحسوس للمرض والخطر المحسوس من العدوى ومخاطر الاشعة السينية كانوا عوامل حاسمة في سلوكهم.(Ron et all .23 nov 2004)

2-دراسة FULTON ، J ، P et all، 1987 :

دراسة حول نموذج المعتقدات الصحية و الكشف المبكر عن سرطان الثدي لدى النساء. حيث تعد دراسة في الطب الوقائي في الو.م.ا (لوس انجليس).اجريت الدراسة على مجموعة مكونة من 852

امراً تتراوح اعمارهم من 40 سنة فما فوق ،لقياس استخدامهم للكشف المبكر عن سرطان الثدي تمت 78% من الإجابات عن طريق الهاتف .

و شملت المؤشرات السريرية مكانة المرأة الاجتماعية و الاقتصادية و استخدام الرعاية الطبية استخدمت المقابلة حيث حلت أسئلتها كما حلت البيانات الأخرى .كما استخدم الانحدار اللوجستي لتحديد المتغيرات المستقلة في مجال الكشف عن سرطان الثدي ،وكانت النتائج :

* نسبة الإيجابية 77،18%.

اما الأبعاد:

* بعد تلقي الرعاية النسائية في السنة السابقة 92،4%.

* بعد وجود مصدر منتظم للرعاية النسائية 63،2%

* بعد التصوير الشعاعي للثدي و ادراك انه امن بما يكفي ليكون سنوياً (او = 93،1%).

يجب زيادة التوعية عن سرطان الثدي للنساء و التغلب على جميع الحواجز التي تحول دون فعالية للرعاية الأولية ،و تعزيز التصوير الشعاعي للثدي مع التركيز على فعاليته و سلامته

كما تشير النتائج ايضاً ان المرأة المحرومة اجتماعياً و اقتصادياً ،و الذين هم اقل عرضة للفحص من غيرهم من النساء ،ينبغي أن تصبح أهداف خاصة للتدخلات و التوعية .(John et autres . juil 1991)

3-دراسة عثمان يخلف و عدنان فرج و يوسف عبد الله 1998:

دراسة حول العلاقة بين عوامل الشخصية و السلوكيات الصحية اجريت بجامعة قطر على عينة تكونت من 253 طالب و طالبة الجامعة .و كانت اهداف الدراسة الاساسية تتمثل في :

* تحديد السلوك الصحي من ناحية ابعاده و مؤشرات هذه الابعاد

* تحديد مدى انتشار السلوك الصحي لدى العينة .

* تحديد متغيرات الشخصية المرتبطة بإبعاد السلوك الصحي .

* تحديد مستوى الوعي الصحي العام الذي يتمتع به طلاب و طالبات جامعة قطر .ولقد توصل الباحثون الى نتائج تعكس بكل وضوح و جود علاقة وثيقة بين الشخصية و السلوك الصحي و لقد اظهرت بان السلوك الصحي او النشاط الصحي للفرد يتأثر بنمط شخصيته .(يخلف .2001.ص21)

4-دراسة Albert M.Levin و اخرون 2006:

حيث قامت الدراسة باختبار نموذج المعتقدات الصحية في التنبؤ بقرار المرأة المتصل بالمشاركة او عدم المشاركة في برامج الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي ،حيث لوحظ ان معدل الوفيات لدى الأمريكيات من الاصل الافريقي اكبر من معدل الوفيات لدى الأمريكيات البيض ، و قد اوضحت دراسات سابقة ان السبب يرجع للكشف المبكر .

كان الهدف الاساسي للدراسة هو البحث عن ما اذا كان لدى النساء الأمريكيات من الاصل الافريقي المعرفة الكافية للتوجه للكشف المبكر عن سرطان الثدي .

شملت الدراسة 1055 امرأة امريكية من اصل افريقي يقطن ديجو كاليفورنيا تراوحت اعمارهم من 20 الى 94 عام. من خلال اجاباتهم على استبيان مقدم توصلت النتائج الى 31% تقوم

بالفحص الذاتي للثدي كل شهر

57% قاموا بالفحص السريري للثدي

43% قاموا بفحص الماموجرام مرة في السنة

30% فقط اعترفوا ان سرطان الثدي يشكل تهديدا حقيقيا .

كما تبين ان الابعاد المختلفة المكونة لنموذج المعتقدات الصحية (و منها الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض) من أفضل المنبئات بسلوك المبحوثات .

(Levin et autres .17 AVR2007)

5- دراسة سامر جميل رضوان ،مطاع بركات2008 :

اتجاهات أطباء مدينة دمشق نحو مسائل الخدمة النفسية، هدفت الدراسة إلى:

- معرفة اتجاهات أطباء عينة الدراسة نحو العوامل النفسية في نشوء وتطور الأمراض النفسية والجسدية.
- معرفة اتجاهات أطباء عينة الدراسة نحو أساليب معالجة الأمراض النفسية.
- معرفة اتجاهات أطباء عينة الدراسة نحو العوامل التي يمكن أن تسهم في نشوء وتطور الأمراض النفسية والجسدية.
- معرفة اتجاهات أطباء عينة الدراسة حيال إشراك المتخصص النفسي في العلاج والتشخيص لفئات معينة من الأمراض.
- معرفة اتجاهات أطباء عينة الدراسة نحو العمل المستقل للمتخصص النفسي.
- معرفة وجود أو عدم وجود ارتباطات ذات دلالة فيما بين الاتجاهات المتعلقة بالمسائل الفرعية التي تشكل في مجموعها الاتجاه حيال الخدمات النفسية على وجه العموم.
- التعرف إلى الفروق الموجودة بين الأطباء الأقرب للاختصاص النفسي (الأطباء النفسيين) وبين سواهم من الأطباء في اتجاهاتهم العامة والفرعية حيال مسائل الخدمة النفسية.

اشتملت عينة البحث على 113 من الأطباء من تخصصات مختلفة وافقوا على التطوع للبحث.

استخدم الباحثان استمارة من إعدادهما مؤلفة من 25 بنداً، تستقصي الاتجاهات نحو مجموعة من

المتغيرات ، تتدرج الإجابة بين موافق جداً - موافق - لا رأي لي - غير موافق - غير موافق بالمرة.

بشكل عام، دلت النتائج على أن 18.41% من أفراد العينة ككل أبدوا اتجاهات إيجابية جداً حيال عموم القضايا النفسية، في حين أن 49.5% أبدوا اتجاهات إيجابية، وبقي 10.80% من أفراد العينة حياديين عموماً في اتجاههم، مقابل 16.95% ذوي اتجاه سلبي، و 3.80% باتجاه سلبي جداً. (رضوان و آخر.2008).

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة يمكن الخروج بما يلي :

- ان متغير الهشاشة المدركة لم يتم تناوله كمتغير منعزل عن باقي مكونات نموذج المعتقدات الصحية، بل تم دراسته ضمن باقي المكونات .
- استخدمت كل الدراسات الاستبيانات لجمع المعلومات .
- لا توجد دراسات ربطت بين الهشاشة المدركة و الصحانية (على حد علم الطالبة).

رابعاً : أهمية البحث

1. تبرز أهمية هذه الدراسة في كونها تتناول كيفية إدراك الفرد لخطر الإصابة بالمرض وكذا قابلية جسمه لتلقي المرض وعلى أساس هذا الإدراك يسلك سلوك وقائي معين من شأنه أن يجنبه الإصابة بالمرض ، وهذه الممارسات الصحية إما ان تكون بدرجة متزنة أو تزيد عن حدها لتصبح مبالغ فيها، وهذا ما يعطي صورة خاطئة عن السلوكيات الصحية اللازم اتباعها
2. قلة الدراسات التي تناولت المتغيرات المؤثرة في السلوك الصحي كل على حدى خصوصاً الهشاشة المدركة.

3. تتبع أهمية الدراسة ايضا كونها الاولى من نوعها (حسب علم الطالبة) في الجزائر وفي الوطن العربي التي تبحث في العلاقة الكامنة بين الهشاشة المدركة والصحانية لدى الاطباء .
4. تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة في الممارسات الصحية، والمساهمة في نشر الوعي الصحي .
5. المساهمة في البعد الوقائي للصحة من خلال نشر بعض السلوكات الصحية في المستشفيات بين الاطباء .
6. الاهتمام أكثر بالقائمين على الصحة للوصول الى تكفل جيد بالمرض
7. المساهمة في تطوير برامج الصحة العامة.

خامسا : اهداف البحث

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. معرفة مدى انتشار ظاهرتي الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض و الصحانية لدى الاطباء.
2. محاولة معرفة العلاقة الكامنة بين الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض و الصحانية لدى الاطباء .
3. البحث عن الفرق في الهشاشة المدركة و الصحانية التي تعود الى الخبرة.
4. البحث عن الفرق في الهشاشة المدركة و الصحانية التي تعود الى الجنس.
5. البحث عن الفرق في الهشاشة المدركة و الصحانية التي تعود الى التخصص.
6. البحث عن الفرق في الهشاشة المدركة و الصحانية التي تعود الى السن.
7. البحث عن الفرق في الهشاشة المدركة و الصحانية التي تعود الى الحالة الاجتماعية.

سادسا : التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة :

إن تحديد المفاهيم المستخدمة في الدراسة من أهم الخطوات التي يجب التركيز عليها كون ذلك يساعد الباحث في بناء طريق واحد خالي من التشعبات للوصول الى الهدف الرئيسي للدراسة .

وأهم المصطلحات المستخدمة في هذا البحث هي :

1. الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض

2. الصحانية

3. القطاع الصحي

1 – الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض : **Vulnérability**

الهشاشة المدركة هي الإدراك الذاتي لخطر التعرض لمشكل صحي والتي تظهر درجات مرتفعة في الاستبيان الذي قامت الطالبة الباحثة بإعداده والمكون من (52) عبارة مقسمة على (04) محاور.

2 –**Healthism: الصحانية**

تأكيد مبالغ فيه للحفاظ أو البقاء في صحة جيدة والتي تظهر درجات مرتفعة في الاستبيان الذي قامت الطالبة الباحثة بإعداده والمكون من (52) عبارة مقسمة على (04) محاور.

3 –**القطاع الصحي :**

هو هيكل استشفائي مكون من مستشفى جامعي، مؤسسات عمومية استشفائية ،مؤسسات عمومية استشفائية خاصة ،مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.

سابعاً : أبعاد الدراسة

1 - البعد الجغرافي : تمت الدراسة بالمستشفى الجامعي لولاية باتنة (CHU) أو القطاع الصحي لولاية باتنة).

2 - البعد البشري : الأطباء العامون والمختصون بالقطاع الصحي - باتنة - .

3 - البعد الزمني : تمت الدراسة في السنة الدراسية 2010/2011

الجانب النظري

الفصل الثاني

الهشاشة المدركة للإصابة
بالمرض

تمهيد

بعد ان أصبحت الصحة ظاهرة اجتماعية ، وبعد ان تغيرت خريطة الأمراض وظهور الأمراض المزمنة ، التي غيرت فهمنا للصحة ، وبعد الاعتراف بالمحددات النفسية والاجتماعية والديموغرافية كمتفاعلات، اصبح من الضروري التعمق في دراسة السلوك كأحد محددات حالة الفرد الصحية ، ورغم ان البشرية كانت مدركة للعلاقة بين الصحة والسلوك منذ الزمن القديم ، حيث تعلم الانسان البدائي كيف يتجنب عوامل الخطر المحيطة به ، إلا ان البداية العلمية الفعلية للدراسات في علاقة السلوك البشري بالصحة بدأت بعد الحرب العالمية الثانية حيث لاحظ كل من الاطباء وعلماء النفس والاجتماع ترابطا دالا بين بعض الأمراض والسلوك مثل : امراض التغذية وامراض نمط المعيشة ويعتمد الدارسون والعاملون في مجال علم نفس الصحة في تفسيرهم للسلوك المتعلق بالصحة على بعض النماذج والافكار العلمية التي يزخر بها التراث العلمي وفي هذا الصدد تعد الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض أحد هذه المفاهيم التي تعطي توضيحا وفهما لآلية الاستجابة في وجود مشكل صحي.

أولاً : ماهية الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض

1 - تعريف الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض:

الهشاشة (vulnerability) تدعى أيضا الضعف المبدئي (Initial Vulnérability). وقد ظهر هذا الاصطلاح أول ما ظهر في نظرية المعتقدات الصحية للدلالة على ادراك الفرد لضعف بنيته الجسدية مقابل التهديدات الصحية المحيطة .

ومن أهم التعاريف ما يلي:

1- تعريف (Carolina Werle) : الإدراك الذاتي لخطر التعرض لمشكل صحي

(Werle et autres.2005).

استخدم هذا التعريف "الإدراك" كمفهوم معرفي للدلالة على السيرورة المعرفية للتعرف على المشكل وتقدير درجة هشاشة الجسم تجاهها فهي ادراك للقابلية للإصابة .

2 - تعريف عثمان يخلف: "عندما يدرك الفرد ويقتنع ان عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي

سيعرضه لخطر الاصابة بالمرض" (يخلف 2002.ص32)

يشير هذا التعريف الى السلوك الصحي الوقائي كاستجابة أو نتيجة لإدراك الفرد لخطورة التهديد الصحي: وأن عدم ممارسة هذا يصيبه مباشرة بالمرض.

2-تعريف (Jean–Pierre Dauwalder): "ضعف الفرد في مواجهة التهديد"

(Dauwalder et all.2001)

أي الضعف الشخصي في وجود خطر صحي .

4 - تعريف (Marilou Branchon –schweitzer) : "الاحساس بخطورة كبيرة أو قليلة مقابل

مرض او عدة أمراض مثال: لدي خطر كبير الإصابة بسرطان الرئة "

(Schweitzer.2002 .p33)

تمت الاشارة الى درجة الخطر فهذه الاخيرة تحدد درجات مختلفة من الاستجابة فدرجة الخطر اضافة الى تقدير الفرد للهشاشة تحدد نوع الاستجابة وقدرها.

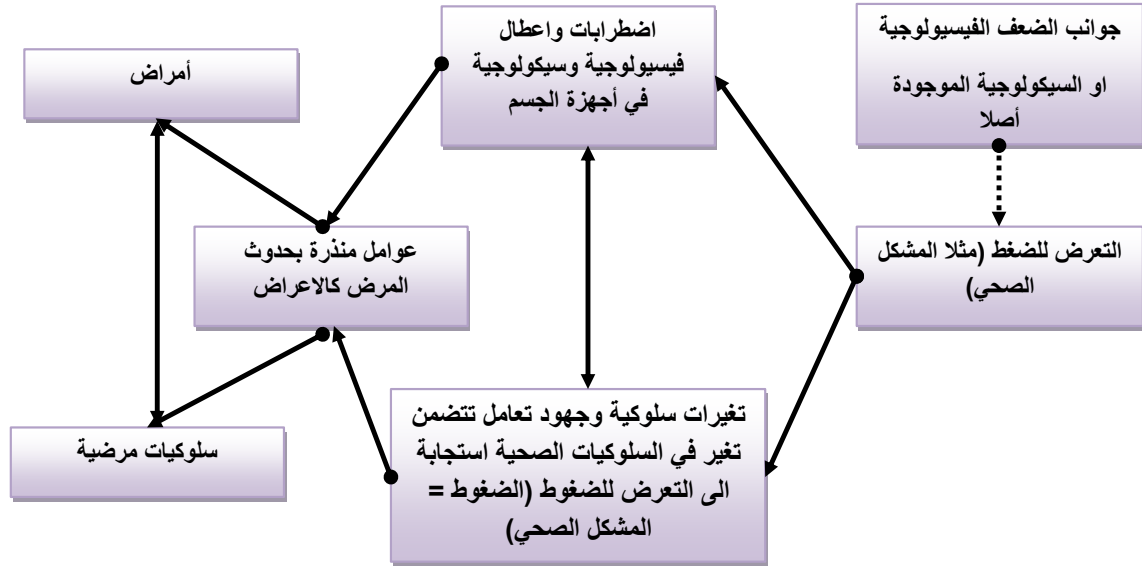
تعد جوانب الضعف الجسمي الموجود اساس ذات أهمية خاصة في دراسات علم نفس الصحة حيث تستخدم مثلاً في :

دراسة الضغوط : إذ يعد الضعف الجسمي أو النفسي الموجود لدى الافراد محددا هام للعلاقة ما بين الضغط النفسي والمرض ن، إذ ان الضغط قد يؤدي الى مرض الافراد الذين يعانون اساسا من الضعف، وهذا مماثل للقابلية النفسية للفرد التي تتفاعل مع ما يواجهه من الضغط ، ففي دراسات حول الاثار الصحية للضجيج والاكتماظ وجد ان الفئات الأكثر تأثراً هي الاطفال والمسنين والفقراء وهذا كون أن القابلية او الضعف موجود أساسا لدى هذه الجماعات.

دراسة السلوكيات الصحية : فوجود جوانب ضعف فسيولوجية أو حتى سيكولوجية تجعل من الافراد يسلكون سلوكيات صحية لتجنب المشاكل الصحية والمرض.

كما يتفاعل كل من الضعف الموجود اساسا لدى الفرد مع الضغط الخارجي (وليكن المشكل الصحي) فيؤثر بشكل سلبي في العادات الصحية إلا انه تبقى هناك فروق فردية في التأثر بالمشكلات الصحية والمخطط التالي يوضح التفاعل بين جوانب الضعف والضغط والسلوكيات الصحية.

(تايلر .2008.ص412)



الشكل رقم (1) يمثل علاقة الضعف - الضغط (المشكل الصحي) - السلوكيات الصحية

(تايلر .2008.ص414).

2 - بعض المفاهيم المرتبطة بالهشاشة

أ - إدراك الخطر والتفاؤلية الدفاعية :

إن إدراك الخطر من المراحل الاولى لتحديد السلوك الصحي ، فإدراك خطر ما او خبرة القابلية الذاتية للإصابة تحدد نقطة الانطلاق الى جانب نقاط أخرى لدوافع السلوك الوقائي، فالقابلية للإصابة المدركة تعد اعمل سبي السلوك الصحي والاشخاص لا يقومون بسلوك صحي ما الا بعد ادراكهم للخطر الجدي للمرض وانهم مهددون شخصيا واقتناعهم بفاعلية اجراءات الشفاء التي يمكن ان يقوموا بها من جانبهم، إن ادراك الخطر ينتج كوظيفة للأهمية المدركة لحدث ما واحتمال ظهوره المدرك، وتعد درجة انتشار المرض المدركة كاشفا لدرجة شدته فقد قام كل من (يموت وديتو وكرويلة) عام 1986 بتصنيع عامل خطر وقاموا بالإحياء الى أن هذا الخطر منتشر بشدة ومنتشر

بدرجة قليلة في نفس الوقت، وذلك من خلال قيامهم بتغيير عدد المرضى الموهومين في المجموعة المرجعية إذا لم يكتشف شخص ما عامل الخطر هذا اثناء ذلك عند أغلب الاشخاص الآخرين (انتشار منخفض) فإنه لن يقدر الخطر بصورة جدية، غنما إذا اكتشف للخطر طبيعيا أي أقل تهديا، إلا ان التجربة لم تفصل بين درجة الشدة والقابلية للإصابة بصورة مستقلة عن بعضهما .

وكما تخضع درجة الشدة للإدراك المشوه كذلك فغن القابلية للإصابة غالبا ما تخضع لإدراك مشوه كذلك فغن ان يشير الى الاحتمال الشخصي لحصول خطر ما عند اعتقاده انه أقل قابلية للإصابة من الآخرين فإنه يقلل من أهمية الخطر ببساطة فإذا كانت فرصة الإصابة بنوع محدد من انواع السرطان تبلغ 3 % فقط ، إذا فلماذا سيكون الشخص ذاته ضمن هذه النسبة ؟ ولماذا يتخذ اجراءات وقائية عندما يبدو انه نسبة الخطر ليست عالية فالمدخن الذي ادرك خطر اصابته بالسرطان عال بنفس درجة المدخنين الآخرين يكون هنا خاضعا لتشووه معرفي وهو النزعة التفاؤلية او التفاؤلية اللاواقعية (شفارتز. 1994).

ب - قناعات الضبط الداخلية

قناعات الضبط الخارجية هي ادراك الانسان للمعززات والاحداث التي تعقب تصرفاته بأنها غير ناجمة عن سلوكه أو ليست من صفاته وإنما هي نتيجة الحظ او الصدفة او القدر، او ناتجة عن تسبب اشخاص أقوى أو يدركها كنتيجة غير متوقعة، بناء على التعقيد الشديد لقوى المحيط.

قناعات الضبط الداخلية : فتكون موجودة عندما ينظر الانسان للمعززات والاحداث في محيطه الشخصي والتي تعقب سلوكه على نتيجة متوقعة لسلوكه الشخصي أو عندما يدركها على انها جزء من سماته الشخصية .

وتتصف قناعات الضبط الداخلية توقعات الفرد في تحقيق أو تسبب تعزيزات ايجابية من خلال انماط معينة يمتلكها من السلوك، أو منع عواقب سلبية من الحدوث.

(رضوان. وآخر 14-01-2011)

إنّ فالهشاشة إحدى هذه السمات الشخصية بإدراكها يمكن للفرد منع عواقب سلبية من الحدوث (المرض) أو هي قناعة من القناعات الداخلية للفرد.

ج - الوعي أو الاحساس بالتماسك:

يعتبر التماسك أو الترابط عن التوجه العام الذي يعبر عن مدى امتلاك شخص ما للشعور الديناميكي بالثقة، بحيث ينظم أو يصمم الاحداث في محيطه الداخلي والخارجي في مجرى حياته وتكون هذه الاحداث قابلة للتنبؤ و التفسير، وبحيث تكون الموارد متوفرة لديه من اجل مواكبة المتطلبات الناجمة عن هذه الاحداث وبحيث تكون المتطلبات مثيرة للتحدي وتستحق البذل والالتزام .
وهناك ثلاثة مركبات للوعي بالتماسك:

1. القابلية للفهم أو الإدراك : وهي العمليات الحياتية المهنية بشكل موضوعي بحيث يمكن أن تكون قابلة للفهم العقلي أو المنطق وشفافة.
2. القابلية للتأثير : أي ان الفرد قادر مبدئيا على ضبط أحداث الحياة والسيطرة عليها .
3. الامتلاء بالمعنى : أي ان المتطلبات الواجب مواجهتها تستحق ذلك وتقدم للفرد معنى شخصيا.

(رضوان. وآخر 14-01-2011).

د- انماط الشخصية كأحد عوامل الهشاشة:

تحاول نظرية الانماط ان تحصر اصناف الشخصية في عدد من الانواع ، قد يكون تصنيفها هو العوامل الجسمية أو العقلية أو الانفعالية او الخبرات التي مر بها الانسان، وقد تعدد تصنيف الاشخاص وفقا لخصائص معينة يشتركون فيها، والنمط فئة او صنف من الافراد يشتركون في الصفات العامة ذاتها، وان اختلف بعضهم عن بعض ف درجة اتسامهم بهذه الصفات ، فمثلا النمط أ (type A) يتسم بالطموح المرتفع، السلوك التنافسي، الاصرار على العمل المتواصل ، نفاذ الصبر العدوان... وعلى الرغم من ان معظم هذه السمات تميز الشخص الناجح والمتوافق فإنها قد تصيبه بعدد من الاعراض النفسية المرضية، زيادة عن بعض الشكاوي البدنية واهمها الاعراض المتصلة بالقلب.

(عبد الخالق.2006.ص 15)

اصبح من المعروف في العلوم الانسانية ان العوامل النفس- اجتماعية تلعب دورا في الامراض ، كما تم التأكد من ان سبب الوفاة الاول في العالم المتقدم ليست الامراض المعدية بل هي الامراض المزمنة (الامراض القلبية الوعائية، السرطان). كما تعد بعض المفاهيم المعرفية والسلوكيات تلعب دور وقائي أو مخفف من هذه الامراض (الوعي ، المعتقدات ، الضغط، اسلوب الحياة اين يوجد الضغط ، الشخصية).

