

المعتقدات الصحية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى
القصور الكلوي المزمن
(دراسة ميدانية على عينة من المرضى المترددين
على مراكز غسيل الكلى بولاية الوادي)

حياة بن عيشة

أسماء لشهب

جامعة الوادي

ملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن المترددين على مراكز تصفية الدم بولاية الوادي وعددهم 60 مريضا. ولغرض جمع بيانات الدراسة تم تبني مقياس المعتقدات الصحية التعويضية (2010) للباحثين سناء عيسى الداغستاني وديار عوني المفتي، ومقياس الانضباط الصحي (2012) الذي أعده رشيد رزقي.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، ولدراسة الفروق بينهم في درجات المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي تبعا لمتغيري الجنس وعمر المرض (عدد سنوات الإصابة بالمرض) تم استخدام اختبار "ت" (لعينتين متساويتين ولعنتين غير متساويتين) لدراسة الفروق بين المتوسطات فتوصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة تعزى للمتغيرين السالفي الذكر.

وخلصت في الأخير إلى جملة من الاقتراحات أهمها:

* التركيز على حملات التثقيف الصحي وتوفير المعلومات الصحيحة والكافية حول الأمراض المزمنة بشكل عام والقصور الكلوي المزمن بشكل خاص للتخفيف من آثاره وتجنب الخطيرة منها.

*التركيز على عمليات التوعية والوقاية من مخاطر المرض المزمن والذي تشارك فيه كل المؤسسات التربوية والصحية والاجتماعية، وتستخدم فيه مختلف الوسائل الإعلامية المتاحة.

➤ مقدمة:

تهدف الدراسات النفسية بصفة عامة إلى فهم السلوك الإنساني قصد التحكم فيه وتعديله والتنبؤ به، ويزداد هذا المطلب إلحاحاً إذا ما تعلق الأمر بسلوك فئات واسعة من المجتمع كالمصابين بالأمراض المزمنة، خاصة في ظل ما يؤكد الباحثون في منظمة الصحة العالمية من أن أكبر نسبة من أسباب الوفيات في العالم تعود إلى الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب وضغط الدم والقصور الكلوي المزمن والسرطان والسكري والسمنة....، إذ تمثل هذه الأمراض أسباباً لـ 59% من مجموع 57 مليون حالة وفاة كل سنة و46% من الكلفة العالمية لعلاج الأمراض.

وكون الصحة لا تتأثر بالعوامل الوراثية والبيئة المادية والاجتماعية أو بالعناية المباشرة بالصحة العامة فقط، بل تتأثر إلى حد كبير بالسلوكيات التي يمارسها أفراد المجتمع والتي بدورها تترجم معتقداتهم وأنماط تفكيرهم؛ فإن الاتجاه نحو تخصصات كعلم نفس الصحة بات ضرورياً كونه يركز على مجموع المعارف الأساسية لعلم النفس والمطبقة في ميدان الصحة والمرض، فهو يدرس العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دوراً في ظهور الأمراض العضوية والتي تؤثر بشكل كبير في إبطاء أو تسريع ظهورها من جهة، وإكساب المرضى المهارات السلوكية والمعرفية المساعدة على مقاومة المرض وتمديد مدة حياتهم بعد الإصابة أطول فترة ممكنة وبأقل الخسائر والتعقيدات العضوية والنفسية من جهة ثانية؛ لذا فهو يهتم بالعوامل البيئية والاجتماعية والفروق الفردية التي تؤثر على الصحة والمرض، إضافة إلى تحليل أنظمة الرعاية الصحية والسياسات التي تنتهجها.

1_ مشكلة الدراسة:

تعد الصحة أحد أهم أولويات الأفراد والجماعات على حد سواء، لذا تركز جهود العلماء على اختلاف تخصصاتهم على الحفاظ عليها، وقد تفتن علماء نفس الصحة إلى أهمية تطوير تصورات لتغيير عادات الأفراد لتعمل على دمج العوامل الدافعية والتعليمية في نماذج أكثر عمومية، كنموذج المعتقدات الصحية والذي

ينظر إلى التصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً، "ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعملية الاختيار الفردية القائمة على إحساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف ويتم هنا افتراض قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة" (خشاب، 2011، ص.14).

كما خلص عدد كبير من البحوث إلى أن المعتقدات الصحية تفسر التزام الناس بممارسة العادات الصحية السليمة، فعلى سبيل المثال تساعد معتقدات الأفراد الصحية على التنبؤ بالممارسات التي يعتمدونها بهدف وقاية الأسنان والاعتناء بها والفحص الذاتي للصدر والحمية للوقاية من السمّة وتلك التي يتجنبونها لتفادي خطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة... (الداغستاني، المفتي، 2010، ص.81).

بالمقابل، أثبتت العديد من الدراسات أن جهل الأفراد بأبسط طرق الوقاية والكشف عن الأمراض والتعامل معها قد زاد من تفاقمها، بل أن الكثير من الوفيات بسبب الجلطة الدماغية مثلاً، تعود إلى عدم فهم الأعراض التحذيرية التي تسبق حدوث الجلطة، وفي الوقت الذي يتغافل فيه الكثيرون عن أخطار البدانة ثبت علمياً أنه "توجد علاقة وطيدة بين البدانة وداء السكري، فهناك احتمال أن زيادة تناول السعيرات الحرارية لفترات طويلة من الزمن يضعف من قدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس والتي تسعى خلايا بيتا، مما يؤدي إلى ظهور داء السكري" (طرج، 2013، ص.49). وتشير حزمون (2011) إلى أن الاهتمام العالمي بقضايا البيئة والفرد ضرورة حمايتهما تزايد باستمرار خاصة بعد المؤتمر العالمي الأول للبيئة بـستوكهولم سنة 1972، والذي خلص المجتمعون فيه إلى أن الحل لا يكمن في سنّ التشريعات الدولية أو الاتفاقيات التي تحضر التجاوزات الدولية لضمان التصرف السليم من قبل الإنسان، بل أكدت التوصية رقم (96) من المؤتمر على ضرورة إعداد برامج لتربية الأفراد بهدف تعديل سلوكهم المدمر تجاه البيئة وتوعيتهم بمتطلباتها (حزمون، 2011، ص.27).

