



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

مجلة الجامعة الإسلامية للعلوم التربوية والاجتماعية

مجلة علمية دورية محكمة

العدد السابع - الجزء الأول
صفر 1443 هـ - سبتمبر 2021 م

معلومات الإيداع في مكتبة الملك فهد الوطنية

النسخة الورقية :

رقم الإيداع: 1441/7131

تاريخ الإيداع: 1441/06/18

رقم ردمد : 1658-8509

النسخة الإلكترونية :

رقم الإيداع: 1441/7129

تاريخ الإيداع: 1441/06/18

رقم ردمد : 1658-8495

الموقع الإلكتروني للمجلة :

<https://journals.iu.edu.sa/ESS>



البريد الإلكتروني للمجلة :

ترسل البحوث باسم رئيس تحرير المجلة

iujournal4@iu.edu.sa





الجامعة الإسلامية بمكة المكرمة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

البحوث المنشورة في المجلة
تعبر عن آراء الباحثين ولا تعبر
بالضرورة عن رأي المجلة

جميع حقوق الطبع محفوظة
للجامعة الإسلامية



قواعد وضوابط النشر في المجلة

- أن يتسم البحث بالأمانة والجدية والإبتكار والإضافة المعرفية في التخصص.
- لم يسبق للباحث نشر بحثه.
- أن لا يكون مستلاً من بحوث سبق نشرها للباحث.
- أن يلتزم الباحث بالأمانة العلمية.
- أن تراعى فيه منهجية البحث العلمي وقواعده.
- أن لا تتجاوز نسبة الاقتباس في البحث المقدم (25%) .
- أن لا يتجاوز مجموع كلمات البحث (12000) كلمة بما في ذلك الملخصين العربي والإنجليزي وقائمة المراجع.
- لا يحق للباحث إعادة نشر بحثه المقبول للنشر في المجلة إلا بعد إذن كتابي من رئيس هيئة تحرير المجلة.
- أسلوب التوثيق المعتمد في المجلة هو نظام جمعية علم النفس الأمريكية (APA) الإصدار السادس، وفي الدراسات التاريخية نظام شيكاغو.
- أن يشتمل البحث على : صفحة عنوان البحث ، ومستخلص باللغتين العربية والإنجليزية، ومقدمة ، وصلب البحث ، وخاتمة تتضمن النتائج والتوصيات ، وثبت المصادر والمراجع ، والملاحق اللازمة (إن وجدت).
- يلتزم الباحث بترجمة المصادر العربية إلى اللغة الإنجليزية.
- يرسل الباحث بحثه إلى المجلة إلكترونياً ، بصيغة (WORD) وبصيغة (PDF) ويرفق تعهداً خطياً بأن البحث لم يسبق نشره ، وأنه غير مقدم للنشر. ولن يقدم للنشر في جهة أخرى حتى تنتهي إجراءات تحكيمه في المجلة



الهيئة الاستشارية :

معالي أ.د : محمد بن عبدالله آل ناجي

مدير جامعة حفر الباطن سابقاً

معالي أ.د : سعيد بن عمر آل عمر

مدير جامعة الحدود الشمالية

معالي د : حسام بن عبدالوهاب زمان

رئيس هيئة تقويم التعليم والتدريب سابقاً

أ. د : سليمان بن محمد البلوشي

عميد كلية التربية بجامعة السلطان قابوس سابقاً

أ. د : خالد بن حامد الحازمي

أستاذ التربية الإسلامية بالجامعة الإسلامية سابقاً

أ. د : سعيد بن فالح المغامسي

أستاذ الإدارة التربوية بالجامعة الإسلامية

أ. د : عبدالله بن ناصر الوليعي

أستاذ الجغرافيا بجامعة الملك سعود



هيئة التحرير :

رئيس التحرير :

أ.د : عبد الرحمن بن علي الجهني

أستاذ أصول التربية بالجامعة الإسلامية

أعضاء التحرير :

معالي أ.د : راتب بن سلامة السعود

وزير التعليم العالي الأردني سابقا
وأستاذ السياسات والقيادة التربوية بالجامعة الأردنية

أ.د : إبراهيم بن عبدالرافع السمدوني

وكيل كلية التربية للدراسات العليا بجامعة الأزهر
وأستاذ أصول التربية بجامعة الأزهر

أ.د : بندر بن عبدالله الشريف

أستاذ علم النفس بالجامعة الإسلامية

أ.د : عبدالرحمن بن يوسف شاهين

أستاذ المناهج وطرق التدريس بالجامعة الإسلامية

أ.د : عبدالعزيز بن سليمان السلومي

أستاذ التاريخ الإسلامي بالجامعة الإسلامية

أ.د : عبدالله بن علي التمام

أستاذ الإدارة التربوية بالجامعة الإسلامية

أ.د : محمد بن إبراهيم الدغيري

وكيل جامعة شقراء للدراسات العليا والبحث العلمي
وأستاذ الجغرافيا الاقتصادية بجامعة القصيم

د : رجاء بن عتيق المعيلي الحربي

عميد عمادة التعلم الإلكتروني والتعليم عن بعد سابقاً
وأستاذ التاريخ الحديث والمعاصر المشارك بالجامعة الإسلامية

سكرتير التحرير :

أ. مجتبي الصادق المنا

الإخراج والتنفيذ الفني :

م. محمد حسن الشريف



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH



فهرس المحتويات :

الصفحة	عنوان البحث	م
1	استراتيجية خريطة القصة وأثرها في تنمية الفهم القرائي لدى متعلمي اللغة العربية الناطقين بغيرها بمعهد تعليم اللغة العربية بالجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة د. أنس بن حسين بن أحمد آل علي	1
32	درجة إسهام العوامل الخمس الكبرى للشخصية في التنبؤ بالتمتع بصورة الضحية والمتنعم لدى طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة الباحة د سعيد بن أحمد سعيد آل شويل	2
84	فاعلية تصميم كتاب تفاعلي في تنمية مهارات التعلم والإبداع في ضوء التعلم القائم على المشروع أ.د. ليلي سعيد الجهني / د. تغريد عبد الفتاح الرحيلي	3
132	نمط (د) في الشخصية لدى عينة اكلينكية من مرضى الرهاب الاجتماعي وعينة غير اكلينكية: دراسة ارتباطية ومقارنة د عبد المرید عبد الجابر قاسم العبدلي / د. إبراهيم بن عبدالجليل يمانی	4
178	مستوى إدراك طلبة الجامعات لمفهوم الأمية الحضارية والرقمية والوجدانية: (جامعة الملك سعود أنموذجًا) د. عبدالرحمن عبدالعزيز الشعبي / أ. صهيب صالح معمار أ. عبداللطيم علي الشهرري / أ. أحمد عبدالعزيز السنيدي	5
216	فاعلية التعليم عن بعد في تنمية مهارات التفكير الإبداعي لدى الطلاب الموهوبين في مدرسة الرواد الثانوية بالجبيل الصناعية أ. مشعل بن سعد السليمي الحربي	6
248	واقع إدارة الضغوط المهنية لدى القيادات النسائية بمديرية التربية والتعليم بالدقهلية وأساليب مواجهتها (دراسة ميدانية) د. المتولي إسماعيل بدير	7
312	مؤشرات الصدق والثبات لنسخة معربة من مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية في البيئة السعودية د. يحيى مبارك خطاطبة / د. ظافر بن محمد القحطاني	8
360	شرح التباين في مدى تطور أعضاء هيئة التدريس عبر مستويات البديهة الوظيفية والاستعدادية للمشاركة في التعليم عن بعد: دراسة تطبيقية سعودية د. سامي بن غزالي السلمي / أ. موصي عزيز البلوي	9
378	مدرسة بني عمرو الابتدائية ، دراسة تاريخية حضارية (1373-1403هـ / 1953-1982م) د. منصور بن معاضه بن سعد الكريمي	10

* ترتيب الأبحاث حسب تاريخ ورودها للمجلة مع مراعاة تنوع التخصصات

مؤشرات الصدق والشباب لنسخة معربة من مقياس التوجه
نحو المعتقدات الصحية في البيئة السعودية

إعداد

د. يحيى مبارك خطاطبة
أستاذ علم النفس المشارك
بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

د. ظافر بن محمد القحطاني
أستاذ علم النفس المشارك
بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية



المستخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مؤشرات الصدق والثبات لنسخة معربة من مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية (HOS) Health Orientation Scale في البيئة السعودية، ولتحقيق هدف الدراسة تم ترجمة فقرات المقياس بما يتلاءم وبيئة الدراسة إلى اللغة العربية، وتكونت من (٣٦) فقرة. طبق المقياس على عينة مكونة من (٤٣٧) مشاركاً ومشاركة، امتدت أعمارهم من (٢٦-٤٨) عاماً فأكثر.

أشارت نتائج التحليل العاملي التوكيدي إلى وجود خمسة عوامل أساسية ذات معنى، تشبعت عليها (٣٥) فقرة من أصل (٣٦). وتمتعت الصورة المعربة للمقياس (٣٥) فقرة بخصائص سيكومترية مقبولة؛ وبلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ (٠.٧٢)، و(٠.٨٨) لمعامل ثبات التجزئة النصفية، وبلغت قيمة معامل الاستقرار للمقياس (ثبات الإعادة) (٠.٨١) وتمتع المقياس بدلالة ثبات مقبولة.

كما أشارت النتائج بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) (في متوسط أداء أفراد الدراسة على مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية في متغير وجود الأمراض السابقة وجاءت النتائج لصالح من يعانون من أمراض الضغط، يليها من يعانون من أمراض السكر، ووجود فروق وفقاً لمتغير التدخين ولصالح المدخنين، في متغير الحالة الاجتماعية جاءت الفروق لصالح فئة الأعراب مقارنة بفئة المتزوجين، وفي متغير العمر جاءت الفروق لصالح من هم أكبر من (٤٨) سنة مقارنة بالفئات الأخرى، كما بينت النتائج عدم وجود فروق وفقاً لمتغير الجنس على مقياس المعتقدات الصحية.

الكلمات المفتاحية: مؤشرات الصدق والثبات، التوجه نحو المعتقدات الصحية، المملكة

العربية السعودية.

المقدمة

مع تزايد وتيرة التصنيع وارتفاع متوسط العمر المتوقع في القرن الحالي، تغيرت أنماط الحياة بشكل كبير كالتغيرات في نمط الأمراض وانتشارها، مثل مرض السكري، بكونه من أكثر الأمراض غير المعدية انتشاراً في العالم بنسبة (٦٪) وقد يتسبب مرض السكري أيضاً في أضرار أخرى مثل فقدان الحياة، والبتز، والعمى، والفشل الكلوي (Narayan, et al.,2000). ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن تدريب المرضى هو أفضل طريقة لمراقبة صحتهم الجسدية وتحسين معتقداتهم حولها، حيث تظهر الدراسات وجود فجوة بين ما يفعله المرضى بالفعل وما يحتاجون إليه بالفعل للسيطرة على مرضهم، وثبت أن تدريب المرضى وتصحيح معتقداتهم له تأثير إيجابي على تعزيز المعرفة والمواقف والأداء لديهم. تعتمد رغبة المريض وقدرته على التعلم على احتياجاته ومعتقداته الشخصية (WHO,2020).

ويهتم علم النفس الصحي (Health Psychology) في خفض السلوكيات الصحية الخطرة، وزيادة السلوكيات الصحية الإيجابية، وتيسير عمليات المواجهة الفعالة للأمراض المزمنة أو الأمراض المهددة لحياة الأفراد، وتشخيص المشكلات المرتبطة بالصحة كالشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي، واضطراب اختلال شكل الجسم (حجازي، ٢٠٠٩). وارتباط الأمراض المزمنة كالسكري وأمراض القلب والشرابين وارتفاع ضغط الدم والسمنة والربو والسرطان والأمراض النفسية وغيرها بأنماط وسلوكيات المعيشة، والتأكيد على الاهتمام بأنماط وسلوكيات صحية للتقليل من الأمراض ومنع حدوثها (التركي، ٢٠٠٠). ويكتسب مفهوم السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة، ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فقط، بل في الجوانب النفسية والاجتماعية أيضاً (الداغستاني والملفتي، ٢٠١٠). ويلاحظ اهتمام وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية (٢٠١٣) بالجانب الصحي؛ حيث تم مسح وتحديد الأمراض الأكثر شيوعاً في المجتمع والتي منها: (السكري- السمنة-التدخين-ارتفاع ضغط الدم-ارتفاع الكوليسترول)، وركزت على وضع الخطط العلاجية والتوعوية لعلاج أفراد المجتمع منها (وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، ٢٠١٣).

ويركز علم النفس الصحي على دراسة العمليات النفسية والسلوكية في الصحة والمرض ويهتم بالرعاية الصحية، وفهم تأثير الصحة على الجوانب النفسية للفرد كالشعور بالقلق، والمخاوف المرضية، والتوتر، ويؤكد أن الصحة ليست نتاجاً للعمليات البيولوجية فقط (على سبيل المثال، الإصابة بفيروس أو ورم) ولكنها نتاج للحالة النفسية (مثل الأفكار والمعتقدات) والممارسات السلوكية (مثل العادات) والعمليات الاجتماعية (Johnston, 1994)). وأشار واهلين وجامينار وهينكر وديلفون (Whalen, Jamner, Henker & Delfino, 2001) إلى تأثير نمط الحياة اليومي على صحة الفرد وسلوكياته المتبعة كالإثارة، والاندفاع، والعداء، الغضب، وعدم الاستقرار العاطفي، والاكنتاب، ومستوى الإدمان، والتدخين. ويرى رينكو وآخرون (Resnicow, et al., 2005). أن السلوك الصحي وتنمية المعتقدات الصحية تساعد الأفراد على عيش حياة صحية من خلال تطوير وتشغيل البرامج التي يمكن أن تساعد على إجراء تغييرات في حياتهم مثل الإقلاع عن التدخين وتقليل كمية الكحول التي يتناولونها وتناول الطعام الصحي وممارسة الرياضة بانتظام.

