

الكفاءة الصحية المدركة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة

مروة علاء محمد أ.م.د مهدي كاظم داخل

الجامعة المستنصرية - كلية الآداب - قسم علم النفس

المستخلص:

أستهدف البحث الحالي التعرف على الكفاءة الصحية المدركة، لدى الأفراد المصابين بالامراض المزمنة، والتعرف على دلالة الفروق في العلاقة بين الكفاءة الصحية المدركة بالصحة تبعاً لمتغيرالجنس (ذكور-أناث).

ولتحقيق أهداف البحث الحالي أستعملت الباحثة، مقياس الكفاءة الصحية المدركة وتضمن (31) فقرة بصورته النهائية، وأستخرجت الخصائص السايكومترية من صدق وثبات للمقياس.

طبق المقياس على عينة من مرضى الأمراض المزمنة بلغت (689) من المرضى الأمراض المزمنة بوساطة التطبيق الالكتروني من مجتمع البحث في مستشفى مدينة الطب لفروعه،(مستشفى بغدادالتعليمي، والمركز التخصصي للجراحات (مستشفى غازي الحريري) ومستشفى دار التمريض الخاص، والمركز العراقي لأمراض القلب)، وبعد معالجة البيانات اعتماداًعلى الوسائل الأحصائية المناسبة من خلال الحقيبة الأحصائية (SPSS)، أشارت نتائج البحث الحالي الى أن الكفاءة الصحية المدركة أعلى من المتوسط اي أن المستجيبين كانوا يتمتعون بدرجة عالية في كفاءة الصحية مدركة بمعنى يتمتعون بمركز ضبط داخلي، وكما أشارت أنه هناك فرق في الكفاءة الصحية المدركة تبعاً لمتغيرالجنس (ذكور - أناث) ولصالح الذكور.

وفي ضوء النتائج التي أشيرلها قدمّت عدد من التوصيات والمقترحات التي توسع من مديات البحث لبحوث لاحقة.

Perceived health competence in individuals with chronic diseases

Dr.mahdi Kadhem Dakel

Researcher. Marwa Alaa

Mohammed

Abstrac:

The current research aimed to identify the perceived health competence of individuals with chronic diseases, and to identify the significance of the differences in the relationship between the perceived health competence of health according to the gender variable (males – females).

To achieve the objectives of the current research, the researcher used the Perceived Health Aptitude Scale and included (31) items in its final form, and the psychometric properties were extracted from the validity and reliability of the scale.

The scale was applied to a sample of chronic disease patients amounting to (689) patients with chronic diseases by the electronic application of the research community in the City of Medicine Hospital for its branches, (Baghdad Teaching Hospital, the Specialized Center for Surgery (Ghazi Hariri Hospital), the Private Nursing Home Hospital, and the Iraqi Center for Cardiology) And after processing the data relying on the appropriate statistical means through the statistical bag (SPSS), the results of the current research indicated that the perceived health competence is higher than the average, meaning that the respondents had perceived health competence in the sense that they have an internal control center, and also indicated that there is a difference in health competence. Perception according to the gender variable (male - female) and in favor of males,

In light of the results that I report, a number of recommendations and proposals were made that expand the research directorates for later research.

مشكلة البحث:

يمثل السلوك الصحي مجموعه من الانماط والعادات السلوكية التي يمارسها الافراد في جوانب حياتهم اليومية، فيقومون على تحقيق أهدافهم المرتبطة بدوافعهم وحاجاتهم النفسية من خلال مؤسسات المجتمع، كالمدرسة، ووسائل الاعلام، ودور العبادة، والمراكز الثقافية، ووزارة الصحة، دورا واضحا في اكتساب الافراد السلوكيات الصحية السليمة (Lennon, 2000, p.41)، رغم أهمية تأثير العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الافراد او تأثيرها في حدوث اصابات وامراض خطيرة ومزمنة، إلا أن الأسلوب الذي يعتمده الفرد في حياته والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، إذ تشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك الصحي والصحة (عثمان، 2001، ص 19)، تعد الكفاءة الذاتية المدركة بمثابة مؤشر مناسب لسلوك النوايا والسلوكيات الصحية المبلغ عنها، إذ تتعلق الكفاءة الذاتية للتعافي بقناعة الفرد بالعودة إلى المسار الصحيح بعد أن يكون خرج عن مساره، وثقته في أهليته لاستعادة السيطرة بعد التعرض لانتكاسة أو فشل ما، إذا ما حدثت أثناء هفوة ما (Petersen، 2009, p.23)، وهذا ما أكدته نتائج دراسة بريفك وآخرون (Breivik, et al, 2006). التي أجراها في خمسة عشر دولة أوروبية، أن الألم المزمن يمثل مشكلات صحية كبيرة لها آثار سلبية على نوعية حياة المصابين به (Breivik et al, 2006, p309)، ومن ملاحظة خصائص كل من الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية المدركة نجد أن من بين أهم الفروق هي فروق في فاعلية الذات المحددة بالصحة في القيام بالسلوكيات الصحية، و بناءً على ذلك نجد أنه من الطبيعي أن الكفاءة الذاتية تشكل حيزا كبيرا من المشكلات الصحية لدى مرضى الامراض المزمنة، إذ أن تنشيط هذا المورد الهام يعد من الاشكال العلاجية الاساسية، و ذلك أن العلاج الجسدي بمفرده غير كافيا، كما أشار أداي 2002 (Aday)، إلى أن الأفراد الضعفاء صحياً قد يفتقرون إلى الفرص والموارد اللازمة للفاعلية الذاتية، وهم معرضون لخطر تدهور صحتهم بسبب ظروفهم

الجسدية أو الاجتماعية أو النفسية، ويفتقرون إلى رأس المال الاجتماعي وشبكات الدعم، ولديهم مطالب قلق في إدارة أوضاعهم الصحية (Aday, 2002, p.13). ويمثل السلوك الصحي مجموعه من الانماط والعادات السلوكية التي يمارسها الافراد في جوانب حياتهم اليومية، فيقومون على تحقيق أهدافهم المرتبطة بدوافعهم وحاجاتهم النفسية من خلال مؤسسات المجتمع، كالمدرسة، ووسائل الاعلام، ودور العبادة، والمراكز الثقافية، ووزارة الصحة، دورا واضحا في اكتساب الافراد السلوكيات الصحية السليمة (Lennon, 2000, p.41). ويمكن أن تؤدي الحالات الصحية للأمراض المزمنة، بغض النظر عن نوعها إلى ضغوط متشابهة لخبرات كل من الأطفال والمراهقين، مثل الانتكاسات الأكاديمية، وانخفاض التفاعلات الاجتماعية مع الأقران والقيود الوظيفية (Stein & Jessop, 1989)) تتحدد مشكلة البحث بالتعرف الى :- مامستوى الكفاءة الصحية المدركة لدى المصابين بالامراض المزمنة ؟ وأدرجة الكفاءة الصحية المدركة.

أهمية البحث:

وتعد الوقاية الصحية هي شكل من أشكال فاعلية الذات (Bundura, 1977)، وارتبطت معرفة المخاطر بشكل إيجابي بعادات غذائية أفضل (تناول كمية من الدهون المشبعة)، كما ارتبطت الوقاية الصحية بشكل إيجابي بالالتزام بالعبادة والنشاط البدني، بمعنى أن الأفراد يتقنون بشكل مفرط في قدرتهم على رعاية أنفسهم، ويعد الأفراد الذين يشاركون في مستويات أعلى من النشاط البدني على أنهم أقل عرضة للخطر (Barnhart et al, 2009, P.339)، وقد يكون الأفراد الذين يرون أنفسهم في خطر أعلى للمضاعفات أكثر حذرا ويتجنبون النشاط البدني بسبب القلق من تقلبات الاحاسيس الجسدية (ضربات القلب) (Jackson et al, 2015, p.120)، ومن المحتمل أيضا أن الأفراد الذين ليس لديهم معرفة عالية بالمخاطر، لم يتم تعليمهم توصيات النشاط البدني