لذا يسعى المختصون إلى العمل على إعداد برامج للتثقيف الصحي، تهدف لنشر الثقافة الصحية لدى الفئات المختلفة للمجتمعات حتى تستدمج في البنى المعرفية لديهم؛ فتدفعهم حاجة الحفاظ على الذات إلى حماية أنفسهم من خطر

الأمراض والأوبئة المختلفة. فقد ثبت أن "التنظيم الذاتي الصحي يفسركيف ينغمس الناس في بعض السلوكيات الصحية ويخضعون للعلاج والعمل على تقديم سلوكيات صحية أخرى، وينمي الدافعية الفردية للسلوك الصحي إذ تتنوع الدوافع الشخصية المعبر عنها وفقا لسلوكيات معينة" (الداغستاني، المفتي، 2010، ص. 78). خاصة إذا تعلق الأمر بذي الأمراض المزمنة والتي أصبحت تشكل أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفيات في العالم، لاسيما الدول الصناعية، "فالأمراض المزمنة تتطور ببطء ويعيش المصابون بها فترات زمنية طويلة ولا يمكن الشفاء منها في لأغلب الأحيان ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه ومن هذه الأمراض نجد مرض القصور الكلوي المزمن والذي يؤدي إلى التوقف التام لعمل الكليتين مما يجعل المريض المصاب به أسيرا لآلة تصفية الدم" (رزقي، 2012، ص.2).

بناء على هذا الطرح انبثق التساؤل الرئيسي لهذه الدراسة:
"هل توجد علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى فئة المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن المترددين على مراكز تصفية الدم بولاية الوادي؟"

2_ فرضيات الدراسة:

بناء على إشكالية الدراسة والإطار النظري لها، قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن عينة الدراسة.

الفرضيات الجزئية:

- 1 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الانضباط الصحي بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

3 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف عمر المريض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات).

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الانضباط الصحي بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف عمر المريض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات).

3_ أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة وبشكل إجرائي إلى الإجابة على التساؤلات التي تطرحها، والتحقق من فرضياتها:

- محاولة الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية التي يتبناها المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن للتعامل مع مرضه والانضباط الصحي الذي يبديه.

- الكشف عن تأثير عاملي الجنس وعدد سنوات الإصابة بالمرض على المعتقدات الصحية التعويضية لدى المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن.

- الكشف عن تأثير عاملي الجنس وعدد سنوات الإصابة بالمرض على الانضباط الصحي لدى المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن.

- تقديم بعض الاقتراحات _على ضوء النتائج المتوصل إليها_ التي من شأنها أن تساعد على نشر الوعي بأهمية تبني المصاب بمرض القصور الكلوي المزمن لمعتقدات صحية سليمة تساعد على التعايش مع مرضه وحسن استثمار ما لديه من طاقات وإمكانات لأجل أداء ايجابي لأدواره الطبيعية في الحياة.

4_ أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في كونها تركز على موضوع يعتبر قضية الساعة، وهو الصحة وسبل الحفاظ عليها سواء أعلق الأمر بالمعتقدات التي نكونها حول ذلك أو فعالية السلوك الذي نختاره، والذي (موضوع الصحة) أضحى مشكلة تؤرق العام والخاص وعلى جميع المستويات الوطنية والمحلية والعالمية، لارتباطه بشكل مباشر بسلامة الجنس البشري واستمراره.

كما تبرز أهمية الدراسة من كون الصحة لم تعد مفهوما سلبيا ويمكن تحقيقها بحكم العادة، بل أصبحت مفهوما ديناميكيا يرتبط بنظام حياة الأفراد والمجتمعات مما جعل تحقيقها يتطلب جهدا مقصودا ومخططا له وهيئات ومؤسسات وكوادر تسهر على تنفيذ هذه البرامج.

5_ حدود الدراسة:

- اشتملت الدراسة على عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن المتكررين على مراكز تصفية الدم بولاية الوادي، وقدر عددها بستين فردا (منهم 36 أنثى و 24 ذكرا).
- تم إجراء الدراسة عبر الاتصال الشخصي بأفراد العينة في أماكن تواجدهم (مركز تصفية الدم، المنزل...).
- تم تطبيق أدوات الدراسة في الفترة الممتدة من 2016/12/08 إلى 2016/12/17.
- وتحدد الدراسة بالأدوات المعتمدة فيها وخصائصها السيكمترية، والمنهج المعتمد.

الإطار النظري للدراسة

6_ مرض القصور الكلوي:

يعد مرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة الشائعة والتي نالت اهتماما كبيرا من قبل المسؤولين عن الصحة العمومية، نظرا لسعة انتشاره بين الفئات العمرية المختلفة في المجتمع من جهة وما يخلفه من أضرار نفسية واجتماعية واقتصادية من جهة ثانية.

6_1_ تعريف مرض القصور الكلوي المزمن:

يتميز الأطباء بين المرض المزمن والمرض الحاد الذي يظهر فجأة ويشفى الإنسان منه سريعا، أما المرض المزمن فيشمل عددا كبيرا من الأمراض تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والسبب والأعراض والعلاج والمآل وتنمو ببطء كما تستمر لمدة طويلة. ويعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح المعدنية وتعديل ضغط الدم (رزقي، 2012، ص. 86).

والقصور الكلوي المزمن أو الحاد ليس مرضاً في حد ذاته، بل "ناتج عن أمراض تصيب الكلى والتي تتميز بانخفاض في عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول" (صبور، 1989، ص. 80). أما القصور الكلوي المزمن فيعرف على أنه خلل مزمن في الوظائف الحيوية للكلى يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص شديد في كمية البول المفرزة مقارنة بالمعدلات المعتادة.