مشكل الهشاشة مختلفة باختلاف التفسيرات المقدمة ، حسب ابعاد الشخصية التي تلعب دور المضعف، حيث يمكن القول ان القلق ، العصبية ... عبارة عن مؤثرات سلبية على الصحة النفسية.

العوامل المؤثرة على الصحة الجسدية : النمط أ (A) عامل الإصابة بالأمراض القلبية النمط جـ (C) وعامل للهشاشة المؤدية الإصابة بالسرطان وبعض الامراض المعدية المرتبطة بالمناعة - الضغط.

المشكل في العلاقة بين الشخصية والصحة ليس بها شط لأنها مباشرة وبسيطة ، الأبحاث حول الشخصية والسرطان ، والربو، أمراض القلب ... الخ

بعض صفات الشخصية (مثال التشاؤم) لها تأثير سلبي غير محدد على الصحة الجسدية.

إذن تعد انماط الشخصية احد عوامل الهشاشة. (Schweitzer.2002.P163)

ه- منفذ ضعف window of vulnerability :

الحقيقة التي ترى ان لدى الناس في اوقات معينة قابلية اكبر للتعرض لمشاكل صحية محددة ،فالمراقبة المبكرة على سبيل المثال تشكل منفذ ضعف للبدء في التدخين . (تايلر . 2008.ص906).

ثانيا: السلوكات المتعلقة بالصحة وعلاقتها بالهشاشة المدركة

1-السلوكات المتعلقة بالصحة:

لقد اثبتت العديد من الابحاث والدراسات في مجالات مختلفة كـ: علم نفس الصحة ، الطب السلوكي، علم الاوبئة السلوكية ... أن العوامل السلوكية دورا رئيسيا في نشأة الامراض وتطورها، فجعل الافراد للعلاقة الموجودة بين المشكلات الصحية ن جهة ونمط السلوك من جهة أخرى يؤدي الى تعريضهم لمخاطر صحية مستقبلية.

لذا فاهم مواضيع علم نفس الصحة هي اسلوب حياة الفرد وأنشطته اليومية وطريقته في تفسير الأحداث وسلوكاته المتعلقة بالصحة ، فمثلا امراض القلب تعد احد الاسباب الاولى للوفاة في العالم لذا يتم دراستها من طرف علم نفس الصحة لتغيير أسلوب الحياة وسلوكات الافراد المؤدية الى هذا المرض.(عبد الخالق .2006.ص8).

والسلوكيات المتعلقة بالصحة تضم كل من السلوكيات الصحية : وهي السلوكيات السليمة الرامية لتحقيق الصحة كما تضم سلوكيات الخطر وهي السلوكيات التي يفرز عنها المرض.

أ - السلوك الصحي:

يعد تعريف (Kasl et Coll) 1966 من أشهر تعاريف السلوك الصحي "كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد انه معافي لغرض الوقاية من المرض او اكتشافه من قبل ظهور اعراضه".

(Fischer. 2002.p6)

يعرفه (Ferber) 1979 على انه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية.

(رضوان. و آخر 14-01-2011)

ويشير نولدنر (Noemdner) 1989 إلى ان السلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف الى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد.(رضوان. و آخر 14-01-2011)

وقد حدد كل من (Belloc et Breslou) سبع سلوكيات صحية :

1. النوم لمدة 07-08 ساعات في اليوم

2. عدم التدخين

3. تناول الافطار كل يوم

4. عدم تناول الكحول أكثر من مرة او مرتين في اليوم

5. ممارسة الرياضة بشكل منتظم

6. تجنب الاكل بين الوجبات

7. تجنب حدوث زيادة في الوزن تزيد عن 10 % عن الحد المطلوب.

(تايلر. 2008.ص126).

ب - سلوك الخطر:

يعرفها (Matarrazzo) 1984 بأنها سلوكيات ممرضة وتزيد احتمال الإصابة بالمرض التدخين،

شرب الكحول، الاستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر... الخ

(Marilou Branchon –schweitzer 2002)

كما تعني وضع الذات في خطر ، خطر فيسيولوجي للحسم او الصحة (جروح، مرض أو موت) وأيضا خطر نفسي وهذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها ، ويمكن ان تكون منخفضة كما يمكن

أن تؤدي الى نتائج خطيرة جدا (Allénique 12.02.2008)

بعض سلوكيات الخطر :

- البدانة : وهي المسببة لأمراض السكري ، ارتفاع ضغط الدم الاساسي، الربو...
- شرب الكحول : يسبب تشمع الكبد
- التدخين :يسبب السرطان
- الضغط النفسي : يسبب امراض القلب، والاعوية الدموية.

2 - دور الهشاشة المدركة في انتاج السلوك الصحي وتجنب المرض:

إن معظم سلوكيات الافراد الصحية والوقائية ناتجة عن تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي واجهوها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات يحتمل ان تنجم

عن ذلك النشاط ، إذن عندما تكون احتمالية المرض عالية (الاستعداد المدرك) وشدة المرض وخطورته مرتفعتين ينفذ السلوك الوقائي. (يخلف.2001.ص32) .

فالهشاشة المدركة أحد العناصر الهامة المكونة للسلوك الصحي وهي من المحفزات للقيام به، وبالتالي تعد الهشاشة المدركة من العناصر الهامة لتجنب المرض.

أصبح السلوك اهم متغير يمكن التنبؤ به عن ظهور وتطور الأمراض ومنه يمكن التحكم فيها او الوقاية منها، أصحاب هذا السلوك.

دراسة أجراها 250 باحث على 29 ألف شخص في 52 بلد ، والتي تعتبر أهم دراسة علمية كبيرة تؤكد دور العوامل النفسية في امراض القلب والشرابيين في انحاء عديدة من العالم، بما فيها دول فقيرة وأخرى متوسطة الدخل ، كشفت الدراسة على ان 90 % من حالات جلطات القلب ترجع الى عوامل سلوكية يمكن تحاشيها بما فيها التدخين، ارتفاع ضغط الم، والسكري، وذكرت أن هذه الدراسة تتضمن رسالة قوية للأجهزة والمنظمات الصحية في دول العالم الثالث للعمل على استهداف عوامل الخطر

هذه. (العبيسي) .24/09/2008

دراسة تايلور وزملائها (Taylor et all 1999) حول علاقة التفاؤل كسلوك فردي بصحة الجسم حيث تكونت العينة من 312 رجلا مصابا بالسيدا و238 غير مصاب وكشفت الدراسة عن نتيجة مهمة مفادها أن التفاؤل مصدر مهم للتغلب على الامراض النفسية او الجسمية إذا أنه يساعد على التحكم النفسي في الانفعالات عند المصابين بالمرض. (عبد الخالق1981)

وفي دراسة اخرى قامت بها الباحثة حنان السيد بدر وفيليب مودي حول معتقدات الموظفين الذكور منهم 1798 كويتي حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين فكانت النتائج ان غير المدخنين يعتقدون أن التفكير في الصحة يأتي من خارج الشخص ، أي ضبط اجتماعي بالمقارنة مع

المدخنين الذين يرون انهم أكثر قدرة على التحكم في حياتهم، وكان غير المدخنين لديهم معتقدات افضل من مضار التدخين، بالإضافة الى ان الدراسة اشارت الى تدني مستوى التعلم وعدم الزواج هي عوامل خطيرة تؤدي الى التدخين. (بدر و اخر ، 2005)

اما السمة فتعد أحد الاسباب لبعض الامراض المزمنة (السكري ، الربو، ارتفاع الضغط الدموي...) وإحساس الفرد ان جسمه قابل للزيادة السريعة للوزن (الهشاشة المدركة) يجعله يتجه للحميات الغذائية والرياضة البدنية. لعدن الوقوع فيها .

وقد جاء في تقرير دراسة اجريت على مليون امريكي ان بعض الاشخاص قد يواجهون خطر الموت المبكر بسبب زيادة الوزن وان هناك علاقة واضحة بين الزيادة المفرطة في الوزن وزيادة خطر الموت بأمراض القلب والسرطان . (الخنجي 2001)

مما شبق نستخلص أن الهشاشة تساهم في ظهور السلوك الصحي والذي بدوره يساهم في تحقيق الصحة للفرد.

ثالثاً: النماذج المفسرة للسلوك الصحي باستخدام الهشاشة المدركة كأحد متغيراتها

1 – نموذج المعتقدات الصحية (HBM) health belief model

(Rosenstock) 1974 ثم (Becker) 1984

نموذج المعتقدات الصحية هو اول نموذج استعمل لتفسير السلوكات الصحية(الشفافية الوقائية) يرمز له بـ HBM يركز على نظرية المهمة الذاتية المنتظرة والتي تعتقد ان الفرد لا يقوم بسلوك ما بعد التعرف على خيارات الفعل المحتملة. (Werle et autres.2005)

و المعتقدات الصحية تصورات وإحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض ، علماء نفس الصحة التجأوا لدراسة المعتقدات الصحية كإمكانية للتنبؤ بالسلوك .وقد بني هذا النموذج لشرح السلوكيات الصحية او الخطرة ابتداء من بعض العوامل المعمولة (التقييم، الإدراك، المعتقدات) حيث يقول ان هذه العوامل تبني سلوكيات تحمي الفرد من المرض(Shweitzer. 2002.p 33)

يعتبر قرار السلوك الصحي عقلاني وفردى حسب النموذج الأصلي (Rosenstock 1974) الفرضية تقول ان الفرد يتبنى سلوك وقائي (اللقاح، استعمال الواقي...) انطلاقا من خمسة متغيرات

1- الهشاشة المدركة : vulnerability

الإدراك الذاتي خطر التعرض لمشكل صحي.

2- القساوة المدركة : severity

الاحاسيس المتعلقة بخطورة المرض إذا ما أصبت بها و لم يعالج

3- الفوائد المدركة :

المعتقدات اتجاه فعالية السلوكيات الموضوعة لتجنب الخطر

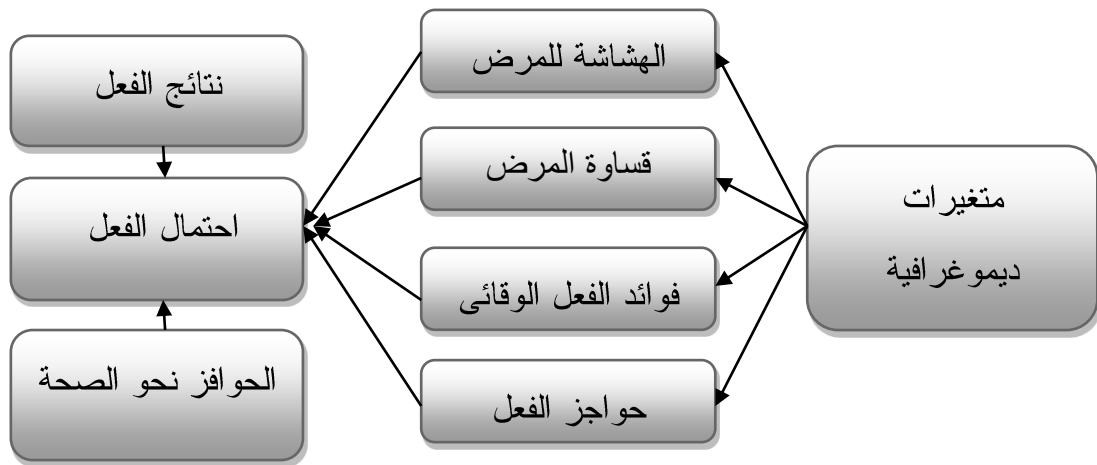
4- العوائق المدركة :

تتعلق بالجانب الجسمي ، النفسي والمالي المرتبطة بفعل الصحة المحلل .

5- نتائج الفعل :

هي عائد المشكل الصحي ، قد تكون داخلية (أعراض المرض مثلا) او خارجية (اشهار ، توصيات طبيب او ممرض) في حالة السلوك الوقائي لا توجد الاعراض إذن الاثر الفعلي هو خارجي **Werle** (et autres.2005)

والمخطط التالي يشرح كيفية عمل المتغيرات الخمسة HBM



الشكل رقم (2) يشرح كيفية عمل المتغيرات الخمسة لنظرية المعتقدات الصحية

من خلال المخطط يمكن القول ان الافراد يوازنون بين فوائد الاستجابة مقابل

الحواجز في طريق الفعل (نفسية، فيزيائية، واجتماعية) ثم يقررون القيام بالفعل.

المتغيرات الديموغرافية والتجارب السابقة تؤثر في المتغيرات الخمسة الكبرى للنموذج.

جانز وبكر 1984 (Janz et Becker) حلا 46 دراسة تمت من 1974 غلى 1984 استخدمت

HBM ووجدا مساندة ودعم من هذا النموذج ، هذا المقال حلل خصوصا المكونات الاربعة الاساسية

لـ HBM

- الهشاشة المدركة
- القساوة المدركة

- الحواجز ضد الفعل
- فوائد الفعل

أما بعد عائد الفعل لم يحلل لأنه لم يعالج في معظم الدراسات المتتالية ،وعلى العموم فإن بعد حواجز الفعل هو الذي يشرح أكثر تبني سلوكيات الصحة وثم فوائد الفعل الوقائي ثم الهشاشة تجاه المرض.

(Werle et autres.2005)

(Janz et Becker) 1984 حلا دراسات حول السلوكيات الوقائية (24 بحث)

وسلوكيات علاج المرض المشخص (19 بحث) النتائج كانت مختلفة حسب هذا المعيار .

في حالة سلوكيات الوقائية (الهشاشة للمرض) هو البعد الأكثر أهمية، أي انه كلها احس للفرد بالتهديد من طرف المرض كلما قام بسلوكيات وقائية ضد المرض ، في حين (قساوة المرض) ليست دائما مرتبطة احصائيا السلوك الوقائي هنا يمكن القول انه في حالة الوقاية لا توجد أعراض للمرض.

نقد النظرية :

- هناك سلوكيات صحية تلعب دور العادة لا يصبح للقرار النفسي اجتماعي معنى والسلوك يكون آلي مثل أقوم بالحمية الغذائية لكي أكون اكثر جمالا او أقوم بالرياضة لاندمج مع فريق.

أي ان النموذج لم يعط اعتبارا لدور العادات .

- كما ان هذا النموذج يركز على ان الافراد يقررون اتباع سلوكيات صحية بطريقة واعية وعقلية وهذا ليس صحيح دائما .
- لم يذكر النموذج الصعوبات المرتبطة بتغيير المعتقدات ولم يعط اقتراحات للتغيير.

- لم يعط النموذج اعتبارا للعوامل الفردية والاجتماعية والتي يمكن أن تقوم بدور في هذه السلوكات .

فحسب زاني (Zani) 2002 : الفرد يعتبر في النموذج كموضوع يأخذ فقط قرارات وكأنه محور من هذه الروابط دون عواقب عاطفية او عقلية تبعا لهذه المنطق عقلانية micro économique (الاقتصاد الجزئي) والذي يركز على الاستراتيجيات المعرفية لأقصى الفوائد وأقل اثمان.(Werle et autres.2005)

- ضعف منهجي ونظري .

2 – نموذج دافع الحماية : (protection motivation theoryRogers 1983)

في شكلها الأولي تحلل تأثير رسائل الإقناع (تأسيس الخوف) للوصول وفي نسختها الاخرى ، الدافعية للحماية ضد مرض هي انتاج إدراك خطورة التهديد وهي إدراك هشاشة الفرد وفعالية الاستجابة للمواجهة في الرد على التهديد ، النسخة المحسنة تفهم كذلك المعتقدات في قدرتها على مواجهة وضعية (استراتيجية المواجهة) وهذه النسخة تشدد بالإضافة الى ان دافع انجاز استجابة المواجهة تأثر سلبيا عن طريق القيمة لهذه الاستجابة وعن طريق فوائد الاستجابة غير مكيفة .

(Fisher,2002.p28)

الفكرة المركزية في هذا النموذج هي فكرة وجود دافع خاص للحماية تجاه المشاكل الصحية انطلاقا من عدة عوامل:

1. القساوة المدركة او اهمية نتائج الانذار الصحي

2. الهشاشة او الضعف الفرد مقابل هذا الخطر

3. الفعالية المدركة للسلوك الصحي لتجنب هذا الخطر

4. إدراك الفعالية الذاتية للقيام بهذا السلوك

5. الدعائم الجوهرية والخارجية لسلوك الخطر موجودة.

القيمة المتوقعة لتغيير سلوك الخطر. (Dauwalder et al. 2001)

أي أن هذا النموذج يقوم على المعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة والمتمثلة في اتباع سلوك صحي.

والمركبات الأربعة الأساسية للنموذج المستوحاة مما سبق هي :

1. الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة.

2. القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.

3. الفعالية المدركة لإجراء ما ، من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي

4. توقعات الكفاءة الذاتية لصد الخطر.

هذه المركبات تشكل طلائع ممارسة السلوك الصحي. (رضوان و آخر 14-01-2011)

أما الحافز اتجاه الحماية ه نتيجة عمليتين معرفيتين:

1 - تقييم التهديد : مقارنة بين القساوة المدركة للمرض والهشاشة المركبة بالنسبة للمرض المدروس

2 - تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد.

هذان العمليتان تتأثران بمصادر معلومات

• داخلية : متغيرات شخصية وتجارب سابقة مع المرض

• محيطية: اقناع لفظي والتعلم بالملاحظة.

تستخدم هذه النظرية الحافز للحماية كمتغير وسيط بين المعتقدات والسلوك إما مقدار المقاصد السلوكية

يعتبر متغير مستقر في نظرية الدافع للحماية. (Werle et autres. 2005)

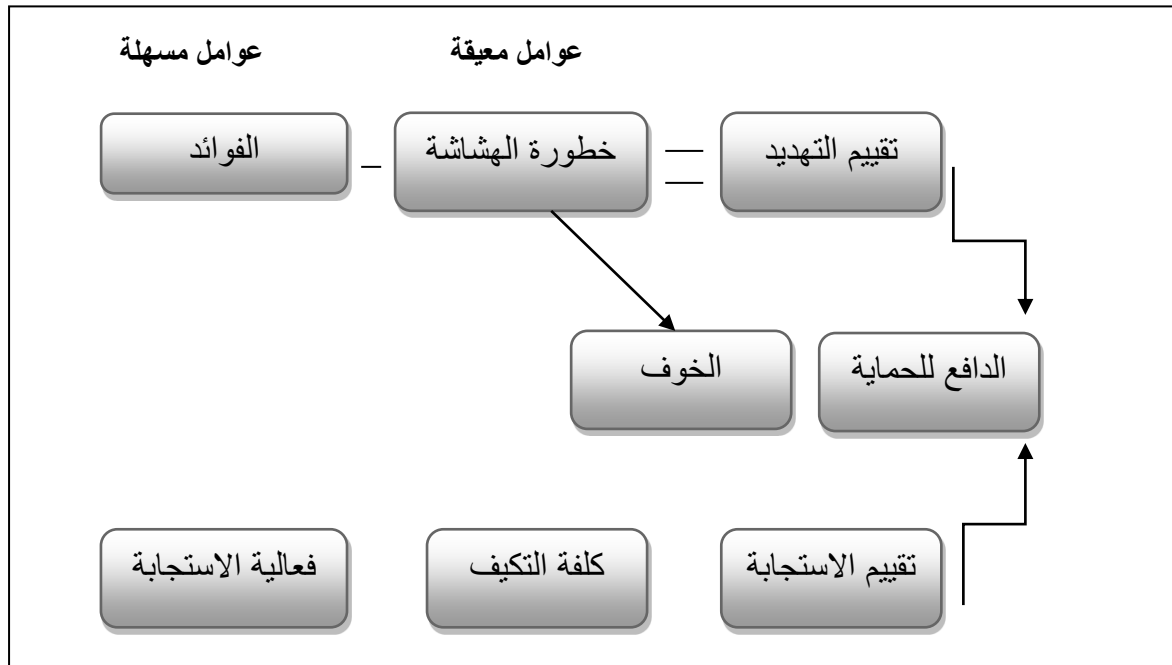
أما عن استخدامات هذه النظرية :

• التقليل من استهلاك الكحول

• اتباع أنماط حياة أكثر صحية

• الانخراط الى أنظمة طبية

- الحماية والكشف المبكر للسرطان
 - ممارسة تمارين رياضية منتظمة.
- والفرضيات المدافعة عن النموذج تقول ان دافعية الفرد للحماية ضد المرض تكون عالية في حالة :
- التهديد على الصحة كبير
 - احساس الفرد انه هش
 - الاستجابة مقيمة على انها فعالة لاستبعاد التهديد
 - الفرد يثق بحظوظه للنجاح في الوصول الى الاستجابة المكيفة.
 - المكافئات من استجابة الغير مكيفة مهمة
 - التكلفة الخاصة بالسلوك المتكيف منخفضة



الشكل رقم (3) التمثيلي لنظرية دافع الحماية (Fisher 2002.p31)

المتغير المتخلف بطريقة ذات معنى هذا النموذج عن نظرية المعتقدات الصحية HBM والذي يزيد من ثقته هي مفهوم فعالية الذات لـ (Bandura 1986). مثال : عندما يكون الفرد واثقا ويعتقد انه يمكنه القيام بسلوك وقائي محدد. تتأثر المعلومات التي ترفع ادراك الهشاشة الفرد أو تقييم خطورة التهديد، تقوم برفع الدافعية للحماية ، في النتيجة ردة الفعل وعلى العكس لا يحس الفرد انه فعال جدا يعني انه لا يشعر بالقدرة في الفعل الوقائي.

إذا قارنا النموذجين نلاحظ انهما يعتبران الهشاشة الشخصية و ادراك الخطر مثل المعتقدات مركز السلوكات المتعلقة بالصحة .

هذه النظرية مماثلة لـ HBM في جانب اعتبارها ان دافع الحماية هو نتيجة إدراك الخطر واردة تجنب نتيجة سلبية .الفرد يقوم بتحليل الثنائية التكلفة/ الفوائد

هذه النظرية تتبنى المتغيرات الاربعة لـ HBM "القساوة المدركة" "الهشاشة المدركة" و"الحواجز" و"الفوائد من السلوك الوقائي" التي تقدر انطلاقا من متغير فعالية السلوك الوقائي منظمة في عمليتين معرفيتين وسيطتين.

الاختلافات الرئيسية بين النموذجين هي :

1. تنظيم النظرية لدافع انطلاقا من عمليتين معرفيتين وسيطتين في حين HBM تقيم قائمة من المتغيرات تأثر في السلوك .

2. "فعالية الذات" 1989 (Bandura) تحدث عنها النموذج PMT بطريقة مباشرة اما في HBM فتحدث عنها من خلال "حواجز الفعل الوقائي".

3. استعمال نية (قصد) السلوك كمتغير مهم في حدود HBM لان هذا الاخير يقترح شرح السلوك مباشرة عن طريق المعتقدات دون المرور على العادة.

PMT تستخدم كثيرا من اجل التنبؤ بمختلف السلوكات الصحية مثل : في شرب الكحول ممارسة النشاطات الرياضية ، اتباع نموذج صحي أكثر، ابتلاع نصائح الطبيب ، الحماية والوقاية ضد السرطان.

في دراسة حول 65 بحثا استعمل PMT (Floyal،2002،Dunn et Rogers – Prentice)

يثبت ان العلاقة المقترحة من طرف النظرية قد بحثت العلاقة بين الهشاشة والقساوة والفعالية للاستجابة الوقائية والفعالية الذاتية في السلوكات محل الدراسة هي دالة احصائيا .

عامل اخر مؤثر في المتغيرات هو العمر (عمر الفرد) : الراشدين المتغيرات مرتبطة بالقدرة على مواجهة الخطر الحاضر أكثر تأثرا على السلوكات او قصد السلوك من الطلبة.

كذلك ، حسب المشكل الصحي_مختلف المتغيرات تشرح ميزات السلوكات او قصد السلوكات.