المناسبة للناجين من أمراض الشرايين القلبية، على الرغم من أن هذا التفسير وأقل احتمالية. (Sable et al, 2011, p.46) كما أشار تايلور وآخرون (2004)، (Taylor, et al, 2004)، أن الحالة الصحية لكبار السن تتأثر بمستوى ادراكهم لها في أداء أنشطة حياتهم اليومية، والتي تؤثر أيضا على جودة حياتهم، كما يؤكد تايلور وآخرون أن هناك أدلة واضحة بين ادراك فاعلية المرء وظهور الامراض المزمنة والتدهور الوظيفي لدى كبار السن (Taylor, et al, 2004, p.730). وأكد كاستيلو وآخرون (2005)، (Castillo et al)، أن من الضروري معرفة الحالة الصحية للفرد (شكل او حالة) لأنه مؤشر ممتاز لمتوسط العمر المتوقع والذي يتم استخراجة من خلال طول العمر والحالة الصحية، اذ هناك علاقه وثيقة بين حالة الفرد الصحية ومعدل الوفيات. (Blain et al, 2000, P.1240)، في السنوات القليلة الماضية، أظهرت الأبحاث المتعلقة بصورة الجسم وسلوك الطعام وفاعلية الذات الصحية أن هذه المفاهيم تؤدي دورًا في نوعية حياة الأفراد، إذ حدد سانفتر (Sanftner JL) (2011) تأثير الأدراكات حول صورة الجسد وسلوك الطعام على نوعية حياة الأفراد الأمريكيين (Sanftner JL, 2011, p.136)، كما أكدت ذلك رويدا (Rueda) 2006 في دراستها للتأثير الكبير للكفاءة الصحية المدركة في نوعية حياة الفرد (Rueda, 2006, p.129). يشير سمث وآخرون (Smith, et al)، الى أن الكفاءة الصحية المدركة بانها تكوين خاص بالمجال أذ يكون مجال الأهتمام هو الصحة، أذ تقيس الكفاءة الصحية المدركة قدرة الفرد نفسة على التأثير بشكل فعال على نتائجة الصحية، وأظهرت دراسة كل من بيكرز وآخرون (Bekers et al) 1996، ودراسة كينغهام وآخرون (Cunningham et al) 1991 عن وجود ارتباط إيجابي كبير لمرضى السرطان مع الكفاءة الذاتية المدركة مع مؤشرات جودة حياتهم ومزاجهم بشكل عام (Cunningham, et al, 1991, p.71)، كما أظهرت دراسة ديمبستر (Dempster) 2008، أن الافراد الذين حصلوا على درجات أعلى في (PHCS) الكفاءة الصحية المدركة هم أقل حاجة لتقديم النصائح أو المساعدة في سلوكهم

الصحي المرتبط بالصحة (Dempster,2008, p.123). أظهرت دراسات أخرى أن توفير المعلومات الصحية الكافية والمخصصة للمرضى يمكن أن تؤثر على تكوين تمثيلات مرضية أكثر إيجابية (Rainey ,1985,Husson ,et al 2013) وأنه من الضروري أدراك مايفهمه مرضى الأمراض المزمنة من المرض ،والمعتقدات حول المرض والمخاوف وكيفيه التفاعل مع المرض من أجل الأمتثال للعلاج ,et Katavic ,al,2016,p.3). بناءً على ما تقدم تتجلى أهمية البحث الحالي بالنقاط التالية: *الأهمية النظرية : تسليط الضوء على متغيري الكفاءة الصحية المدركة، وفعالية الذات المحددة بالصحة من حيث خلفيته النظرية وكذلك استعراض أهم نتائج البحوث التي تناولته بالدراسة ،أنه يتناول اعتقادات الفرد، وكيفية إدراك للمواقف التي يواجهها في حياته، وكيفية تفسيره لنتائج هذه الاعتقادات، وإثراء التراث النظري حول " مفهوم الكفاءة الصحية المدركة، وفعالية الذات المحددة بالصحة لدى مرضى الأمراض المزمنة، فعلى حسب إطلاع الباحثة لم يحظى هذان المتغيران معا بالدراسة الوافية، وهذا ما سوف يسهم في خلق تراث نظري بالإمكان الاعتماد عليه، ولفت انتباه الباحثين إلى ضرورة الإنتباه لأهمية متغير الكفاءة الصحية المدركة، وفعالية الذات المحددة بالصحة في تعزيز الصحة وبالتالي العمل على ربط هذا المتغير بمتغيرات أخرى للدراسة والبحث . *الأهمية التطبيقية : تنبيه العاملين بأقسام الامراض المزمنة إلى أهمية العوامل النفسية من أجل العناية أكثر بهذه الفئة، وتكشف لنا نتائج الدراسة عن المؤشرات التي لها علاقة بمتغيري البحث الحالي لدى مرضى الامراض المزمنة فإن هذا قد يمكن من التنبؤ والفهم المععمق وبالتالي تعزيز الاسباب التي سوف تحقق أفضل تكيف مع المرض، أذ يساهم البحث الحالي في تغيير اعتقاد المرضى نحو الموضوعات بطريقة ايجابية لمواجهة الأحداث والمواقف المتعددة وخاصة في المجال الصحي منه.