التعريف الإجرائي للقصور الكلوي المزمن: ونقصد به في هذه الدراسة عجز الكليتين التام عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، واعتماد الفرد المصاب بهذا المرض المزمن على جهاز تصفية الدم طيلة حياته.

6_2_ أسباب القصور الكلوي المزمن:

تتعدد أسباب هذا المرض ومن أهمها نذكر (باشا، 2009، ص. 66):

- 1/داء السكري خصوصاً عند انعدام السيطرة الفعالة عليه.
- 2/ارتفاع ضغط الدم المزمن.
- 3/التكيس الكلوي التعددي الوراثي.
- 4/التهابات الكلوية البكتيرية المتكررة المترافقة مع الارتجاع المثاني الحثالي للبول.
- 5/التهابات المناعية.
- 6/حصى الكلى إذا كانت كبيرة ومتكررة وتصيب الجانبين وتسبب الانسداد والتهابات الكلوية المتكررة.
- 7/الأسباب الأخرى تشمل تناول بعض الأدوية بشكل مسكنات الألم غير البتادول أو المخدرات الوريدية.
- 8/التدخين والسمنة المفرطة وتصلب الشرايين وتقدم العمر والغذاء العني بالبروتينات وفقر الدم.
- 7- الانضباط الصحي:

يعد بالمر (1970) أول باحث ربط بين السلوك والصحة، وذلك في دراسته التي أجراها على عينة مكونة من 268 متطوعاً تراوحت أعمارهم بين 60 و94 سنة كجزء من مشروع الدراسة التتبعية Duke وتوصل من خلالها إلى وجود علاقة دالة بين النشاط الرياضي والوزن وتجنب التدخين وانخفاض نسبة الأمراض والوفيات.

ثم توالى الدراسات والأبحاث التي تناولت السلوك الصحي، حيث أجرى مخبر السكان بكاليفورنيا دراسة تتبعية لعينة مكونة من 6928 شخصا توصلت بدورها إلى وجود علاقة ارتباطية دالة وقوية بين السلوك الصحي والعادات الصحية ومستوى صحة السكان.

7-1- تعريف الانضباط الصحي:

لقد اجتمع العلماء في وضع تعاريف للانضباط الصحي، فمنهم من ركز على تناول الأدوية ومنهم من ركز على إتباع التعليمات الطبية، وآخرون ركزوا على الحماية الغذائية. فنجد (هاينز وآخرون، 1979) Haynes et al يعرفون الانضباط الصحي على أنه "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية المتعلقة بالدواء أو الصحة".

في حين ذهبت المنظمة العالمية للصحة Organisation Mondiale de la Santé (OMS) إلى تعريفه على أنه "درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية وإتباع التعليمات والإرشادية الطبية)" (رزقي، 2012، ص ص. 61.60).

ويضيف هاريس وقوتن (1979) مفهوم السلوك الوقائي أو ما يعرف بسلوك حماية الصحة ويعرفانه على أنه "كل سلوك يصدر عن الفرد بغض النظر عن وضعه الصحي الحالي كما يدركه من أجل حماية وتنمية الصحة أو المحافظة عليها سواء كان هذا السلوك فعالاً أم لا لتحقيق هذه الغاية" وحدد الباحثان هذه السلوكات بأنها (زعطوط، 2005، ص.23):

- التدخين أو تعاطي الكحول.
- استعمال الأدوية.
- الغذاء وتخفيف الوزن.
- إتباع التعليمات الطبية.
- الرياضة.
- النوم.
- وقاية الأسنان.
- استغلال وسائل الرعاية الطبية.
- استعمال حزام الأمان.
- السلوك الجنسي المناسب.
- سلوكات مواجهة الكرب.

مما سبق نستنتج أن الانضباط الصحي للفرد يظهر من خلال عاداته وسلوكات حياته اليومية فنراه يقوم بكل ما من شأنه الحفاظ على صحته النفسية والجسدية والامتناع أو تجنب كل ما يشكل خطرا عليها.

2-7- العوامل المؤثرة في الانضباط الصحي:

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة (Organisation Mondiale de la Santé)

(OMS) العوامل المؤثرة في الانضباط الصحي كالتالي (رزقي، 2012، ص.61):

– عوامل متعلقة بالمريض: والذي يعتبر حجر الزاوية في أي عملية علاجية، لأن المرض يقتضي سيرورة تجاه الواقع الجديد الذي يعايشه المريض قبل بدء العلاج، وهذا الواقع لا يتأثر فقط بطبيعة المرض والإجراءات العلاجية إنما تؤثر فيه إلى جانبها انفعالات المريض وسوابقه الصحية ومعتقداته، ومن أهم المشاكل المطروحة والمؤثرة في الانضباط الصحي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض، وما يتبعه من رفض للعلاج وتناول الأدوية.....

– عوامل متعلقة بالمرض: تختلف تأثيرات الأمراض باختلاف المصابين بها، فيختلف مدى انضباطهم الصحي. ومن بين أهم العوامل التي يؤثر بها المرض نذكر: مدة ازمان المرض، وجود وعدم وجود أعراض واضحة، مدى ثبات الأعراض وإمكانية الاعتياد عليها...

– عوامل متعلقة بالسيرورة العلاجية: تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج ومدى تعقيدته والفعالية التي يلمسها من متابعتها، الأعراض الجانبية الناتجة عنه.....

– العوامل الاجتماعية والاقتصادية: يؤثر الوضع الاقتصادي والاجتماعي للمريض وكذا مستواه التعليمي على انضباطه الصحي، كما يتأثر بالمحيطين به والذين يمثلون مصدرا للمساندة الاجتماعية والنفسية له من خلال مشاركتهم الفعالة والنشطة في مسيرته العلاجية.

– العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض: يمكن لهذه أن تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الانضباط الصحي للمريض خاصة المصاب بمرض مزمن، إذا بنيت هذه العلاقة على الإصغاء والتفاوض وإشراك المريض في الخطة العلاجية، وشرح المرض وأعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يفهمه المريض ويساعده على

التعرف أكثر على مرضه، مما يجعله أكثر إدراكا لحالته الصحية وقابلية لتلقي التعليمات الطبية والالتزام بها مما ينعكس بالإيجاب على انضباطه الصحي.

التعريف الإجرائي للانضباط الصحي: يعرف الانضباط الصحي في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن والمتردد على مراكز غسيل الكلى من خلال استجابته على المقياس الذي بناه رزقي(2012) للانضباط الصحي والمستخدم في هذا البحث.

8- المعتقدات الصحية التعويضية:

يعرف فيشر الصحة بأنها "طريقة تعبير أو معاشية وخبرة الفرد، حيث تتعاقد الحياة النفسية والاجتماعية مع الوظائف البيولوجية لتحقيق الرفاهية والشعور بالعافية والتي تمكن الإنسان من العيش بطريقة مُرضية".

وتنطلق فلسفة الارتقاء الصحي من مبدأ مفاده أن الصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي عبر مراحل النمو المتعاقبة وصولا إلى مرحلة الشيخوخة والتي يفترض أن تكون خاتمة الحياة البشرية نظريا.

8_1_ تعريف المعتقد:

يعرف المعتقد على أنه تنظيم يتسم بالثبات لمدرجات الفرد ومعارفه حول جانب معين من حياته، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد.

ويلخص عبد اللطيف محمد خليفة عدة خصائص لمفهوم المعتقدات، نذكر منها:

- _ المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدرجاته.
- _ المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع بيئته.
- _ تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.
- _ يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الإنسان، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب في ذات الوقت.
- _ يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور.
- _ يعكس مفهوم الفرد تصورات ومدرجاته وطبيعته معرفته، لذا تعتبر المعتقدات من العوامل الأساسية الموجهة لسلوكات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.
- _ يمكن الاستدلال على طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد، وطريقة تفكيره وتقتنر عادة بعبارة "أنا أعتقد"(بهلول، 2009، ص.61).

مما سبق يتضح أن المعتقد عبارة عن مفهوم معرفي يمثل إطارا فكريا يعكس تصورات الإنسان ومدرجاته وطبيعة معرفته، ويرتبط بتوقعه وتقييمه للأمور أو ما يطلق عليه "توقع القيمة" وهو السبب الذي يجهل منه موجهها لسلوك صاحبه فتختلف استجابات الأفراد للمثيرات تبعا لذلك.

وللمعتقدات أنواع عدة أهمها: المعتقد الديني والمعتقد الشعبي والمعتقد المعرفي والمعتقد الصحي، الذي ينقسم بدوره إلى المعتقد الصحي العام ويقصد به تصورات وإحساس الفرد بالخطر واعتقاداته حول شدة المرض. والمعتقد الصحي التعويضي الذي يمثل موضوع الدراسة الحالية.

2_8_تعريف المعتقد الصحي التعويضي (The compensatory health beliefs):

يعرفه كل من مارجوري رابيوي وباربال كنوبر (Marjorie Rabiau and Barbel Knauper) وهما من الرواد المؤسسين لنظرية المعتقدات الصحية التعويضية، على أنه "اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي وصحي خلال وقت معين، حيث ترتبط الطوعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه" (خشاب، 2011، ص.41).

3_8_نموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

يعتبر هذا النموذج من بين أحدث نماذج نظرية المعتقدات الصحية التعويضية قام بتأسيسه كل من مارجوري رابيوي وباربال كنوبر وبول ميكلون (Marjorie Rabiau , Barbel Knauper and Paul Miquelon)

واعتمدوا في ذلك على: نظرية حماية الدافع ونظرية السلوك المخطط ونموذج شفارتز الذي جمع بين النظريتين السابقتين، ونموذج التوافق الذاتي الذي استند على بعض مفاهيم نظرية تقرير المصير. ويعد نموذج المعتقدات الصحية التعويضية محاولة لتفسير سبب تطوير الأفراد لمثل هذه المعتقدات وكيفية توظيفها لمقاومة الإغراءات الذاتية، وكذلك مدى قدرة الأفراد على التنبؤ بالاختيارات الصحية والنتائج المترتبة عنها. وتشتمل العناصر الرئيسية للنموذج على:

- _ الصراع القائم بين الرغبة والهدف، أو ما يسمى بالتنافر الإدراكي.
- _ التوافق الذاتي: ويقصد به إلى أي مدى يمكن الفرد السعي إلى تحقيق أهدافه الشخصية والذاتية.

_ الفعالية الذاتية.

_ النوايا.

_ تنفيذ النوايا أو الخطط (بهلول، 2009، ص ص. 66 - 67).

التعريف الإجرائي للمعتقدات الصحية التعويضية: تعرف في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن والمتردد على مراكز غسيل الكلى من خلال استجابته على المقياس المستخدم في هذا البحث.

إجراءات الدراسة الميدانية

09- منهج الدراسة:

أعتمد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، فهو الذي يصف الظاهرة كما هي في الواقع، إذ استخرجنا عينة الدراسة من هذا الواقع ثم قمنا بالمقارنة بين استجابات أفرادها.

10- عينة الدراسة:

تم تطبيق الدراسة الأساسية على 60 مريضاً مصاباً بمرض القصور الكلوي المزمن (24 مريضاً و36 مريضة) تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المرضى المتكررين على مراكز تصفية الدم بولاية الوادي.

11- أدوات جمع البيانات:

لغرض الدراسة تم تبني كل من:

مقياس المعتقدات الصحية التعويضية الذي أعدته الباحثتان سناء عيسى الداغستاني وديار عوني المفتي في دراستهما سنة 2010. وقد استخدمتا إلى جانب صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي والمقارنة الطرفية للتأكد من صدق الأداة، أما الثبات فتم حسابه باستخدام طريقة إعادة الاختبار، كونها طريقة تعطي تقديراً لثبات الأداء على الاختبار من خلال اتساقه عبر الزمن، وباستخدام معامل الارتباط (بيرسون) تحصلتا على معامل ارتباط يقدر بـ 0.82، كما استخدمتا طريقة ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي والتي بلغت قيمتها 0.87.