وتسهم المعتقدات الصحية في تشكيل العوامل النفسية والسلوكية والاجتماعية، والحفاظ على الصحة من خلال عدة مؤشرات تتمثل في تطوير عادات صحية كالالتزام بالمحافظة على نظام صحي، ومتابعة الحالة الصحية، وممارسة التمارين الرياضية، وتجنب التدخين والمشروبات الكحولية والمخدرات وغيرها من المواد الضارة بالجسم (عسكر، ٢٠١٣). وتعتبر دراسة المعتقدات الصحية من أهم المجالات التي يهتم بها الباحثون والدارسون؛ نظراً لاختلاف سلوكيات الفرد باختلاف المعتقدات لديه (بوخنوس، ٢٠١٨).

وفي السنوات الأخيرة، بدأ عدد من المختصين في دراسة تأثير ميول شخصية الأفراد ومعتقداتهم المعرفية حول صحتهم الجسدية، مثل: مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية Health Orientation Scale (HOS) وهو مقياس موضوعي للتقدير الذاتي يهتم بقياس العديد من سمات الشخصية المتعلقة بالصحة، منها: الوعي الصحي الخاص، والذي يُعرّف بأنه: إدراك الفرد بقدراته وحالته الصحية والتفكير فيها؛ الاهتمام بالصورة الصحية ويُعرّف بأنه: التوجه إلى الإدراك التام للانطباع الخارجي والملاحظ الذي تتركه الصحة البدنية للفرد على الآخرين؛ القلق الصحي ويُعرّف بأنه:

الشعور بالقلق والتوتر بشأن اللياقة البدنية للفرد؛ الثقة بالجانب الصحي وتُعرّف بأنها: التقييم الإيجابي بشأن الصحة البدنية للفرد؛ والدافع لتجنب الإضرار المرتبطة بالصحة وهو محاولة الفرد تجنب الوقوع في حالة غير صحية؛ الدافع الصحي ويُعرّف بأنه: اتجاه الفرد للحفاظ على نفسه في صحة بدنية تخلو من الأمراض والأسقام؛ الرقابة الداخلية على الصحة، وتُعرّف بأنها: اعتقاد الفرد بأهمية صحته البدنية والسعي الجاد للحفاظ عليها، وتحديد أثرها على سلوكيات الفرد وأفعاله؛ الرقابة الصحية الخارجية وهي الاعتقاد بأن الحالة الصحية للفرد تحددها عوامل لا يمكن السيطرة عليها خارجة عن نفسه؛ التوقعات الصحية وهي توقعات الفرد بأن تكون صحته ممتازة وإيجابية في المستقبل وخالية من الأمراض؛ والحالة الصحية، وهي اعتبار المرء نفسه يمارس حياته بشكل جيد حالياً وفي حالة بدنية جيدة (Snell Jr, Johnson, Lloyd & Hoover, 2002).

وتأسيساً على ما سبق؛ جاءت ترجمة المقياس الحالي لأهمية دراسة المعتقدات الصحية في التأثير على الجوانب النفسية والاجتماعية عند الأفراد، فضلاً عن أهمية المقياس في البيئة المحلية والذي يوفر أداة للباحثين في مجال الدراسات الإنسانية وعلم النفس.

مشكلة الدراسة:

نظراً لارتفاع معدلات انتشار كثير من المشاكل الصحية، والأمراض الخطيرة، والمؤدية للوفاة في الآونة الأخيرة في أغلب المجتمعات العربية، وتمثل أسباب الوفاة للأشخاص بنسبة (٥٤%) من أصل الوفيات التي بلغ عددها (٥٦,٤) مليون وفاة في عام (٢٠١٦) بالعالم؛ فمرض القلب، والسكتة الدماغية هما من أكبر الأمراض التي تحصد الأرواح في العالم. وحصد مرض الانسداد الرئوي المزمن في عام (٢٠١٦) أرواح ثلاثة ملايين شخص، بينما تسبب مرض سرطان الرئة في (١,٧) مليون وفاة. أما داء السكري فقد أودى في العام نفسه بحياة (١,٦) مليون شخص، وتضاعف عدد الوفيات الناجمة عن أمراض الحرف إلى أكثر من ضعفين في الفترة الواقعة بين عامي (٢٠٠٠) و عام (٢٠١٦)، لتصبح بذلك السبب الرئيسي الخامس للوفاة بالعالم في عام (٢٠١٦) مقارنة بكونه السبب الرابع عشر في عام (٢٠٠٠). وأودت الإصابات الناجمة عن

حوادث الطرق بحياة (١,٤) مليون شخص في عام (٢٠١٦)، وشكل الرجال والفتيان منها نسبة الثلاثة أرباع تقريباً (٥٧٤%) (WHO, 2018).

وقد أكد كل من "دي ويت وستري" (De Wit & Stroebe, 2005) المشار لهما في شوخي (٢٠١٢) عدم وجود أداة لقياس نموذج المعتقدات الصحية المطور من قبل وتطوير هذا النموذج من قبل بيكر وزملائه في السبعينات والثمانينات، وترجع هذه المشكلة إلى اختلاف الباحثين في قياس العناصر المكونة له باستخدام طرق مختلفة؛ مما يؤدي إلى عدم القدرة على مقارنة النتائج؛ فضلاً عن تباين الثقافات والسلوكيات الصحية بين الأفراد وفقاً لمتغيرات مختلفة كالعمر، ومكان السكن، والعوامل البيئية والجغرافية وغيرها من العوامل ذات الصلة.

وتنطلق فكرة الارتقاء الصحي من أن الصحة الجيدة هي نتاج إنجاز شخصي تراكمي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحية في مرحلة مبكرة من عمر الفرد والمحافظة عليه في مرحلتي الرشد والشيخوخة (الداغستاني والمفتي، ٢٠١٠). وقد تبلورت مشكلة الدراسة الحالية لدى الباحثين من واقع ملاحظتهما لبعض المعتقدات الصحية التي يمارسها الأفراد في المجتمع بشكل عام، والمعتقدات والممارسات الصحية من قبل المدخنين بشكل خاص، وعند مراجعة الدراسات السابقة والإطار النظري تبين أهمية وجود مقياس مقنن يتلاءم وبيئة الدراسة العربية.

وقد لوحظ من خلال مراجعة نتائج العديد من الدراسات السابقة كدراسة كل من

(Kudubes & Bektas,2020; Wu, Feng, & Sun,2020; Kumlien, Bish, Chan, Rew, Chan, Leung, & Carlson,2020; Erci,)

و (Çiçek,2017; Al-Bannay, Jarus, Jongbloed, Dean,2017; Shop, & Yardley, 2010)؛ أنها ركزت على أهمية دراسة المعتقدات الصحية والسلوك الصحي؛ والتي اهتمت جميعها ببناء وتطوير مقاييس وفقاً لبيئات وفئات مختلفة لقياس المعتقدات الصحية لدى الأفراد مع متغيرات متباينة. وعليه فقد تمثلت مشكلة الدراسة الحالية في ترجمة المقياس وتقنيته والعمل على تكييف فقراته، والتحقق من خصائصه السيكمترية في البيئة العربية (المملكة العربية السعودية) ليكون أداة صالحة للاستخدام، بعد توفير مؤشرات على دلالات صدقه وثباته في البيئة العربية السعودية؛ لاسيما بسبب عدم توافر أداة ملائمة لتحديد وقياس المعتقدات الصحية لدى فئات متعددة من الأشخاص.

أسئلة الدراسة:

حاولت الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

١. هل يتوفر للنسخة المعربة من مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية درجة مقبولة من الصدق (صدق الترجمة، صدق المحكمين، الصدق العاملي، صدق الاتساق الداخلي)؟.
٢. هل يتوفر للنسخة المعربة من مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية درجة مقبولة من الثبات (ثبات الاتساق الداخلي، ثبات التجزئة النصفية)؟.
٣. هل توجد فروق في التوجه نحو المعتقدات الصحية وفقاً لحالة التدخين (مدخن غير مدخن) والحالة الصحية (يعاني من أمراض - لا يعاني من أمراض) والتفاعل بينهما؟.
٤. هل توجد فروق في التوجه نحو المعتقدات الصحية وفقاً لحالة التدخين (مدخن غير مدخن) ووفقاً للحالة الاجتماعية (أعزب - متزوج) والنوع (ذكر - أنثى) والعمر (٢٢ - ٢٥، ٢٥ - ٢٦، ٣٥ - ٣٦، ٤٨ - ٤٨، ٤٨ فأكثر) والتفاعل بينهما؟.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى ما يلي:

١. إعداد صورة معربة لمقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية تصلح للاستخدام في البيئة العربية، والتحقق من كفاءتها السيكمترية (الصدق، الثبات) بدرجة مقبولة لدى عدد من فئات المجتمع في المملكة العربية السعودية.
٢. التعرف على الفروق في المعتقدات الصحية (التوجه الصحي) وفقاً لحالة التدخين (مدخن غير مدخن) والحالة الصحية (يعاني من أمراض - لا يعاني من أمراض) والتفاعل بينهما.
٣. التعرف على الفروق في المعتقدات الصحية (التوجه الصحي) وفقاً للحالة الاجتماعية (أعزب - متزوج) والنوع (ذكر - أنثى) والعمر (٢٦ - ٣٦، ٣٥ - ٤٨، ٤٨ فأكثر) والتفاعل بينهما.

أهمية الدراسة:

تحتل دراسة المعتقدات الصحية، بشكل عام، مكاناً بارزاً في كثير من الدراسات النفسية الاجتماعية، والمجالات التطبيقية، وتمثل المعتقدات الخاصة بالصحة محوراً مهماً لقي اهتمام الباحثين المعنيين بقضايا الصحة العامة، في محاولة لإبراز دور هذه المعتقدات في تكوين العادات الصحية التي يسلك بمقتضاها الأفراد، ومدى التزامهم بأنماط السلوك الصحي.

وتتمثل أهمية الدراسة في جانبين: **نظري، وعملي.** على النحو الآتي:

١. توفير إطار نظري لفهم المعتقدات الصحية والتوجه الصحي لدى فئات متعددة من الأفراد، والكشف عن هذه المعتقدات، وتحديد الأبعاد التي ينبغي التركيز عليها، من خلال توفير نسخة من مقياس للمعتقدات الصحية معربة ومقننة في البيئة العربية.
٢. لفت أنظار الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات في مجال المعتقدات الصحية لدى فئات محددة من المجتمع على وجه الخصوص.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل أهمية الدراسة التطبيقية بما يلي:

١. تقنين مقياس يتناول التوجه نحو المعتقدات الصحية يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة (الصدق والثبات)، لتطبيقه في مجال التوعية الصحية، ومعرفة التوجه نحو المعتقدات الصحية في البيئة السعودية.
٢. الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في تقديم الخدمات الإرشادية في المجال الوقائي وخاصة ما يتعلق بالوعي الصحي والمعتقدات المعرفية حولها.

مصطلحات الدراسة:

التوجه نحو المعتقدات الصحية: (HOS) Health Orientation Scale

تبنى الباحثان مفهوم التوجه نحو المعتقدات الصحية إجرائياً بأنه: "المدركات المعرفية التي يكونها الفرد نحو وضعه الصحي، والتي تفسر السلوكيات الصحية التي يتبعها الفرد في حياته كنمط

صحي ثابت، وتنبثق من سبعة أبعاد أساسية هي: (الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية، والتقدير الصحي ويتمثل بالتوقعات الصحية، الاهتمام الصحي ويتمثل بالقلق على الصورة الصحية العامة، ويتمثل بالوعي الصحي الشخصي، والسيطرة والتحكم الذاتي بالجوانب الصحية، وقلق المعايير الصحية العليا، التوقعات الصحية). وتقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

ويعرف تايلور (٢٠٠٨: ١٤٤) نموذج المعتقدات الصحية بأنه: "المعتقدات التي يحملها الشخص نحو دور الفحص الصحي في تقليل التهديد العام للصحة، وفي ضوءها يتصرف بسلوكه، وتحقق المعرفة الصحية من خلال عاملين هما: درجة الإدراك والمعتقدات الصحية، ودرجة الإدراك بأن الممارسات ستكون فعالة في خفض المشكلات الصحية".

حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة الحالية الموضوعية في ترجمة وتقنين مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية لدى فئات متعددة في المملكة العربية السعودية، خلال الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ١٤٤١/١٤٤٢هـ.

الإطار النظري السابقة

يفترض نموذج الاعتقاد الصحي كواحدٍ من أكثر نماذج السلوك الصحي تطبيقاً على نطاق واسع، وجود ستة عوامل تتنبأ بالسلوك الصحي، وهي: القابلية للمخاطر، وشدة المخاطر، وفوائد العمل، والعوائق التي تحول دون اتخاذ الإجراءات، الفعالية، وإشارات العمل (Glanz & Bishop, 2010). وتعود نشأة نموذج المعتقدات الصحية إلى إروين، وروزنستوك عام (١٩٦٦) لدعم الإقبال على الخدمات الصحية، وقد أجريت تعديلات على هذا النموذج في أواخر عام (١٩٨٨) لاستيعاب النتائج والأدلة التي تم التوصل إليها في مجال الصحة حول دور المعرفة والتصورات في المسؤولية

الشخصية، وقد تم تصميم هذا النموذج للتنبؤ بالاستجابات السلوكية للعلاج الذي يتلقاه الأشخاص الذين يعانون من أمراض حادة ومزمنة، وفي السنوات الأخيرة تم استخدام هذا النموذج للتنبؤ بالسلوكيات الصحية العامة (Rosenstock, 1966). وبشكل عملي فقد تم تقديم هذا النموذج لأول مرة بواسطة ليفنتال وآخرون (Leventhal et al., 1983)) والذي يعتمد على افتراض أن المعرفة والفهم ليسا كافيين لإحداث تغيير في المعتقدات والسلوك الصحي، والشعور بالخوف مطلوب وضروري؛ كمحفز يسبب تغييراً في السلوكيات الصحية أو الممارسات المبكرة، ويتضمن هذا النموذج عدة مراحل تبدأ من تلقي الفرد إشارة الخوف، على شكل ألم أو منبه مؤلم، يتبعه ردة فعل عاطفية (عادة الخوف)، ثم يمر الفرد بنقطة مزعجة في الخوف (عادة القلق)، يعمل هذا التحفيز كتغيير في روتين نمط حياة الفرد (Oguntibeju, 2013)).