ثالثاً : أهداف البحث : Aims of the research :

يستهدف البحث التعرف على :

- 1- التعرف على الكفاءة الصحية المدركة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة .
- 2- التعرف على دلالة الفرق في الكفاءة الصحية المدركة، وفقاً للنوع

رابعاً : حدود البحث : Limits of the Research

يحدد البحث الحالي بدراسة الكفاءة الصحية المدركة لدى مرضى الامراض المزمنة المراجعين في دائرة مدينه الطب لفروعه في مستشفى الشهيد غازي الحريري(الجراحات التخصصية)، ومستشفى دار التمريض الخاص، والمركز العراقي لأمراض القلب، ومستشفى بغداد التعليمي، في مدينة بغداد للعام 2020.

خامساً: تحديد المصطلحات : Definition the Term

1- الكفاءة الصحية المدركة: (perceived health competence)

1- روتر (1966) (Rotter ,1966): هو أن احتمالية أنخراط الفرد في مجموعة من السلوكيات المرتبطة وظيفياً في موقف نفسي معين لتوقع الفرد بأن السلوكيات ستؤدي إلى نتيجة معينة في هذه الحالة، وقيمة النتيجة له في تلك الحالة بأنه متحكم داخلياً (الاعتقاد أن الفرد يتحكم بمجرى حياته) أو خارجي متحكم به خارجياً (الاعتقاد أن مجرى الحياة خاضع لتحكم عوامل خارجية لا يمكن للفرد التأثير عليها، أو أن الحظ أو القدر يتحكم بمجرى الحياة)، (Rotter,1954,P.184). وتتضمن :

- مصدر الضبط الصحي الداخلي: وهو اعتقاد الفرد بان العوامل الداخلية أو السلوك الفردي هو المسؤول عن صحته او مرضه (Insal Siri , Nilay Gemly , 2007.p.52)

- مصدر الضبط الصحي الخارجي (قوة الآخرين) : وهو اعتقاد الفرد أن صحته يؤثر فيها الآخرون كالأسرة، والأطباء المشتغلين بحقل الرعاية الصحية. (Wallston& Kenneth,et al,1978,p.140).

2- تعريف روتر **Rotter 1966** : وهو اعتقاد الفرد بأن التدعيمات الايجابية والسلبية التي تحدث له أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة ترتبط بعوامل خارجية عن الفرد مثل الحظ او الصدفة أو تأثير الآخرين أو العوامل غير معروفة وهو لا يعتبر نفسه مسئولاً عما يحدث له من أحداث . (, **Rotter** 1966 p 54)

- **التعريف النظري**: تتبنت الباحثة تعريف روتر 1966 تعريفا نظريا للبحث.
 - **التعريف الاجرائي**: هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من خلال الاجابة على فقرات مقياس الكفاءة الصحية المدركة المستعمل في هذه الدراسة

الاطار النظري:

أولاً- **نظرية التعلم الاجتماعي (لجوليان روتر Social learning theory, 1966)**:
 طور علماء النفس الاجتماعي نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر (Social learning) نظريته للتعلم الاجتماعي، بعد أن كان المنظور السائد في علم النفس الأكلينيكي في ذلك الوقت هو التحليل النفسي لفرويد، والذي ركز على الدوافع الغريزية العميقة للأفراد كسلوك محدد، كان ينظر إلى الأفراد على أنهم ساذجون لدوافعهم اللاواعية، وكان العلاج يتطلب تحليلاً طويلاً للأجل لتجربة الطفولة، حتى أساليب التعلم في ذلك الوقت كانت تهيمن عليها نظرية القيادة، والتي رأت أن الدافع وراء سلوك الأفراد هو الدافع من الناحية الفسيولوجية التي تضغط على الفرد لأرضائهم، في تطوير نظرية التعلم الاجتماعي، أبتعد روتر عن التحليل النفسي القائم على الغريزة والسلوكية القائمة على الدافع، كان يعتقد أن النظرية النفسية يجب أن يكون لها مبدأ تحفيزي نفسي، لذا اختار روتر القانون التجريبي للتأثير كعامل محفز له، وينص القانون التأثير على أن