مقياس الانضباط الصحي لرشيد رزقي (2012) والذي اكتفى بصدق المحكمين للتحقق من صدق الأداة، وتطبيق معادلة لوشي لصدق المحكمين إذ توصل إلى ص م 0.5، أما الثبات فقد استخدم طريقة إعادة الاختبار أين توصل إلى

ارتباط بين التطبيقين بلغ 0.94. (نظرا لحساب خصائصهما السيكومترية على عيني تقنين مشابهيتهن لعينة الدراسة الحالية وفي فترة زمنية قريبة فقد تم الاكتفاء بذلك)

12- الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الدراسة معامل الارتباط بيرسون لقياس العلاقة واختبار "ت" لمتوسطين غير مرتبطين لعينتين متساويتين وعينتين غير متساويتين لدراسة دلالة الفروق في درجات أفراد العينة، ونشير إلى أنه تمت المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة باستخدام برنامج "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية" SPSS.

13- عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

باستعمال أدوات جمع البيانات السابقة الذكر وبعد معالجتها إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1-13- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أنه: "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن عينة الدراسة".

باستخدام معامل الارتباط «بيرسون» تحصلنا على قيمة دالة إحصائية قدرت بـ (0.63)، وتدلل هذه القيمة على وجود علاقة موجبة قوية بين المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى المصاب بالقصور الكلوي المزمن، أي كلما زادت المعتقدات الصحية التعويضية للمصاب كلما زاد الانضباط الصحي لديه.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (chetaux spitz2006) وهي دراسة ارتباطية بين إدراك المرض والانضباط الصحي لدى عينة من الأطفال (146 طفل) المصابين بالربو الشعبي، حيث توصلت إلى أن هناك فهم جيد للأطفال حول مرضهم بالإضافة إلى التحكم والانضباط بصورة أفضل (رزقي، 2012، ص. 26). أي أنه كلما زادت درجة فهم المريض لمرضه وزادت معتقداته الصحية التعويضية كلما كان انضباطه الصحي أفضل، واتباع تعليمات الطبيب المعالج بصفة جيدة وتجنب الممنوعات التي تؤدي إلى التآرجع وعدم الانضباط. فالانضباط الصحي يعرف بـ "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية المتعلقة بالدواء أو الصحة" (رزقي، 2012، ص. 60).

ويمكن تفسير هذه النتائج بأن المعتقدات الصحية التعويضية المتمثلة في اعتقاد المريض أو بعبارة أدق قناعة المريض بتوظيف كل مهاراته المعرفية والسلوكية ومحاولة ضبط الأحداث التي قد تؤثر في حياته الصحية خاصة، وهذا من أجل المحافظة على صحته وتجنب مضاعفات المرض. فالمعتقدات الصحية التعويضية هي "القناعات العميقة والمبادئ الراسخة والمكتسبة والتي شكلتها التجارب الأولى في حياتنا، أو هي التصور الداخلي بالطريقة التي يعمل بها العالم والناس من حولنا وهذا التصور هو البرنامج الذي يفهم ويحكم به العالم ومن خلاله يقوم الإنسان بتفسير الأحداث وتوقع الأفعال وهي تعد معتقدات محورية وأساسية" (الداغستاني، المفتي، 2010، ص. 87). كل هذه السلوكات وغيرها إنما يسلكها مريض القصور الكلوي المزمن من أجل المحافظة على صحته ومن أجل البقاء على أفضل حال . فقد رأى (جونز) "أن الشخص يتبع سلوكا وقائيا صحيا استنادا إلى الموازنات والمقارنات التي يقوم بها في حساب المنافع والأضرار نتيجة لقيامه بفعل غير صحي" (مرسي، 2008، ص. 53).

"وتشير الأدبيات بأن الفرد عندما يقوم بسلوك غير صحي فإنه يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه تؤدي إلى تغيير سلوكه والقيام ببعض السلوكيات والفعاليات كتعويض عن السلوك غير الصحي وذلك لرفع قدرته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية" (الداغستاني، المفتي، 2010، ص. 80).

ومن جهة أخرى أشارت نظرية التعلم الاجتماعي إلى "أن مقدرة الفرد على إجراء سلوك التغيير التعويضي بنجاح يعد عاملا مهما في اتخاذ القرارات الصحية، حيث أكد « باندورا » أن توقعات الفرد المتعلقة بمهاراته السلوكية والتي تتبلور في تغييره لسلوكه الصحي تؤدي إلى التعامل بنجاح مع ظروف الفرد الصحية" (الداغستاني، المفتي، 2010، ص. 81).

وفي الأخير نستنتج أن للمعتقدات الصحية التعويضية دورا هاما في عملية الانضباط الصحي والوقاية من الأمراض التي يمكن أن يتعرض لها مريض القصور الكلوي المزمن، والوقاية من الأمراض لا تتم في غياب الانضباط الذاتي الصحي كما أكدته دراسة (رادتك وسكولزوكيلر 2008).

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور)". وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول رقم (01) يوضح النتيجة المتوصل إليها:

جدول رقم (01): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

المعتقدات الصحية التعويضية	إناث	ذكور	ن	ت المحسوبة	ت الجدولة	مستوى الدلالة عند 0.05
عدد المرضى	36	24	60	0.78	1.98	غير دال
المتوسط الحسابي (م)	107.97	106.37				
الانحراف المعياري (ع)	10.01	12.23				

يبين الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة (0.78) اصغر من القيمة المجدولة (1.98)، وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

تدل هذه النتيجة على أن المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمن لا ترتبط بالجنس (ذكور/ إناث)، أي أنه لا توجد فروق بين الجنسين. وهذه النتيجة تناقضت مع ما توصلت إليه الداغستاني والمفتي (2010) في دراستهما في أن هناك فروقا بين الإناث والذكور في المعتقدات الصحية التعويضية لصالح الإناث، كما تعارضت أيضا مع ما توصلت إليه سعاد خشاب (2011) في دراستها حول علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين وذلك في فرضيتها الثانية التي أثبتت وجود فروق دالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية بين الجنسين لصالح الإناث.