كذلك بالنسبة للدراسات على الوقاية من السرطان ، المتغيرات المرتبطة بتقييم الخطر، نجد ارتباط أقوى مع السلوكات أو نية (قصد) السلوكات على عكس المرتبطة بالقدرة على مواجهة الخطر.

في الدراسات على سلوك التوقف عن التدخين او الوقاية من عدم إعادة بدء التدخين، المتغيرات المرتبطة بالقدرة على مواجهة التهديد (الانذار) لها تأثير أكثر أهمية على السلوك من التي مرتبطة بالتهديد (الخطر).

في البحوث عن الانضباط الحمية الغذائية وممارسة الرياضة وجدت علاقة قوية بين المتغيرات المرتبطة بالقدرة على مواجهة التهديد والسلوك وهذا أيضا وجد في الدراسات حول الوقاية ضد السيدا

(Dauwalder et all.2001) .

ملخص

من خلال العناصر التي عرضناها عن ماهية الهشاشة المدركة والسلوكات الصحية يمكننا القول انه يجب التركيز على كل العوامل الكامنة وراء هذه الأخيرة بما فيها الهشاشة المدركة للإصابة بالأمراض، وذلك كونها عامل مهم في محاربة الامراض والوقاية منها.

فالفائدة في حالة ممارسة السلوكات الوقائية تكون أقل تكلفة هذا اضافة الى توفر قناعة ذاتية بكون ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي الى نتائج ايجابية وكذا توفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه.

فإدراك الهشاشة والضعف الداخلي تجاه الامراض ان لم يزد عن حده كان سلاحا في مواجهة المشاكل الصحية المختلفة.

الفصل الثالث

الصحانية

تمهيد :

الصحة مثل الجمال ، الحب ، السعادة ... مفهوم ميتافيزيقي لا يمكن ملاسته مباشرة ، كما ان الصحة تاج على رؤوس الاصحاء لا يراها الا المرضى فالأفراد الأصحاء لا يفكرون بالصحة مالم يكونوا متوهمي المرض (hypochondrias) وهي ليست علامة على الصحة ، و بالمثل عند ما تؤدي اجهزتنا وظائفها على اكمل وجه لا نقلق عليها ، انه غياب الصحة ما يؤدي الى البحث عنها و طلبها كما يحلم المسجون بالحرية.

و السعي وراء الصحة هو عرض من أعراض المرض، لما يكون هذا السعي خارج عن الفرد و يصبح ايديولوجية الدولة نتحدث حينها عن الصحانية (healthism) لتصبح بذلك الصحة سلعة تسوق و تنتج لأجلها الدعايات المبهرة و اللوم كل اللوم يقع على الفرد ان اصابه مرض ، فالمرض في مذهب الصحانية سببه السلوك الغير صحي للأفراد و العلاج يكون بتقويم هذه السلوكات لتصبح أنماط حياة الافراد صحية و خالية من الاخطار و التهديدات الممرضة.

أولا : ماهية الصحانية healthism ؟

تسمى كذلك healthism أي بين القطاعين الصحانية - العام وهو اصطلاح جديد لوصف مجموعة متنوعة من البنى الإيديولوجية لموضوع الصحة والطب .

استخدم بداية من طرف السياسي الاقتصادي (Robert Crauford) عام 1980 في مقالة لتطور مفهوم الصحة في كل مجالات الحياة حيث يصف في هذا المقالة الفكر السياسي الجديد الذي ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية خلال 1970 "مشكلة الصحة و المرض على مستوي الفرد " كما استخدم المصطلح عام 1994 في كتاب "the death of humane medicine the rise of coercive healthism"

"وفاة الطب الانساني وصعود الصحانية القسرية "

رغم صعوبة شرح هذا المفهوم الا انه يمكن تبسيطه كالتالي :هي تأكيد مبالغ فيه للحفاظ او البقاء في صحة جيدة. وهذه المبالغة و الزام جاء الانظمة ليس عن طريقة التعليم والمعلومات بالمسائل الصحية فحسب بل بالدعاية والاكراه وذلك من اجل تحديد "اسلوب حياة صحي " للجميع فمثلا تعاطي المخدرات غير اخلاقي وممنوع قانونيا اجبار التقدم للفحوص الطبية و اللقاح تناول طعام صحي المشاركة في الرياضة .

اذن الصحانية هي "صحة الامة " مع وعد ضمني لتحقيق قدر اكبر من السعادة للجميع مع هذا اختلاف بين محاولات تعظيم الصحة والتقليل من المعاناة كما اشار (Karl Popper) في كتاب المجتمع المفتوح و اعداؤه "the society and its enemies"

كل المحاولات الرامية الى تحقيق اقصى قدر من السعادة للشعب ،وهذا يؤدي الى الشمولية

دعامة الصحانية ونظريتها هي الصحة العامة اما مذهبها فهو اسلوب الحياة lifestylism وهذا الأخير ينص علي ان سبب الامراض هي السلوكات غير صحية للأفراد وعلى الرغم من لغته الرياضية فالأسلوب الحياة نكهة اخلاقية قوية .

المجتمع المريض حسب راي (Geoffrey Rose) ابرز الوبائيين البريطانيين اننا عبارة عن مجتمع مريض نتيجة اسلوب حياتنا الغير الصحي ورغم هذا فهو يرفض اسلوب الاجبار كون ذلك يؤدي الى رفض نمط الحياة هذا بل يجب اعادة تعليم المجتمع باسره ما هو مقبول اجتماعيا .

اما عن الطب فهو لم يعد يقتصر على وظائفه التقليدية بل اصبح مستشارا وحكما لما هو طبيعي وصحي وبذلك يجد السياسيون الخطاب عن الصحانية سهل واكل تكلفة وهذا يعزز القدرة على السيطرة على السكان حيث لا تكون أي مقاومة او معارضة وبذلك يزيد وعد " صحة الامة "

نشر اول تقارير healhist عام 1974 منظور جديد حول صحة الكنديين ،ثم وضعت الخطة المستقبلية للصحة من طرف وزير الصحة و الصادرة عن وزارة الصحة في للولايات المتحدة وجوهر هذه التقارير هو تقليدها في بلدان اخرى لاحقا وتنص على الاعتقاد ان انماط الحياة غير الصحية مسؤولة عن غالبية الوفيات وهي السبب كذلك في زيادة التكاليف الصحية و النتيجة هي القاء اللوم على الضحية و الامراض الرئيسية هي ذاتية وترجع لأنماط الحياة غير مسؤولة .

عام 1977 قال رئيس مؤسسة Rockefeller (T.H Knowles) "انا اعتقد ان فكرة الحق بالنسبة للصحة يجب ان تعوض بفكرة التزام اخلاقي للأفراد للحفاظ على صحة المرء واجب الجمهور اذا صح التعبير " أي لتكون سليما و معافا هي واجب المواطن المسؤول .

كما يعتبر البعض الصحانية ايديولوجية قوية عوضت الفراغ الديني في بعض المجتمعات فأصبحت كالدين المصطنع، لها جاذبية واسعة خصوصا لدى الطبقات الوسطى التي فقدت روابطها الثقافية التقليدية فتحتضن بشغف كمسماز بديل للخلاص حتى وان لم يمنع الموت فيمكن ارجاها الى اجل غير مسمى مما سبق نستخلص ان الصحانية عبارة عن تزاوج كل من اهداف الصحة العامة و اسلوب الحياة الصحي لتحقيق اكبر قدر من الرقي للصحة و الوصول بين بالأفراد الى تكوين عادات صحية لتجنب المرض (skrabanek . 1998.P15) . .

ثانيا: اسهامات بعض العلماء في ظهور الصحانية :

تم ظهور الصحانية في بادئ الامر بشكل غير صريح (وجود المفهوم دون تسمية) وبفضل اسهامات بعض العلماء و الاطباء عرف المصطلح النور ومن اهمهم :

Illich _

Petr Skrabaneck _

Nicolas Rose _

1- قبل Illich :

في العصور القديمة لم يكن هناك تقدير كبير للأطباء رغم وجود افراد يهتمون بأفراد المرض الذين يعانون الالم ورغم تقديم العديد من الاختراعات و العلاجات التي في اغلبها تكون اسوأ من المرض.

ومن بين العلماء الذين ابدوا نظرة متشككة للطب (Montaigne) واعرب عن خشيته من الاطباء كما قال ان الاطباء ليسوا اكثر سعادة من مرضاهم وليسوا اطول عمرا فهم عرضة لادعاء النجاح رغم انعطاف المريض غالبا نحو الاسوأ .

كما يقول (Nicoles) الشاعر اليوناني القديم "الاطباء سعداء لان الشمس اشرقت على نجاحاتهم و الارض اخفت كل ما لديهم من فشل" .

في 1805:رئيس تحرير (ThomasWakley) Edinburgh Médical And Surgiounal كتب

:"الطب هوم من طرف رجال جاهلون " ويقصد بذلك كل من الكتب ضد الاطباء خصوصا من هم

خارج المجال الطبي في 1848 (Homo Sun) كتب في "dublinmedicalpress" بأن صفاة مهنة الطب تشمل :

- الغرور - التملق - الازدراء - مصالح متنافرة - الغيرة.

في 1880: في كتيب (black arts in medicine) قال نائب رئيس الجمعية الطبية الامريكية (Johan Jackson) ان معظم الأطباء لا يعرفون كيفية ممارسة الطب، رغم هذا يمارسونه و اللوم كل اللوم يقع على الطبيعة البشرية فالإنسان اكثر المخلوقات سذاجة .

1980 في موضوع النقد الاشتراكي لمهنة الطب :ما الاطباء مقارنة بالتجار؟ فقد تحول الطب الى وزارة التجارة للشفاء. يستغل مريض مدقع و يجبره على تملق كل ما يقوم به من دجل الموضة ،كما يقومون باختراع الامراض بالإحصائيات الخادعة .

في 1911 كتب (Bernard Shaw) في (the doctorsdilemma) أو معضلة الاطباء في مقدمة عن الاطباء ،ويذكر فيه ان فلسفة الصحة تتلخص في :-لا تحاول ان تعيش الى الابد ،لن تنجح.

- استخدم صحتك حتى اخر نقطة .

- اقضي كل ما عليك قبل ان تموت ،لا تعمر نفسك.

- خذ اقصى قدر من الرعاية للحصول على مواليد جيدين .

بين 1960 و 1970 كان التغيير بطيئا جدا ،وعدد قليل فقط ممن وثقوا ما يحدث مثل (Illich).

2-بعد Illich:

في كتاب له عام 1975 (medicalnemesi) الطب العدو ،شخص (Illich) الطب على انه مريض ،و ان رد فعل المريض يمكن التنبؤ به نتيجة الحرمان بسبب المرض ،فاحتكر الطب من طرف ادارة الصحة و حرم الافراد من الحكم الذاتي من خلال الاشراف و التدبير لها من الميلاد و حتى الموت .فهي تعلمهم فن الحياة و فن الموت و يصبح جميع الافراد من مستهلكي الصحة .

بقي تأثير هذا الكتاب عقدين من الزمن ،كونه تعرض لحقائق مهمة و جاء بأدلة من مصادر طبية .وهذا ما ادى الى ظهور نقد قوي و هجوم امامي على (Illich) من اهم هذه الانتقادات:

(Illich) ليس طبيا بل فيلسوف كاهن ،كما اتهم (Illich) بانه يعاني متلازمة المشاهير (التشنجات اللاإرادية المتلازمة الفكرية للمشاهير (t.i.c.s)

(The intellectualcelebrity syndrome)

رغم هذا الا انه هناك من ايد وجهة نظر(illich) ومن بينهم :الطبيب البريطاني Alic (Paton) حيث قال انه لايمكن انكار التحسينات خلال السنوات القليلة الماضية في مجال الصحة نتيجة تحسين ظروف المعيشة الغذاء، المياه الاسكان ، الصرف الصحي ، التعليم

وهذا التطور لا علاقة له بتقدم الطبي بل بالظروف السابقة .

وكان رد(illich) علي الانتقادات انه لا يوجد تأثير شخصي ضد الاطباء وانه كأى شخص اخر يستخدم الخدمات الطبية عند الضرورة وهجومه على المؤسسة الطبية على اساس انها لم تعد تقدم المشورة فحسب بل اصبحت تحتكر وتقرر ليس ما هو سيء فحسب بل ترفض على الافراد ما هو جيد .

وبعد (Illich) توالى الهجومات على الطب منها :

في 1980 نشر الاكاديمي البريطاني (Iam Kennedy) كتاب "the unnasking of medicine" أي "امطة اللثام عن مهنة الطب وقد اعتبر غريب آخر يتجرا على انتقاد مهنة نبيلة كما اعتبر انه متأثر ب(Illich) ورد على منتقديه قال (Kennedy) انه اذا كان ما يقوله لا اساس له من الصحة فلماذا انفقت الكثير من الطاقة على وجهات نظر قد تكون خاطئة ؟ واهم ما جاء به (Kenndy) ان الفقر هو السبب الرئيسي لاعتلال الصحة فحياة الفقراء اقصر لذي من حق الافراد عيش حياة لائقة ليس فقط لجعلهم يعيشون حياة اطول بل من اجل العدالة و الانصاف .

اما استاذ الطب الاجتماعي (Thomas Mc Keown) من برمنغهام قد شرحا لدور الطب في تحسين الصحة في 200 سنة الماضية في كتاب

the role of medicine dream mirage or nemesis ?

دور الطب حلم سراب او عدو؟

حيث بين من خلاله دور العوامل الاج و البيئة في تحسين الصحة وان انخفاض عدد الوفيات من الامراض المعدية مثل السل الحمى القرمزية السعال الديكي لا يعزي لتدخل الطب بل الى تحسين (التغذية ، النظافة الاسكان الاسر الصغيرة المياه النظيفة) .

لذى فقد اعتبر ان العوامل البيئية و الاجتماعية من محددات الوفيات لا سيما في العالم الثالث. (.Skrabane. 1998.P22)

:Skrabane-3

وفقا ل(Skrabane)الصحانية تبدأ عندما تبدأ الحكومة الدعاية و الاكراه لوضع معايير لصحة وتبدأ في محاولة قواعد من نمط حياة صحي ويرى (skrabane) أن الانشطة البشرية هادفة وتحقق التوازن

سواء في اثارها الحقيقية او المعتقدة وتنقسم هذه الانشطة الى صحية وغير صحية ممنوعة ومفروضة مسؤولية وغير مسؤولية والصحانية تسير جنباً الى جنب مع ما يدعى اسلوب الحياة حيث يعد هذا المفهوم ان اغلبية الامراض تحدث سلوكيات او عادات غير صحية .

ومصطلح اسلوب الحياة ظاهرياً يقوم على اساس رياضي و احصائي الا ان له مدلول اخلاقي قوي .

يستشهد (Skrabanek) بعالم الاوبئة البريطاني (Geoffroy) للتعبير عن فكرة ان اغلبية الافراد يعيشون اضطراب صحي ويكونون مجتمع مريض .

لكن هذه الفكرة حسب (Skrabanek) تؤدي الى رفض لأسلوب الحياة مما يستوجب تعديله ليصبح مقبولا اجتماعيا و سياسيا كما يجب على المجتمع اعادة تعديل ادراكه لما هو عادي و مقبول واخيرا يؤكد ان الصحانية تقود الى او هي عرض للشمولية الناشئة كما يؤكد بانها تبرر او تفسر العنصرية و التمييز وطلب تحسين النسل البشري بالنسبة للصحاني healthisme ما هو صحي هو اخلاقي و نقي وما هو غير صحي فهو غريب وملوث وغير نقي . (Crauford. 2006.P401)

: NikolasRose-4

يصف كل من (Skrabanek) و (Nicola) الصحانية كمذهب يربط المقاصد العامة للصحة الجيدة و النظام الاجتماعي الجيد مع رغبة الافراد في الصحة .

(Skrabanek) انتقد تدخل الهيئات لإرغام الافراد على اساليب حياة صحية فانه حسب (Nicola) المجتمع الراس مالي يجد الاجبار غير مجد ،لان افرادهم من يرغبون ان يكونوا بصحة جيدة و بذلك فوسائل الاقناع الرأسمالية توصل الى تداول الافراد لرسالة الصحانية دون تدخل الهيئات .

فالصحانية تعنى المسؤولية و عبئ (الصحي) هنا لا يبقى على اكتفاء الحكومة ولكن يجب ان يكون مشجعا من قبل الافراد الذين يقع اللوم عليهم اذا ما وقع في المرض وجهة نظر rose تمثل امتداد لنظرية Michel Foucault من Governmentality . ((Crauford. 2006.P408) .

ثالثاً: بعض المفاهيم المرتبطة بالصحة العامة :

لم تكن الصحة العامة يوماً منفصلة عن باقي مفاهيم الصحة الحديثة فهي ان وجدت فبفضل برامج الصحة العامة التي كانت لا تزال الاساس النظري للصحة العامة

اما عن مذهبها فهو اسلوب او نمط الحياة الصحي حيث يعد كوسيلة لتحقيق الوقاية من مختلف المشاكل الصحية من اجل الوصول الى الهدف الاسمي وهو ترقية الصحة و تعزيزها .

وفيما يلي توضيح لبعض هذه المفاهيم :

1. الصحة العامة *publichealth*

2. اسلوب الحياة *life style*

3. الوقاية *prevention*

4. ترقية الصحة *health promotion*

5. نوعية الصحة *quality of life*

1-الصحة العامة *publichealth*:

من اهم مفاهيم الصحة العامة انها علم و فن حتى يتمكن الافراد من الحصول على حقهم المشروع في الصحة و الحياة .

وبتطور علم الصحة العامة في العشرين سنة الاخيرة من فلسفة الاهتمام بالفرد الى الاهتمام بالمجتمع اصبح علم الصحة العامة يعني "انه علم تشخيصي وعلاج المجتمع " وهذا ما دعا العاملين في مجال الصحة العامة الى دراسة تركيب المجتمع بينما يعرف الطب بانه "علم تشخيص وعلاج الفرد " ولذا وجبت دراسة تركيب جسم الانسان ووظائف اعضائه حتي يمكن تشخيص وعلاج الامراض .

مصطلح الصحة العامة يتكون من لفظين أحدهما هدف عام وهو الصحة و الثانية هي الناس او افراد المجتمع .

و الصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة و الصحة الاجتماعية و مكافحة الامراض المعدية وتنظيم خدمات الطب و التمريض للعمل و التشخيص المبكر للأمراض مع تعليم افراد المجتمع كيفية تطوير الحياة الاجتماعية وذلك من اجل الوقاية وترقية الصحة .

اما عن مكونات الصحة العامة فهي اربعة :

- الصحة الشخصية : تعتمد على تقوية صحة الفرد (التغذية، النظافة، النوم)
- الصحة البيئية : ويعني تحسين احوال البيئة (مصادر المياه كذلك توفير طرق الحديثة لتصرف القمامة للقضاء على الامراض و الاوبئة مراقبة الاغذية)
- الطب الوقائي للفرد :يرتبط هذا المكون بالمكون الاول " الصحة الشخصية " اضافة الى توعية الافراد بالطريقة السليمة لاستعمال الدوية الوقائية و العلاج و استخدام اللقاحات في مواعيدها خصوصا لدى الاطفال و الرضع
- الطب الوقائي للمجتمع : يرتبط هذا المكون بالمكون الثاني صحة البيئة بالإضافة الى المكون الثالث " الطب الوقائي للفرد " الى جانب اجراء الإحصاءات و التفتيش المستمر وخدمات الصحة العامة

اضافة الى هذه المكونات الاربعة هنالك عدة اجراءات منها :

_تخطيط وتنظيم الاحصاءات الصحية و الحيوية .

_ الدراسات الاستقصائية في مجال الاوبئة .

_التفتيش الصحي.

_خدمات الصحة العامة .

_التربية الصحية للمواطنين .

_إدارة الوحدات الصحية و المستشفيات .

(سلامة.2001.ص25،26،27)

2- اسلوب الحياة الصحي(نمط الحياة الصحي) healthy life style :

اسلوب او نمط الحياة مفهوم يستند على فكرة ان الناس لديهم عموما نمط سلوكي في حياتهم اليومية

كعادات العمل الترفيه الحياة الاجتماعية

مفهوم(نمط الحياة الصحي) : يمكن الحكم على ان نمط الحياة للفرد صحي وذلك بتحديد نشاطه

اليومي حيث يكون هذا النشاط متوازن أي " حياة متوازنة " باختيار من الفرد فنمط الحياة مزيج من

الاختبارات و الفرص و الموارد

يقدم(Rutten) 1995 مجموع من المفاهيم لتوضيح مفهوم النمط الصحي

- الظروف المعيشية (الموارد)
- سلوك الحياة(السلوكات النموذجية)
- نمط الحياة(جميع النماذج من سلوك الحياة)
- فرص الحياة(احتمال وجود هيكلية بين اسلوب الحياة وموقعها).

وقال (Shields) 1992 نمط الحياة مجموعة من السلع الاستهلاكية بما في ذلك مدونات السلوك الرمزي الحلي الاذواق العصرية .

تعريف OMS لنمط الحياة : انماط السلوك هي التكيف المستمر في اعقاب تطور الظروف الاجتماعية و البيئية ، مع القيام بتدابير لتحسين الصحة من خلال تمكين الناس لتغيير نمط الحياة ليس فقط للفرد بل ايضا على الظروف الاجتماعية التي تساهم في نمط الحياة .

تعريف oms يبين انه لاجود للحياة الامثل وانه هناك عوامل كثيرة تحدد نمط الحياة المناسب : نمط الغذاء ممارسة الرياضة استخدام الكحول .

اذن نمط الحياة الصحي "ممارسة السلوكات المساعدة على التكيف مع تحديات وضغوط الحياة دون اللجوء الى سلوكات الخطر " .

ويختلف نمط الحياة حسب الجنس مراحل الحياة الثقافة الجغرافيا الموارد

و المفهوم الجديد لنمط الحياة الصحي يشمل العوامل ذات الصلة بالشخص و المجتمع و الاعتماد المتبادل بينهما .

ليصبح نمط الحياة الصحي " السعي لإيجاد توازن معقول بين تعزيز الدولة لصحة الفرد و الصحة و

رفاه الآخرين و صحة المجتمع .(Lyons et all.2000.P13-21)

نمط الحياة الصحي يساعد الفرد على الاستمتاع بالمزيد من جوانب حياته كما يصبح الفرد قدوة لبقية افراد اسرته و المحيطين به .

واهم ما يميز النمط الصحي :

- الإقلاع عن التدخين : احد المخاطر على الجهاز التنفسي و القلب و الاوعية لذي فهو احد مخاطر الصحة للجميع

- ممارسة نشاط بدني : من اهم ما يحتاجه الفرد للبقاء بصحة جيدة ولياقة عالية
- الاكل الصحي : من المهم ان يكون كل ما نتناوله صحيا
- الكحول : الزيادات في كميته تزيد من عدة اخطار صحية

(OMS 1998)

بعض الجوانب التي يؤثر عليها نمط الحياة

- صحة المخ والقلب :هناك عدة عوامل تتعلق بنمط الحياة ويمكن التحكم بها للحفاظ على صحة المخ والقلب لدى الإنسان. مثل : ممارسة الأنشطة الذهنية كالقراءة والأنشطة الاجتماعية والتدريبات والابتعاد عن التدخين
- معالجة بعض الأمراض :أصبح دور نمط الحياة مهما في علاج الأمراض، فمثلا عند تناول الوجبات الصحية مثل الفواكه والخضروات والبقوليات والحبوب والمشي يوميا لمدة نصف ساعة والتأمل يساعد على التخفيف من الإصابة بسرطان البروستات
- السمنة :يلعب نمط الحياة الشخصي دورا مهمة في زيادة الوزن، حيث إن الجلوس لفترات طويلة، وعدم ممارسة الأنشطة الرياضية وتناول الوجبات ذات السعرات الحرارية يؤدي بشكل مباشر إلى السمنة
- العقم :إن الانفعالات النفسية وأسلوب التغذية والثياب الغير مناسبة يؤثر على إمكانية الإنجاب لدى الزوجين.