مفهوم المعتقدات الصحية:

يقصد بالمعتقدات بأنها: "مجموعة من الموروثات المتعلقة بالعالم الخارجي وفوق الطبيعي، والتي احتلت الجانب المعرفي للأفراد، وشغلت حياتهم وملكت قلوبهم، وأصبح مُسلمٌ بها لديهم، وغالبًا ما تحاط هذه المعتقدات بقدرٍ من السرية وتبقى خبيئة داخل أفرادها، وبالتالي لا مجال للمناقشة أو المحاكمة العقلية بها" (خليل، ٢٠٠٦). ويُعرف المعتقد بأنه: "برمجة فكرية يؤمن بها الشخص، وتقوم عليه بعض تصرفاته، وفي ضوءه تختلف سلوكيات وتصرفات الناس وفقًا لمعتقداتهم في مختلف مجالات الحياة" (بوخنوس، ٢٠١٨). ويعرف بلوش (١٩٨٤: ٢٧٩)، (Bloch) المعتقد الصحي بأنه: "أسلوب الفرد في تجنب المرض وتحقيق، أعلى درجات الصحة من خلال الحماية والرياضة والنظافة الشخصية". ويعرفه مارتيني (Martini, 1991:10) بأنه: "تلك السلوكيات التي يوظفها الفرد في رعاية ووقاية نفسه من الأمراض مثل ممارسة الرياضة، وتناول غذاء صحي". ويعرفه "كريتش" و"كرتشفلد" ((Kerch & Crutchfield, 1948) المشار له في خليفه (١٩٩٨) المعتقد بأنه: تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من معالم الفرد أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد. وتعرف المعتقدات الصحية إجرائياً بأنها: كل ما يقوم به الفرد من سلوكيات

إيجابية أو سلبية نابعة من البنى المعرفية لديه نحو الجانب الصحي والسلوكيات التي تهتم بالسلامة الصحية ((3 : Masiero et al., 2020).

وتُعرّف المعتقدات الصحية وفقاً لما يراه ميسرا وكاستير (Misra & Kaster, 2012) بأنها: "ما يعتقدونه الناس بشأن صحتهم، وما يعتقدون أنه يُشكل صحتهم، وما يعتبرونه سبب مرضهم، وطرق التغلب على المرض، وهي معتقدات محددة ثقافياً، وتتحد لتشكل أنظمة معتقدات صحية أكبر، والثقافات المتنوعة لها تعريفات مختلفة لما يُشكل الصحة، وما الذي يسببه المرض". وتعرف المعتقدات عموماً على أنها: قناعات بأن الأشياء الموجودة في العقل صحيحة، إذا اعتقد الأفراد أن مبادئ معينة من المحتمل أن تكون صحيحة، والمعتقدات في أبسط أشكالها غير قيّمة، وهي تُشكل أساس السلوك (Rosenstock, 1990).

ومن خلال ما سبق يمكن القول بأن نموذج المعتقدات الصحية ينبع من إطار معرفة الفرد وقدراته العقلية تجاه الجانب الصحي، وتحديد ما يتعلق بالجوانب الصحية له، والذي بدروه يشكل الأسلوب المتبع في حياة الناس، مثل المواقف والمعتقدات والممارسات اليومية، وتؤثر المعتقدات الصحية على السلوكيات والتائج الصحية".

بعض النماذج والنظريات المفسرة للمعتقدات الصحية:

تتعدد النظريات التي تفسر المعتقدات الصحية، تبعاً لأصحابها، منها:

أولاً: نموذج المعتقدات الصحية: (The health belief model)

هو نموذج نظري يمكن استخدامه لتعزيز البرامج الصحية والوقاية من الأمراض، ويُستخدم للتنبؤ بالتغيرات الفردية في السلوكيات الصحية، وهو أحد النماذج الأكثر استخداماً لفهم السلوكيات الصحية، وتركز العناصر الرئيسية لهذا النموذج على المعتقدات الفردية حول الظروف الصحية، والتي تتنبأ بالسلوكيات الفردية المتعلقة بالصحة، ويحدد النموذج العوامل الرئيسية المؤثرة على السلوكيات الصحية على أنها تحديد متصور لدى الفرد بإصابته بالمرض (القابلية المتصورة)، والإيمان بالنتيجة (الشدة المتصورة)، والفوائد الإيجابية المحتملة للعمل (الفوائد المتصورة)، والعواقب

المتصورة أمام العمل، والتعرض للعوامل، والإجراء الفوري (إشارات إلى العمل)، والثقة في القدرة على النجاح (الكفاءة الذاتية) (Brannon, Feist & Updegraff, 2013)).

ويرى هذا النموذج بأن التصرفات الإنسانية محددة منطقيًا؛ إذ يُعتبر السلوك الصحي وفقاً لهذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الربح والخسارة، بكون الفئات الشخصية تُسهم في تشكيل قرار منطقي وفردى للقيام بسلوك صحي (الحارثي والصمادي، ٢٠١٧). وتعتبر المعتقدات الصحية مهمة للمواقف والسلوك، ومن الصعب تغييرها؛ نظراً لكون الأفراد يحافظون على معتقداتهم في كثير من الأحيان، وتُعرف هذه الظاهرة باسم المثابرة على المعتقد، وتحدث مثابرة المعتقد عادةً لكون الأفراد يؤسسون معتقداتهم على المعلومات التي يجدها منطقية أو مُقنعة أو جذابة بطريقةٍ ما. لذا؛ عندما تبدو المعتقدات غير مؤكدة من خلال أدلة جديدة، فإن الأساس لما يعتقد الشخص قد يبقى موجوداً بسبب الدعم المتبقي للتفسير الكامن وراءه (Rosenstock, 1990)). ومن الأمثلة التي يذكرها المختصون في علم النفس الصحي حول نموذج الاعتقاد الصحي إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي من خلال عدة أنواع من المعتقدات، هي: (أ) جميع العواقب المحتملة للانخراط في سلوك صحي معين أو الفشل في الانخراط فيه. (ب) الضعف الشخصي (أي احتمالية حدوث ذلك، حدوث هذه النتائج لنفسه). (ج) احتمال أن يؤدي التغيير السلوكي إلى إيقاف النتائج السلبية أو تسهيل النتائج الإيجابية. (د) ما إذا كان يمكن سن السلوكيات الضرورية. وفقاً لهذا النموذج، يحدث تغيير السلوك عندما يعتقد الأفراد أن إجراءً معيناً يؤدي إلى عواقب سلبية محتملة يمكن إيقافها شخصياً (Anderson, Lepper & Ross, 1980)).

ثانياً: نموذج مراحل التغيير.

تعود نشأة وتطوير هذا النموذج نموذج مراحل التغيير (Transtheoretical Model) إلى "جايمز بروهاسكا"، من جامعة "رودس ايلاند"، بداية عام (١٩٧٧)، المبني على التحليل وعدد من نظريات العلاج بالتحليل النفسي لتغيير السلوك، فهو نظرية تكاملية للعلاج، تقوم بتقييم استعداد الفرد للعمل على سلوك صحي جديد، وتوفر إستراتيجيات أو عمليات تغيير لإرشاد الفرد. (Prochaska, & DiClemente, 2005)). ويمر النموذج بعدة مراحل، هي: مراحل التغيير، عمليات التغيير،

مستويات التغيير، النجاعة الذاتية، والتوازن الحاسم. وتقوم هذه المراحل على مبدأ أن تغيير السلوك يكون من خلال المراحل التالية:

١. مرحلة ما قبل التأمل: يكون الفرد في هذه المرحلة غير مستعد، وليس لديه قابلية لتغيير سلوك ما في المستقبل القريب، ولا يَري في تصرفه ما يهدد صحته، وليس لديه معلومات كافية أو وعي كافٍ. ويصعب في هذه المرحلة على منسوبي الصحة الوصول إلى هؤلاء الأفراد وتغييرهم بالبرامج المعتمدة؛ لأنهم غير متحفزين للتغيير.

٢. مرحلة التأمل: يبدأ الفرد هذه المرحلة بالتفكير للتَّعَبُّر، مستعداً له، لكنه غير واثق بكيفية البداية، حيث يبدأ الأشخاص في هذه المرحلة باستيعاب المسائى أو الضرر الناجم عن تصرفاتهم ويعيدون النظر في المسائى والمنافع الناتجة من سلوكهم.

٣. مرحلة الاستعداد: يكون الفرد على استعداد تام لتغيير سلوكه خلال الشهر المقبل، ولديه خطة كاملة مثال: (التسجيل في نادٍ رياضي، الذهاب إلى اخصائى تغذية). هذه المرحلة تُعتبر مثالية لمنسوبي الصحة لأن الأفراد متحفزين للتغيير.

٤. مرحلة العمل: يبدأ الفرد في هذه المرحلة بالتغيير، ويبدأ بالعمل المؤدي لتغيير السلوك مثل: ممارسة الرياضة، الإقلاع عن التدخين. تبدأ الفترة لهذه المرحلة: (من بداية اتباع السلوك الجديد إلى ستة أشهر لاحقة). ويعاني الأفراد في هذه المرحلة من تعرضهم للانتكاسة بشكل كبير.

٥. مرحلة المحافظة: يحاول الفرد الحفاظ على التغيير الذي أحدثه في سلوكه ويحمي نفسه من الانتكاس مرة أخرى.

٦. مرحلة المثابرة (النتيجة النهائية): وفي هذه المرحلة لا توجد نسبة لحدوث الانتكاسة، وهي ضئيلة جداً.

٧. الانتكاس: الانتكاس ليست مرحلة بحد ذاتها، ولكن تم وضعها للأشخاص الذين يتوقفون في إحدى المراحل، فيضطرون للرجوع للمرحلة التي تسبقها; Prochaska & Velicer, 1997;

((Prochaska, Prochaska & Levesque, 2001

ثالثاً: نظرية الفعل المبرر. (Theory of Reasoned Action)

قدم فيشبيين وأجزين (Fishbein & Ajzen) نظرية الفعل المبرر، والتي عدلها فيما بعد وأطلق عليها اسم (السلوك المخطط)، والتي تشير إلى أن قدراً كبيراً من السلوك يخضع للتحكم الإرادي من الفرد، وتستخدم أيضاً في التواصل الخطابي لفهم رسائل الإقناع، وتهدف إلى شرح العلاقة بين الاتجاه وسلوك الفرد ضمن فعله، وتستخدم لتوقع تصرف الفرد بناءً على اتجاهه ومقصده من سلوكٍ مسبق، ويعتمد قرار الشخص بالخضوع في سلوك معين على توقعه من النتائج المصاحبة لهذا السلوك (Ajzen & Madden, 1986) وتحدد أهداف الشخص من خلال ثلاثة اتجاهات وفقاً لما يراه أجزين (Ajzen, 1991)، هي:

١. النتائج المحتملة للسلوك وتقييمها بالنسبة للفرد (المعتقدات السلوكية).
٢. توقعات الآخرين المعيارية من الفرد والدافع للامتثال لها (المعتقدات المعيارية).
٣. وجود العوامل التي يمكن أن تسهل أو تعيق تأدية السلوك والقوة المتصورة لهذه العوامل (معتقدات التحكم).

يتضح من النظريات والنماذج التي اهتمت بعلم النفس الصحي بشكل عام، ونموذج المعتقدات الصحية بشكل خاص؛ أنها ركزت على البنى المعرفية والقدرات العقلية، وطريقة التفكير التي يتبناها الفرد وكيفية تأثيرها على سلوكه الصحي بشكل إيجابي أو سلبي؛ تبعاً للممارسات المعرفية من خلال بعض السلوكيات المخططة، والمراحل التي يمر بها الفرد. كما لوحظ التباين في تناول كل نظرية أو نموذج للمعتقدات الصحية، ودراسة تأثيرها على شخصية الفرد من جوانب مختلفة.

الدراسات السابقة

يتناول الباحثان عرضاً للدراسات السابقة التي تناولت قياس المعتقدات الصحية لدى فئات متباينة في المجتمع، وجرى ترتيبها من الأحدث للأقدم، كما يلي:

أجرى كل من كادييس وبيكتاس ((Kudubes & Bektas, 2020)) دراسة هدفت إلى التعرف على الخصائص السيكومترية (النسخة التركية) حول مقياس معتقدات أسلوب الحياة الصحي للمراهقين. تكونت عينة الدراسة من (٨٤٣) مراهقاً. أشارت نتائج الدراسة إلى أن المقياس يتكون من (١٦) عنصراً موزعة على ثلاثة أبعاد أساسية، وفسرت (٥٧,٦%) من التباين الكلي بعد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي وكانت جميعها أكبر من (٠,٣٠)، وبلغ جذر المتوسط التربيعي للتقريب أقل من (٠,٠٨) وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للأداة حيث بلغ معامل ثبات الأداة ككل (٠,٩٠).