ويمكن تفسير هذه النتائج أن مريض القصور الكلوي المزمن سواء كان ذكرا أو أنثى يسعى من أجل الارتقاء بصحته والمحافظة عليها، ولا يكون ذلك إلا باتباع أسلوب حياة صحي من خلال معتقداته الصحية التعويضية التي تمكنه من الانتباه لما يمكن أن يصيبه من مخاطر وأضرار صحية مع علمه أنه معرض دائما للإصابة بأنواع أخرى من الأمراض.

"فالمعتقدات الصحية التعويضية تقوم على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص -ذكر، أنثى- يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاهها يركز على نتائج التوقع على أساس القيمة، كما انه اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوب بحالة التردد أم عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها" (مفتاح، 2010، ص. 34)

فمريض القصور الكلوي المزمن باختلاف جنسه لديه أهداف يسعى إلى تحقيقها وهي السلامة الصحية أو على الأقل عدم الانتكاسة الصحية، فهو يدرك أن عدم ممارسة النشاط الصحي التعويضي سيعرضه لتنامي المرض وكذلك الإصابة بأمراض أخرى لذلك فهو يلجأ للسلوك الصحي التعويضي. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الانضباط الصحي بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور)". وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول رقم (02) يوضح النتيجة المتوصل إليها:

جدول رقم (02): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات الانضباط الصحي بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

الانضباط الصحي	إناث	ذكور	ن	ت المحسوبة	ت المجدولة	مستوى الدلالة عند 0.05
عدد المرضى	36	24	60	1.92	1.98	غير دال
المتوسط الحسابي (م)	134.13	128.29				
الانحراف المعياري (ع)	11.68	11.65				

يشير الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة (1.92) اصغر من القيمة المجدولة (1.98) عند مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي فهي غير دالة إحصائية. وتعتبر هذه النتيجة على عدم وجود فروق بين الجنسين (ذكور- إناث) من ذوي القصور الكلوي المزمن في الانضباط الصحي.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه الصراحنة(2011) في دراسته التي هدفت إلى بيان تأثير الحماية الغذائية على السلوك الحركي والاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد (3 ذكور-3 إناث) بمدينة عمان، إذ توصل إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لتأثير الحماية الغذائية على الأطفال(الجوالدة وآخرون، 2011، ص. 619).

إن عدم وجود فروق في درجات الانضباط الصحي بين الجنسين يدل على أن ثقافة المرض لدى الجنسين متساوية فكلاهما يشعر بنفس درجة التهديد الصحي وتوقعات النتيجة في حالة عدم الانضباط الصحي ونقصه بذلك: "الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الايجابية مثلا: هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية؟" (مفتاح، 2010، ص. 160).

كما أثبتت كل من الداغستاني والمفتي(2010) في دراستهما حول المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي على عينة قوامها (100 ذكر-100 إناث)، عدم وجود فروق دالة وفقا لمتغير الجنس. "وهذا يعني أن التنظيم الذاتي الصحي هو عملية مرهونة ومتوقعة على عمليات التغذية الراجعة بدءا من إدخال المعلومات وانتهاء بعمليات السلوك والتأثير على البيئة في التنشئة الاجتماعية للذكور والإناث على حد سواء" (الداغستاني، المفتي، 2010، ص. 130).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة أن عينة الدراسة تخضع لنفس الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي (أمي- ابتدائي) والاهم من ذلك كله الوضع الصحي، فعملية الانضباط مرهونة ومتوقعة على المعارف المرتبطة بالمرض والعلاج "فالأشخاص عادة لا يحاولوا اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم وبالتالي يقتنعون بجدوى الوقاية والعلاج" (رزقي، 2012، ص. 67).

بناء عما سبق، نستنتج أن معظم أفراد عينة الدراسة يعتقدون بدرجة كبيرة أن نجاحهم أو فشلهم في تحديد أهدافهم والوصول إليها إنما يرجع في حقيقة الأمر إلى ذواتهم وخصائصهم الشخصية وما يمتلكونه من استعدادات وقدرات ومهارات وخبرات متنوعة تمكنهم من أداء المهام التي يتطلبها تحقيق الهدف، مما يصنفهم من ذوي الضبط الداخلي. وقد أقر روتر اثر تحليله للعديد من الدراسات التي تناولت

الموضوع بأن الفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي كانت ضئيلة ولم تصل حد الدلالة الإحصائية إلا في دراسة واحدة، إذ رأت ستريكلاند أن هناك فروقا في الدرجات على مقاييس الضبط ترجع إلى الجنس دون أن تحدد وجهة الفروق (سليمان وعبد الله، 1996). تؤكد هذه النتائج ما توصلت إليه الدراسة الحالية من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الانضباط الصحي بين مرضى القصور الكلوي عينة الدراسة تعزى لمتغير السن.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمّن باختلاف عمر المرض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات)". وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول رقم (03) يوضح النتيجة المتوصل إليها:

جدول رقم (03): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمّن باختلاف عمر المرض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات)

المعتقدات الصحية التعويضية	أقل من عشر سنوات	أكثر من عشر سنوات	ن	ت المحسوبة	ت المجدولة	مستوى الدلالة عند 0.05
عدد المرضى	30	30	60	0.45	1.98	غير دال
المتوسط الحسابي (م)	108.26	107.36				
الانحراف المعياري (ع)	11.99	9.62				

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة (0.45) أصغر من المجدولة (1.98)، وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً وتقبل بذلك الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين مرضى القصور الكلوي المزمّن باختلاف عمر المرض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات). أي أن مدة إصابة أفراد عينة الدراسة بالمرض لم تحدث فرقا جوهريا بين متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية لديهم، ويبين الجدول أعلاه تقارب متوسطات درجات الفئتين، وقد يعود ذلك لتقارب سن أفراد العينة حيث لم يتجاوز نصف أفرادها سن الأربعين عاما، و10% فقط منهم تجاوز سنهم الستون

عاما وقد توصلت دراسة كل من جونسون، ماكليود وليام، لورا كينيدي، ماكليود كاثرين (C.Shanthi Johnson, William Mcleod, Laura Kennedy, Katherine) حول علاقة المعتقدات الصحية وترقق العظام بين الشباب وكبار السن من كلا الجنسين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن ولصالح الأكبر سنا (خشاب، 2011، ص ص. 29-28)؛ أي أن الأفراد كبار السن ينمون معتقدات صحية تعويضية أكثر من الشباب والمراهقين بشكل خاص.