- السلوك: إن البيئة والنمط الذي يعيش فيه الإنسان يؤثر بشكل مباشر على سلوكه. فمثلا : سكان المدن والقرى يختلفون في طريقة سلوكهم وتصرفاتهم نتيجة للمكان الذي ينتمون إليه.

3- الوقاية prévention :

كان السبب الاول للوفيات في الماضي يعود الى الامراض المعدية و الاوبئة و التطور التكنولوجي و تحسن ظروف المعيشة اصبحت الامراض المزمنة هي السبب الرئيسي للوفيات في المجتمعات المعاصرة

وما أدى الى السيطرة على الامراض المعدية : التلقيح ، التغذية الصحية ، توفر بيئة صحية ، مياه نقية و النظافة و المضادات الحيوية

كما ان للوقاية دور في حماية الافراد من الامراض المزمنة و الامراض الخطرة كالسرطان و تتمثل الوقاية في اجراءات وقائية لمنع حدوث المرض : كالتقليل من عوامل الخطر و تتضمن كذلك اجراءات لوقف تطور المرض و التخفيف من مضاعفاته الصحية واستراتيجيات الوقاية ثلاثة هي :

- الوقاية الاولى Prémary prévention : تمنع حدوث المرض من خلال التربية الصحية و تعديل السلوك الصحي و الإجراءات الوقائية الاخرى
- الوقاية الثانوية secondary prevention : تمنع انتشار الامراض من خلال التشخيص المبكر و الإجراءات الوقائية و العلاجية (و تستهدف غالبا المجموعات الهشة) risk groups
- الوقاية من الدرجة الثالثة tertiary prevention : تعمل على تقليل المضاعفات الصحية او العجز الناتج عن الامراض و الاعاقات التي قد تصيب الفرد من خلال التأهيل الفعال و الخدمات الطبية و النفسية و الاجتماعية المناسبة .(يخلف 2001 ص.13)

اذن فالوقاية الاولى تنفذ قبل بداية المرض و بالتالي تمنع وقوعها مثال (فقدان الوزن التوقف عن التدخين التثقيف الصحي)

وعموما هناك اربعة تدخلات للوقاية الاولى :

_ التوقف عن التدخين .

_ فقدان الوزن .

_ اتباع نظام غذائي صحي .

_ ممارسة نشاط رياضي بانتظام .

في حين الوقاية الثانوية تشمل الكشف المبكر و العلاج من المرض قبل التطور مثال : التصوير الشعاعي للثدي اختبار حملة الثدي مراقبة نسبة السكر في الدم مراقبة ضغط الدم لدي مرضي ارتفاع ضغط الدم .

اما الوقاية من الدرجة الثالثة فالهدف منها منع تطور المرض ومنع تكرار حدوثه مثال: العلاج الكيميائي لمنع انتشار مرض السرطان .

الاقلاع عن التدخين لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن .(BRET et all .2008.P53)

4- ترقية الصحة health promotion :

يتم تغيير عادات المجتمع الى عادات صحية عن طريق ابراز عوامل الخطورة كالتدخين و الحمية الغذائية والتمارين...و ذلك عن طريق وسائل الاعلام فاصبح معظم الافراد يعرفون ان عليهم ممارسة انماط سلوكية تعزز الصحة الجيدة، و استطاع الكثيرون تغيير انماط سلوكهم هذه بجهدهم الذاتي، ولا

يتوقع ان ينجح الجميع في هذا المسعى و عليه سيبقى هناك دائما ما يمكن لعلم النفس الصحي ان يقدمه في مجال تعزيز الصحة.

التدخلات الفعالة : سوف نشهد تزايدا في محاولات التعرف على اكثر العناصر فاعلية في برامج تغيير السلوك، و ذلك لكي نقوم بدمجها في معالجات فعالة و مجدية يمكن ايصالها الى اكبر عدد ممكن من الناس و يمكننا توقع بناء اساليب علاجية موجهة الى عامة الناس و ذلك على صعيد المجتمعات المحلية ،اماكن العمل ،و المدارس فمن خلال ذلك يمكن الوصول الى الناس في منازلهم و عملهم و دمج اساليب تغيير السلوك الصحي مع ما هو متوفر من مصادر و امكانيات في المجتمع يمكنها الاقتراب من هدفها الاساسي و هو تعديل سلوك معظم الأفراد بأكثر الطرق فاعلية و جدوى .

التركيز على الفئات المعرضة للإصابة :مع تقدم الابحاث الطبية في مجال التعرف على عوامل الخطورة في نشوء الامراض المزمنة و تطورها ،فان مواصلة الجهود الرامية الى تحديد الفئات المعرضة للإصابة ، ويصبح امرا في غاية الاهمية و تزداد اهميته يوميا ، فالتشخيص المبكر لأمراض بعض الافراد، يجعلهم بحاجة الى ان يتعلموا كيف يتعاملون مع هذا الوضع ،و كيف يغيرون من اي سلوك يمكن ان يزيد من احتمالات تعرضهم للمرض ،و في كلتا المهمتين، يمكن لعلماء النفس الصحي تقديم مساعدة كبيرة فدراسة الافراد المعرضين للإصابة بأمراض معينة يمكن ان تفيد ايضا في التعرف على عوامل خطورة اضافية الإصابة بمختلف انواع الامراض المزمنة .فليس كل من هو عرضة للإصابة بمرض ما سيصاب به فعلا و من خلال دراسة ما يطور هذا المرض ،وما لا يطوره يمكن للباحثين التعرف على تلك العوامل المباشرة او المعززة للمرض.(تايلر . 2008.ص843)

و اكدت منظمة الصحة العالمية (OMS) دوما على انها تهدف الى تنمية الصحة و ترقيتها و التي تعني الوصول الى بناء صحي للمحيط الاجتماعي و الطبيعي ، و تهدف في نفس الوقت الى اكتساب كل فرد الكفاءات اللازمة لتحسين صحته الشخصية .

و تقويم الصحة تشكل حسب منظمة الصحة العالمية إجراءات ذا اولوية قصوى و لا يعني ذلك التخلص من انماط السلوك الخطيرة فحسب و انما اكتساب انماط سلوكية صحية عامة وهذا الاكتساب يشترط وجود تحديد ايجابي لمفهوم الصحة

وتهدف تنمية الصحة الى جعل الناس في وضع يمارسون فيه الضبط على صحتهم ودعم الوضع الصحي . (شفارتز 1994)

وتعزيز الصحة مفهوم صعب الشرح رغم بساطته الظاهرية فالمهم في فهمه هي الممارسة اذ ان هذا المجال حق ثري للدراسة وكذا الممارسة لذى على النظريات الاجتماعية كشف الخبايا الكامنة وراء طبيعته تعزيز الصحة.(Mc Queen 2007.P12)

اذن فتعزيز الصحة ليست قرارات على الورق وانما هي ممارسات يجب ان تطبق على واقع الفرد و المجتمع .

وهذا ما ينص عليه ميثاق اوتاوا ottawa حيث تهدف قراراته للاتجاه للعمل على الصحة العامة و تعزيز الصحة خصوصا بالدول النامية وبعبارة اخرى نحن نفهم تعزيز الصحة كاستراتيجية للصحة العامة هذه الاستراتيجيات وضعت منذ بداية العام 1980

لكن الجديد هو طلب انشاء مؤسسات خاصة بتعزيز الصحة ومكاتب خاصة بتعزيز الصحة أدوات لها كون تعزيز الصحة تفنقر الأدوات المؤسسة التي من شأنها أن تجعل منها علما مثال نقص التوثيق وأهم خمس توصيات لميثاق أوتأوا في هذا الصدد :

1. تنمية المهارات الشخصية

2. تعزيز بيئة داعمة

3. تعزيز المجتمعات المحلية

4. اعادة توجيه النظم الصحية

5. وضع سياسة العامة للصحة

(Balzer.28/02/2004)

نشر كل من (Ewles and Simnett) عام 1985 في المملكة المتحدة نص موحد لتعزيز الصحة من طرف الطلاب و المهنيين الصحيين حيث بداية تم التوسيع تعريف الصحة لتشمل الجوانب :

- الصحة البدنية : سير آلية الجسم .
- الصحة النفسية: القدرة على التفكير بوضوح وتماسك .
- الجانب العاطفي و الوجداني للصحة : القدرة على التعرف و التعبير عن العواطف للتعامل مع التوتر و الاكتئاب و القلق .
- الجانب الاجتماعي : القدرة على انشاء علاقات و الحفاظ عليها .
- الجانب الروحي : المعتقدات و الممارسات الدينية .
- الصحة المجتمعية : قدرة المجتمع على مد افراده الحرية .

لذى من اجعل تعزيز الصحة يجب تعزيز كل الجوانب السابقة الذكر ابتداء من تعديل سلوك الافراد حتي الوصول الى سياسات كبرى .

اما فيما يخص كيفية تأثير نظرية تعزيز الصحة على المجتمعات المحلية بدلا من الافراد تجاه القيادة تحت تأثير الكحول و عدم ارتداء حزام الامان حيث تحدد عقوبة جنائية للمخالفين السابقتين ولا يمكن اعتبار الفرد الذي لا يرتدي حزام امن وتعرض لحادث ضحية بل يعد مسؤول عن ما وقع له ،واهم ما يميز المجتمع عن لفرد :

_ المجتمع لديه القدرة الكامنة لتحسين الصحة .

_ التدخل لتحسين الصحة لدى المحرومين .

اقترح لويس (1979 Lwis) خمس نماذج لتوضيح كيفية صنع السياسات الرامية الى تحسين الصحة النماذج الثلاثة الاولى تقترح السبل الايجابية لبلوغ صنع السياسات :

ا- اقتراح نموذج مبني على نتائج البحوث التي يمكن تطبيقها ورؤية فوائدها بوضوح للجميع .

ب- يمكن للنموذج حل المشكلات وتوفير نقاط انطلاق لوضع السياسات على اساس استعراض الدلة المتاحة .

ج- نموذج تفاعلي بين السياسة و المجتمع .

(LUCAS et all.2005.P12)

5- **نوعية الحياة** : هناك العديد من التعاريف الخاصة بنوعية الحياة و اهمها تعريف منظمة

الصحة العالمية oms 1994 " مفهوم واسع النطاق يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسدية و

النفسية و مستوى الاستقلال و العلاقات الاجتماعية و البيئة المحيطة بالفرد "

(BONNAUD-ANTIGNAC.17/09/2007)

ويعرفها (Fallowfield 1990) في أربع أبعاد رئيسية :

1. نوعية الحياة و المزاج :

_ النفسية

_ الاضطرابات العاطفية

_ التكيف مع المرض

2. نوعية الحياة الاجتماعية :

_ العلاقات الاجتماعية

_ الأنشطة الترفيهية

3. نوعية الحياة المهنية :

_ العمل المأجور و غير المأجور

4. نوعية الحياة المادية :

_ التنقل

__ الألم

__ النوم والشهية (Ogden .2007.P395)

كما تعرف على انها : " التصور ان للفرد مكان في الوجود في سياق النظام الثقافي و القيمي الذي يعيش فيه فيما يتعلق بأهدافهم و المعايير و التوقعات و المخاوف "

(Briançon.08 dec 2004)

النقطة الأساسية في هذا التعريف هي فكرة التصور (اراء الاشخاص) و هذا الرأي يمكن ان يكون اكثر اتساعا او ضيقا في مجال الصحة .

و نوعية الحياة تكمن اهميتها في ممارسة الهياكل للأنشطة الصحية و قد أدت الصعوبة في التعارف الى وجود مجموعة من الطرق لتفعيل نوعية الحياة .اذن فالمفهوم واسع يشمل الحالة الجسدية و النفسية و مستوى الاستقلال و العلاقات الاجتماعية و العلاقة مع البيئة .

ووضعت تحليلات الحياة qol اول مرة في 1970 لوصف وقياس اثر مختلف الدول على الحياة اليومية للأفراد مع المراعاة الوظائف النفسية و الاجتماعية qol مرادف مع الرفاهية و الصحية و الرضا عن الحياة الحسية و اهم الابعاد التي يقيسها :

__ بعد الاستقلال المادي .

__ بعد الاحاسيس و الاعراض الجسدية (الصدمات ، العلاجات ، الألم) .

__ البعد النفسي و العاطفي .

__ بعد العلاقة الاجتماعية .

و يعتبر ان الصحة ليست كافية لتفسير الاختلافات في نوعية الحياة كما ان قياس نوعية الحياة في المنطقة من الصحة حيث تعكس وجهات نظر الاطراف المعنية نفسها و هو مقياس ذاتي و هناك 7 مقاييس تستخدم لتحديد نوعية الحياة مؤشر الصحة NHP او ISPN ، QWB الجودة والرفاهية SIP تأثير المرض الملف الشخصي ، EURO QOL ، SF-36 . (Herpin .2001.p43)

رابعاً: المحاور الكبرى للصحانية

كون الصحانية ايدولوجية قائمة بحد ذاتها فهي متفرعة الاختصاصات (الفرد ، المجتمع ، الصحة) مما جعل لها محاور كبرى تتبناها و اهمها

1-الصحة الايجابية super health :

من خلال تطبيق الصحانية يهدف للوصول الى super health حيث يمثل هذا المفهوم الكثير من قوة الصحانية كما يشتمل هذا الاصلاح على الكثير من السعادة و هو مفهوم اكبر من العادي و اكبر من الصحة التقليدية حيث تصل الى درجة التعصب في الصحة .

و الصحة الايجابية اصطلاح ظهر في عام 1946 من خلال منظمة الصحة العالمية OMS، حيث تشمل تنفيذ للسياسة الصحية و الاستعاضة عن التثقيف الصحي و تعزيز الصحة و ادخال العادية فحص الصحة للجميع و الاكراه من الممارسين العاميين (Davis.04/10/2009).

super health يوضح ان الصحة يجب ان تعنى اكثر من عدم وجود المرض يجب ان يكون الفرد مندفعاً صحياً الى ان تصبح الصحة هي السعادة

super health فكرة خارقة بامتياز وهنا تصبح وظيفة الطب تحويل الناس الى مفيدين اقتصادياً و

سعداء

تأسست فكرة super health في منظمة الصحة العالمية OMS عام 1946 حيث تعرف الصحة على انها ليست مجرد الخلو من المرض او العجز ولكن هي حالة التوازن بدينا و عقليا و اجتماعيا .

وعام 1977 تبنت OMS شعار " الصحة للجميع بحلول عام 2000 " كهدف لها .

(Skrabnek .1998.P41)

2-الصحانية الخضراء green healthism :

ان العودة الى الطبيعة هو حلم اولئك الذين لا يستطيعون التعامل مع تعقيدات الحياة و الذين يفضلون رؤية بسيطة لمشاكل الخلط بين المجتمعات الصناعية

ويمكن الاستفادة من ايدولوجيات الصحانية لتسهيل انشار " الافكار الخضراء "

ولاحظ عالم البيئة جون هورسفال تلك الأيدولوجية الخضراء تناشد علميا الأبرياء الذين يقلقون عن البيئة ولكنهم لا يستطيعون التمييز بين المخاطر الحقيقية و قصص التخويف

وقدتم نشر كتيب من طرف معهد الدفاع الاوروبي و الدراسات الاستراتيجية (السلطويين الجدد:

تأملات في الاضرار) يشمل الكتيب تحذيرا خاصا بناشطي البيئة

وعلى الرغم من ان حزب الخضر في اوروبا لديهم الحد الادنى من التمثيل البرلماني الا ان ايدولوجيتهم جزء من روح العصر مما يعكس مواقف الاغلبية و أهم ما يميز مواقف الحزب الاخضر القلق على صحة الناس المعرضة للخطر من التلوث الصناعي للهواء الماء الغذاء و العقول وعلى الوعد بمستقبل افضل كما يدعون الافراد الى شراء المنتجات صديقة البيئة كما يبقى

قلقها الالم : ظاهرة الاحتباس الحراري تقب الاوزون اما في ما يخص تقليص الامراض بفضل الطبيعة فكتاب روبرت بروكتر (النظافة العنصرية : الطب في عهد النازيين) قد وصف البديل من اجل علاج امراض القلب و السرطان : مثلا الحبوب الكاملة الخبز

اما وصفه للكحول و التبغ فكان على اساس انها سموم عنصرية و اصبح بعد ذلك العلاج الطبيعي يدرس في الجامعات ليصبح نمط معيشي للشعوب .

(Skrabnek .1998.P50) .

واصبح من الواضح اليوم ان كل ما هو معدل هندسيا جينيا ومصطنع يعد سيء وكل ما هو طبيعي جيد .

نشرت الانتروبولوجية الطبية (Cecil Helman) في كتاب بعنوان عالج نفسك : الصحة الاستهلاكية في سن الطب

Treat your self healthconsmerism in a medical age"تفسير للصحانية من حيث ارتفاع و انخفاض ثقة الجمهور في قدرة العلم على السيطرة على الطبيعة : حيث تقول انه بعد 1970 زادت شعبية المنتجات الجبلية حيث يكون العلاج بالهواء النقي و المياه المعدنية .

وقد وصفة الطبيعة على انها جيدة في المقابل ان العلم و الصناعة سيئة على الصحة و تعتمد فكرة جيدة مقابل سيء على النقاء فالأمراض الحديثة تلعب دورا كبيرا في ما يسمى الثقافة الصحية حيث اهم مسببات هذه الامراض : مبيدات الفوسفات العضوي العادم التلوث الاشعاع الكهرومغناطيسي

المضافات الغذائية هوائيات الهواتف المحمولة

وكذلك توضيح السبل التي يمكن بها الناس على ادارة هذه المخاطر على المستوى الشخصي من التداخل و الارتباط مع المعتقدات الثقافية (Wessly.01/12/2010)

3-تسويق الصحة : health for sale

بعد ان كان فيما قبل القرن 19 مصطلح (استهلاك) يستخدم للدلالة علي التدمير و منه جاء مفهوم مرض السل (استهلاك) وهو بمعنى اضاءة المرض ثم جاء الاقتصاديون بنظرية غربية اصبحت فيما بعد مقبولة تنص على ان اساس الاقتصاد السليم هو الزيادة المستمرة في الاستهلاك هذا المبدئ انتقل الى الصحة نفسها : لتصبح الصحة سلعة قابلة للتسويق أي (الصحة =منتج) يسوقها مندوب مبيعات و تسلم للمستهلك و الالم انها تقدم كوعد بالصحة بدلا من سلعة مادية و المستهلك هنا دائم البحث عن الصحة وما يجعلها تجارة رابحة هو تجنيد الاعلان و الاشهار الصحة رغم كونها منتج غير مرئي الا أنه يسهل بيعها فقد يدفع المستهلكون تردد فهي السلعة التي لا تقدر بخمن وبذلك سهل احتكارها لتلبية اذواق المستهلكين .

وبذلك اصبحت هناك وسيط بين الطبيب و المريض وهو مدير السيطرة على شراء التكنولوجيا في التسويق و الاعلان الا ان الارباح مشتركة كون التعاون وثيق وفي تطور بين المنتخبين و الاداريين

وفي حالة زيادة الطلب يصبح هذا مبررا لزيادة و تصاعد تكاليف الرعاية الطبية كون سبب وجودها الرئيسي هو توفير المال عن طريق الوقاية من الامراض و تجنب حدوثها وهذا هو السبب في صناعة تحاول توفير الصحة للجميع سواء كانوا في حاجة اليها ام لا

(Skrabnek .1998.P28) .

تعد دراسة سلوك المستهلك خطوة مهمة في حياة الشركات لمعرفة وتوقع المنتجات التي سيشتريها، ومعرفة المكان والزمان المناسب لشرائها، والقيمة التي سيدفعها مقابل هذا المنتج، وأيضاً تساعد على معرفة الحاجة التي دفعتم لشرائها. ومن أهم العوامل التي تؤثر على سلوك المستهلك هي الخلفية الثقافية والاجتماعية والفسولوجية.

إن نمط الحياة يعد أحد العوامل الاجتماعية المهمة في عملية اتخاذ قرار الشراء من قبل المستهلكين، واختياره لسلعة بدلاً عن الأخرى. ففهم نمط حياة المستهلك، يساعد على صناعة المنتج وتسويقه بما يتناسب مع رغباته واحتياجاته، وإيصال الرسالة بصورة تدفعه لشرائه وتكوين علاقة معه. فعند تسويق المنتج يؤخذ في عين الاعتبار تقسيم الفئة المستهدفة إلى فئات وإبراز اسم المنتج بما يتناسب مع هذه الفئة. ويمكن تصنيفها بناءً على نمط حياتها، رياضيون، رجال أعمال، ربات منزل وهكذا.

من هنا يعد هذا المفهوم مفهوماً مهماً خاصة في بيئة يزداد فيها التنافس يوماً عن يوم، وتسعى الشركات إلى تعزيز إمكانياتها، وصنع خطط أكثر نجاحاً من خلال الاستفادة من دراسة جوانب نمط الحياة وأبعادها. وتقوم الشركات المنتجة عادة بتوزيع استبيانات لمجموعة متنوعة من السلع الاستهلاكية، هذه المعلومات تقدم لمحة عامة عن العوامل الديموغرافية ونمط الحياة للمستهلكين، عندها تستطيع أن ترسم أهدافها بدقة وأن تعرف من هو المستهلك وماهي صفاته.

آن فيشمان هو رئيس احد الشركات التسويقية في نيويورك يقول : " إن الموجة الإعلانية المقبلة يحركها المستهلك، وهذا السبب الذي يجعل تقسيم الجيل إلى مجموعات مهماً جداً "، ويقول أيضاً : " إن الخصائص العامة لا تتغير، أي أن مواقفهم وأنماط حياتهم تبقى معهم طوال العمر، إذن أنت تملك الدوافع التي تحركهم".

لقد اظهر استطلاع أجرته إحدى المجلات الأمريكية الديموغرافية، أن 63% من المراهقين يفضلون الشراء الماركات المعروفة الجودة، و 30% منهم يتجهون إلى العلامات التجارية التي تهتم بهذه الفئة، و 23% منهم تقودهم الإعلانات إلى الشراء من ماركة معينة. وينطبق هذا على تسويق الصحة.

"Nielsen Prizm" هي إحدى الشركات الأمريكية التي تهتم بالجمع بين الديموغرافيا، وسلوك المستهلكين، ونمط حياتهم، والبيانات الجغرافية للمساعدة في التعرف عليهم، وفهم أهدافهم، وذلك في كل منزل في الولايات المتحدة. هذه المعلومات تستفيد منها الشركات الأخرى عندما تريد الدخول إلى السوق، لتكون هناك لغة مشتركة بينها وبين عملائها المنتظرين لكسبهم والحفاظ عليهم. فمثلا جعلت هناك فئة خاصة بالأفراد والمتزوجين الذين يعيشون في المناطق المتحضرة، الأثرياء، والمتعلمين تعليماً عالياً والمختلطين عرقياً، عادة هذه المجتمعات تكون ممثلة بالشقق السكنية العصرية ويهتمون بنواصي اللياقة البدنية ومحلات الملابس، ويرتادون المطاعم ويحبون القهوة والعصير. وسميت هذه الفئة بشباب الدايقيريتي "Young Digerati". وهناك فئة الطبقة المتوسطة الريفية وهي ذات نطاق واسع، ويتكونون من عائلات صغيرة يعيشون في منازل متواضعة، البعض منهم يعمل في وظيفته الخاصة، يحبون الصيد والتخييم وركوب الزوارق، وأيضا الخياطة والطبخ. وسميت هذه الفئة بقلب الأراضي "Heartlanders".

إن هذه المعلومات عن المستهلكين هي بمثابة المفتاح للدخول على عالم السوق، والبدء بوضع حجر الأساس لرسم أهداف الشركة الصحية وتطبيقها.