وهدف الدراسة التي قام بها كل من وه وفينج وسن (Wu, Feng & Sun, 2020) لتطوير مقياس المعتقدات الصحية لممارسة الرياضة بين السكان الصينيين، ووصف المعتقدات الصحية حول ممارسة التمارين الرياضية، وتبني برنامج رياضي يلتزم فيه الفرد. تكونت عينة الدراسة من (٣٨٣٣) مشاركاً. أشارت نتائج الدراسة أن المقياس بصورته النهائية تكون من (١٨) فقرة موزعة على ستة أبعاد أساسية فسرت (٦٠,٣%) من التباين الكلي، وأوضحت نتائج الدراسة وجود اتساق داخلي للأبعاد الفرعية الستة، وهي: الفوائد المتصورة، والحوافز الموضوعية المتصورة، والحوافز الذاتية المتصورة، والكفاءة الذاتية، والشدة المتصورة (٠,٦٢٨؛ ٠,٧١٣؛ ٠,٦٢٨؛ ٠,٨٠١؛ ٠,٦٧٦؛ ٠,٨٣٨)، وعلى التوالي، وبلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٨٣). كما اتضح صلاحية المقياس بعد التحقق من خصائصه السيكومترية للتطبيق، وقياس المعتقدات الصحية نحو التمارين الرياضية.

وفي السويد، أجرى كل من كيوملان وبش، وجان وريو وجان وليونج، وكارلسون (Kumlien, Bish, Chan, Rew, Chan, Leung & Carlson, 2020) دراسة حول الخصائص السيكومترية لمقياس الوعي الثقافي (الصحي) المعدل لاستخدامه في التعليم العالي في مجالات الرعاية الصحية والاجتماعية، تكونت عينة الدراسة من (١٩١) طالباً جامعياً في مرحلة البكالوريوس. بينت نتائج الدراسة أن

المقياس يتكون من (٣٦) فقرة تشبعت على أربعة عوامل للوعي الثقافي الصحي بعد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي، ويمتلك درجة من الاتساق الداخلي تراوحت من (٠,٩٤ - ٠,٧١)، وهذه العوامل هي: الخبرة التعليمية والبحثية العامة، والسلوكيات وسهولة التفاعل، والوعي المعرفي، والقضايا السريرية.

وهدفت الدراسة التي أجراها جبر (٢٠٢٠) إلى بناء وتطبيق مقياس المعتقد الصحي لدى الأطفال في مرحلة الروضة المكون من (٢٣) فقرة، موزعة على أربعة عوامل. تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طفل وطفلة من رياض الأطفال. أشارت نتائج الدراسة أن المقياس يتمتع بخصائص مرتفعة، ويتميز الأطفال في مرحلة رياض الأطفال بمستوى من المعتقدات الصحية، ووجود فروق دالة إحصائية في المعتقدات الصحية بين الذكور والإناث، وهذا الفرق كان لصالح عينة الإناث.

وقام إسبارزا ديل فيلار وآخرون (Esparza-Del Villar et al, 2017)) من بدراسة حول البنية العاملية لمقياس نموذج الاعتقاد الصحي لممارسي التمارين الرياضية في المكسيك. بلغ عدد أفراد الدراسة (٧٤٦) مشاركاً من الجنسين تراوح متوسط أعمارهم (٢٨,٥٤) عاماً. تكون المقياس من (٣٢) فقرة موزعة على خمسة عوامل هي: (قيم الصحة العامة، المعتقدات حول قابلية التأثير بعدم ممارسة الرياضة، والمعتقدات حول شدة عدم ممارسة الرياضة، والمعتقدات بأن التمارين الرياضية تقلل من التهديدات، والاعتقاد بفوائد ممارسة الرياضة). وللتحقق من الخصائص السيكومترية للأداة استخدم التحليل العاملي الاستكشافي وبلغت قيمة معامل (KMO) (0.92)، وتراوح معامل الاتساق الداخلي بين (٠,٣١ - ٠,٩٢) وبلغت قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ بين (٠,٧٦ ؛ ٠,٨٨ ؛ ٠,٩١ ؛ ٠,٦٧ ؛ ٠,٧٢) والثبات الكلي للأداة (٠,٨٢).

وهدفت الدراسة التي قام بها كل من ايرسي سيسك (Erci, & Cicek, 2017) إلى تطوير مقياس حول المعتقدات الصحية المتعلقة باستخدام الأدوية والخصائص النفسية المرتبطة به. تكونت عينة الدراسة من (٢٢٠) سيدة يراجعن إحدى المراكز الطبية، استجبن على مقياس استخدام الأدوية المتعلقة بالمعتقدات الصحية. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ستة عوامل تم تحديدها أثناء بناء وتقنين المقياس وهي: القابلية المتصورة، والشدة المتصورة، والدوافع الصحية، والفائدة المتصورة،

والحواجز المتصورة، والكفاءة الذاتية. حيث بلغ معامل الاتساق الكلي للأداة (0.91). وبينت النتائج صلاحية الأداة للتحقق من المعتقدات الصحية المتعلقة باستخدام الأدوية الطبية، ويمكن استخدامها لتقييم جوانب المعتقدات الصحية عند مستخدمي الأدوية.

كما أجرى كل من البناي وجاروس وجونغبلود وديان (Al-Bannay, Jarus, Jongbloed & Dean, 2017) دراسة في المملكة العربية السعودية لدى عينة من النساء اللواتي يعانين ظروف متعلقة بنمط حياتهن ويحتجن إلى التثقيف الصحي، والكشف عن حالتهم الصحية. تكونت عينة الدراسة من (407) من النساء. أشارت النتائج أن نسبة (44%) من النساء صحتهم الجسمية متوسطة، و(97%) لديهن بعض المعتقدات الصحية حول التمارين الرياضية، وعدم التدخين، ونمط التغذية، ونوعية النوم، والرعاية القسوى؛ كعوامل مؤثرة على المعتقدات الصحية لديهن.

وأجرت جيهان محمود (2016) دراسة هدفت إلى قياس المعتقدات الصحية لدى الرياضيين والكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية لدى اللاعبين وسلوكهم السلوك الصحي. تم اختيار العينة بالطريقة العمدية الطباقية من اللاعبين الذين تتراوح أعمارهم أقل من عشرين سنة في فريق كرة (الطائرة، السلة، القدم)، وبلغ عددهم (164) لاعباً، أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى المعتقدات الصحية عند اللاعبين مرتفع، ووجود علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي.

وهدف الدراسة التي أجراها كل من بيشوب وياردلي (Bishop & Yardley, 2010) إلى التحقق من مقياس المعتقدات الصحية، المكون من (24) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: الإيمان بأهمية الطب، تصورات الفرد الصحية، والحالة الصحية. تكونت عينة الدراسة من (942) شخصاً تراوحت أعمارهم من (18-60) عاماً، وقد تم التحقق من الاتساق الداخلي والخصائص السيكمترية للأداة، أشارت نتائج التحليل العاملي الاستكشافي إلى تشبع فقرات الأداة على ثلاثة أبعاد والتي فسرت (60%) من التباين، وبينت وجود اتساق بين الأبعاد حيث بلغت $p < .01$ ، $r = .27$ ؛ $r = .54, p < .01$ ، $r = .39, p < .01$ ، وبلغ معامل الثبات (0.87; 0.90; 0.89) على التوالي.

يتضح من الدراسات السابقة أنها تناولت المعتقدات الصحية، والأدوات التي قام بتطويرها عدد من المختصين لقياس المعتقدات الصحية لدى فئات، وبيئات مختلفة، وتشابه هذه الدراسة مع الدراسات المشار لها أعلاه من حيث الهدف، والأسلوب، والمنهج المتبع؛ مثل دراسة (Wu, Feng & Sun, 2020; Esparza-Del Villar et al, 2017; Bishop & Yardley, 2010) فضلاً عن الأهمية التي جاءت بها هذه الدراسة، في حين أن أبرز ما يميز الدراسة الحالية المجتمع الذي طبقت فيه، والمنهج المتبع، وفئة الدراسة المستهدفة، والحاجة الفعلية في حدود الاطلاع لهذه المقاييس في بيئة الدراسة، كما أنها اختلفت عن بعض الدراسات من حيث الفئة المستهدفة ومنهجية الدراسة وطريقة الإجراءات المتبعة مثل دراسة (Kumlien, Bish, Chan, Rew, Chan, Leung & Carlson, 2020) ودراسة جيهان محمود (٢٠١٦). في حين أُفيد من الدراسات السابقة في تحديد طرق التحقق من الصدق والثبات المتبعة، وصياغة فروض الدراسة، وتحديد المشكلة الأساسية من الدراسة.

منهج وإجراءات الدراسة

منهج الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي.

المشركون في الدراسة:

بلغ عدد المشاركين في الدراسة (٤٣٧) مشاركاً ومشاركة في مدينة الرياض، (٢٩٥) من الذكور بنسبة (٦٧,٥%) و (١٤٢) من الإناث بنسبة (٣٢,٥%)، وتراوح أعمارهم (٢٦- أكثر من ٤٨) سنة. (٢٦-٣٥) بنسبة (٣٤,٣%)، و (٣٦-٤٨) بنسبة (٢٩,٧%)، و (أكثر من ٤٨) سنة بنسبة (٣٥,٩%)، وبلغ عدد المدخنين (٢٧٠) بنسبة (٦١,٨%) وغير المدخنين (١٦٧) بنسبة (٣٨,٢%)، وبلغ عدد المتزوجين (٢٨١) بنسبة (٦٤,٣%) وغير المتزوجين (١٥٦) بنسبة (٣٥,٧%). وبلغ عدد من يعاني من أمراض السكر (٧٧) بنسبة (١٧,٦%) ومن يعاني

من ضغط الدم (١٢٦) بنسبة (٢٨,٨%) ومن يعاني من أمراض أخرى (٢٣٤) بنسبة (٥٣,٥%). تم اختيار أفراد عينة الدراسة المتيسرة.

أداة الدراسة:

مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية:

يُعد مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية (التوجه الصحي) ذاتي التقدير، حيث تكون المقياس الذي طوره كل من ماسيروا ووالفيروي وكاتك وفاكيو مازووك ووبارفيتوني (Masiero, Oliveri, Cutica, Monzani, Faccio, Mazzocco & Pravettoni, 2020) للبيئة الإيطالية بصورته الأولية من (٥٠) عبارة موزعة على عشرة أبعاد وقد تم حذف الفقرات التالية (١، ٦، ٧، ٨، ١٨، ٢٤، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠، ٣٤، ٤٠، ٤٦، ٥٠) في الصورة الأولية لعدم تشبعها على العوامل أثناء إجراء التحليل العاملي، وتكون المقياس بصورته النهائية من سبعة أبعاد موزعة على (٣٦) فقرة على النحو التالي:

البعد الأول: الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية. وتقيسه الفقرات (١-٩).

البعد الثاني: التقدير الصحي، ويتمثل بالتوقعات الصحية. وتقيسه الفقرات (١٠-١٦).

البعد الثالث: الاهتمام الصحي، ويتمثل بالقلق على الصورة الصحية العامة. وتقيسه

الفقرات (١٧-٢٠).

البعد الرابع: ويتمثل بالوعي الصحي الشخصي. وتقيسه الفقرات (٢١-٢٤).

البعد الخامس: السيطرة والتحكم الذاتي بالجوانب الصحية. وتقيسه الفقرات (٢٥-٢٩).

البعد السادس: قلق المعايير الصحية العليا. وتقيسه الفقرات (٣٠-٣٣).

البعد السابع: التوقعات الصحية. وتقيسه الفقرات (٣٤-٣٦).

ولغايات تصحيح مقياس التوجه الصحي المكون من (٣٦) فقرة موزعة على (سبعة أبعاد) بصورته النهائية بعد تحقق معدوه من خصائصه السيكمترية، فقد تمثلت خيارات الاستجابة على فقراته من خمسة خيارات وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي؛ حيث يُعطى الخيار مطلقاً درجة واحدة

(١)، والخيار نادراً درجتين (٢)، والخيار غالباً أربع درجات (٤)، والخيار دائماً خمس درجات (٥). وبذلك تتراوح درجات المقياس بين (٣٦-١٨٠)، أي كلما ارتفعت الدرجة اعتبر ذلك مؤشراً على زيادة مستوى الوعي والتوجه نحو المعتقدات الصحية الإيجابية لدى عينة الدراسة.

الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية

تحقق معدو المقياس ((Masiero et al., 2020)) من الخصائص السيكومترية للأداة من خلال عدة

طرق، هي:

أ. صدق المترجمين: تمثلت في ترجمة المقياس من اللغة الإيطالية إلى الإنجليزية، والمقارنة بين مرتبي الترجمة.

ب. صدق الاتساق الداخلي: تراوحت معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بين (٢٤٨).

— (٠.٧٣٧).

ج. التحليل العاملي: تم التحقق من صدق المقياس بأكثر من طريقة: تمثلت الطريقة الأولى بإجراء تحليل عاملي استكشافي لتقييم أبعاد النسخة الإيطالية، تكونت العينة من (٣٢١) مشاركاً (٢٢٩) من الإناث و (٩٢) من الذكور تراوحت أعمارهم بين (١٣-٣٦) وقد تبينت المتغيرات الديموغرافية منها: الدرجة العلمية، والتخصص. أشارت نتائج التحليل إلى التوزيع الطبيعي في العوامل؛ حيث بلغ تباين العامل الأول (٢٣,٥%) والعامل الأخير (٢,٣%) بينما بلغ معدل التباين التراكمي الكلي (٦١%). وفي ضوء التحقق الأولي للأداة فقد تم حذف بعض العبارات وعددها (١٤) عبارة لضعف تشبعها على العوامل ذات الصلة وتم إعادة النظر في تشبع الفقرات على العوامل الأساسية للأداة. وتم فحص نتائج قيم (KMO) (Kaiser-Meyer-Olkin) واختبار (Bartlett's Sphericity) لاختبار أهلية (HOS)) في استخراج العامل. أشارت قيمة مؤشر (KMO) البالغة (٠,٨٧٣) وأهمية اختبار (Bartlett's Sphericity $X^2(1225) = 6876.39$, $p < .001$) إلى أن البيانات كانت قابلة للتحويل إلى عوامل وأنه يمكن إجراء EFA على ردود مقياس التوجه الصحي. وأخيراً احتفظ المقياس بسبعة عوامل أساسية تمت الإشارة لها أعلاه، موزعة على (٣٦) فقرة تتناول التوجه نحو المعتقدات الصحية.