كما وقد ثبت أن المستوى التعليمي للفرد يعد أحد العوامل المؤثرة على المعتقدات التي يتبناها. وفي الدراسة الحالية يشكل ذوي المستوى الجامعي نسبة 20% من العينة، مقابل 50% منها إما غير متعلمين أو ذوي مستوى ابتدائي. وقد أكدت دراسة لكيربي جاكسون التي أجراها سنة 1991 حول استخدام نموذج المعتقدات الصحية (HBM) للتنبؤ بسلوك المراهقين على أهمية استخدام النماذج النظرية وعلى رأسها نموذج المعتقد الصحي في مجال التثقيف الصحي (خشاب، 2011، ص. 17)؛ بمعنى أن المعتقدات الصحية تكتسب من خلال عمليات التعلم.

كما تؤكد العديد من الدراسات على أهمية المستوى التعليمي في رفع درجة وعي الأفراد بالمخاطر التي تهددهم سواء على مستوى الصحة الفردية أو العامة، ومنها ما توصل إليه (ZIADAT, 2010) في دراسته التي أجراها على (2000) شخص من مختلف شرائح المجتمع الأردني من وجود لفروق دالة إحصائية في مستوى الوعي البيئي لصالح الفئات العمرية الأكبر سببه أن المستوى التعليم قد لعب دورا هاما في رفع درجة الوعي البيئي لدى جميع أفراد عينة الدراسة (البنا، 2011، ص. 79).

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الانضباط الصحي بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف عمر المرض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات)". وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول رقم (04) يوضح النتيجة المتوصل إليها:

جدول رقم (04): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات الانضباط بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف عمر المريض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات).

الانضباط الصحي	أقل من عشر سنوات	أكثر من عشر سنوات	ن	ت المحسوبة	ت الجدولة	مستوى الدلالة عند 0.05
عدد المرضى	30	30	60	1.11	1.98	غير دال
المتوسط الحسابي (م)	133.2	130.8				
الانحراف المعياري (ع)	9.42	13.76				

من عشر سنوات).

قدرت قيمة "ت" المحسوبة ب(1.11) وهي أصغر من القيمة الجدولة لذا فهي غير دالة إحصائية والفروق الملاحظة بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الانضباط الصحي قد تعود للصدفة.

وعليه تقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الانضباط الصحي بين مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف عمر المريض (أقل من عشر سنوات/أكثر من عشر سنوات).

ويمكن تفسير ذلك بأن الانضباط الصحي لدى الأفراد قد يرتبط بمتغيرات أخرى غير مدة ازمان المرض وهي التي تحدث الفروق بين مدى انضباطهم؛ فقد بينت دراسة (زوترا ومان، 1989) Zautra et Manne على سبيل المثال أن "النساء المصابات بالتهاب المفاصل اللواتي لم تكن راضيات على السند المقدم من طرف أزواجهن (الذين ينتقدنهن ويحرمنهن) لهن ميل لتوظيف استراتيجيات غير فعالة (تعامل ممرکز حول الانفعال) بالمقابل النساء الراضيات عن السند المقدم من طرف أزواجهن يساهم أساسا في الاستراتيجيات التعامل النشطة (تعامل ممرکز حول المشكلة)" (ساعو، 2010، ص. 40)، وتؤكد هذه الدراسة أن الناس يلتزمون بالسلوك الصحي نتيجة تأثرهم بالمحيطين بهم وما يوفره لهم من دعم وسند اجتماعي يعمل بشكل ايجابي على خفض الضغوط لديهم؛ ولا يختلف ذلك بالمدة

التي لازم فيها المرض صاحبه بقدر ما يتأثر باستمرارية وجود هذا السند ودعمه للمريض ومساعدته على الحفاظ على توافقه النفسي والاجتماعي. فبمجرد إدراك الفرد أنه يستطيع الركون إلى شخص يثق به للمساعدة فذلك من شأنه أن يخفف من الضغوط التي يعاني منه، ويشير (برهام، 1983) Breham إلى أن "السند الاجتماعي يقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته" (ساعو، 2010، ص. 40)، تلك الفاعلية تكون بمثابة الدافعية لدى الأفراد للتبصر في عواقب الأمور وتحديد أهداف واضحة، وبناء استراتيجيات والقيام بأفعال لتحقيق هذه الأهداف ومراقبة مدى التقدم في انجازها. ويقرر روتر أن "السلوك لا يرتبط فقط بالأهداف أو بأهميتها بل يتحدد أيضا بتوقع الفرد أن هذه الأهداف ستحقق" (شهاب، 2010، ص. 12)، أي توقعات النتيجة outcome expectancies والتي يعبر عنها عادة من خلال مصطلح قناعات الضبط أيضا. وقناعات الضبط تقوم على التوقعات العامة للشخص حول المقدار الذي يعتبر فيه تصرفاته الذاتية مسؤولة عن حدوث حدث ما (رضوان، 1997).