الناس لديهم دوافع للبحث عن التحفيز الإيجابي، أو التعزيز، وتجنب التحفيز غير السار، والجمع بين السلوكيات الحاضرة ودراسة الشخصية دون الاعتماد على الغرائز الفسيولوجية أو محركات السلوك كقوة دافعة (Rotter, 1942, p. 410).

الفكرة الرئيسية في نظرية جوليان روتر للتعلم الاجتماعي هي أن الشخصية تمثل تفاعل الفرد مع بيئته، لا يمكن للمرء ان يتحدث عن شخصية الداخلية للفرد بمستقل عن بيئته، ولا يمكن التركيز على السلوك باعتباره استجابة تلقائية لمجموعة موضوعية من المحفزات البيئية، بدلاً من ذلك لفهم السلوك يجب على الفرد ان يأخذ (تاريخ حياته في التعلم والتجارب) والبيئة (أي تلك المحفزات التي يكون الفرد على علم بها، ويستجيب لها، ويصف روتر الشخصية بأنها مجموعة مستقرة نسبياً من أماكن الاستجابة للمواقف بطريقة معينة. (Rotter & Rafferty, 1950, p.56).

ويؤكد روتر أن سلوك الشخصية قابل للتغيير دائماً، بتغيير الطريقة التي يفكر بها الفرد أو بتغيير البيئة التي يستجيب لها كذلك لا يعتقد ان هناك فترة حرجة بعدها يتم تعين الشخصية، ولكن كلما زادت خبرة الفرد في تكوين مجموعات معينة من المعتقدات زاد الجهد والتدخل اللازمين لحدوث التغيير، يرى روتر الأفراد بطريقة متفائلة إذ يرى ان أهدافهم تسعى الى تحقيق أقصى حد من التعزيز بدلاً من مجرد تجنب العقاب (Rotter, J, B, 1954).

يشير روتر الى أربعة مفاهيم - مكونات - رئيسية لنموذج التعلم الاجتماعي الذي يتنبأ بالسلوك وهي :

أولاً: إمكانات السلوك: Behavior potential

ثانياً: التوقع: Expectancy

ثالثاً: قيمة التعزيز: Reinforcement value

رابعاً: الموقف النفسي: The Psychology Situation

خامساً: العمومية مقابل الخصوصية: Public versus privacy

أولاً: أمكانيات السلوك: هو احتمال الأنخراط في سلوك معين في موقف معين، بمعنى آخر ما هو احتمال ان يتعرض الفرد لسلوك معين لموقف ما في اي موقف معين . هناك سلوكيات متعددة للفرد الدخول فيها، لكل سلوك ممكن، هناك احتمال للسلوك الفرد سوف يحمل اي سلوك لديه على اعلى الأمكانيات (Rotter, 1966 p.80) .

ثانياً: التوقع: هو الاحتمال الشخصي بان سلوك معين سيؤدي الى نتيجة معينة او معزز، ما مدى احتمال ان يؤدي السلوك الى نتيجة ؟ وجود توقعات عالية او قوية يعني ان الفرد، واثق من ان السلوك سيؤدي الى نتيجة .

وجود توقعات منخفضة يعني ان الفرد يعتقد انه من غير المرجح ان يؤدي سلوكه الى التعزيز، اذا كانت النتائج مرغوبة على حد سواء، فسوف تتخبط في السلوك الذي لديه أكبر احتمالية للدفع (على سبيل المثال، اعلى توقع) . للحصول على توقع مرتفع، يجب على الناس تصديق كلاً (أ) ان لديهم القدرة على تفعيل السلوك بفعالية و(ب) ان هذا السلوك سوف يؤدي الى هذا التعزيز .