ثبات إعادة التطبيق: تم التحقق من عبارات المقياس وأبعاده من خلال إعادة تطبيقه مرة أخرى على عينة من المدخنين وغير المدخنين (٢١٩)، (١٦٤) من الإناث و(٥٥) من الذكور للتحقق من العوامل المكونة للأداة، وال فقرات المتشعبة على كل عامل منها، أشارت نتائج التحقق من التحليل العاملي وجود تشعب للفقرات على البعد الذي تنتمي له بواقع سبعة عوامل (أبعاد) أساسية.

كما تحقق معدو الأداة من الثبات باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ؛ حيث بلغ قيمة الثبات للبعد الأول (٠.٨٨)، والبعد الثاني (٠.٨٣)، والبعد الثالث (٠.٨٣)، والبعد الرابع (٠.٨٢)، والبعد الخامس (٠.٧٧)، والبعد السادس (٠.٧٩)، والبعد السابع (٠.٧١). وبلغ الثبات الكلي للأداة (٠.٩١)

ولغايات الدراسة الحالية؛ فقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية واتباع عدد من الخطوات العملية لغايات تقنين الأداة وترجمتها للبيئة العربية، كما يلي:

صدق وثبات النسخة العربية:

أولاً: صدق الترجمة.

قام الباحثان بترجمة عبارات المقياس للغة العربية، ثم ترجمتها من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية من قبل بعض المختصين في الارشاد والعلاج النفسي، والقياس والتقويم؛ بهدف اختيار المفردات والعبارات الأكثر وضوحاً والأنسب لنص العبارة المترجمة في لغتها الأم، كما عُرضت الصورتان (العربية المترجمة، الأجنبية الأصلية)، على أربعة من أعضاء هيئة التدريس (حملة درجة الدكتوراه) في اللغات والترجمة للتحقق من تطابق الترجمة. وقد تم تعديل بعض الفقرات والكلمات في الصورة المترجمة من المقياس؛ وفي ضوء ملحوظات المحكمين المتخصصين والمترجمين ممن عرضت عليهم نسخة من المقياس واتفقهم بنسبة (٨٠%) تم التوصل لنسخة معربة مكونة من سبعة أبعاد موزعة على (٣٦) فقرة لمقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية.

ثالثاً: صدق المحكمين.

لتحقيق أهداف الدراسة تم التحقق من صدق المحكمين؛ من خلال عرضها على عدد من المختصين في المجال النفسي وعددهم سبعة محكمين (ن=٨) من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في علم النفس، والقياس والتقييم، للتحقق من وضوح العبارات، وارتباطها بأبعاد الدراسة، وخلوها من الفقرات الغامضة وغير الواضحة، والملائمة لبيئة الدراسة (المملكة العربية السعودية) وفي ضوء ملحوظات المحكمين، واتفقهم بنسبة (٨٠%) فقد تم تعديل بعض الفقرات من حيث الصياغة اللغوية فقط في حين احتفظ المقياس ب (٣٦) فقرة.

رابعاً: التطبيق على عينة استطلاعية.

تم تطبيق الأداة بصورتها الأولية على عينة من استطلاعية مماثلة لعينة الدراسة الحالية مكونة من (٤٧) من المدخنين وغير المدخنين؛ والمصابين ببعض الأمراض الجسدية من كلا الجنسين، ومن المتزوجين وغير المتزوجين ممن انحصرت أعمارهم بين (٢٥-٤٢) سنة. رغبة في الاطمئنان على مناسبة الأداة الحالية لتطبيقها وتقنينها في المجتمع المستهدف (المملكة العربية السعودية)، وتم مراقبة استجابة أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية على فقرات مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية، وتم تعديل ملحوظاتهم واستفساراتهم حول بعض عبارات المقياس عند تطبيقه على عينة الدراسة الأصلية.

أ. الاتساق الداخلي: تم حساب معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للأبعاد، كما في الجدول (١).

جدول (١) يوضح معاملات ارتباط الفقرات بالبعد الذي تنتمي له (ن=٤٧)

م	البعد	الفقرة	مع البعد	م	مع البعد	الفقرة	البعد
١	البعد الأول	أتبع نمط حياة صحية.	البعد الثاني	٠.١٩	٠.٤٤٥**	أدرك ما يعتقد الآخرون عن صحي (الجسدية)	
٢		أحرص على ممارسة حياة نشيطة لتجنب الإصابات الجسدية.		٠.٢٠	٠.٦١٩**	يقلقني كيف تبدو صحي (الجسدية) للآخرين	

م	البعد	الفقرة	مع البعد	م	مع البعد	الفقرة	البعد	م
٣	البعد الرابع	أُتجنب السلوكيات المهددة لصحتي (الجسدية).	٠.٢٢	٠.685**	أُتجنب السلوكيات المهددة لصحتي (الجسدية).	البعد الرابع	٠.٣	
٤		أحرص على أن يكون (جسدي) مثالياً.	٠.٢٣	٠.749**	أحرص على أن يكون (جسدي) مثالياً.		٠.٤	
٥		أحرص على تجنب أن يكون مظهري (الجسدي) غير لائق.	٠.٢٤	٠.615**	أحرص على تجنب أن يكون مظهري (الجسدي) غير لائق.		٠.٥	
٦	البعد الخامس	أدرك التغيرات التي تحدث لصحتي الجسدية.	٠.٢٥	٠.715**	أحرص على بذل الوقت والجهد لصحتي (الجسدية).	البعد الخامس	٠.٦	
٧		أهتمامي بصحتي العامة من مسؤوليتي.	٠.٢٦	٠.603**	أرغب في المحافظة على الأشياء الأساسية.		٠.٧	
٨		صحتي (الجسدية) هي نتيجة لسلوكياتي.	٠.٢٧	٠.355*	يهمني المحافظة على صحتي (البدنية)		٠.٨	
٩		تعتمد صحتي العامة على جهدي المبذول في المحافظة عليها.	٠.٢٨	٠.419**	يقلقني ما إذا كنت في صحة جيدة أم لا.		٠.٩	
١٠		ليس للحظ أي دور في المحافظة على صحتي (العامة) بشكل ممتاز.	٠.٢٩	٠.585**	أشعر بالثقة اذا كانت صحتي (الجسدية) بحالة جيدة.		١٠	
١١		لا أعتقد بأن الحظ يلعب دور في صحتي (الجسدية).	٠.٣٠	٠.323*	أصاب بالإحباط بسبب صحتي العامة.		١١	
١٢	البعد السادس	أشعر بالقلق عندما أفكر في صحتي العامة.	٣١	٠.812**	أشعر بأنني تعاملت مع صحتي العامة بشكل جيد.	البعد السادس	١٢	
١٣		أنا قلق بشأن صحتي (الجسدية).	٠.٣٢	٠.828**	أتوقع أن تكون صحتي العامة متميزة في المستقبل.		١٣	

م	البعد	الفقرة	مع البعد	م	مع البعد	الفقرة	البعد	م
١٤		أعتقد أن صحي (الجسدية) ستكون جيدة في المستقبل.		٣٣	٠.٨١١**			٠.٨٢٨**
١٥		صحي (البدنية) جيدة.		٣٤	٠.٦٥٧**			٠.٨٣٠**
١٦		لباقي البدنية جيدة.		٣٥	٠.٧٠٠**			٠.٩٤٦**
١٧		أتساءل عن ما يراه الآخرون حول صحي الجسدية.		٣٦	٠.٩٤٤**			٠.٩٤٧**
١٨		يهمني كيف يقيم الآخرون صحي الجسدية.			٠.٩٢٥**			

يتضح من الجدول (١) أن جميع معاملات الارتباط للعبارات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) فأقل؛ حيث انحصرت معاملات الارتباط للفقرات مع البعد بين (٣٢٣ - ٠.٩٤٧) باستثناء الفقرة رقم (٢١) والتي نصت على (أنا قلق بشأن ما يعتقد الآخرون عن صحي الجسدية)؛ نظراً لكون معامل الارتباط لها ضعيف (٠.١٩٧) وغير دال إحصائياً؛ لذا تم حذفها وتكون المقياس بصورته النهائية من (٣٥) فقرة.

ب. معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية: تم التحقق من صدق الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية بحساب الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية للأداة، وجدول (٢) يوضح ذلك:

جدول (٢) يوضح معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس (ن=٤٧)

م	الأبعاد	الدرجة الكلية للأداة
٠.١	الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية	.525**
٠.٢	التقدير الصحي	.648**
٠.٣	الاهتمام الصحي	.636**
٠.٤	الوعي الصحي	.599**
٠.٥	الضبط الصحي	.476**
٠.٦	القلق الصحي	.578**
٠.٧	التوقعات الصحية	.457**

يتضح من الجدول (٢) أن جميع الأبعاد مرتبطة بالدرجة الكلية للأداة عند مستوى (**٠,٠١)؛ مما يشير إلى الاتساق الداخلي للأبعاد مع الأداة ككل.

ج. ثبات الأداة: تم حساب معامل ثبات الأداة من خلال طريقتين هما: (معامل ألفا كرونباخ- وثبات التجزئة النصفية) على النحو التالي:

جدول (٣) يوضح حساب معامل الاتساق الداخلي (ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية) لكل بعد من أبعاد مقياس مخاوف الأطفال. (ن=٤٧)

م	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل التجزئة النصفية
٠.١	الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية	٩	.٧٣	.٩١
٠.٢	التقدير الصحي	٧	.٧٦	.٩٠
٠.٣	الاهتمام الصحي	٤	.٨٤	.٩٧
٠.٤	الوعي الصحي	٤	.٧٥	.٩٥
٠.٥	الضبط الصحي	٥	.٨٠	.٩٢
٠.٦	القلق الصحي	٤	.٨٣	.٩٦
٠.٧	التوقعات الصحية	٢	.٩١	.٩٤
	ثبات الأداة ككل	٣٥	.٧٢	.٨٤

يتضح من الجدول (٣) أن ثبات الأبعاد والدرجة الكلية للأداة وفقا لثبات ألفا كرونباخ بلغ (٠.٧٢) وثبات التجزئة النصفية (٠.٨٤) في حين انحصرت قيم ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس

(.٧٣-٠.٩١)، بينما انحصرت قيم ثبات الأبعاد وفقاً للتجزئة النصفية (.٩٠ - ٠.٩٦). وجميعها جاءت مناسبة للأداة التي تمت ترجمتها وتقنينها للبيئة المحلية.

الأساليب الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة تم تفرغ إجابات المشاركين في الدراسة على البرنامج الإحصائي (SPSS)، وإجراء المعالجة الإحصائية باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Person)، والتحليل العملي (Factor Analysis) ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's alpha)، و ثبات الإعادة (Test - Retest Reliability) وتحليل التباين الثنائي - والثلاثي والتفاعل بينهما (Two- Three -way analysis of variance)، واختبار أقل فرق معنوي (LSD).

نتائج الدراسة ومناقشتها

إجابة السؤال الأول:

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول: "هل يتوفر للنسخة المعربة من مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية درجة مقبولة من الصدق (صدق الترجمة، صدق المحكمين، الصدق العملي، صدق الاتساق الداخلي). استخدم التحليل العملي التوكيدي لمصفوفة الارتباطات الخاصة بفقرات القائمة، والبالغ عددها (٣٥) فقرة على أفراد العينة الكلي (٤٣٧) مشاركاً ومشاركة. وأعتمد في انتقاء الفقرات على محكين هما: تشبع الفقرة على العامل الذي تنتمي له أكثر من (٠,٣٠)، وأن يكون تشبعها على أي عامل آخر أقل من (٠,٣٠) (تبعزة، ٢٠١٢). ويوضح الجدول (٤) نتائج التحليل العملي الاستكشافي (الجذر الكامن، ونسبة التباين لكل عامل والنسبة التراكمية).