خلاصة ومقترحات الدراسة:

أشارت العديد من الدراسات إلى الارتباط القائم بين المعتقدات الصحية التعويضية والسلوك العام للفرد، فهي تعد احد أنماط الحياة إذ انه من الصعب الفصل بين تلك المعتقدات والشخصية الإنسانية ومن الصعب أيضا تفسير خفايا العلاقة بين الروح والمعتقد. ولقد جاء نموذج المعتقدات الصحية التعويضية من اجل تحديد سلوكيات الأفراد من حيث الوقاية والتعويض وكذلك التنبؤ بتصرفاتهم في المواقف الصحية المختلفة. وهو يعتبر من أكثر النماذج النظرية شيوعا في الأوساط الصحية بصفة خاصة، فقد ذكر "تايلور" بأنها: "السلوكات التي يؤديها الفرد بهدف تقدير وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم" (تايلور، 2008، ص. 24). وبالرغم من ذلك ورغم الوقاية إلا أن هناك فئات تعاني من كثير من الأمراض، فمرضى القصور الكلوي مثلا ملزمين بتغيير نمط حياتهم والالتزام بمجموعة من السلوكات التي قد تقيدهم إلا أن انضباطهم الصحي هو الحل الوحيد لتجنب مضاعفات وكذلك للوقاية من مجموعة من الأمراض الأخرى التي تؤثر سلبا على نمط حياتهم المعتاد، فعلى مرضى القصور الكلوي المزمّن "اقتناعهم أن ممارسة

النشاط الوقائي سيؤدي إلى نتائج ايجابية متوقعة وان تتوفر دوافع داخلية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه" (يخلف، 2001، ص.32).

من خلال هذه الدراسة توصلنا إلى جملة من المقترحات من شأنها المساهمة في الوقاية والتنبيه بسلوكات المرضى خاصة أصحاب الأمراض المزمنة نذكر منها ما يلي:

- إجراء دراسات تهتم بتنمية اتجاهات ايجابية لدى المرضى خاصة أصحاب الأمراض المزمنة.
- إجراء دراسات تستهدف علاقة المعتقدات الصحية التعويضية وسمات الشخصية.
- إجراء المزيد من الدراسات في مجال علم النفس الصحة الخاصة بالأمراض المزمنة.
- تنظيم دورات تكوينية لعمال الصحة حول العوامل النفسية وما لها من تأثير ايجابي على المرضى ذوي الحالات المزمنة.
- الكشف المبكر عن الأمراض الجسمية والنفسية وخاصة الأمراض المزمنة.
- التركيز على حملات التثقيف الصحي وتوفير المعلومات الصحيحة والكافية حول الأمراض المزمنة بشكل عام والقصور الكلوي المزمن بشكل خاص للتخفيف من آثاره وتجنب الخطيرة منها.
- التركيز على عمليات التوعية والوقاية من مخاطر المرض المزمن والذي تشارك فيه كل المؤسسات التربوية والصحية والاجتماعية، وتستخدم فيه مختلف الوسائل الإعلامية المتاحة.

المراجع:

- 1- البناء، إياد شوقي (2011). مستوى الوعي بمخاطر التلوث البيئي لدى معلمي المرحلة الأساسية في قطاع غزة. ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين.
- 2- الجوالدة، فؤاد وآخرون (2012). اثر برنامج إرشادي قائم على التثقيف الغذائي في تنمية التفاعل الاجتماعي والسلوك الغذائي لدى الأطفال ذوي الإعاقات الحركية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث. العلوم الإنسانية. مجلد 26 (3). عمان. الأردن.
- 3- الداغستاني، سناء عيسى والمفتي، ديار عوني (2010). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. مجلة البحوث التربوية والنفسية. ع (26+27). العراق.
- 4- باشا، نوال (2009). تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين. ماجستير منشورة. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.
- 5- بهلول، سارة أشواق (2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. ماجستير منشورة. جامعة الحاج لخضر. باتنة. الجزائر.
- 6- تايلور، شيلي (2008). علم النفس الصحي- ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعيمة داوود. دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
- 7- حزمون، ليلي (2011). إسهام أساتذة التعليم الثانوي في التوعية البيئية للتلاميذ. مذكرة ماجستير في علم اجتماع البيئة. جامعة منتوري قسنطينة. الجزائر.
- 8- خشاب، سعاد (2011). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين. ماجستير منشورة. جامعة الحاج لخضر. باتنة. الجزائر.
- 9- رزقي، رشيد (2012). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. ماجستير منشورة. جامعة الحاج لخضر. باتنة. الجزائر.
- 10- رضوان، سامر جميل (1997). توقعات الكفاءة الذاتية " البناء النظري والقياسي " ع 55. مجلة شؤون اجتماعية. الشارقة. الإمارات العربية المتحدة.
- 11- زعطوط، رمضان (2005). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة. ماجستير في علم النفس الاجتماعي. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.
- 12- ساعو، مراد (2010). تأثير السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية. ماجستير منشورة. جامعة مولود معمري. تيزي وزو. الجزائر.
- 13- سليمان، عبد الرحمن سيد هشام وعبد الله، إبراهيم (1996). موضع الضبط وعلاقته بكل من قوة الأنا، والقلق لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر. ع 9. قطر.

- 14_ شهاب، شهرزاد محمد (2010). موقع الضبط وعلاقته بمتغير الجنس وسنوات الخدمة لدى المرشدين التربويين في مركز محافظة نينوى. مجلة دراسات تربوية. ع 10. العراق.
- 15- صبور، محمد صادق(1989). أمراض الكلى وزرع الأعضاء. دار القلم. ط1. بيروت. لبنان.
- 16_ طرج، سميرة(2013). تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري. مذكرة ماستر منشورة. جامعة محمد خيضر. بسكرة. الجزائر
- 17_ مرسي، كمال إبراهيم (2008). المدخل إلى الصحة النفسية. دار التعلم. الكويت.
- 18_ مفتاح، محمد عبد العزيز (2010). مقدمة في علم نفس الصحة. ط1. دار وائل للنشر. عمان الأردن.
- 19_ يخلف، عثمان (2001). علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة. ط1. دار الثقافة. الدوحة. قطر.