4-الصحة و السلطة healthism and power

احتل موضوع السلطة اهمية بالغة في الكتابات السوسيولوجية الخاصة بالصحة و اهم مواضيعه العلاقة (طبيب _ مريض) حيث عام 1950 رسم عالم الاجتماع (TalcotParsons) دور المريض على انه سلبي وانه لا هوية له لدى قال انه يجب منح امتيازات فردية تحرره من القيود الهيمنة المهنية للطبيب فالطبيب لديه منح امتيازات الهيمنة المهنية هذه الصورة سادت دون منازع لأجيال وهو ما يعد ضد المفاهيم المعاصرة فالعيادة لم تعد مجرد سقف فوق راس الطبيب و المريض بل نظام من الفكر يتضح فيه الخطاب بين الطبيب و المريض و تحديد من له السلطة في الموقف العلاجي في عام 1970 تم وضع منظور حول موضوع السلطة الطبية و قدمها (Nick Jewson) حيث وضح خلالها العلاقة المتغيرة بين الطبيب و المريض من القرن 18 الى 19 حيث تحول المريض في الصحانية الحديثة من "الرجل المريض " الى " احتياجات العميل "

اشار النفساني (Eliot Mishler) الى اعادة تفسير نظريات السلطة الطبية حيث قال ان الاعداد المادي للقاء السريري له تأثير قوي على طبيعة و مسار السرد للمريض : ابتداء من غرفة الاستشارات القائد المحترف " الطبيب " و هذا ما يحدد الاختلالات العميقة بين السلطة و الصحة المهنية فالطبيب او القائم على الصحة هو المسؤول عن وقت الاستشارة مدتها كفيته و في الاغلب نلاحظ ان الطبيب هو من يسأل معظم الاسئلة و ليس المريض.

اما في العقود القليلة الماضية تم ملاحظة التخلي الواضح للمريض و تسلمه السلطة عوض الطبيب وما يثبت ذلك شراء المريض للمضادات الحيوية مباشرة من الصيدلية دون المرور بالطبيب حيث يثبت ذلك زيادة الرعاية الذاتية و انخفاض الاعتماد على المهنيين .(Wessly.01/12/2010)

ملخص

الصحانية ظاهرة اجتماعية ثقافية صحية تتميز برفع الوعي الصحي و التوقعات الصحية كما ترمي الى عدم الثقة بالسياسة الصحية و الاطباء و تنادي الى تحسين نمط الحياة و اعطاء الفرد الحرية و الاستقلالية في علاجه دون اجباره على اتخاذ انماط علاجية مفروضة و مخطط لها

كما تعد ممارسة مبالغة فيها لسلوكات صحية نتيجة التأثير بالتسويق الصحي الاعلان وبذلك تنتزع السلطة من المريض لتكون بيد القائمين على الصحة .

ومن اهم محاور الصحانية الكبرى الاهتمام بالنمط المعيشي للفرد البيئة باعتبارها بديل عن العلاج المصنع و محاولة جعل السلطة و القرار بيد المريض لأجعله تابع للمعالج.

الفصل الرابع

اجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد:

ان هدف الجانب النظري الوصول الى قاعدة متينة يبنى عليها الجانب الميداني ، فمن خلال التحديد الدقيق للاطار النظري يسهل التحكم في مراحل الدراسات التطبيقية .

و تتمثل هذه الاخيرة -الدراسات التطبيقية - في:

- الدراسة الاستطلاعية لها منهج ، عينة ، ادوات

و يتم بعد تطبيقها المعالجة الاحصائية لنتائجها للوصول في الاخير الى صدق و ثبات الاستبيانات

المستخدمة للدراسة الاساسية.

- الدراسة الاساسية و لها منهج ، عينة ، و ادوات اضافة الى كيفية التطبيق و جمع البيانات ، ومعالجتها احصائيا ، وتقديم نتائجها و الوصول اخيرا الى مناقشتها

أولاً: الحصول على معلومات من مديرية الصحة باتنة

تم الحصول على معلومات من مديرية الصحة لولاية باتنة عن التقسيم الاداري للقطاع .

ثانياً: مجتمع الدراسة

تم اجراء الدراسة بالقطاع الصحي لولاية باتنة . تحول تقسيم القطاع الصحي من الدوائر الصحية قديما الى EPH و EPSP

EPH: وهي المؤسسات العمومية الاستشفائية ، للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و اعادة التأهيل الطبي تغطي سكان البلدية .

EPHS :وهي مؤسسات عمومية استشفائية خاصة الكلى ،السرطان ،الاطفال

EPSP: مؤسسات عمومية للصحة الجوارية ،من مهامها النشاطات الوقائية ، العلاج .

Abid(20-01-2011)

اما القطاع الصحي باتتة فيتكون من

CHU و العدد واحد

EHS و العدد اثنان

EPH و العدد تسعة

EPSP و العدد تسعة

من اجل الحصول على العينة المطلوبة :اطباء ممارسون لمهنة الطب العام و الطب المختص ، تم

اختيار المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH ، نظرا لاحتوائها على كل التخصصات الطبية و بعدد

اكبر من المؤسسات الاخرى و قد تم اختيار:

- المستشفى الجامعي بن فليس التهامي CHU .

- EPH علي النمر مروانة

- EPH محمد بوضياف بريكة

- EPH نقاوس

- EPH اريس

احصائيات مديرية الصحة لولاية باتتة DDS عن عدد الاطباء العامين و المختصين بهذه المستشفيات

الخمس :-190 طبيب مختص

-98 طبيب عام

ثالثاً: اجراءات التطبيق

1-الدراسة الاستطلاعية :

الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التعرف على الظروف التي سيتم فيها تطبيق اجراءات البحث الميدانية و الصعوبات التي و الصعوبات التي ستواجه الباحث في تطبيق اداة البحث ، كما انها تمكن من :

- الحصول على المعلومات اللازمة حول مجتمع الدراسة .
- تحديد مدى ملائمة اداة الدراسة و كذا دراسة خصائصها السيكومترية .

1-1-منهج الدراسة الاستطلاعية:

ترى الطالبة ان المنهج المناسب لهذه الدراسة هو **المنهج الوصفي المقارن** ، وذلك بتقديم وصف علمي لموضوع الدراسة و المقارنة بين افراد العينة (العامون - المختصون) ، من خلال الحصول على نتائج رقمية يمكن تفسيرها لاحقا .

1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة الاستطلاعية من 30 طبيب منهم 20 طبيب عام و 10 اطباء مختصين ، تم اختيارهم بطريقة عرضية ،حيث يعتمد هذا النوع في الحصول على ما يسهل الحصول عليه من افراد مجتمع الدراسة . (عباس.2002.ص190)

حيث تراوحت اعمارهم بين 26 و 60 سنة بمتوسط حسابي قدره 36،166 و انحراف معياري قدره 10،26 .

1-3- خصائص العينة:

أ- الجنس: يوضح الجدول رقم (1) توزيع افراد العينة وفقا للجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ذكر	13	33,43%
انثى	17	66,56%
المجموع	30	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة الاناث و هي 66,56% اكبر من نسبة

الذكور و هي 33,43 %

ب- السن: يوضح الجدول رقم (2) توزيع افراد العينة وفقا للسن.

فئة العمر	التكرار	النسبة المئوية %
[35-25]	19	33,63%
[45-35]	5	66,16%
[55-45]	3	10%
[65-55]	3	10%
المجموع	30	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان العينة بها 19 فردا أي 33,63% اعمارهم تقع بين 25-35 سنة و تمثل النسبة الاكبر من العينة ككل . و ان 5 افراد من العينة أي 66,16% اعمارهم تقع بين 35-45 سنة، و ان 3 افراد من العينة أي 10% اعمارهم تقع بين 45-55 سنة، و ان 3 فرد من العينة أي 10% اعمارهم تقع بين 55-65 سنة، وهما اصغر نسبتيين.

ج- الحالة الاجتماعية: يوضح الجدول رقم (3) توزيع افراد العينة وفقا للحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية %
اعزب	13	33,43%
متزوج	15	50%
مطلق	1	3,33%
ارمل	1	3,33%
المجموع	30	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان 15 فرد من العينة أي 50% متزوج، وان 33,43% اعزب، و ان 3,33% مطلق ، و ان 3,33% ارمل ،أي ان نسبة المتزوجين هي الاكبر.

د- التخصص: يوضح الجدول رقم (4) توزيع افراد العينة وفقا للتخصص.

التخصص	التكرار	النسبة المئوية %
طبيب عام	20	66,66%
طبيب مختص	10	33,33%
المجموع	30	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة الاطباء العامين و هي 66,66% اكبر من نسبة
الاطباء المختصين و هي 33,33%.

و الجدول رقم (5) يوضح انواع التخصصات و نسبتها من مجموع الاطباء المختصين.

نوع التخصص	التكرار	النسبة المئوية %
طب الاوبئة	2	20%
امراض دموية	1	10%
الطب الباطني	2	20%
طب العيون	1	10%
طب الاطفال	2	20%
انعاش	1	10%
امراض الغدد و السكري	1	10%
المجموع	10	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان تخصص طب الاطفال، الطب الباطني، طب الاوبئة لديهم اكبر نسب حيث تتمثل نسبة كل تخصص منهم 20% ، في المقابل التخصصات الاخرى لدى كل منها نسبة 10%.

هـ - الخبرة : يوضح الجدول رقم (6) توزيع افراد العينة وفقا للخبرة (مدة العمل)

الخبرة(مدة العمل)بالسنوات	التكرار	النسبة المئوية %
[10-0]	20	66,66%
[20-10]	6	20%
[30-20]	4	33,13%
المجموع	30	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة الاطباء الذين لديهم خبرة اقل من 10 سنوات هم الذين لديهم النسبة الاكبر 50% في حين النسبة الاقل 33,3% كانت للطباء الذين تتراوح خبرتهم بين 20-30 سنة.

1-4- ادوات الدراسة الاستطلاعية:

من خلال ملاحظة الباحثة للاستبيانات المستخدمة في الدراسات السابقة ، لم يتم استخدام استبيان خاص بقياس درجة الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض منفصل عن باقي مكونات نظرية المعتقدات الصحية وكذلك لم يستخدم استبيان خاص بقياس الصحانية ، لذى كان على الطالبة تصميم استبيانين :

• الاول خاص بقياس درجة الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض.

• الثاني خاص بقياس الصحانية.

و في النسخة المبدئية للاستبيان الاول 61 عبارة تم تقسيمها على اربع محاور هي :

المحور الاول: محور إدراك الضعف في بنية الجسم، وصفات شخصية (السن، الجنس...)

ويشمل العبارات: من عبارة 1 الى العبارة 15 (كما هو موضح في الملحق رقم 4).

المحور الثاني : محور الخبرة السابقة للإصابة بالمرض (الشخص نفسه، شخص قريب ، رؤية

المرضى بالمشفى - مكان العمل -).

ويشمل العبارات: من عبارة 16 الى العبارة 29 .

المحور الثالث : الوسط وطبيعته الممرضة والاتصال المباشر بالمرضى. ويشمل العبارات: من

عبارة 30 الى العبارة 45 .

المحور الرابع : طبيعة الخطر المهدد (نوعه ، شدته...)

ويشمل العبارات: من عبارة 46 الى العبارة 61 .

و في النسخة المبدئية للاستبيان الثاني 60 عبارة تم تقسيمها على اربع محاور هي :

المحور الاول : أهمية الوقاية والسلوكات الصحية العامة

ويشمل العبارات: من عبارة 1 الى العبارة 17 (كما هو موضح في الملحق رقم 5)

المحور الثاني : السلوكات الصحية الممارسة الخاصة بالأطباء (اجبارية ، انواعها)

ويشمل العبارات: من عبارة 18 الى العبارة 32 .

المحور الثالث : عادات الممارسة والسبب.

ويشمل العبارات:من لعبارة 33 الى العبارة 46 .

المحور الرابع : الهدف من الممارسة .

ويشمل العبارات:من لعبارة 47 الى العبارة 60.

حيث تم استنباط العبارات للاستبيانين بالاعتماد على المراجع و الكتب العلمية المختصة بالموضوعين .

و قد تم عرض النسختين المبدئيتين من الاستبيانين على مجموعة من الاساتذة من قسم علم النفس واطباء من ذوي الخبرة الطويلة (وقد تم ادراج اسمائهم و درجاتهم العلمية و مكان عملهم في الملحق رقم 1) من اجل اعطاء ارائهم حول النقاط التالية :

- هل تقيس العبارات ما وضعت لقياسه .
 - مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات الموضوعية .
 - مدى انتماء كل عبارة لمحورها .
- و بوضع ملاحظات الاساتذة بعين الاعتبار ،قامت الطالبة بالتعديلات التالية:
- حذف بعض العبارات .
 - تعديل صياغة بعض العبارات .
- و يحتوي الاستبيانان المعدلان على مايلي :

أ-متغيرات ديمغرافية : وتحتوي على اسئلة مفادها الحصول على بيانات شخصية :

- الجنس

- السن

- الحالة الاجتماعية

- التخصص

ب-متغيرات الدراسة الاساسية :و تحتوي على المعلومات و البيانات الاساسية و المتكونة في الاستبيانين الاول من 52عبارة توزعت على 4 محاور السابقة ، و في الاستبيان الثاني تكونت من 52 عبارة موزعة على 4 محاور السابقة .

1-5-كيفية الاجابة :

تم وضع مفتاح التصحيح التالي للاستبيانين :

جدول رقم (7) يوضح مفتاح التصحيح للاستبيانين

التصحيح	البدائل
0	أبدا
1	نادرا
2	احيانا
3	غالبا
4	دائما

حيث يقوم المفحوص باختيار احد البدائل و التي تنطبق عليه او على سلوكه .

1-6- كيفية التطبيق :

لقد اشرفت الطالبة على تطبيق الاستبيانين تطبيق فردي وذلك بالاتجاه الى مكاتب الاطباء اثناء قيامهم بمهامهم اليومية .حيث تم تسليم الاستبيانين و شرح الهدف من توزيع هذه الاستبيانات و التعليمات المرفقة، البدائل المقدمة للاستبيانين و كذا طريقة الاجابة .

كون الاستبيانين طويلين و الاطباء في فترة عمل تم جمع الاستبيانات المجاب عنها في اليومين التاليين للتوزيع .

1-7- المعالجة الاحصائية :

بعد جمع البيانات من افراد العينة الاستطلاعية تم تفريغها في الحاسب الآلي ، ثم تمت معالجتها بواسطة البرنامج الاحصائي SPSS (الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية) . حيث تم القيام بمجموعة من الاساليب الاحصائية وهي :

- التكرارات و النسب المئوية في خصائص العينة .
- المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري .
- معادلة لوشي للتأكد من صدق الادوات المستخدمة
- معامل الارتباط بيرسون للتأكد من صدق الادوات.
- معامل الثبات الفا كرونباخ للتأكد من ثبات الادوات.
- معامل الاستقرار عبر الزمن للتأكد من ثبات الادوات.

1-8- الخصائص السايكومترية للأدوات:

أ- الصدق :تكون الاداة صادقة اذا كانت صالحة لقياس ما وضعت لقياسه (عبد

الحفيظ1993.ص146)

وقد تم حساب الصدق بطريقتين:

أ-1 الصدق الظاهري :

حيث تم عرض الاستبيانين على الاساتذة و طلب منهم الاشارة الى ما اذا كانت العبارة تقيس

او لا تقيس ما و وضعت لقياسه ،كما يتم تقديم ملاحظات من حيث وضوحها و مناسبتها

للسلوك المراد قياسه ،و بعد ذلك تم قياس صدق كل عبارة باستعمال معادلة لوشي حيث :

$$ص = \frac{\frac{ن-م}{2}}{\frac{ن}{2}}$$

حيث: ن م يمثل عدد المحكمين الذين اعتبروا ان العبارة تقيس ما وضعت لقياسه

ن يمثل العدد الكلي للمحكمين .

و لكي تكون العبارة صادقة يجب ان تكون ص اكبر او تساوي 5،0 ،و قدرت ص للأداة

الاولى الخاصة بقياس الهشاشة المدركة ب725،0 .

و قدرت ص للأداة الثانية الخاصة بقياس الصحانية ب 887،0 .

وهذا يعني ان الاداتين صادقتين ، و للاثبات اكثر تم استخدام طريقة الاتساق الداخلي لحساب الصدق حيث

أ-2 طريقة معامل الصدق بطريقة الاتساق الداخلي:

حيث تم ذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي (لكارل بيرسون Pearson) بين

بنود الاستبيان و الدرجة الكلية له. وكانت النتائج كما هي موضحة في الجداول التالية:

- معامل الارتباط لاستبيان الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض:

جدول رقم (8) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الاول لاستبيان الهشاشة المدركة

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاول	1. أنا مدرك أن إصابتي ببعض الأمراض سهلة.	379,0	05,0
	2. أعاني من ضعف في بنيتي الجسدية.	539,0	01,0
	3. سني (عمري) يسهل إصابتي بالمرض.	495,0	01,0
	4. نظام مناعتي ضعيف وجسمي لا يشفى بسهولة عند المرض.	547,0	01,0
	5. اعتبر شخصا دائم المرض.	650,0	01,0
	6. انزعج كثيرا بخصوص صحتي .	664,0	01,0
	7. أتوقع تدهور صحتي .	671,0	01,0
	8. أرى أن صحتي على العموم ضعيفة .	726,0	01,0
	9. أثبتت بعض التحاليل أنني معرض لخطر الإصابة بالمرض.	682,0	01,0
	10. يخيفني أن احد أفراد عائلتي مصاب بمرض مزمن.	601,0	01,0
	11. أعتقد أن وزني الزائد سيسبب لي مشاكل صحية مستقبلا.	202,0	غير دالة
	12. لدي استعداد وراثي الإصابة بمرض ما .	620,0	01,0
	13. جنسي يسهل إصابتي ببعض الأمراض	415,0	05,0

الجدول رقم (9) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لاستبيان الهشاشة المدركة

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الثاني	14. أتجنب المرض لصعوبة التعامل مع اعراضه بعد الإصابة.	410٠0	05٠0
	15. مرضي في السابق جعل جسمي ضعيفا.	715٠0	01٠0
	16. رؤيتي معاناة المرض تجعلني أخاف المرض وأتجنبه.	646٠0	01٠0
	17. أعراض المرض تزعجني.	745٠0	01٠0
	18. أتفادى الوقوع في المرض ثانية بإتباع سلوك صحي.	412٠0	05٠0
	19. تعرضت لحادث من قبل جعل صحتي ضعيفة.	689٠0	01٠0
	20. أعاني من مرض حاليا.	715٠0	01٠0
	21. أتناول حاليا أدوية طبية.	734٠0	01٠0
	22. أحس أن صحتي تدهورت مقارنة بالسنوات الماضية.	717٠0	01٠0
	23. أحس أن طاقتي أصبحت أقل من السابق.	463٠0	01٠0
	24. مرض احد أفراد عائلتي يقلقني على صحتي	681٠0	01٠0
	25. احتاج النظارات الطبية لتوضيح الرؤية .	143٠0	غير دالة
	26. اسمع بصعوبة.	436٠0	05٠0

الجدول رقم (10) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان الهشاشة المدركة

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الثالث	27. أعمل بوسط تكثر فيه الأمراض المعدية.	379٠0	غير دالة
	28. الأماكن المزدحمة تزيد من إصابتي بالعدوى.	539٠0	05٠0
	29. تقلقني الأمراض الموسمية.	495٠0	01٠0
	30. اعتقد أنني سأمرض بمجرد ملامستي لشخص مريض.	547٠0	01٠0
	31. كثرة اتصالي بالمرض يزيد من خطر إصابتي .	650٠0	05٠0
	32. اختصاصي يسهل اتصالي بعدة أمراض خطيرة .	664٠0	01٠0
	33. استعمال دورات المياه (المراحيض و الحمامات) العامة يقلقني.	671٠0	05٠0
	34. مصافحة المرضى دون قفازات يقلقني .	726٠0	01٠0
	35. كثرة ساعات العمل بالمستشفى (أو العيادة) يزيد احتمال إصابتي بالأمراض.	682٠0	غير دالة
	36. طول مدة عملي في هذا المجال تزيد احتمال إصابتي .	601٠0	05٠0
	37. معظم يومي أواجه في أماكن تهدد صحتي .	202٠0	05٠0
	38. معظم مرضاي لديهم أمراض معدية .	620٠0	01٠0
	39. يقلقني تفشي الأوبئة في محيطي.	415٠0	01٠0

الجدول رقم (11) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الرابع لاستبيان الهشاشة المدركة

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الرابع	40. أنا أدرك أن انتشار الأمراض الموسمية يهدد صحتي.	313٠0	غير دالة
	41. أخاف من الأمراض المتنقلة عن طريق الهواء في مكان عملي.	343٠0	غير دالة
	42. يقلقني زيادة عدد الأمراض الجلدية في مكان عملي.	497٠0	01٠0
	43. يوجد الكثير من الأمراض الوبائية من حولي.	515٠0	01٠0
	44. أخاف استعمال بعض الأجهزة لسهولة نقل الأمراض عن طريقها .	619٠0	01٠0
	45. نمط شخصيتي يجعلني على استعداد الإصابة بالأمراض القلبية	406٠0	05٠0
	46. اعتقد أنني سأصاب بالربو .	500٠0	01٠0
	47. أمثالي يصابون بمرض السكري.	324٠0	غير دالة
	48. التهديد الصحي يحيط بي من كل جانب .	554٠0	01٠0
	49. كثرة المصابين بالسرطان مؤخرًا يقلقني.	597٠0	01٠0
	50. صعوبة العلاج تزيد خوفي من الأمراض.	689٠0	01٠0
	51. معظم الأمراض تطور مقاومة ضد الأدوية المتداولة .	293٠0	غير دالة
	52. يقلقني زيادة عدد الوفيات بالسكتة القلبية .	062٠0	غير دالة

من خلال ملاحظة الجداول الأربعة السابقة نجد أن مجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 01,0 لهذا الاستبيان هو 32 عبارة أي بنسبة 53,61% .

و أن مجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 05,0 لهذا الاستبيان هو: 11 عبارة أي بنسبة 15,21% .

وأن مجموع العبارات غير دالة عند مستوى الدلالة 01,0 و 05,0 لهذا الاستبيان هو: 9 عبارات أي بنسبة 30,17% .

أي أن مجموع العبارات الدالة 43 عبارة من مجموع 52 عبارة أي بنسبة 68,82% ، ما يعطي الدليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان .

- معامل الارتباط لاستبيان الصحانية:

جدول رقم (12) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الأول لاستبيان الصحانية

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الأول	1. إذا توقفت عن ممارسة السلوكات الوقائية سأمرض .	203,0	غير دالة
	2. أنام وقتا كافيا بين 7-8 ساعات يوميا .	108,0	غير دالة
	3. غذائي في عمومته صحي.	618,0	01,0
	4. أمارس النشاطات البدنية – الرياضة – بانتظام.	370,0	05,0
	5. أقوم بالتحاليل الطبية دوريا.	551,0	01,0
	6. لا أتناول المشروبات المنبهة بكثرة (أكثر من 02 فنجان) .	105,0	غير دالة
	7. أحافظ على وزن صحي .	435,0	05,0
	8. لا أكل بين الوجبات.	419,0	05,0
	9. لا أدخن كي لا أصاب بأمراض مستقبلية .	434,0	05,0
	10. الاسترخاء نهاية اليوم يقلل من تعب اليوم.	552,0	01,0
	11. لا اشرب الكحول و المخدرات .	434,0	05,0
	12. استخدم النظارات الشمسية و الواقي من الشمس أثناء التعرض لها.	647,0	01,0
	13. أقوم بالفحص الذاتي (للثدي) (للخصية) بانتظام .	575,0	01,0

الجدول رقم (13) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لاستبيان الصحانية:

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الثاني	14. أنا ملزم بممارسة السلوكات الصحية بـمكان العمل.	685٠0	01٠0
	15. اغسل يداي أكثر من 03 مرات يوميا.	551٠0	01٠0
	16. ألبس القفازات الطبية و أضع الكمامة الطبية الواقية أثناء العمل	565٠0	01٠0
	17. لا أكل في مكان عملي بسبب الجراثيم والميكروبات و الفيروسات.	390٠0	05٠0
	18. لا استخدم الحمامات في مكان عملي.	436٠0	05٠0
	19. استخدم معقم الأيدي بانتظام.	423٠0	05٠0
	20. ألبس المئزر الطبي بانتظام.	389٠0	05٠0
	21. لا أمس مريض يحمل مرض معدي إلا للضرورة (الفحص باللمس).	765٠0	01٠0
	22. كثيرا ما استخدم المناديل الورقية .	553٠0	01٠0
	23. أتجنب المواقف الضاغطة في العمل.	206٠0	غير دالة
	24. أخذت جميع اللقاحات الموجودة.	534٠0	01٠0
	25. أخذ لقاح الأمراض الموسمية .	505٠0	01٠0
	26. أقيس ضغط دمي باستمرار.	139٠0	غير دالة

الجدول رقم (14) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان الصحانية

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الثالث	27. أمارس السلوكات الصحية بصورة مبالغ فيها للتأكد من تجنب المشكل الصحي.	588٠0	01٠0
	28. أصبح السلوك الصحي أسلوب حياتي.	794٠0	01٠0
	29. أمارس السلوكات الصحية لأنها نمط حياة الدول المتقدمة .	583٠0	01٠0
	30. بدأت الاهتمام بالممارسات الصحية بعد تعرضي لمشكل خطير.	363٠0	05٠0
	31. أمارس السلوكات الصحية لأن كل الناس يمارسونها .	389٠0	05٠0
	32. لأنني فرد متحضر فأنا أتبع أسلوب حياة صحي	623٠0	01٠0
	33. اهتم بالإعلانات لإتباع بعض السلوكات الصحية .	271٠0	غير دالة
	34. بالنسبة لي كل ما هو صحي نقي وكل ما هو غير صحي ملوث.	302٠0	غير دالة
	35. أتبع السلوكات الصحية لأنني ذو أخلاق حسنة.	541٠0	01٠0
	36. أصبحت السلوكات الصحية عادات يومية أمارسها.	712٠0	01٠0
	37. أمارس السلوكات الصحية لأنها منتشرة في محيطي .	467٠0	01٠0
	38. أهتم بصحتي لأن كل زملائي يهتمون بصحتهم.	389٠0	05٠0
	39. يجب منع التدخين في الأماكن العامة لأنها تضرنا .	551٠0	01٠0

الجدول رقم (15) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الرابع لاستبيان الصحانية

المحور	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الرابع	40. أحافظ على صحتي بإتباع نمط حياة صحي.	642٠0	01٠0
	41. أتجنب الأمراض المتنقلة عن طريق الهواء باستخدام القناع الطبي.	697٠0	01٠0
	42. أتجنب الأمراض المتنقلة عن طريق اللمس باستخدام القفاز الطبي.	563٠0	01٠0
	43. التمارين الرياضية المنتظمة تزيد من لياقتي الجسدية.	389٠0	05٠0
	44. أتجنب الأمراض المزمنة بإتباع أسلوب حياة صحي.	765٠0	01٠0
	45. أحافظ على وزن معتدل لتجنب الأمراض الناتجة عن السمنة.	688٠0	01٠0
	46. المأكولات الصحية تجنبني المشاكل الصحية .	389٠0	05٠0
	47. ابتعد عن المأكولات المحتوية على السكر و الملح و الدهون لتجنب الأمراض المزمنة.	400٠0	05٠0
	48. أمارس المشي يوميا لتجنب بعض الأمراض.	363٠0	05٠0
	49. أزر طبيب الأسنان بانتظام للاطمئنان على صحة أسناني.	395٠0	05٠0
	50. حضور جلسات التنقيف الصحي تعطيني وعيا أكثر حول الصحة .	765٠0	01٠0
	51. أتجنب الأمراض المتنقلة عن طريق الجنس بالوفاء لشريكي	389٠0	05٠0
	52. السلوكات الصحية تطيل عمر ممارستها	402٠0	05٠0

من خلال ملاحظة الجداول الأربعة السابقة نجد أن مجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 01,0 لهذا الاستبيان هو 26 عبارة أي بنسبة 50 % .

و أن مجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 05,0 لهذا الاستبيان هو : 19 عبارة أي بنسبة 53,36%

وأن مجموع العبارات غير دالة عند مستوى الدلالة 01,0 و 05,0 لهذا الاستبيان هو : 7 عبارات أي بنسبة 46,13 % .

أي أن مجموع العبارات الدالة 45 عبارة من مجموع 52 عبارة أي بنسبة 53,86 % ، ما يعطي الدليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان .

ب - الثبات:

يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة أو الاتساق أو استقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين (عبد الحفيظ . 1993. ص147).

تم حساب ثبات الأدوات بطريقتين :

- طريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ (α كرونباخ).

- طريقة الاستقرار عبر الزمن.

ب-1 طريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ:

وقد تم حساب معامل ألفا لكرونباخ للدرجة الكلية للاستبيانين ، وقد بلغت درجة معامل ألفا لكرونباخ للاستبيان الخاص بالهشاشة المدركة : 846,0 وهي درجة مقبولة مما يدل على أن الاختبار يمتاز بالثبات.

و بلغت درجة معامل الفا كرونباخ للاستبيان الخاص الصحانية : 831,0 وهي درجة مقبولة مما يدل على ان الاختبار يمتاز بالثبات.

ب-2 طريقة الاستقرار عبر الزمن:

حيث تم اعادة تطبيق الاستبيانين بعد 15 يوم من التطبيق الاول ، و باستخدام معامل الارتباط كارل بيرسون بين التطبيق القبلي و البعدي و جد ان درجته في الاستبيان الاول هي 816,0 وهي درجة مقبولة مما يدل على ان الاختبار يمتاز بالثبات.

ان درجته في الاستبيان الثاني هي 878,0 وهي درجة مقبولة مما يدل على ان الاختبار يمتاز بالثبات.

نظرا لقيمة معامل الارتباط المرتفعة فان الاستبيانين يظهران ثباتا عاليا و هذا ما جعل الباحثة تستخدمهما بالدراسة الاساسية .

2- الدراسة الاساسية:

2-1 المنهج المستخدم: منهج الدراسة هو المنهج الوصفي المقارن

يعد المنهج الوصفي الانسب لهذه الدراسة ، كونه يرتبط بدراسة المواضيع المتعلقة بالمجالات الانسانية وهو احد اشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة او مشكلة محددة و تصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات و معلومات مقننة عن الظاهرة او المشكلة و تصنيفها و تحليلها و اخضاعها للدراسة الدقيقة . (عبيدات ، و اخرون ، 1999ص46)

ولماذا الوصفي المقارن؟ لانه الموضوع الذي يحاول فيه الباحث التعرف على الاسباب التي تقف وراء الفروق التي تظهر في سلوكيات المجموعات المختلفة من الأفراد أو في الأوضاع القائمة في حالتهم. (ملحم . 2000 ص324)

2-2 عينة الدراسة الاساسية: تكونت عينة الدراسة الاساسية من 92 طبيب اختيروا بطريقة

عرضية ، حيث تم تحديد 30% من المجتمع الاصلي ،وقد تم توزيع الاستبيانين على 188 طبيب ، لكن بعد التوزيع ثم جمعه لم تتحصل الباحثة الا على 110 نسخة ، وتم استبعاد 18 نسخة لانها غير كاملة فكان العدد النهائي للعينة 92 فردا ، تراوحت اعمارهم بين 28 و 60 سنة ، بمتوسط حسابي قدره 489,8 . و انحراف معياري قدره 804,37 .

2-3 خصائص العينة :اهم خصائص العينة حددت بنوعية المتغيرات الديمغرافية التي تم تحديدها

ابتداء من التساؤلات الاولى للدراسة ثم التي اقترحتها الفرضيات و التي حددت بوضوح في الاستبيانين، وهذه الخصائص هي :

أ-الجنس:يوضح الجدول رقم (16) توزيع افراد العينة وفقا للجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ذكر	37	%21،40
انثى	55	%78،59
المجموع	92	%100

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة الاناث و هي %78،59 اكبر من نسبة الذكور و

هي %21،40

ب- السن: يوضح الجدول رقم (17) توزيع افراد العينة وفقا للسن.

فئة العمر	التكرار	النسبة المئوية %
[25-35]	42	%65،45
[35-45]	30	%60،32
[45-55]	17	%47،18
[55-65]	3	%26،3
المجموع	92	%100

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان العينة بها 42 فردا أي %65،45 اعمارهم تقع بين 25-35 سنة و

تمثل النسبة الاكبر من العينة ككل . و ان 30 فرد من العينة أي %60،32 اعمارهم تقع بين 35-45

سنة، و ان 17 فرد من العينة أي 47،18% اعمارهم تقع بين 45-55 سنة، و ان 3 افراد من العينة أي 26،3% اعمارهم تقع بين 55-65 سنة، و هي اصغر نسبة.

ج- الحالة الاجتماعية: يوضح الجدول رقم (18) توزيع افراد العينة وفقا للحالة الاجتماعية

النسبة المئوية %	التكرار	الحالة الاجتماعية
65،20%	19	اعزب
91،73%	68	متزوج
26،3%	3	مطلق
17،2%	2	ارمل
100%	92	المجموع

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان 68 فرد من العينة أي 91،73% متزوج، وان 65،20% اعزب، و 26،3% مطلق ، و ان 17،2% ارمل ،أي ان نسبة المتزوجين هي الاكبر.

د- التخصص: يوضح الجدول رقم (19) توزيع افراد العينة وفقا للتخصص.

النسبة المئوية %	التكرار	التخصص
47،43%	40	طبيب عام
52،56%	52	طبيب مختص
100%	92	المجموع

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة الاطباء المختصين و هي 52,56% اكبر من نسبة الاطباء العامين و هي 47,43%.

و الجدول رقم (20) يوضح انواع التخصصات و نسبتها من مجموع الاطباء المختصين.

نوع التخصص	التكرار	النسبة المئوية %
علم الاشعة	4	69,7%
جراحة عامة	4	69,7%
امراض النساء و التوليد	2	84,3%
طب الاطفال	9	30,17%
طب العظام و المفاصل	3	76,5%
تقويم العظام	1	92,1%
التخدير و الانعاش	5	61,9%
امراض الدم	4	69,7%
امراض الغدد و السكري	3	76,5%
طب الاعصاب	1	92,1%
امراض القلب	2	84,3%
طب العيون	2	84,3%
الطب الباطني	5	61,9%
طب الاوبئة	3	76,5%
امراض الكلى	2	84,3%
امراض الحساسية و الصدر	2	84,3%
المجموع	52	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان تخصص طب الاطفال، لديه اكبر نسبة حيث تتمثل نسبته 30،17%، في المقابل التخصصات تقويم العظام و طب الاعصاب لديهم ادنى نسبة 1،92%.

ه - الخبرة : يوضح الجدول رقم (21) توزيع افراد العينة وفقا للخبرة (مدة العمل)

الخبرة(مدة العمل)بالسنوات	التكرار	النسبة المئوية %
[10-0]	54	69،58%
[20-10]	28	43،30%
[30-20]	10	86،10%
المجموع	92	100%

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة الاطباء الذين لديهم خبرة اقل من 10 سنوات هم الذين لديهم النسبة الاكبر 69،58% في حين النسبة الاقل 86،10% كانت للطباء الذين تتراوح خبرتهم بين 20-30 سنة.

2-4 الادوات : تم استعمال الاستبيانين المستخدمين في الدراسة الاستطلاعية ، وهما معدان من طرف

الباحثة (الملحق رقم 06 يمثل الاستبيان الخاص بقياس الهشاشة المدركة)

(الملحق رقم 07 يمثل الاستبيان الخاص بقياس الصحانية)

2-5 كيفية التطبيق : نظرا لتباعد مواقع المستشفيات التي طبقت فيها الدراسة استعانت الباحثة في

تطبيق الاستبيانين ببعض الاخصائيين النفسانيين العاملين بهذه المستشفيات حيث قدم لهم شرح حول

هدف الدراسة ،العبارات ،كيفية الاجابة و طريقة التطبيق .و بالتالي سهلت عملية التطبيق . ثم تم جمع

الاستبيانات بعد يومين من توزيعها ، و من بين استبيان موزع حصلت الطالبة على 110 استبيان تم استبعاد 18 استبيان غير كامل الاجابة ، فكان العدد الاجمالي لكل استبيان 92 خاص بالهشاشة المدركة و 92 استبيان خاص بالصحانية .

2-6 تفرغ البيانات و المعالجة الاحصائية: بعد جمع البيانات تم تفرغها في الحاسب الآلي و

معالجتها بواسطة البرنامج الاحصائي SPSS النسخة 18 (الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية) ، حيث تم القيام بمجموعة من الاساليب الاحصائية و هي :

1. التكرارات و النسب المئوية في خصائص العينة .
2. المتوسط الحسابي والوسيط و الانحراف المعياري لتحديد ما اذا كان افراد العينة يمتازون بالهشاشة المدركة الإصابة بالمرض و الصحانية.
3. معامل الارتباط التتابعي لكارل بيرسون لحساب معامل الارتباط بين الدرجات المتحصل عليها في استبيان الهشاشة و الصحانية .
4. اختبار (ت) (T) و ذلك بهدف قياس الفروق القائمة بين درجات الهشاشة و الصحانية حسب الجنس ، التخصص .
5. حساب تحليل التباين الاحادي (F) و ذلك بهدف معرفة الفروق القائمة بين الاستبائيين حسب السن ، الحالة الاجتماعية ، الخبرة.

الفصل الخامس

عرض و مناقشة النتائج

تمهيد :

سيتم خلال هذا الفصل عرض النتائج المتعلقة بالمسائل الرئيسية لهذه الدراسة و الموضحة في الفرضيات المطروحة .

اولا- عرض وتحليل نتائج الدراسة :ويمكن تلخيص نتائج الدراسة وفقا لترتيب فرضيات الدراسة .

1- عرض نتائج الفرضية الاولى:

ومفادها نتوقع ان يفوق متوسط الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض لدى اطباء القطاع الصحي بـ 104 درجة.

يوضح الجدول رقم (22) المتوسط الحسابي والوسيط و الانحراف المعياري للدرجات المتحصل عليها من استبيان الهشاشة المدركة .

الانحراف المعياري	الوسيط	المتوسط الحسابي	العدد
81،27	92	34،92	92

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان المتوسط الحسابي لدرجات استبيان الهشاشة يقدر بـ 347،92 و بانحراف معياري يقدر بـ 814،27 و الوسيط 92.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

ومفادها نتوقع ان يفوق متوسط الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتتة درجة 104.

يوضح الجدول رقم (23) المتوسط الحسابي والوسيط الانحراف المعياري للدرجات المتحصل عليها من استبيان الصحانية .

العدد	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري
92	61,120	50,122	14,23

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان المتوسط الحسابي لدرجات استبيان الهشاشة يقدر ب 61,120 و بانحراف معياري يقدر ب 14,23 ويقدر الوسيط ب 50,122.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

و مفادها توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض والصحانية .

يوضح الجدول رقم (24) قيمة معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الدرجات المتحصل عليها في استبيان الهشاشة و بين الدرجات المتحصل عليها في استبيان الصحانية .

معامل الارتباط لكارل بيرسون	مستوى الدلالة
45,0	01,0

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الدرجات المتحصل عليها في استبيان الهشاشة و بين الدرجات المتحصل عليها في استبيان الصحانية يساوي 45,0 و هي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 01,0 .

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

و مفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى الجنس.

يوضح الجدول رقم (25) الفروق بين درجات استبيان الهشاشة و بين درجات الصحانية والتي تعود الى الجنس

الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
الهشاشة	78,90	02,28	44,0	66,0	غير دالة
المدركة	40,93	88,27			
الصحانية	70,118	84,20	64,0	51,0	غير دالة
اناث	90,121	68,24			

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ انه في حساب الفروق بين درجات استبيان الهشاشة وجد ان قيمة ت تساوي 44,0 وهي قيمة غير دالة . و في حساب الفروق بين درجات استبيان الصحانية وجد ان قيمة ت تساوي 64,0 وهي قيمة غير دالة.

5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

و مفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى السن .
يوضح الجدول رقم (26) الفروق بين درجات الاستبيانين الهشاشة و الصحانية و التي تعود الى السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الهشاشة	داخل المجموعات بين المجموعات المجموع	52,3315 34,67085 87,70400	17,1105 33,762	45,1 23,0
الصحانية	داخل المجموعات بين المجموعات المجموع	39,248 28,48517 68,48765	79,82 33,551	15,0 92,0

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان قيمة التباين بين درجات الهشاشة والتي تعود الى السن هي 45,1 وقيمته بين درجات الصحانية هي 15,0 وهما قيمتان غير دالتان.

6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

و مفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى الحالة الاجتماعية .

يوضح الجدول رقم (27) الفروق بين درجات الاستبيانين الهشاشة و الصحانية و التي تعود الى الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الهشاشة	داخل المجموعات بين المجموعات المجموع	55,2007 32,68393 87,70400	18,669 19,77	46,0
الصحانية	داخل المجموعات بين المجموعات المجموع	56,287 11,48478 68,48765	85,95 88,550	91,0

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان قيمة التباين بين درجات الهشاشة تعود الى الحالة الاجتماعية هي 86,0 وقيمتها بين درجات الصحانية هي 17,0 وهما قيمتان غير دالتان.

7- عرض نتائج الفرضية السابعة:

و مفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى التخصص (عام / متخصص).

يوضح الجدول رقم (28) الفروق بين الاستبيانين الهشاشة و الصحانية و التي تعود الى التخصص .

الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
الهشاشة المدركة	عام مختص	37,85 71,97	96,25 23,28	15,2	دالة عند 03,0 05,0
الصحانية	عام مختص	45,117 05,123	20 22,25	15,1	غير دالة 25,0

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ انه في حساب الفروق بين درجات استبيان الهشاشة وجد ان قيمة ت تساوي 15,2 وهي قيمة دالة عند 05,0 . و في حساب الفروق بين درجات استبيان الصحانية وجد ان قيمة ت تساوي 15,1 وهي قيمة غير دالة.

8- عرض نتائج الفرضية الثامنة:

و مفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى الخبرة .
يوضح الجدول رقم (29) الفروق بين درجات استبيان الهشاشة و الصحانية والتي تعود الى الخبرة.

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الهشاشة	داخل المجموعات بين المجموعات المجموع	95,1270 91,69129 87,70400	47,635 74,776	81,0
الصحانية	داخل المجموعات بين المجموعات المجموع	667 68,48098 68,48765	50,333 43,540	61,0

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان قيمة التباين بين درجات الهشاشة تعود الى الخبرة هي 81,0 وقيمتها بين درجات الصحانية هي 61,0 وهما قيمتان غير دالتان.

ثانيا : مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

1- مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الاولى :

و مفادها نتوقع ان يفوق متوسط الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض لدى اطباء القطاع الصحي باتتة درجة 104 على سلم الهشاشة المدركة.

بالرجوع الى النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول رقم (22) تبين ان قيمة المتوسط الحسابي للهشاشة المدركة لدى اطباء القطاع الصحي باتتة قد بلغت 34,92 و هو اقل من المتوسط الافتراضي كما بلغ الوسيط 92 أي ان افراد العينة يتوزعون اقل من الدرجة 104

أي بمعنى ان افراد العينة لا يتمتعون بالهشاشة المدركة الإصابة بالمرض، و منه فالفرضية لم تتحقق.

ان مدركات الفرد المتعلقة بما يمكن ان يتعرض له من تهديد صحي على المستوى الشخصي تتأثر على الاقل بثلاث عوامل رئيسية هي :

- القيم الصحية العامة و التي تضم الاهتمام والحرص على الصحة .
- و المعتقدات المحددة التي يحملها الفرد بخصوص امكانية اصابته باضطرابات محددة .
- المعتقدات حول النتائج التي تترتب على التعرض للاضطراب .

أي ما يتعلق باحتمال ما يمكن ان يتسبب او لا يتسبب عن التعرض للاضطراب من المخاطر

(تايلر 2008.ص415)

هذا ما تركز عليه نظرية المعتقدات الصحية ، و التي ترمي من خلال العامل الثاني

(المعتقدات المحددة التي يحملها الفرد بخصوص امكانية اصابته باضطرابات) و هذه الاخيرة التي تشمل الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض و التي يتوضح من خلالها الخوف الذي يدفع بالفرد الي تغيير العادات الغير صحية باخرى صحية وقد يزيد عن ذلك حتى الوصول الى سلوكيات صحية مبالغ فيها .

فعدم وجود ادراك بالهشاشة الجسدية لدى افراد العينة لايعني غيابها بالكامل في الواقع بل يرجع ذلك الى استجاباتهم الخاضعة لخصوصيات العينة فالاغلبية لاتعلن صراحة عن الخوف من المرض او امكانية وجود ضعف جسدي كون ان المجتمع لن يتقبل طبيب معالج و هو مريض و هذا ما يطور ميكانيزم دفاعي لدى هذه الفئة و هو ميكانيزم الانكار يجعلها توازن بين متطلبات المجتمع وواقعها ، كما ان افراد العينة ابدو نوعا من الارتياح من الاختبارات و الاستبيانات النفسية ، كما انهم يعتبرون الاختبارات موقف تقييم لهم فرغم محاولة شرح ان الاجابة لا تعني ان هناك صحيح وخاطئ الا ان الاغلبية صرحت بالسؤال : كم ستكون نتيجتي ؟ و هذا يعطي الدليل عن سبب ابتعاد الاجابات عن احتمال وجود خطر اصابة بمرض او مشكل صحي ما ، فسلوك التفوق في نتائج الامتحانات اثر على الاجابات ،بالاعتقاد كم سيكون ترتيبني مقارنة مع زملاء اخرين .

وهذا ماتثبته دراسة سامر جميل رضوان و مطاع بركات في وجود عدد لا بأس به من الاطباء ممن

لديهم اتجاه سلبي اتجاه المسائل النفسية (95،16 % سلبي + 80،3 % سلبي جدا + 80،10

حيادي) فكلما كان تخصص الطبيب بعيدا عن المسائل النفسية زادت سلبيته منها .

كما ان الحساسية الاجتماعية لعبت دورا في اجابات الافراد فما يرغب به الاخر هو ما يجب ان اظهره هذا ما يدفع بالإجابات نحو المثالية اكثر. كما كان للتفاوتية غير الواقعية دورا فبعض الاطباء يعتقدون انهم لا يمرضون بسهولة كونهم اطباء يعرفون المرض و يمكنهم تجنبه بسهولة .

2- مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية :

والتي مفادها : نتوقع ان يفوق متوسط الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتنة درجة 104 على سلم الصحانية .

بالرجوع الى النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول رقم (23) تبين ان قيمة المتوسط الحسابي للصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتنة قد بلغت 61،120 و هي درجة تفوق درجة المتوسط الافتراضي كما بلغ الوسيط 50،122 أي ان افراد العينة يتوزعون فوق درجة المتوسط الافتراضي. أي بمعنى ان افراد العينة يتميزون بالصحانية، و منه فالفرضية الثانية تحققة.

وهذا يوافق الواقع فالعينة لديها وعي صحي يجعلها تتبع السلوكات الصحية ،كما ان المرغوبية الاجتماعية تدفع افراد العينة الى الاجابات الايجابية و التي تحدث استحسان المجتمع ، فبعض السلوكات لا تمارس فعليا(مثال ممارسة الرياضة بانتظام) رغم هذا تم الاجابة عنها بالقبول هذا يثبت اكثر مبدا الصحانية و التي تعني ممارسة السلوكات الاكثر انتشارا و اكثر تسويقا او ابداء الرغبة في ممارستها على الاقل.

فسياسة الصحة العامة اتجهت الى اجبارية ممارسة السلوكات الصحية و اجبارية توحيد نمط معيشي معين يراه مجموعة من المختصين الانسب للبشرية .