الجدول (٤) يوضح نتائج التحليل العاملي الاستكشافي (الجذر الكامن، ونسبة التباين لكل عامل والنسبة التراكمية)

م	العامل	العينة الكلية		
		النسبة المئوية للتباين المفسر	النسبة التراكمية للتباين	الجذر الكامن
١.	الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية	19.44	19.44	6.80
٢.	التقدير الصحي	17.05	36.49	5.96
٣.	الاهتمام الصحي	11.08	47.58	3.87
٤.	بالوعي الصحي الشخصي	6.53	54.11	2.28
٥.	السيطرة والتحكم الذاتي بالجوانب الصحية	3.98	58.09	1.39
٦.	قلق المعايير الصحية العليا	3.87	61.96	1.35
٧.	التوقعات الصحية	3.08	65.05	1.08

يتضح من الجدول (٤) أن جميع العوامل زادت قيمة جذرها الكامن عن (١) صحيح، وعدد العوامل التي أفرزها التحليل العاملي التوكيدي سبعة عوامل تشعبت عليها الفقرات كما يظهر في الجدول (٥)، مما يؤكد صدق البناء للأداة، وفسرت ما نسبته (٦٥,٠٥٠%) من التباين الكلي، وبلغ قيمة الجذر الكامن للعامل الأول (٦,٨٠) وهي أعلى قيمة إذا ما تمت مقارنته ببقية العوامل الأخرى، إذا ما تم اعتماده كمحرك لبقية العوامل فقد بلغت نسبة الجذر الكامن للعامل الأول مع العامل الثاني بنسبة أعلى من (١) وبلغت نسبة التباين المفسر للعامل الأول (١٩,٤٤) من التباين الكلي. ويتضح ذلك من الرسم البياني (Scree Plot) على النحو التالي:

الجدول (٥) يوضح مصفوفة العوامل وتشعب فقراتها بعد التدوير

م	العوامل						
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
X 23	.808						
X25	.769						
X27	.741						
X28	.738						
X26	.691						
X22	.684						
X21	.622				.312		

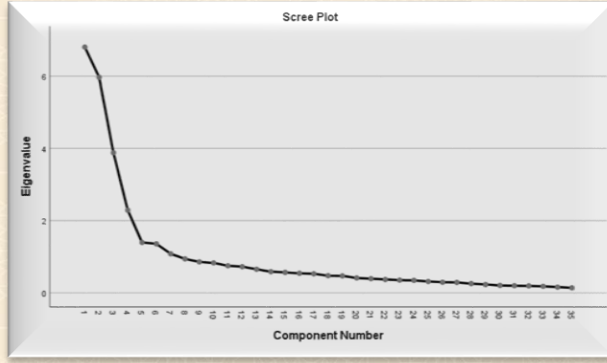
العوامل							م
7	6	5	4	3	2	1	
						.572	X10
					.856		X30
.814					.529		X31
					.775		X33
					.768		X32
					.639		X9
					.617		X11
				.848			X6
				.791			X4
				.780			X3
				.775			X2
.721				.348			X5
.442				.668			X1
-.339-				.621			X7
			.853				X8
			.796		.313		x17
			.769		.404		X20
			.749				X19
	.869						X13
		.814					X14
		.596					X12
		.587				.361	X16
		.540				.470	X15
		-.485-	.417		.485		X34
		-.452-	.385		.451		X35
	.868						X29
	.821						X28
.812							X8

يلاحظ في الجدول (٥) أن مصفوفة العوامل بعد التدوير والتي تتضمن (٧) أبعاد قد

تشبعت على العوامل التالية:

- العامل الأول: لديه علاقات قوية مع (٨) فقرة من أصل (٣٥).
- العامل الثاني: لديه علاقات قوية مع (٧) فقرة من أصل (٣٥).
- العامل الثالث: لديه علاقات قوية مع (٦) فقرة من أصل (٣٥).
- العامل الرابع: لديه علاقات قوية مع (٤) فقرة من أصل (٣٥).

- العامل الخامس: لديه علاقات قوية مع (٤) فقرة من أصل (٣٥).
- العامل السادس: لديه علاقات قوية مع (٣) فقرة من أصل (٣٥).
- العامل السابع: لديه علاقات قوية مع (٣) فقرة من أصل (٣٥).



الشكل (١) التمثيل البياني لقيم الجذور الكامنة للعوامل المكونة لمقياس التوجه الصحي

يلاحظ من الشكل (١) قيم الجذور الكامنة لكل عامل على المحور الصادي ورقم المكون على المحور السيني، حيث يتضح من الرسم أن سبعة عوامل أكبر من الواحد وبقية العوامل أقل من الواحد الصحيح، حيث أن الخط المنحني بدأ يتغير ميله بشكل واضح بين العوامل الثالث إلى العامل الأول حيث أصبحت متقاربة؛ مما يعني دقة المخطط (Scree) لأنه يعتمد على تقدير تقريبي للموقع الذي يتم فيه التحول من ميل الخط المار بالنقاط المناظرة للعوامل، حيث أن هذه الفقرات (٣٥) تشكل مجموعها مقياس التوجه الصحي للبيئة السعودية بصورته النهائية بعوامله السبعة. وتم حذف الفقرات التي لم تحقق المحكات المعتمدة في انتقاء الفقرات كفقرة رقم (٢١) في البعد (الرابع)، ويوضح الجدول (٥) معاملات ارتباط الفقرات بالبعد وارتباطها بالدرجة الكلية للأداة.

جدول (٦) معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة على البعد والدرجة الكلية للمقياس. (ن = ٤٣٧)

الدرجة الكلية للأداة	البعد	الفقرة	مع البعد	م	الدرجة الكلية للأداة	مع البعد	الفقرة	م	البعد
.498**	.806**	أدرك ما يعتقد الآخرون عن صحتي (الجسدية)	البعد الثاني	.١٩	.317**	.703**	أتبع نمط حياة صحية	١	البعد الأول
.601**	.891**	يقلقني كيف تبدو صحتي (الجسدية) للآخرين	٢٠	.311**	.749**	أحرص على ممارسة حياة نشيطة لتجنب الإصابات الجسدية	٢		
.516**	.759**	أنتبه عندما لا يكون (جسدي) في وضع صحي	٢١	.331**	.751**	أتجنب السلوكيات المهددة لصحتي (الجسدية)	٣		
.499**	.815**	لدي حس عالٍ حول صحتي	٢٢	.372**	.773**	أحرص على أن يكون (جسدي) مثاليًا	٤		
.487**	.826**	الاحظ نفسي عندما تكون صحتي العامة غير جيدة.	٢٣	.365**	.712**	أحرص على تجنب أن يكون مظهري (الجسدي) غير لائق	٥		
.432**	.800**	أدرك التغيرات التي تحدث لصحتي الجسدية.	٢٤	.383**	.814**	أحرص على بذل الوقت والجهد لصحتي (الجسدية)	٦		
.430**	.642**	اهتمامي بصحتي العامة من مسؤوليتي.	٢٥	.301**	.586**	أرغب في المحافظة على الأشياء الأساسية	٧		
.515**	.704**	صحتي (الجسدية) هي نتيجة لسلوكياتي	٢٦	.138**	.279**	يهمني المحافظة على صحتي (البدنية)	٨		
.519**	.736**	تعتمد صحتي العامة على جهدي المبذول في المحافظة عليها.	٢٧	.456**	.304**	يقلقني ما إذا كنت في صحة جيدة أم لا	٩		
.518**	.771**	ليس للحظ أي دور في المحافظة على صحتي (العامة) بشكل ممتاز	٢٨	.382**	.486**	أشعر بالثقة إذا كانت صحتي (الجسدية) بحالة جيدة	١٠		
.400**	.736**	لا أعتقد بأن الحظ يلعب دور في صحتي (الجسدية)	٢٩	.441**	.152**	أصاب بالإحباط بسبب صحتي العامة.	١١		
.549**	.896**	أشعر بالقلق عندما أفكر في صحتي العامة	٣٠	.270**	.714**	أشعر بأنني تعاملت مع صحتي العامة بشكل جيد.	١٢		
.580**	.899**	أنا قلق بشأن صحتي (الجسدية)	٣١	.141**	.735**	أتوقع أن تكون صحتي العامة ممتازة في المستقبل.	١٣	البعد الثاني	
.531**	.882**	أشعر بعدم الارتياح عند التفكير في صحتي (الجسدية)	٣٢	.238**	.754**	أعتقد أن صحتي (الجسدية) ستكون جيدة في المستقبل.	١٤		
.540**	.901**	أشعر بالتوتر عندما أفكر في صحتي (الجسدية)	٣٣	.247**	.687**	صحتي (البدنية) جيدة	١٥		
.390**	.918**	أتوقع أن تتدهور صحتي الجسدية في المستقبل.	٣٤	.336**	.741**	لياقتي البدنية جيدة	١٦		

م	العدد	الفقرة	مع العدد	م	الدرجة الكلية للأداة	مع العدد	الدرجة الكلية للأداة	م	العدد	الفقرة	مع العدد	الدرجة الكلية للأداة
١٧		أتسأل عن ما يراه الآخرون حول صحي الجسدية		٣٥	.577**	.867**				قد أواجه بعض المشاكل الصحية العامّة في المستقبل	.921**	.410**
١٨					.550**	.905**						

يتبين من الجدول (٦) أن جميع فقرات المقياس جاءت ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($P=0.01$)، وهذا يدل على أن الفقرات متنسقة مع البعد الذي تنتمي له، وكذلك مع الأداة ككل، وهي ذات ارتباط إيجابي، ومؤشر على جودة المقياس. كما تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس السبعة والدرجة الكلية للأداة، كما يلي:

جدول (٧) معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس الفرعية مع الأداة ككل (مقياس التوجه الصحي). (ن =

٤٣٧)

الأبعاد	الدافع لتعزيز الصحة والوقاية	التقدير الصحي	الاهتمام الصحي	الوعي الصحي	الضبط الصحي	القلق الصحي	التوقعات الصحية	الدرجة الكلية للأداة
الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية	-							.526**
التقدير الصحي	.073	-						.500**
الاهتمام الصحي	.115*	.171**	-					.642**
الوعي الصحي	.127**	.557**	.160**	-				.604**
الضبط الصحي	.134**	.442**	.202**	.614**	-			.656**
القلق الصحي	.137**	-.057	.526**	.103*	.228**	-		.615**
التوقعات الصحية	.100*	-.215.**	.464**	-.007	.077	.641**	-	.435**

** دالة عند مستوى (٠,٠١) * دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٧) أن بعض الأبعاد ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل؛ حيث أنها جاءت مرتبطة مع بعضها البعض، وكانت قيم معاملات الارتباط البينية دالة إحصائياً؛ مما يدل على أن الأبعاد الفرعية للأداة ذات اتساق داخلي وارتباط ببعضها. في حين جاء الارتباط بين بعض الأبعاد غير دال إحصائياً مثل: بُعد التقدير الصحي مع بعد الدافع لتعزيز

الصحة والوقاية الصحية، وبعد القلق الصحي مع بعد التقدير الصحي، وبعد التوقعات الصحية مع بعد الوعي الصحي، والضبط الصحي. ويمكن تفسير ضعف الارتباط بين هذه الأبعاد بكون الشخص الذي يعاني من قلق صحي كاضطراب دائم فإن تقديره الصحي غير دقيق وبالتالي هما بعدين ليسا مرتبطين من حيث الإطار العام لهما، كما أن الشخص الذي لديه قلق صحي مرتفع لا يملك وعياً صحياً إيجابياً، أو قدرة على الضبط الصحي، ويظهر من الجدول أن جميع الأبعاد دالة إحصائياً مع الدرجة الكلية للأداة.

إجابة السؤال الثاني:

للإجابة عن السؤال الثاني الذي نص على: "هل يتوفر للنسخة المعربة من مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية درجة مقبولة من الثبات (ثبات الاتساق الداخلي، ثبات التجزئة النصفية)؟". استخدم معامل الاتساق الداخلي من خلال تقدير الدرجات الكلية للمقياس بصورته النهائية (٣٥) فقرة، ولأبعاده السبعة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، ومعادلة التجزئة النصفية (سبيرمان) على جميع أفراد الدراسة (٤٣٧) وقد جاءت القيم على النحو الآتي:

جدول (٧) يوضح حساب معامل الاتساق الداخلي (ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية) لكل بعد من أبعاد مقياس الاتجاه نحو المعتقدات الصحية. (ن = ٤٣٧).

م	الأبعاد	عدد الفقرات	الفاكرونباخ	التجزئة النصفية
٠١	الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية	٨	٠.٧٥	٠.٩٤
٠٢	الأبعاد التقدير الصحي	٧	٠.٧٤	٠.٨٦
٠٣	أبعاد الاهتمام الصحي	٦	٠.٨٣	٠.٩٧
٠٤	الأبعاد الوعي الصحي	٤	٠.٨١	٠.٩٥
٠٥	الأبعاد الضبط الصحي	٤	٠.٧٨	٠.٨١
٠٦	الأبعاد القلق الصحي	٣	٠.٨٤	٠.٩٨
٠٧	الأبعاد التوقعات الصحية	٣	٠.٩٠	٠.٩٧
	الدرجة الكلية للأداة	٣٥	٠.٧٢	٠.٨٨

يتضح من الجدول (٧) معاملات الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) وجود درجة مرتفعة من الاتساق والتجانس الداخلي بين الأبعاد. ولغايات التحقق من ثبات الاتساق الداخلي لمقياس

التوجه نحو المعتقدات الصحية من خلال إيجاد معامل الارتباط بين الدرجات لكل فقرة والبعد الذي تنتمي، والدرجة الكلية على المقياس ككل، تم استخدام معامل الارتباط (Corrected Item Total Correlation) كما يتضح في الجدول (٨)

الجدول (٨) يوضح نتائج معامل الارتباط المصحح لكل فقرة من فقرات المقياس

م	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
البعد الأول				
١	61.1854	124.261	.666	.729
٢	60.9291	122.974	.712	.725
٣	60.7323	123.554	.717	.726
٤	60.6522	121.782	.741	.722
٥	60.4119	122.614	.663	.726
٦	60.8261	121.672	.795	.720
٧	60.1373	129.545	.533	.743
٨	60.3249	135.880	.216	.762
البعد الثاني				
٩	48.4394	58.655	.186	.694
١٠	47.8490	56.234	.446	.664
١١	49.5881	60.472	.059	.712
١٢	48.8810	52.889	.622	.637
١٣	48.3524	53.031	.648	.637
١٤	48.3135	53.023	.665	.636
١٥	48.4302	54.035	.586	.646
البعد الثالث				
١٦	25.8558	82.702	.179	.803
١٧	26.6339	69.476	.821	.732
١٨	26.6842	67.547	.845	.723
١٩	26.3295	70.543	.744	.740
٢٠	26.7140	67.118	.823	.723
٢١	25.4279	83.144	.189	.802
البعد الرابع				
٢٢	28.2128	30.214	.743	.761

م	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
٢٣	27.9359	30.326	.797	.757
٢٤	27.9519	30.271	.751	.761
٢٥	27.6224	32.148	.643	.786
البعد الخامس				
٢٦	31.0732	48.719	.617	.739
٢٧	30.9794	49.144	.644	.740
٢٨	31.4439	45.119	.719	.706
٢٩	31.6659	44.659	.669	.709
البعد السادس				
٣٠	17.3089	47.242	.872	.734
٣١	17.3661	47.159	.876	.733
٣٢	17.5126	47.792	.836	.743
البعد السابع				
٣٣	9.6293	19.578	.577	.903
٣٤	10.0572	17.637	.853	.824
٣٥	9.7735	17.653	.830	.829

يتضح مما سبق أن جميع القيم ذات دلالة إحصائية؛ بما يدل على أثر العبارات التي يقيسها كل بعد، واتساق العبارات مع البعد والأداة ككل.

ثبات الإعادة:

تم إعادة تطبيق مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية (النسخة الإيطالية) بعد أن تمت ترجمتها وتقنينها على البيئة السعودية على عينة استطلاعية مكونة من (٥٨) مشاركاً بفاصل زمني مقداره أسبوعين بين مررتي التطبيق، وتم حساب قيم معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة فكانت على النحو التالي: (.٨٠ ؛ .٨٢ ؛ .٨١ ؛ .٧٩ ؛ .٧٨ ؛ .٨٤ ؛ .٨١) على التوالي للأبعاد السبعة. وللمقياس الكلي (.٨١)، وهي قيم مقبولة ومناسبة عند مستوى الدلالة ($p = .05$)، بما يمكن من القول إن المقياس وأبعاده يتمتع بدرجة مقبولة من الاستقرار بفاصل زمني وهو مؤشر إيجابي لدلالات الثبات.

إجابة السؤال الثالث:

للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث والذي نص على: "هل توجد فروق في التوجه نحو المعتقدات الصحية وفقا لحالة التدخين (مدخن غير مدخن) والحالة الصحية (يعاني من أمراض - لا يعاني من أمراض) والتفاعل بينهما؟. تم استخدام تحليل التباين الثنائي Two-way analysis of variance)).

جدول (٩) يوضح تحليل التباين (الثنائي) لدرجات أفراد العينة على مقياس التوجيه الصحي تبعاً لمتغيرات حالة التدخين (مدخن، غير مدخن) والحالة الصحية (يعاني من أمراض - لا يعاني من أمراض) وتقسّم لثلاث فئات (أمراض الضغط، أمراض السكر، أمراض أخرى) والتفاعل بينهما

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الاحصائية
الأمراض السابقة	3801.957	2	1900.979	3.768	.024
هل أنت مدخن، غير مدخن	2125.013	1	2125.013	4.212	.041
الأمراض السابقة * هل أنت مدخن أو غير مدخن	3135.731	2	1567.866	3.108	.046
الخطأ	217430.058	431	504.478		
المجموع المصحح	228524.613	436			

يتضح من الجدول (٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (P=0.05) في متوسط أداء أفراد الدراسة على مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية في متغيري الأمراض السابقة، والتدخين، والتفاعل بينهما، وللكشف عن دلالة الفروق تبعاً لمتغيري التدخين، تم إجراء اختبار (t.test) كما في الجداول (١٠)

جدول (١٠) يوضح اتجاه الفروق في التوجه نحو المعتقدات الصحية لدى أفراد الدراسة تبعاً لمتغير التدخين باستخدام اختبار (ت)

الانحراف المعياري	المتوسط	هل انت مدخن	البعد
5.95997	34.1333	مدخن	الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية
6.31782	34.1916	غير مدخن	
4.22732	26.1037	مدخن	التقدير الصحي
4.20795	25.7246	غير مدخن	
4.47709	11.1370	مدخن	الاهتمام الصحي
4.40578	10.7126	غير مدخن	
3.12770	15.8333	مدخن	الوعي الصحي
3.29280	15.6527	غير مدخن	
4.10343	19.9556	مدخن	الضبط الصحي
4.15705	19.4192	غير مدخن	
4.55445	11.5778	مدخن	القلق الصحي
4.59471	11.4132	غير مدخن	
2.22136	4.8556	مدخن	التوقعات الصحية
2.20273	4.7485	غير مدخن	
16.27699	123.5963	مدخن	الدرجة الكلية للأداة
17.04209	121.8623	غير مدخن	

يتضح من الجدول (١٠) أن الفروق بين المدخنين وغير المدخنين جاءت لصالح المدخنين مقارنة بغير المدخنين، ويمكن تفسير هذه النتيجة لكون المدخنين أكثر حرصاً على صحتهم وخوفاً من إصابتهم بالأمراض الجسدية، خاصة في ظل وجود التوعية الصحية والحملات الإعلامية التي تعنى بتقديم الخدمات الصحية للحد من التدخين والآثار السلبية الناتجة عنه لدى هذه الفئة، ولمعرفتهم المسبقة من الفئات الأكثر إصابة بالأمراض وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات التي اهتمت بالكشف عن آثار التدخين على الجانب الصحي لدى الأفراد. وللكشف عن الفروق تبعاً لمتغير المعاناة من الأمراض تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، كما في الجدول (١١)

**الجدول (١١) يوضح المقارنات البعدية (LSD) وفقاً لدرجات أفراد العينة على مقياس التوجيه الصحي تبعاً
لمتغير الحالة الصحية (يعاني من أمراض الضغط، السكري، أمراض أخرى)**

الدلالة الاحصائية	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	هل تعاني من أمراض	هل تعاني من أمراض
.810	3.24	.782	ضغط الدم	أمراض السكر
.007	2.95	7.92*	أمراض أخرى	
.004	2.48	-7.14+*	ضغط الدم	

يتضح من الجدول (١١) أن الفروق جاءت الفروق لصالح الأشخاص الذين يعانون من أمراض ضغط الدم يليها من يعانون من أمراض السكر، وأخيراً من يعانون من أمراض أخرى. ويمكن تفسير هذه النتيجة أن هذه الفئات (مرضى ضغط الدم، وأمراض السكر) من الأمراض المزمنة والتي تنعكس آثارها السلبية على كافة أجهزة الجسم، وهي مؤشر خطر للمصابين بهذه الأمراض خاصة إذا كان إدراكهم أو توجههم نحو المعتقدات الصحية فيه بعض المشكلات.

إجابة السؤال الرابع:

للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع والذي نص: "هل توجد فروق في التوجه نحو المعتقدات الصحية وفقاً للحالة الاجتماعية (أعزب- متزوج) والنوع (ذكر- أنثى) والعمر (٢٢-٢٥، ٢٦-٣٥، ٣٦-٤٨، ٤٨ فأكثر) والتفاعل بينهما؟".

جدول (١٢) يوضح تحليل التباين (الثلاثي) لدرجات أفراد العينة على مقياس التوجيه نحو المعتقدات الصحية تبعاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية (أعزب- متزوج) والنوع (ذكر- أنثى) والعمر، والتفاعل بينهما.

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الاحصائية
الجنس	131.223	1	131.223	.260	.610
العمر	5292.253	2	2646.127	5.243	.006
الحالة الاجتماعية	3220.752	2	1610.376	3.191	.042
الجنس* العمر* الحالة	11319.375	11	1029.034	2.039	.024
الخطأ	211957.905	420	504.662		
المجموع المصحح	228524.613	436			

يتضح من الجدول (١٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (a=0.05) في متوسط أداء أفراد الدراسة على مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية في متغير الجنس، في حين وجدت فروق في متغير الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب)، ولمعرفة الفروق تم إجراء اختبار (t.test) كما في الجدول (١٣).

جدول (١٣) يوضح اتجاه الفروق في التوجه نحو المعتقدات الصحية لدى أفراد الدراسة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية باستخدام اختبار (ت)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	
5.91884	33.8327	281	متزوج	الدافع لتعزيز الصحة والوقاية الصحية
6.37041	34.7372	156	أعزب	
4.38487	25.8897	281	متزوج	التقدير الصحي
3.91351	26.0833	156	أعزب	
4.50262	10.7900	281	متزوج	الاهتمام الصحي
4.34721	11.3077	156	أعزب	
3.21688	15.6762	281	متزوج	الوعي الصحي
3.14292	15.9231	156	أعزب	
4.25164	19.5552	281	متزوج	الضبط الصحي
3.88243	20.1026	156	أعزب	
4.32730	11.3950	281	متزوج	القلق الصحي
4.97263	11.7308	156	أعزب	
2.29051	4.8114	281	متزوج	التوقعات الصحية
2.07127	4.8205	156	أعزب	
16.36561	121.9502	281	متزوج	الدرجة الكلية للأداة
16.85545	124.7051	156	أعزب	

يتضح من الجدول (١٣) أن الفروق في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب) جاءت لصالح من هم بفتة أعزب مقارنة بالفتة الأخرى، ويمكن تفسير هذه النتيجة لكون الضغوط النفسية، والتعامل مع الإحباط والقلق والمشكلات النفسية لديهم أقل مقارنة بالفتة الثانية، والتي يمكن القول بأن الأشخاص المتزوجين أكثر انشغالات بمهارات الحياة

وإدارتها بشكل عام. وللكشف عن دلالة الفروق وفقاً لمتغير العمر تم إجراء اختبار المقارنات البعدية أقل فرق معنوي (LSD) كما في الجدول (١٤)

الجدول (١٤) يوضح المقارنات البعدية (LSD) وفقاً لدرجات أفراد العينة على مقياس التوجيه الصحي تبعاً لمتغير العمر

العمر	٢٥-١٩	26-35	36-48	أكثر من ٤٨
	36-48	4.72	---	-----
	أكثر من ٤٨	5.58*	.85	-----

يتضح من الجدول (١٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (P=0.05) في متوسط أداء أفراد الدراسة على مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية متغيري الحالة الاجتماعية وجاءت الفروق لصالح فئة المتزوجين، وفي متغير العمر جاءت الفروق لصالح من هم بفئة عمرية من (أكثر من ٤٨ سنة) سنة.

مناقشة النتائج:

أشارت النتائج إلى أن قيم معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للأداة كانت مرتفعة، كما فسر التحليل العاملي نسبة (٦٥%) التباين الكلي للأداة وهذا يتفق مع نتائج دراسة كل من كاديس وبيكتاس (Kudubes & Bektas, 2020) والتي فسرت نتائجها (٥٧,٦%) من التباين الكلي، ودراسة كل من وه وآخرون (Wu, et al, 2020) والتي فسرت نتائج التحليل العاملي التي قام بإجرائها (٦٠%) من التباين الكلي، وأكدت على الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة بوشوب ويارردي (Bishop, & Yardley, 2010) والتي بينت وجود ارتباط مرتفع بين أبعاد المقياس المتعلقة بالمعتقدات الصحية.

كما يتضح من تشعب الفقرات على العوامل السبع المشار لها بعد إجراء التقنين أنها اختلفت في تشعبها على المقياس في صورته الأصلية وفقاً لما تمت الإشارة له في وصف المقياس في حين أن الفقرات جاءت على النحو التالي: البعد الأول (٢٣، ٢٥، ٢٧، ٢٨، ٢٦، ٢٢، ٢١،

(١٠)، والبعد الثاني (٣٠، ٣٣، ٣٢، ٩، ١١، ٣٤، ٣٥)، والبعد الثالث (١، ٢، ٣، ٤، ٦، ٧) والبعد الرابع (١٧، ١٨، ١٩، ٢٠) والبعد الخامس (١٢، ١٤، ١٥، ١٦) والبعد السادس (١٣، ٢٨، ٢٩)، والبعد السابع (٥، ٨، ٣١)، واختلف المقياس في صورته الأصلية مع المقياس الحالي بمعامل ثبات ألفا كرونباخ؛ حيث بلغ في صورته الأصلية (٠.٩١) بينما بلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ في التقنين (٠.٧٢). ومعامل ثبات التجزئة النصفية (٠.٨٨) في كلا المرتين، واختلف في معامل ثبات التجزئة النصفية حيث بلغ في صورته الأصلية.

وتشابه المقياس المقنن مع الصورة الأصلية في عدة جوانب تمثلت في مرتي التطبيق على العينة الاستطلاعية والعينة الأصلية، والفئة المستهدفة من كلا الجنسين والمدخنين وغير المدخنين على وجه التحديد. واختلف في بعض الأساليب الإحصائية المتبعة؛ حيث اتبع المقياس المقنن التحليل العاملي التوكيدي، في حين اعتمد المقياس بصورته الأصلية على التحليل العاملي الاستكشافي.

كما أشارت النتائج بوجود فروق دالة إحصائية على مقياس التوجه نحو المعتقدات الصحية في متغير وجود الأمراض السابقة؛ وجاءت النتائج لصالح من يعانون من أمراض الضغط، يليها من يعانون من أمراض السكر، ويمكن تفسير هذه النتيجة بكون الأشخاص الذين يعانون من الضغط لديهم معتقدات صحية ومخاوف حول صحتهم الجسمية، ويحرصون على اتباع النمط الصحي والتوازن في كل شؤونهم، وهم أكثر توهماً للمرض لكون أمراض الضغط تنعكس سلباً على صحة الفرد، وتؤثر على أنشطة حياته، وجوانب مهمة في تفاعله الاجتماعي، وأنشطته العامة.

ووجود فروق وفقاً لمتغير التدخين ولصالح المدخنين، وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع نتائج الدراسة التي قام بها البناي وآخرون (Al-Bannay, et al., 2017) والتي أشارت نتائجها إلى المعتقدات الصحية لدى النساء. مثل الحرص على ممارسة الأنشطة الرياضية، وعدم التدخين، واتباع نمط غذائي ونوعية النوم، والرفاحية بنسبة بلغت (٤٤%). ويمكن تفسير هذه النتيجة بكون غير المدخنين لديهم معرفة ودراسة واهتمام مبالغ فيه حول صحتهم الجسمية، وهذا ينتج أصلاً من مخاوفهم على أنفسهم واتباعهم لأنماط وعادات وسلوكيات صحية متنوعة، بما يتوافق وحالتهم

النفسية، ويحرصون بشكل واضح على رعاية أنفسهم ومراقبة سلوكهم الصحي. وفي متغير الحالة الاجتماعية جاءت الفروق لصالح فئة المتزوجين مقارنة بالفئات الأخرى، ويمكن أن تعلق هذه النتيجة بكون المتزوجين هم أكثر اهتماماً بصحتهم خاصة لدى الإناث لما تتعرض له المرأة المتزوجة من تغيرات فسيولوجية في حياتها الزوجية والتي تتمثل في الحمل والولادة والارضاع، وغيرها من التغيرات الجسدية أثناء هذه المرحلة وما يعترضها من أمراض ربما تؤثر على صحتها بشكل دائم.