كما ان طبيعة عمل الاطباء وتحصيلهم الاكاديمي تجعلهم يفهمون الامراض و مسبباتها كما تعطيهم وعيا كاملا بالممارسات الصحية . كما ان الاطباء يحملون معتقد ان الطبيب يجب ان يكون القدوة الصحية او النموذج الصحي لباقي الافراد ما يدفعهم الى سلوك السلوكات الصحية .

وكون العينة من الاطباء فان اهم قيم لديها هي القيم الصحية للقيم التي يتبناها الاشخاص تأثيرا على العادات الصحية التي يمارسونها فعلى سبيل المثال النشاط الرياضي للنساء مرغوب في بعض الثقافات لكنه غير محبب لديهن في ثقافات اخرى .

كما توجد اجبارية لبعض الممارسات الصحية للأطباء :

- لباس المنزر
- القفاز
- القناع الطبي
- استعمال المطهر

3- مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة :

ومفادها توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض والصحانية . من خلال النتائج المتحصل عليها و المبينة في الجدول رقم (24) حيث نلاحظ ان درجة معامل الارتباط بلغت 45,0 وهو دال عند مستوى 01,0 تعني وجود ارتباط موجب بين الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض و الصحانية . اذن الفرضية الثالثة تحققة .

وكون ان افراد العينة لا يتمتعون بالهشاشة المدركة فان السلوكات الصحية التي يمارسونها ليست نتيجة ادراك لخطر اصابة فمثلا اذا كذب لا ادرك امكانية اصابتي بالسمنة فما الذي يدفعني الى اتباع

نمط حياة يحميني من الامراض الناتجة عن السمنة (الرياضة . الحمية...) انما هي سلوكات صحية ترجع الى عوامل اخرى اشارت اليها مختلف الادبيات المحللة لإيديولوجية الصحانية حيث ترجع اسباب اتباع الافراد لبعض السلوكات الصحية الى برامج الصحة العامة وتتمثل هذه العوامل في :

- السلوك الاكثر انتشارا يجب ان يمارس (الجميع يمارسون الحمية علي ممارستها)
- الاشهار : الجميع يغسلون بالصابون السائل فعلي الاغتسال به كون الاشهار يزكيه على اساس الافضلية للحماية من الجراثيم .
- اجبارية بعض السلوكات الصحية سواء نتيجة طبيعة العمل الطبي او كأفراد عاديين في المجتمع (التلقيح)
- التقليد

معظم الدراسات السابقة تشير الى ان ممارسة السلوكات الصحية الوقائية ترجع الى عدة عوامل من اهمها الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض وهذا ما يخالف النتائج المتحصل عليها فالعينة لا تبدي ادراكا للهشاشة على عكس نتائج دراسة (Fulton1987) حول نموذج المعتقدات الصحية و الكشف المبكر عن سرطان الثدي لدى النساء و التي توصلت الى ان ابعاد هذا النموذج ومن بينهما الهشاشة من افضل المنبئات بالسلوك الوقائي للفحوصات .

4_ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة :

ومفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى الجنس.

من خلال النتائج المتحصل عليها و الموضحة في الجدول رقم (25) فان :

- الفروق بين درجات الهشاشة المدركة حسب الجنس :

قيمة ت هي 44,0 وهي قيمة غير دالة . أي انه لا توجد فروق بين درجات الهشاشة المدركة حسب الجنس

• الفروق بين درجات الصحانية حسب الجنس :

قيمة ت تساوي 64,0 وهي غير دالة أي انه لا توجد فروق بين درجات الصحانية تعود الى الجنس أي ان السلوكيات الممارسة لا تخضع لمتغير الجنس وهذا ما تثبته ادبيات الصحانية حيث يرى معظم كتابها و خصوصا (Petr Skrabanek) ان هذه الايديولوجية لم ينجو منها لا ذكر ولا انثى فجميع حظ فيها .

ورغم وجود فروق في المتوسطات الحسابية لكل من الهشاشة و الصحانية الا انه ليس لها دلالة احصائية حسب قيم ت.

5- مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة :

ومفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى السن . من خلال النتائج المتحصل عليها و الموضحة في الجدول رقم (26) نلاحظ ان قيمة التباين بين درجات الهشاشة حسب السن هي 45,1 وقيمتها بين درجات الصحانية هي 15,0 وهما قيمتان غير دالتان.

اي لا توجد فروق بين درجات الهشاشة ولا بين درجات الصحانية حسب السن وهذا مخالف للدراسات السابقة و التي تقول ان هناك فئات عمرية اكثر هشاشة مثل : الشيخوخة و الطفولة حيث تعد هذه الفئات عرضة للتهديد الصحي ومنه يزداد ادراك افرادها لخطر الاصابة .

كما جاء في ادبيات السلوكيات الصحية انه : يتغير سلوك الفرد الصحي مع تقدم السن، عموماً جيدة في الطفولة تتدهور في الشباب و المراهقة (التفاعلية غير الواقعية) لتحسن في الاعمار المتقدمة .

(شيلي تاير 2008) .و التفاعلية غير الواقعية تكون ازاء الاحداث دون مبرر منطقي

(بدر محمد الانصاري 2001).

في حالة الشباب : التفاعل ، لا زلت قويا ، جسمي لديه مناعة يمكنني مقاومة الامراض هذا ما يجعل الشاب يبتعد عن ممارسة السلوكيات الصحية و بالتالي قلما يقترب من الصحانية و هذا ما تثبته دراسة (Hocham Godfrey) التي اجريه في بداية الخمسينيات على مرض السل للبحث عن سبب امتناع البالغين اجراء الفحص بالأشعة السينية وجدت بان العامل في ذلك هو تقييمهم لخطر المرض و العدوى و مخاطر الاشعة السينية حيث ان البالغين قيمو الوضع على ان مخاطر الاشعة السينية اكبر من المرض و العدوى كون اجسامهم قادرة على مقاومة المرض .

كما تثبت الادبيات ان جميع الفئات العمرية مستهدفة من برامج الصحانية فرسائل هذه الاخيرة لا تستثني أي مرحلة حيث تبدأ منذ ان يكون الفرد جنينا بل قبل ذلك كيفية التلقيح للبويضة و غذاء الازواج و الام الحامل ... حتى الشيخوخة بل حتى كيفية الموت .

اما في ما يخص نتائج عينة هذه الدراسة فهي مبررة في الواقع كون افرادها بالغون من 28 سنة الى 60 و معظم الافراد يقعون في الفئتين من 22 - 35 و 35 - 45 بنسبي 65,45 % و 60,32 % على التوالي أي ان افراد العينة يعدون في مرحلة الشباب و الكهول .

6_مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السادسة :

و مفادها نتوقع وجود فوارق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى الحالة الاجتماعية .

حسب نتائج هذه الفرضية الموضحة في الجدول رقم (27) ، فان درجة التباين لاستبيان الهشاشة كانت 86,0 و 17,0 للصحانية وهي درجات غير دالة مما يدل على انه لا توجد فروق في درجات الاستبيان حسب الحالة الاجتماعية.

حسب خصائص العينة فان فئة المتزوجين بلغت نسبة 91,73 % في مقابل 65,20% اعزب و 26,3% مطلق و 17,2% ارمل أي ان اغلبيه افراد العينة متزوجون مما يؤكد نتائج الصحانية حيث ان السند العاطفي يلعب دور في ممارسة السلوكات الصحية حيث ان الاسرة الصغيرة و الابناء تشعر الفرد بالاحترام و العناية العاطفية و الحسية كما ان الاب او الام يحاولون الحفاظ على صحتهم للاهتمام الجيد بالأبناء هذا ما يدفعهم الى ممارسة السلوكات الصحية حتى المبالغة.

اما فيما يخص غير المتزوجين (اعزب مطلق ارمل) فقد تعود الى خصوصية العينة حيث ان الطبيب على وعي مما يجعله يمارس تلك السلوكات حتى في غياب السند العاطفي او الاجتماعي .

وهذا ينطبق على الهشاشة فالحالة الاج حسب الادبيات التي توضح نظرية المعتقدات الصحية HBM لها دور في ادراك الخطر و كذا ضعف الجسد في مواجهته اذانه تزداد ادراك الهشاشة لدى المتزوجين و تقل لدى غير المتزوجين .

7-مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السابعة :

ومفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى التخصص (عام / متخصص).

حسب النتائج المتحصل عليها ز الموضحة بالجدول رقم(28) فان قيمة ت للفروق بين درجات استبيان الهشاشة هي 15,2 و هي دالة عند 05,0 اي ان هناك فروق في درجات الاستبيان حسب التخصص، كما ان المتوسط الحسابي للأطباء العامين هو 37,85 اما للمختصين فهو 71,97 اي ان الفروق لصالح الاطباء المختصين (المتوسط الحسابي الاكبر).

و هذا يثبت ان الخطر المحاط او المشكل الصحي المعروف لدى الفرد يؤثر على درجة ادراك الخطر للفرد ،فمثلا مرض احد افراد الاسرة بداء السكري يجعل بقية الافراد يتفادون المأكولات السكرية لتجنب هذا المرض ،نظرا للمواجهة الدائمة مع هذا المرض ،أي وجود تهديد مستمر.

اما فيما يخص الفروق في درجات استبيان الصحانية فقيمة ت تقدر ب 15,1 و هي غير دالة أي انه لا توجد فروق في درجات الاستبيان حسب التخصص.

8-مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثامنة:

و مفادها نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الهشاشة المدركة والصحانية تعود الى الخبرة . من خلال النتائج المتحصل عليها و الموضحة بالجدول رقم (29) فان قيمة التباين بين درجات استبيان الهشاشة وقيمه بين درجات استبيان الصحانية تقدر ب 81,0 و 61,0 على التوالي و هما قيمتان غير دالتان .

مما يدل على ان الفرضية لم تتحقق و انه لا توجد فروق بين درجات الهشاشة و الصحانية حسب الخبرة .

و في الواقع فان هذه النتيجة مبررة كون التكوين الاكاديمي للأطباء يكون طويل المدة (سبع سنوات) و اثناء هذه الفترة هناك احتكاك دائم بالوسط الاستشفائي و المرض و المريض ما يجعل من كل الاطباء حتى ذوي الخبرة اقل من خمس سنوات بحاصل وعي صحي و ادراك اكبر من خمس سنوات واقعيا .

كما أن تناذر المنزر الابيض يلعب الدور الاكبر في السلوكات المثالية التي يبدوها الاطباء اثناء اداء مهامهم .

اضافة الى الوسائل الاخرى التي تؤثر على ادراك الخطر و تبني السلوكات الصحية كالوسائل الاعلامية ، التي تستعملها برامج السياسة الصحية في حملتها من اجل الصحة للجميع .حيث تستخدم التثقيف الصحي كعملية تعلم من خلاله يغير الافراد سلوكهم الصحي للوصول الى حالة صحية افضل

(الصفدي و اخرون .2001. ص169)

مناقشة عامة:

تعد دراسة العوامل المؤثرة في انتاج السلوك الصحي من المواضيع الهامة في بحوث و دراسات علم نفس الصحة لما للعوامل السلوكية من دور في ظهور وتطور المشاكل الصحية و الامراض و تهدف هذه الدراسة للوصول الى آلية لتعديل السلوكات من خلال فهم العوامل المؤثرة فيها و محاولة استغلالها للوصول الى صحة جيدة .

فالتعديل الناجح للسلوك الصحي يحقق فوائد عدة منها:

- تقليل عدد الوفيات الناتجة عن الامراض المرتبطة بأسلوب الحياة.
 - امكانية تأخير حدوث الوفاة.
 - زيادة عدد السنوات التي يتمتع بها الفرد بحياة خالية من التعقيدات الناتجة عن الاصابة بالأمراض المزمنة .
 - حدوث انخفاض كبير في النفقات المادية في مجال العلاج .
- كل هذه النقاط تم تبنيها من طرف برامج الصحة العامة التي دخلت في تحقيق ايدولوجية جديدة تدعى الصحانية ، وترمي في مجمل اهدافها الى الصحة للجميع ، لكن يعاب عليها انها تسوق الصحة و هدفها الاول الربح المادي .

من بين اهداف علم نفس الصحة اضافة الى الاهتمام بالفئات المعرضة للخطر فهي تبدي اهتماما كبيرا بالقائمين على الصحة ، كونهم احد العوامل المهمة في سيرورة العملية

العلاجية هذه العملية التي تعد نتاج تفاعل بين المريض و القائم على الرعاية الصحية
لذى كان اختيار فئة الاطباء .

و قد تمثل الهدف من الدراسة في التعرف على درجة كل من الهشاشة المدركة الإصابة
بالمرض و الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتتة ، و البحث عن طبيعة العلاقة التي
تربط الهشاشة والصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتتة ، و البحث عن الاختلافات في
الهشاشة و الصحانية حسب المتغيرات : الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية ، التخصص
، الخبرة .

و في الاخير الهدف من هذا الفهم هو مراعات و اخذ بعين الاعتبار هذه النتائج عند اعداد
برامج التنقيف الصحي التي تهدف الى التكفل بالقائمين على الصحة ، و للوقاية اكثر من
الامراض المزمنة و المعدية التي قد تصيبهم اثناء آدائهم لمهامهم.

من خلال التعرض الى الاسس النظرية للدراسة و التطرق الى الجانب الميداني من خلال
جمع البيانات و تحليلها توصلت الباحثة الى النتائج التالية :

أن أفراد العينة لا يتمتعون بالهشاشة المدركة ، و أنهم يمتازون بالصحانية .وان هناك
علاقة ارتباطية موجبة بين الهشاشة المدركة و الصحانية كما أن الفروق في درجات
الهشاشة المدركة لا تختلف حسب الجنس ،السن ،الوضع الاجتماعي و الخبرة و تختلف

حسب نوع التخصص ، أما درجات استبيان الصحانية فلا تختلف حسب الجنس ، السن ،الوضع الاجتماعي ،نوع التخصص و الخبرة.

وبما ان الهدف الاساسي للدراسة الحالية هو البحث عن تأثير الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض على الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتتة بهدف تقديم معارف قاعدية يمكن الاعتماد عليها اثناء وضع برامج تثقيفية لزيادة الوعي الصحي فيما يخص السلوكات الصحية و الوقائية، كما يمكن ان تدفع النتائج الحالية الى وضع تصورات بحثية لاحقة حول العلاقات و العوامل الكامنة خلف هذا النوع من السلوكات و ما يعد مبالغة في الممارسة .

وقد كان حجم العينة متوسطا نوعا ما ، رغم ان هذا النوع من الدراسات يحتاج الى عينات كبيرة و الى عدد منفذين اكبر من اجل الوصول الى تحديد جميع ابعاد الظاهرة .ومن هنا كان احد اهداف هذا البحث لفت النظر الى الاهتمام اكثر بالقائمين على الصحة و كذلك الى سياسات الصحة العامة و كذلك دراسة العلاقات بين المتغيرات الاجتماعية و النفسية .

من اهم العوامل المؤثرة على نتائج الاستبيانين التحريف (متعمد او غير متعمد)المرغوبة الاجتماعية اثناء الاجابات ،الا انها الطريقة الوحيدة (أي الاستبيانات) في هذا النوع من البحوث.

و أسلوب اختيار العينة (العرضية) كان بسبب عدم تعاون بعض الافراد من العينة مما صعب الاختيار العشوائي .

ومن خلال كل ما سبق تمت مناقشة النتائج حول مدى تأثير الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض على الصحانية لدى اطباء القطاع الصحي باتنة ، كما تم تقديم فهم افضل لخصائص هذه العينة مما يساعد في اعداد برامج تثقيفية على اساس علمي متين .

توصيات:

من خلال النتائج المتحصل عليها يمكن ادراج التوصيات التالية :

1. اجراء المزيد من الدراسات للكشف عن العوامل المساهمة في انتاج السلوكات الصحية .
2. اجراء المزيد من الدراسات حول الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض .
3. اجراء المزيد من الدراسات حول الصحانية كإيديولوجية تتحكم بالمستقبل الصحي للأفراد و الجماعات .
4. توعية الاطباء باستهدافهم ببرامج تثقيف صحي ، فحتى الطبيب لديه عادات صحية سيئة يمكن تعديلها .
5. اعطاء اهمية للبحوث الاجنبية في هذا المجال لتعزيز دور الطبيب من خلال الاهتمام بصحته و راحته الجسدية و النفسية.
6. تنقية و فرز البرامج الصحية من المدخلات السلبية و التي تهتم بالعائد المادي للمؤسسات المتحكمة قبل الاهتمام بالمريض .
7. محاولة تحقيق اكبر وعي صحي لجميع فئات المجتمع بما فيها الاطباء .

البحوث و الدراسات المقترحة:

استكمالا للجهد الذي بذل في هذه الدراسة ترى الباحثة ضرورة اجراء مزيد من الدراسات في هذا المجال و تقترح :

- اثر الهشاشة المدركة الإصابة بالمرض في اتباع نمط حياة صحي لدى الاطباء المختصين (حسب كل تخصص)
- دراسة اثر كل عامل من عوامل انتاج السلوك الصحي على حدى (الهشاشة المدركة ، القساوة المدركة للمرض ، الفوائد المدركة)
- استراتيجيات المواجهة لدى الاطباء و علاقتها بفعالية العلاج المقدم للمريض
- العلاقة طبيب _ مريض في ضوء برامج الصحة العامة الحديثة
- الاحتراق النفسي لدى الاطباء و علاقته بفعالية العلاج المقدم للمرضى
- دور برامج التنقيف الصحي في تسويق الصحة للفئات الاكثر تعرضا للإصابة بالأمراض المزمنة
- نوعية الحياة وعلاقتها بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى اطباء القطاعات الصحية الجزائرية.

المراجع

المراجع العربية:

1- الانصاري، بدر محمد. (2001): اعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة و الطالبات في الكويت .مجلة دراسات نفسية . 11(3) . ص195 .

2- بدر ، حنان السيد ، مودي، فليب. (2005) : معتقدات الموظفين الحكوميين الكويتيين الذكور حول محل التحكم في الصحة و حول التدخين. المجلة الصحية للشرق المتوسط منظمة الصحة العالمية.

3- تايلر، ش(2008) : علم النفس الصحي (وسام درويش بريك و اخرون، مترجم) عمان: دار الحامد .

4- الخزنجي، محمد (2001): سمين نشيط ام نحيف خامل ؟ مجلة العربي (507). ص 156.

5- رضوان، سامر جميل ، بركات، مطاع(1998) : اتجاهات اطباء مدينة دمشق نحو مسائل الخدمة النفسية. تم استرجاعها في تاريخ 09 نوفمبر 2010 من

[http : //www .alba7es .com /page1226.htm](http://www.alba7es.com/page1226.htm)

6- رضوان، سامر جميل ، رشكة ، كونراد(07،2010ديسمبر): السلوك الصحي و الاتجاهات نحو الصحة دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين و المان.تم استرجاعها في تاريخ 14 جانفي 2011 من

7- سلامة، بهاء الدين ابراهيم.(2001) : الصحة و التربية الصحة .القاهرة: دار الفكر العربي .

8- شفارتسر، ر(د.س) التفاؤلية الدفاعية و الوظيفية كشرطين للسلوك الصحي . مجلة الثقافة النفسية، (18)ص 76- 77

9- الصفدي، عصام ، ابو حويج ،مروان ، العماد ،عادل (2001) :العلوم السلوكية و الاجتماعية و التربية الصحية (ط.1).عمان: دار الميسرة .

10- عباس، فاطمة عوض، خفاجة، ميرفت علي(2002) : اسس و مبادئ البحث العلمي.(ط.1). مصر:مكتبة و مطبعة الاشعاع .

11- عبد الحفيظ ،مقدم (1993) :الاحصاء و القياس النفسي و التربوي.الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .

12- عبد الخالق ،احمد محمد .(2006) : سلوك النمط " أ " دراسة في علم نفس الصحة.الكويت: دار المعرفة الكويت .

13- عبد الخالق، احمد محمد . (1981) : التفاؤل وصحة الجسم ،دراسة عاملية. مجلة العلوم الاجتماعية .30 (1) ص 48 .

14- عبد العزيز، مفتاح محمد (2010) :مقدمة في علم نفس الصحة .(ط.1).عمان: دار وائل للنشر و التوزيع.

15- العبسي، مصطفى .(2008،24سبتمبر): العوامل السلوكية و النفسية المؤدية لأمراض القلب فيالدول الغنية و الفقيرة.تم استرجاعها في تاريخ 19ماي2010 من [http : //hanoon.blogspot.com /2004 /09/blog-post.htm](http://hanoon.blogspot.com/2004/09/blog-post.htm)

16- عبيدات،محمد ، ابو نصار،محمد، مبيضيي، عقلية (1999) : منهجية البحث العلمى القواعد و المراحل والتطبيقات .الاردن :الجامعة الاردنية.

17- علي، السيد فهمي .(2009): علم نفس الصحة الخصائص النفسية الايجابية و السلبية للمرضى و الاسوياء. الاسكندرية :دار الجامعة الجديدة للنشر .

18- ملحم ،سامي محمد (2000) : مناهج البحث في التربية و علم النفس (ط1) عمان: دار الميسرة.

19- يخلف، عثمان (2001): علم نفس الصحة الاسس النفسية و السلوكية للصحة.(ط.1).قطر: دار الثقافة .

المراجع الأجنبية

nouvelle carte sanitaire.retrieved jan : L (juil 2007) ،Abid -20
2011 from،20
[http : / / www. Dzworld .net / vb / showthread .php t = 99772](http://www.Dzworld.net/vb/showthread.php?t=99772)

A (2008) : **les conduites a risque des adolescents** . ،Allanique -21
2011 from،Retrieved mai 13
[http://psychologue.nautes](http://psychologue.nautes.free.fr/condnites_risque_2.php)
12_02_2008

center ؛2004) : argumentaire ethique،Ph(fev 28 ،Balzer -22
.d'éthique de l'universite de zurich. zollikerstass.177

A(2007). **psychologie médicale le modèle** ،Antignac -Bonnaud -23
de la psychologie de la santé .faculté de medecinedepartement
de sciences humaines et sociales .universite de nautes .

hand book of climinal health ؛ M (2008) ،A .Indirapahana،Bret -24
psychology .canada ; john wily and sons .

Briançon .S(2004) : les consequences des maladies chroniq la -25
qualite de vie et ses déterminants derectiiongenerale de la santé :

amélioration de la qualité de vie des personnes atteints de
maladies chroniques . **direction générale de la sante paris**.16-20

R.(2001): contribution méthodologique. «J .Hornung,Dauwalder -26
«(vol 22)«**Journal de la fédération suisse des psychologues FSP**
139 - 141 .

f (04 OCT 2009) : **petrskrabanek : coercive healthism** «davis -27
2010 from «.Retrievedoct 05
Hptt://frank davis livejournal.com /26365.html .

«G (2002): **trait de psychologue de la sante** «Fischer -28
paris :dunod .

R(2006): **healthism and the medicalization of** «Grauford -29
everyday life . London:british library

n. (2001) : **Sociologie de la consommation ;La** «Herpin -30
Paris «**Consommation des Français**

A.(juil « H.Barbara« Phd .Denman« S. Buechner« P .Jay« P. Fulton«John -31
1991) : a study guided by the health belief model of the predictorsof breast
cancer screeningof women ages 40 and older. **Disease Prevention and**
n4 411) .410-420« **Centers for Disease Control**.(vol 106«**Health Promotion**

R.L (avril 2000) : mode de vie sain pour la direction ‘Langille -32
generale de la promotion et des programmes de la sante . **sante
canada** . 13 – 21.

‘C.Cannon,‘A.Snyder,‘P.Eisen,‘R.Watson,‘A .Timothy,‘Levin -33
L .et autres (2007).breast cancer
riskafterbilateralprophylacticphorectomy in BRCA1 .**oxford
journals** . 147-175.

B (2005): **health promotion evidence and** ‘K . Lioyd ‘Lucas -34
escperience . London :britsh library .

D (2007): **health and modernity (the role of theouy** ‘Mcqueen -35
in healty promotion).u. s. a ;library of cangress .

J (2007): **healthpsychology a text book**. u.s.a :open ‘Ogden -36
university press.

OMS(sept 1998) : **regional office for europe healthy lining :** -37
what is a healthy lifestyle copenhagen nutrition policy .
copenhagen .

Ph(23 NOV 2004).**value-expetancytheories of** ‘D.Hays,‘Ron -38
2011 from‘**behavior** .Retrievedavr 13
[http://gim.med.ucla.edu/facultypages/hays/value-
expectancy%2011-23.04.ppt](http://gim.med.ucla.edu/facultypages/hays/value-expectancy%2011-23.04.ppt)

psychologie de la santé modèles concepts :M (2002) ,Schwetter -39
paris : dunod ..**et méthodes**

P (1998) :the death of humane medicine and the 'skrabanek -40
rise of coercive healthism .London:british library.

R.(2006): health and human flourishing : 'C. D 'Elloro ,Taylor -41
religion medicine and moral anthropology Georgetown.u.s.a:
university press .

M (2005) : les déterminants des 'D.Boesen ,C .Dantas ,Werle -42
comportements de sante préventive :revue de la littérature
perspective de recherche et études comparative .france :université ,
pierre-mendes. 5-27 .

2011): . british medical bulletin 1dec 2010 , S. (fev 24 ,Wessely -43
Health for me a socio cultural analysis of healthism in the middle.
213 - 197.oxford journals medicine London.16(2)

الملاحق

الملحق رقم (1) قائمة باسماء المحكمين :

اسم و لقب الاستاذ(ة)	الدرجة العلمية	مكان العمل
نصر الدين جابر	دكتور	قسم علم النفس جامعة محمد خيضر بسكرة
صلاح الدين تغليت	دكتور	قسم علم النفس جامعة فرحات عباس سطيف
علي لونيس	دكتور	قسم علم النفس جامعة فرحات عباس سطيف
محمد الصغير شرفي	دكتور	قسم علم النفس جامعة فرحات عباس سطيف
شريعة بن غزفة	استاذة مساعدة	قسم علم النفس جامعة فرحات عباس سطيف
اسماء بوعود	السنة 3 دكتوراه استاذة مساعدة	قسم علم النفس جامعة فرحات عباس سطيف
مصباح بوعلي	طبيب عام 18 سنة خبرة	مؤسسة اعادة التأهيل تازولت
جمال بلخراف	طبيب عام 23 سنة خبرة	الصحة الجوارية طريق تازولت

النموذج الأولي المقدم للمحكمين للاستبيان الأولي:

خاص بقياس الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض

عنوان المذكرة

تأثير الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض على الصحانية، دراسة ميدانية مقارنة على عينة من الأطباء العاملين والمختصين لدى القطاع الصحي بباتنة

التعريف بمصطلحات الدراسة:

أ – الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض (الضعف المبدئي المدرك) Vulnerability

الإدراك الذاتي لخطر التعرض لمشكل صحي

أو هي ضعف الفرد في مواجهة التهديد الصحي (المرض مثلا) .

ب – الصحانية: Healthism

تأكيد مبالغ فيه للحفاظ أو البقاء في صحة جيدة

ممارسة سلوكيات صحية ببصفة مبالغة للوصول الى صحة أفضل.

محاور الاستبيان: تم تقسيم الاستبيان إلى أربع 04 محاور هي :

1. محور إدراك الضعف في بنية الجسم، وصفات شخصية (السن، الجنس...)
2. محور الخبرة السابقة للإصابة بالمرض (الشخص نفسه، شخص قريب ، رؤية المرضى بالمشفى – مكان العمل -).
3. الوسط وطبيعته الممرضة والاتصال المباشر بالمرضى.
4. طبيعة الخطر المهدد (نوعه، شدته...).

مفتاح التصحيح

التصحيح	البدائل
0	أبدا
1	نادرا
2	أحيانا
3	غالباً
4	دائماً

التعليمة

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالهشاشة او الضعف الجسدي المدرك من طرفك (la vulnérabilité)

أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدى والمطلوب منك وضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسبك.

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تراها تناسبك.

أرجو ان تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لان هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك تبقى موضع سرية

اسئلة عامة

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

السن :

الحالة الاجتماعية : أعزب ☐ متزوج ☐ لائق ☐ مل ☐

التخصص : طبيب عام ☐ طبيب خاص ☐ أذكر التخصص

الخبرة (مدة العمل):

المحور	العبارة	نقيس ما وضعنا لقياسه	لا نقيس ما وضعنا لقياسه
01 - إدراك الضعف الجسدي	1. يلتقط جسمي الامراض بسهولة. 2. انا مدرك ان اصابتي ببعض الامراض سهلة. 3. اعاني من ضعف في بنييتي الجسدية. 4. سني (عمري) يسهل اصابتي بالمرض. 5. نظام مناعتي ضعيف وجسمي لا يشفى بسهولة عند المرض. 6. اعتبر شخصا دائم المرض. 7. انزعج كثيرا بخصوص صحتي . 8. كثيرا ما أكون مريضا. 9. أتوقع تدهور صحتي . 10. ارى ان صحتي على العموم ضعيفة . 11. اثبتت بعض التحاليل أنني معرض لخطر الإصابة بالمرض. 12. يخيفني ان احد افراد عائلتي مصاب بمرض مزمن. 13. أعتقد ان وزني الزائد سيسبب لي مشاكل صحية مستقبلا. 14. لدي استعداد وراثي الإصابة بمرض ما . 15. جنسي يسهل اصابتي ببعض الامراض.		

المحور	العبارة	تقيس ما وضعت لقياسه	لا تقيس ما وضعت لقياسه
2 - الخبرة السابقة بالإصابة بالمرض - الشخص نفسه ، قريب ، مرضاه	1. اتجنب المرض لصعوبة التعامل مع اعراضه بعد الإصابة. 2. أصبتي بأمراض في السابق جعل جسمي ضعيفا. 3. رؤيتي معاناة المرض تجعلني اخاف المرض وأتجنبه. 4. أعراض المرض تزعجني. 5. لا أريد أن اعيد تجربة المرض. 6. أتفادى الوقوع في المرض ثانية باتباع سلوك صحي. 7. تعرضت لحادث من قبل جعل صحتي ضعيفة. 8. اعاني من مرض حاليا. 9. اتناول حاليا أدوية طبية. 10. احس أن صحتي تدهورت مقارنة بالسنوات الماضية. 11. احس ان طاقتي أصبحت أقل من السابق. 12. مرض احد افراد عائلتي يقلقني على صحتي . 13. احتاج النظارات الطبية لتوضيح الرؤية . 14. اسمع بصعوبة.		

المحور	العبارة	تقيس ما وضعت لقياسه	لا تقيس ما وضعت لقياسه
3- الوسط وطبيعة الممرضة والاتصال المباشر بالمرضى	1. أعمل بوسط تكثر فيه الامراض المعدية. 2. كثرة الجراثيم والفيروسات بمكان العمل يسهل التقاطها. 3. الاماكن المزدحمة تزيد من اصابتي بالعدوى. 4. تنوع الامراض وتطورها يزيد من درجة التقاطها . 5. تقلقني الامراض الموسمية. 6. اعتقد انني سامر ض بمجرد ملامستي لشخص مريض. 7. كثرة اتصالي بالمرض يزيد من خطر اصابتي . 8. اختصاصي يسهل اتصالي بعدة أمراض خطيرة . 9. اخاف التقاط الامراض من الامكان الملوثة . 10. استعمال الحمامات (المراحيض) العامة يقلقني. 11. مصافحة المرضى دون قفازات يقلقني . 12. كثرة ساعات العمل بالمشفى(او العيادة) يزيد احتمال اصابتي بالأمراض. 13. طول مدة عملي في هذا المجال تزيد احتمال اصابتي . 14. معظم يومي اتواجد في اماكن تهدد صحتي . 15. معظم مرضاي لديهم امراض معدية . 16. يقلقني نقشي الاوبئة في محيطي.		

المحور	العبارة	تقيس ما وضعت لقياسه	لا تقيس ما وضعت لقياسه
4 - طبيعة الخطر - المرض	1. كل الامراض هنا خطيرة ويسهل انتقالها لي. 2. انا أدرك ان انتشار الامراض الموسمية يهدد صحتي. 3. أخاف من الامراض المتنقلة عن طريق الهواء في مكان عملي. 4. يقلقني زيادة عدد الامراض الجلدية في مكان عملي. 5. يوجد الكثير من الامراض الوبائية من حولي. 6. اخاف استعمال بعض الاجهزة لسهولة نقل الامراض عن طريقها . 7. ان مرضت فسأحس بالعجز. 8. لدي شعور أن جسمي يلتقط السيدا بسهولة. 9. نمط شخصيتي يجعلني على استعداد الإصابة بالأمراض القلبية . 10. اعتقد اني سأصاب بالربو . 11. امثالي يصابون بمرض السكري. 12. التهديد الصحي يحيط بي من كل جانب . 13. كثرة المصابين بالسرطان مؤخرا يقلقني. 14. صعوبة العلاج تزيد خوفا من الأمراض. 15. معظم الامراض تطور مقاومة ضد الادوية المتداولة . 16. يقلقني زيادة عدد الوفيات بالسكتة القلبية .		

الملحق 03

نموذج الاولى المقدم للمحكمين للاستبيان الثانى:

خاص بقياس الصحانية Healthism

المحاور :

المحور الاول : أهمية الوقاية والسلوكات الصحية العامة

المحور الثانى : السلوكات الصحية الممارسة الخاصة بالأطباء (اجبارية ، انواعها)

المحور الثالث : عادات الممارسة والسبب

المحور الرابع : الهدف من الممارسة

مفتاح التصحيح

التصحيح	البدائل
0	أبدا
1	نادرا
2	أحيانا
3	غالبا
4	دائما

النعلمة

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالصحة (السلوكات التي تمارسها للحفاص على صحتك).

أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدى والمطلوب منك وضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسبك.

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تراها تناسبك.

أرجو ان تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لان هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك تبقى موضع سرية

المحور	العبارة	تقيس ما وضعت لقياسه	لا تقيس ما وضعت لقياسه
1 - أهمية الوقاية والسلوكيات الصحية العامة	1. إذا توقفت عن ممارسة السلوكيات الوقائية سأمريض . 2. انا مقتنع أن الوقاية تجنبني الإصابة بالامراض. 3. انام وقتا كافيا بين 7-8 ساعات يوميا . 4. لا اشرب ولا اتناول المأكولات الغير صحية . 5. غذائي في عمومه صحي. 6. امارس النشاطات البدنية - الرياضة - بانتظام. 7. أقوم بالتحاليل الطبية دوريا. 8. لا اتناول المشروبات المنبهة بكثرة (اكثر من 02 فنجان) . 9. احافظ على وزن صحي . 10. لا أكل بين الوجبات. 11. اتباع قوانين المرور بشكل جدي. 12. لا ادخن كي لا اصاب بامراض مستقبلية . 13. اهتم بتلوث المحيط وشارك في حماية البيئة . 14. الاسترخاء نهاية اليوم يقلل من نعب اليوم. 15. لا اشرب الكحول و المخدرات . 16. استخدم النظارات الشمسية و الواقي من الشمس اثناء التعرض لها. 17. أقوم بالفحص الذاتي (للثدي) (للخصية) بانتظام .		

المحور	العبارة	تقيس ما وضعت لقياسه	لا تقيس ما وضعت لقياسه
2 - السلوكيات الصحية الممارسة الخاصة بالأطباء	1. انا ملزم بممارسة السلوكيات الصحية بـمكان العمل. 2. اغسل يداي أكثر من 03 مرات يوميا. 3. ألبس القفازات الطبية و اضع الكمامة الطبية الواقية أثناء العمل. 4. لا أكل في مكان عملي بسبب الجراثيم والميكروبات و الفيروسات. 5. لا استخدم الحمامات في مكان عملي. 6. استخدم معقم الايدي بانتظام. 7. ألبس المنزر الطبي بانتظام. 8. لا أ لمس مريض يحمل مرض معدي الا للضرورة (الفحص باللمس) 9. اتجنب المصافحة مع المريض . 10. كثيرا ما استخدم المناديل الورقية . 11. أحرص على انشاء علاقات جيدة مع زملائي. 12. أتجنب المواقف الضاغطة في العمل. 13. اخذت جميع اللقاحات الموجودة. 14. أخذ لقاحات الامراض الموسمية . 15. أقيس ضغط دمي باستمرار.		

المحور	العبارة	تقيس ما وضعت لقياسه	لا تقيس ما وضعت لقياسه
3 - عادات الممارسة والسبب (المبالغة ، سببها الاعلان ، تقليد ، وعي ، شيوعها، أسلوب حياة)	1. امارس السلوكات الصحية بصورة مبالغ فيها للتأكد من تجنب المشكل الصحي. 2. أصبح السلوك الصحي أسلوب حياتي . 3. أمارس السلوكات الصحية لأنها نمط حياة الدول المتقدمة . 4. بدأت الاهتمام بالممارسات الصحية بعد تعرضي لمشكل خطير. 5. أمارس السلوكات الصحية لأن كل الناس يمارسونها . 6. لأنني فرد متحضر فأنا أتبع أسلوب حياة صحي . 7. اهتم بالاعلانات لاتتباع بعض السلوكات الصحية . 8. بالنسبة لي كل ما هو صحي نقي وكل ما هو غير صحي ملوث. 9. أتبع السلوكات الصحية لأنني ذو أخلاق حسنة. 10. اصبحت السلوكات الصحية عادات يومية امارسها. 11. يجب على كل افراد المجتمع ممارسة السلوكات الصحية . 12. امارس السلوكات الصحية لانها منتشرة في محيطي . 13. أهتم بصحتي لأن كل زملائي يهتمون بصحتهم. 14. يجب منع التدخين في الاماكن العامة لأنها تضرنا .		

المحور	العبارة	تقيس ما وضعت لقياسه	لا تقيس ما وضعت لقياسه
4- الهدف من الممارسة	1. احافظ على صحتي باتباع نمط حياة صحي. 2. يهمني الحصول على مظهر عام صحي. 3. اتجنب الامراض المتنقلة عن طريق الهواء باستخدام القناع الطبي. 4. اتجنب الامراض المتنقلة عن طريق اللمس باستخدام القفاز الطبي. 5. التمارين الرياضية المنتظمة تزيد من لياقتي الجسدية. 6. اتجنب الامراض المزمنة باتباع اسلوب حياة صحي. 7. احافظ على وزن معتدل لتجنب الامراض الناتجة عن السمنة. 8. المأكولات الصحية تجنبني المشاكل الصحية . 9. ابتعد عن المأكولات المحتوية على السكر و الملح و الدهون لتجنب الامراض المزمنة. 10. امارس المشي يوميا لتجنب بعض الامراض. 11. أزر طبيب الاسنان بانتظام للاطمئنان على صحة اسناني. 12. حضور جلسات التثقيف الصحي تعطي وعيا اكثر حول الصحة . 13. اتجنب الامراض المتنقلة عن طريق الجنس بالوفاء لشريكي. 14. السلوكات الصحية تطيل عمر ممارسيها .		

الاستبيان 01: خاص بقياس الهشاشة المدركة للإصابة بالمرض

من إعداد الطالبة عطية دليّة

العلامة:

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالهشاشة أو الضعف الجسدي المدرك من طرفك (la vulnérabilité) أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدا والمطلوب منك وضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسبك.

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تراها تناسبك. أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لان هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك تبقى موضع سرية

إسئلة عامة:

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

السن:

الحالة الاجتماعية ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق

التخصص: ☐ طبيب عام ☐ طبيب مختص، ☐ أذكر التخصص

الخبرة (مدة العمل)

العبارة	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
1. أنا مدرك أن إصابتي ببعض الأمراض سهلة.					
2. أعاني من ضعف في بنيتي الجسدية.					
3. سني (عمري) يسهل إصابتي بالمرض.					
4. نظام مناعتي ضعيف وجسمي لا يشفى بسهولة عند المرض.					
5. اعتبر شخصا دائم المرض.					
6. انزعج كثيرا بخصوص صحتي .					
7. أتوقع تدهور صحتي .					
8. أرى أن صحتي على العموم ضعيفة .					
9. أثبتت بعض التحاليل أنني معرض لخطر الإصابة بالمرض.					
10. يخيفني أن احد أفراد عائلتي مصاب بمرض مزمن.					
11. أعتقد أن وزني الزائد سيسبب لي مشاكل صحية مستقبلا.					
12. لدي استعداد وراثي الإصابة بمرض ما .					
13. جنسي يسهل إصابتي ببعض الأمراض.					
14. أتجنب المرض لصعوبة التعامل مع اعراضه بعد الإصابة.					
15. مرضي في السابق جعل جسمي ضعيفا.					
16. رؤيتي معاناة المرض تجعلني أخاف المرض وأتجنبه.					
17. أعراض المرض تزعجني.					
18. أتفادى الوقوع في المرض ثانية باتباع سلوك صحي.					
19. تعرضت لحادث من قبل جعل صحتي ضعيفة.					
20. أعاني من مرض حاليا.					
21. أتناول حاليا أدوية طبية.					
22. أحس أن صحتي تدهورت مقارنة بالسنوات الماضية.					
23. أحس أن طاقتي أصبحت أقل من السابق.					
24. مرض احد أفراد عائلتي يقلقني على صحتي .					
25. احتاج النظارات الطبية لتوضيح الرؤية .					
26. اسمع بصعوبة.					
27. أعمل بوسط تكثر فيه الأمراض المعدية.					

العبارات	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
28. الأماكن المزدحمة تزيد من إصابتي بالعدوى.					
29. تقلقني الأمراض الموسمية.					
30. اعتقد أنني سأمرض بمجرد ملامستي لشخص مريض.					
31. كثرة اتصالي بالمرض يزيد من خطر إصابتي .					
32. اختصاصي يسهل اتصالي بعدة أمراض خطيرة .					
33. استعمال دورات المياه(المراحيض و الحمامات) العامة يقلقني.					
34. مصافحة المرضى دون قفازات يقلقني .					
35. كثرة ساعات العمل بالمستشفى(أو العيادة) يزيد احتمال إصابتي بالأمراض.					
36. طول مدة عملي في هذا المجال تزيد احتمال إصابتي .					
37. معظم يومي أواجه في أماكن تهدد صحتي .					
38. معظم مرضاي لديهم أمراض معدية .					
39. يقلقني تفشي الأوبئة في محيطي.					
40. أنا أدرك أن انتشار الأمراض الموسمية يهدد صحتي.					
41. أخاف من الأمراض المتنقلة عن طريق الهواء في مكان عملي.					
42. يقلقني زيادة عدد الأمراض الجلدية في مكان عملي.					
43. يوجد الكثير من الأمراض الوبائية من حولي.					
44. أخاف استعمال بعض الأجهزة لسهولة نقل الأمراض عن طريقها .					
45. نمط شخصيتي يجعلني على استعداد الإصابة بالأمراض القلبية .					
46. اعتقد أنني سأصاب بالربو .					
47. أمثالي يصابون بمرض السكري.					
48. التهديد الصحي يحيط بي من كل جانب .					
49. كثرة المصابين بالسرطان مؤخرا يقلقني.					
50. صعوبة العلاج تزيد خوفي من الأمراض.					
51. معظم الأمراض تطور مقاومة ضد الأدوية المتداولة .					
52. يقلقني زيادة عدد الوفيات بالسكتة القلبية .					

الاستبيان 02: خاص بقياس الصحانية Healthism

من إعداد الطالبة عطية دليلة

العلامة:

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالصحانية (السلوكات التي تمارسها للحفاظ على صحتك).

أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدى والمطلوب منك وضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسبك.

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تراها تناسبك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لان هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك تبقى موضع سرية

العبارات	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
1. إذا توقفت عن ممارسة السلوكيات الوقائية سأمريض .					
2. أنام وقتا كافيا بين 7-8 ساعات يوميا .					
3. غذائي في عمومه صحي.					
4. أمارس النشاطات البدنية – الرياضة – بانتظام.					
5. أقوم بالتحاليل الطبية دوريا.					
6. لا أتناول المشروبات المنبهة بكثرة (أكثر من 02 فنان) .					
7. أحافظ على وزن صحي .					
8. لا أكل بين الوجبات.					
9. لا أدخن كي لا أصاب بأمراض مستقبلية .					
10. الاسترخاء نهاية اليوم يقلل من تعب اليوم.					
11. لا اشرب الكحول و المخدرات .					
12. استخدم النظارات الشمسية و الواقي من الشمس أثناء التعرض لها.					
13. أقوم بالفحص الذاتي (للثدي) (للخصية) بانتظام .					
14. أنا ملزم بممارسة السلوكيات الصحية بمكان العمل.					
15. اغسل يدي أكثر من 03 مرات يوميا.					
16. ألبس القفازات الطبية و أضع الكمامة الطبية الواقية أثناء العمل.					
17. لا أكل في مكان عملي بسبب الجراثيم والميكروبات و الفيروسات.					
18. لا استخدم الحمامات في مكان عملي.					
19. استخدم معقم الأيدي بانتظام.					
20. ألبس المنزر الطبي بانتظام.					
21. لا ألمس مريض يحمل مرض معدي إلا للضرورة (الفحص باللمس).					
22. كثيرا ما استخدم المناديل الورقية .					
23. أتجنب المواقف الضاغطة في العمل.					
24. أخذت جميع اللقاحات الموجودة.					
25. أخذ لقاح الأمراض الموسمية .					
26. أقيس ضغط دمي باستمرار.					

العبارات	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
27. أمارس السلوكات الصحية بصورة مبالغ فيها للتأكد من تجنب المشكل الصحي.					
28. اصبح السلوك الصحي اسلوب حياتي.					
29. أمارس السلوكات الصحية لأنها نمط حياة الدول المتقدمة .					
30. بدأت الاهتمام بالممارسات الصحية بعد تعرضي لمشكل خطير.					
31. أمارس السلوكات الصحية لأن كل الناس يمارسونها .					
32. لأنني فرد متحضر فأنا أتبع أسلوب حياة صحي .					
33. اهتم بالإعلانات لإتباع بعض السلوكات الصحية .					
34. بالنسبة لي كل ما هو صحي نقي وكل ما هو غير صحي ملوث.					
35. أتبع السلوكات الصحية لأنني ذو أخلاق حسنة.					
36. أصبحت السلوكات الصحية عادات يومية أمارسها.					
37. أمارس السلوكات الصحية لأنها منتشرة في محيطي .					
38. أهتم بصحتي لأن كل زملائي يهتمون بصحتهم.					
39. يجب منع التدخين في الأماكن العامة لأنها تضرنا .					
40. أحافظ على صحتي بإتباع نمط حياة صحي.					
41. أتجنب الأمراض المتنقلة عن طريق الهواء باستخدام القناع الطبي.					
42. أتجنب الأمراض المتنقلة عن طريق اللمس باستخدام القفاز الطبي.					
43. التمارين الرياضية المنتظمة تزيد من لياقتي الجسدية.					
44. أتجنب الأمراض المزمنة بإتباع أسلوب حياة صحي.					
45. أحافظ على وزن معتدل لتجنب الأمراض الناتجة عن السمنة.					
46. المأكولات الصحية تجنبني المشاكل الصحية .					
47. ابتعد عن المأكولات المحتوية على السكر و الملح و الدهون لتجنب الأمراض المزمنة.					
48. أمارس المشي يوميا لتجنب بعض الأمراض.					
49. أزور طبيب الأسنان بانتظام للاطمئنان على صحة أسناني.					
50. حضور جلسات التنقيف الصحي تعطيني وعيا أكثر حول الصحة .					
51. أتجنب الأمراض المتنقلة عن طريق الجنس بالوفاء لشريكي.					
52. السلوكات الصحية تطيل عمر ممارستها .					