كما يمكن أن تُفسر هذه النتائج بالإجراءات الدقيقة المتبعة والتي تمثلت بالتحقق من الصدق والثبات على عينة استطلاعية، وتحليل الفقرات، وحساب معاملات الارتباط بين الفقرة مع البعد والأداة ككل، والتي أشارت إلى قوة الارتباط بين الفقرات والأداة، مما يؤكد على فاعلية المقياس. ويمكن القول: إن تشعب فقرات المقياس على عدد من العوامل يتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها كومبلان وآخرون (Kumlien, et al., 2020)، ودراسة إيرك وكايك (Erci, & Çiçek, 2017)

وفي متغير العمر جاءت الفروق لصالح من هم أكبر من (٤٨) سنة مقارنة بالفئات الأخرى، ويمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى ما أكدته النظريات التي تناولت النمو الإنساني؛ والتي بينت تغيرات فسيولوجية وتراجعا في القدرة الصحية والجسمية لدى الأفراد عندما يصلون إلى منتصف العمر، بما يشكل لديهم أزمة، بسبب تعرضهم لضغوط نفسية واجتماعية وتراجع في قدراتهم الجسدية، والمهارات العامة بما ينعكس سلباً على إمكاناتهم وقدراتهم الصحية، وهذا دافع قوي لديهم للوقاية واتباع الأنماط الغذائية السليمة للحفاظ على صحتهم. (أبو النور، وخطاطبة، وفارح، ٢٠١٨). كما بينت النتائج عدم وجود فروق وفقاً لمتغير الجنس على مقياس المعتقدات الصحية، وهذا يختلف عن نتائج دراسة جبر (٢٠٢٠) والتي أشارت إلى وجود فروق في المعتقدات الصحية لصالح الإناث مقارنة بالذكور.

توصيات الدراسة

استناداً إلى النتائج التي تم الوصول إليها، وتمتع المقياس بدرجة مقبولة من الخصائص السيكو مترية، يمكن التوصية بما يلي:

١. يتمتع المقياس بخصائص جيدة من حيث الصدق والثبات والمعيارية، وصلاحيه الاستخدام في البيئة العربية في المملكة العربية السعودية.

٢. عقد ورش عمل وندوات توعوية بأهمية المعتقدات الصحية الإيجابية والتدريب على مهارات السلوك الصحي.

٣. استخدام المقياس وتطبيقه مهنيّاً مع بعض الأشخاص الذين يعانون من الأمراض الصحية والنفسية، والمدخنين وتحديد الاتجاه نحو المعتقدات الصحية لديهم.

المراجع

أولاً: المراجع العربية :-

- أبو النور، محمد، وخطاطبه، يحيى، فارح، الوليد. (٢٠١٨). علم النفس المرضي قراءات نظرية وحالات تطبيقية. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- بوخنوس، ساره. (٢٠١٨). المعتقدات الصحية: تناول نظري. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، ٧، ١٤٨-١٦٠.
- تبعزة، محمد. (٢٠١٢) التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- التركي، يوسف. (٢٠٠٠). السلوك الصحي في ضوء الإسلام. الرياض: دار الوطن.
- جبر، فلاح (٢٠٢٠) بناء وتطبيق مقياس المعتقد الصحي لدى أطفال الرياض. مجلة أبحاث الذكاء، ١٤(٢٩)، ٢٨٠-٣١٠.
- الحارثي، إسماعيل والصمادي، عبد المجيد. (٢٠١٧) مستوى السلوك الصحي لدى طلاب جامعة أم القرى: دراسة وصفية. المجلة التربوية، ٣١ (١٢٢)، ١٢٥-١٤٥.
- حجازي، جولتان. (٢٠٠٩). قلق الموت وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القلب في محافظات غزة. جامعة الأزهر - مجلة كلية التربية، ٣ (١٤٣)، ٢١٥-٢٢٣.
- خليفة، عبد اللطيف. (١٩٩٢). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- خليل، نجلاء. (٢٠٠٦). في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الداغستاني، سناء والمفتي، ديار. (٢٠١٠). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. العراق، مجلة البحوث التربوية والنفسية. ٢٦-٢٦، ٧٨-١٤٢.
- شويخ، هنا (٢٠١٢). علم النفس الصحي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عسكر، سهيلة. (٢٠١٣). المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى الطلبة. الجامعة المستنصرية، مجلة البحوث التربوية والنفسية. ٣٩، ٩٥-١٣١.

محمود، جيهان (٢٠١٦). المعتقدات الصحية لدى الرياضيين وعلاقتها بالسلوك الصحي. المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، ٧٨، ١٦١-١٧٨.

ملحم، سامي (٢٠١٨). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. عمان: دار المسيرة.

وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية. (٢٠١٣م). مسح المعلومات الصحية في المملكة العربية السعودية وديلة٢٠١٣م. مسـترجـع مـن: <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/Documents/Final%20book.pdf>

ثانيا: المراجع العربية (مترجمة) :-

Abu al-Nur, Muhammad, and his preachers, Yahya, Farah, Al-Walid. (2018). Psychopathology, theoretical readings and applied cases. Riyadh: Zahraa House for Publishing and Distribution.

Buchnus, Sarah. (2018). Health Beliefs: Take my head. Journal of Studies in Health Psychology, 7, 148-160.

Tigza, Muhammad. (2012) Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. Amman: House of the March for Publishing and Distribution.

Turki, Yusuf. (2000 AD), Healthy behavior in light of Islam. Riyadh: Home of the homeland.

Jabr, Falah (2020) based on the health belief scale among Riyadh children. Journal of Intelligence Research, 14 (29), 280-310.

Al-Harthy, Ismail and Al-Samadi, Abdul-Majeed. (2017) The level of health behavior among students of Umm Al-Qura University: a descriptive study. The Educational Journal, 31 (122), 125-145.

Hegazy, two rounds. (2009). Anxiety and its relationship to healthy behavior in heart patients in Gaza governorates. Al-Azhar University - Journal of the College of Education, 3 (143), 215-223.

Khalifa, Abdul Latif. (1992). Beliefs Toward Mental Illness. Cairo: House of Culture for Publishing and Distribution.

Khalil, Naglaa. (2006). In medical sociology: a culture of health and disease. Cairo: The Anglo-Egyptian Library.

Dagestani, Sana and Mufti, Diyar. (2010). Outlook healthy. Iraq, Journal of Educational and Psychological Research. 26-26, 78-142.

Shuwaikh, here (2012). Health Psychology. Cairo: The Anglo-Egyptian Library.

Askar, Suhaila. (2013). Health beliefs and their relationship to self-efficacy among students. Al-Mustansiriya University, Journal of Educational and Psychological Research. 39, 95-131.

Mahmoud, Jehan (2016). Athletes' health beliefs and their relationship to healthy behavior. Scientific Journal of Education and Sports Sciences, 78, 161-178.

Melhem, Sami (2018). Find in education and science curricula psychology. Amman: House of the March.

The Ministry of Health in the Kingdom of Saudi Arabia. (2013), Health Information Survey in the Kingdom of Saudi Arabia 2013. Retrieved from: <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/Documents/Final%20book.pdf>

ثالثاً: المراجع الأجنبية: -

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211

Ajzen, I., & Madden, T. (1986) Prediction of goal - dircted behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control, Journal of Experimental Social Psychology, 22, 453 - 474.

Al-Bannay, H. R., Jarus, T., Jongbloed, L., & Dean, E. (2017). Discordance between lifestyle-related health beliefs and behaviours of Saudi women in Dammam. Health Education Journal, 76(5), 569-581.

Anderson, C. Lepper, M. & Ross, L. (1980). Perseverance of social theories: The role of explanation in the persistence of discredited information. Journal of Personality and Social Psychology, 39, 1037-1049.

Bishop, F., & Yardley, L. (2010). The development and initial validation of a new measure of lay definitions of health: The wellness beliefs scale. Psychology and Health, 25(3), 271-287.

- Bloch, P. (1984). The Wellness Movement: Imperatives for Health Care Marketers. *Journal of Health Care Marketing*, 4 (Winter), 9-16.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Nelson Education.
- Erci, B., & Çiçek, Z. (2017). Reliability and Validity of Drugs Use Health Belief Scale in Adult Women. *International Archives of Nursing and Health Care*, 3, 1-7.
- Esparza-Del Villar, O. A., Montañez-Alvarado, P., Gutiérrez-Vega, M., Carrillo-Saucedo, I. C., Gurrola-Peña, G. Ruvalcaba-Romero, N. & Ochoa-Alcaraz, S. (2017). Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC public health*, 17(1), 1-9.
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual review of public health*, 31, 399-418.
- Gould, S. (1990). Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(4), 228-237.
- Johnston, M. (1994). Current trends in Health Psychology. *The Psychologist*, 7, 114-118
- Kudubeş, A. & Bektas, M. (2020). Original Article: Psychometric Properties of the Turkish Version of the Healthy Lifestyle Belief Scale for Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 53, 57-63.
- Kumlien, C., Bish, M., Chan, E., Rew, L., Chan, P. Leung, D., & Carlson, E. (2020). Psychometric properties of a modified cultural awareness scale for use in higher education within the health and social care fields. *BMC Medical Education*, 20(1), 1-8.
- Leventhal, J. (1983). An interpretation of carbon and sulfur relationships in Black Sea sediments as indicators of environments of deposition. *Geochimica et Cosmochimica Acta*, 47(1), 133-137.
- Martini, G. (1991). Wellness programs: Preventive medicine to reduce health care costs. *School Business Affairs*, 57 (6), 8-11.

- Masiero, M., Oliveri, S., Cutica, I., Monzani, D., Faccio, F., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2020). The psychometric properties of the Italian adaptation of the Health Orientation Scale (HOS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-15.
- Misra R., Kaster E.C. (2012) Health Beliefs. In: Loue S., Sajatovic M. (eds) *Encyclopedia of Immigrant Health*. Springer, New York, NY.
- Narayan, K. Gregg, E. Fagot-Campagna, A., Engelgau, M. & Vinicor, F. (2000). Diabetes—a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. *Diabetes research and clinical practice*, 50, 77-84.
- Oguntibeju, O. (Ed.). (2013). *Diabetes mellitus: insights and perspectives*. BoD—Books on Demand.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 147-171.
- Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48
- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Levesque, D. A. (2001). A transtheoretical approach to changing organizations. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 28(4), 247-261.
- Resnicow, K.; Jackson, A.; Blissett, D.; Wang, T.; McCarty, F.; Rahotep, S.; & Periasamy, S. (2005). Results of the Healthy Body Healthy Spirit Trial. *Health Psychology*, 24, 339-48.
- Rosenstock IM (1966), "Why people use health services", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3), 94-127
- Rosenstock, I. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education* (39-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Snell Jr, W. , Johnson, G., Lloyd, P. & Hoover, M. (2002). The development and validation of the Health Orientation Scale: A measure of personality tendencies associated with health. *Progress in the study of physical and psychological health*.

Whalen, C., Jamner, L.; Henker, B. & Delfino, R. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology*, 20, 99–111.

World Health Organization. (2020). A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crises, world health day. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://hyper.ahajournals.org/content/27/4/968.full>

Wu, S., Feng, X., & Sun, X. (2020). Development and evaluation of the health belief model scale for exercise. *International journal of nursing sciences*, 7, 23-30.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مستخلصات الأبحاث
باللغة الإنجليزية



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

**The validity and reliability indices for the Arabic version of
the health Orientation Scale in the Saudi environment**

Researcher (8)

Dr. Yahya Mubarak 's Mubarak
Associate professor of Psychology
at Imam Muhammad bin Saud
Islamic Universit

Dr.Zafer bin Mohammed Al - Qahtani
Associate professor of Psychology
at Imam Muhammad bin Saud
Islamic Universit



Abstract ⁽⁸⁾

This study aimed at identifying the validity and reliability indices for the Arabic version of Orientation Scale (HOS) in the Saudi environment, and to achieve the goal of the study, the scale items were translated into Arabic in line with the study environment, included (36) items. The sample of study (437) male and female participants, whose ages ranged from (26-48) years and over.

The results of the confirmatory factor analysis indicated the existence of five main meaningful factors, over which (35) paragraphs out of (36) were saturated. The localized image of the scale (35) items had acceptable psychometric properties. The value of the coefficient of stability of the internal consistency using the Cronbach alpha coefficient (72.) and (88.) for the half partition stability coefficient, and the value of the stability coefficient of the scale (stability of repetition) was (81.) and the scale has an acceptable reliability.

The results also indicated that there are statistically significant differences at the level of (0.05) in the average performance of the study individuals on the scale of the orientation towards health beliefs in the variable presence of previous diseases, and the results were in favor of those suffering from stress diseases, followed by those suffering from diabetes, and the presence of differences according to the smoking variable. In the interest of smokers, in the marital status variable the differences came in favor of the unmarried group compared to the married group, and in the age variable the differences came in favor of those older than (48) years compared to other groups, and the results showed no differences according to the gender variable on the scale of health beliefs.

Key words: The validity and reliability indices, health Orientation Scale (HOS), Kingdom of Saudi Arabia.

Researches Abstracts



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH



ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

Journal of Islamic University

for Educational and Social Sciences

Refereed Periodic Scientific Journal