تتشكل التوقعات على اساس الخبره السابقة، كلما ادى السلوك في اغلب الاحيان الى التعزيز في الماضي، كان توقع الفرد اقوى ان يحقق السلوك هذه النتيجة الآن بالإضافة الى ذلك، لايحتاج الأفراد الى تجربة مباشره مع تعزيز سلوك معين .

(Rotter&Liverant&Crowne, 1961, p.161)

أشار روتر ان ملاحظتنا حول نتائج سلوكيات الآخرين تؤثر على توقعاتنا اذا رأينا فرداً آخر يعاقب على سلوك معين، فلا يتعين علينا تجربة العقاب الشخصي لتشكيل توقع بأن هذا السلوك من المحتمل أن يعاقب عليه .

من المهم ان نلاحظ ان التوقع هو احتمال شخصي، أن أحد المصادر الشائعه لعلم الأمراض هو توقعات غير منطقية، قد لاتكون هناك اي علاقه على الاطلاق بين تقييم الشخصي، لشخص لمدى احتمال التعزيز والأحتمال الفعلي والموضوعي لحدوث التعزيز،

يمكن للأفراد اما المبالغة في تقدير هذا الاحتمال او تقليل من اهميته ويمكن ان يكون كل التشوهات مشكلة .

(Rotter, 1975, p.43)

ثالثاً: قيمة التعزيز: التعزيز هو أسم آخر لنتائج سلوكنا، تشير قيمة التعزيز الى استصواب هذه النتائج للأشياء التي تريد ان تحدث، والتي تتجذب اليها، لها قيمة تعزيز عالية، الأشياء التي لاتزيد حدوثها، والتي ترغب في تجنبها، لها قيمة تعزيز منخفضة اذا كان احتمال التعزيز هو نفسه (على سبيل المثال، توقعنا متساوٍ)، فسنعرض السلوك بأعلى قيمة تعزيز، وهو السلوك الموجة نحو نتيجة التي فضلها أكثر من غيرها، كما تشير نظرية التعلم الاجتماعي، فإن البيئة الاجتماعية لها اهمية أساسية في تشكيل سلوكنا على النتائج الاجتماعية مثل الموافقة او الحب او الرفض، وهي تأثيرات قوية على سلوكنا، بالنسبة للأفراد غالباً ما يكون اهم التعزيزات هو التعزيز الاجتماعي .

كما هو الحال مع التوقع تكون قيمة التعزيز ذاتية مما يعني أن الحدث أو التجربة نفسها أن تختلف اختلافاً كبيراً في الرغبة اعتماداً على تجربة حياة الفرد من شأن العقاب من أحد الوالدين أن يعزز بشكل سلبي لمعظم الأطفال ويجب تجنب شيء ما، ومع ذلك، يمكن للأطفال الذين يحصلون على شيء قليل من الاهتمام الايجابي من الوالدين البحث عن عقوبة الوالدين لأنه يحتوي على قيمة التعزيز اعلى من الأهمال يتم تحديد قيمة أي معزز معين جزئياً بواسطة معززات مستقبلية اخرى قد تؤدي إليها، على سبيل المثال، يؤدي القيام بعمل جيد في اختيار في فئة معينة الى زيادة قيمة التعزيز، إذا كنت تعتقد ان القيام بعمل جيد في هذا الفصل سيؤدي الى القدر على العمل في مختبر أستاذك، لذلك، حتى حدث تافه على ما يبدو أن يكون له قيمة تعزيز قوية للغاية، سواء كانت ايجابية او سلبية إذا رأى الفرد أنها تؤدي الى معززات أخرى ذات قيمة قوية .

رابعاً: الموقف النفسي: يمثل الوضع النفسي لدى روتر ان تجارب كل فرد في البيئة فريدة من نوعها، على الرغم ان الحالة النفسية لا تدخل مباشرة في صيغة للتنبؤ بالسلوك،

الا ان روتر يعتقد انه من المهم دائماً مراعاة ان الحالة النفسية لا تدخل مباشرة في صيغة للتنبؤ بالسلوك، الا ان روتر يعتقد ان من المهم دائماً مراعاة ان مختلف الافراد يفسرون نفس الموقف بشكل مختلف، ان كثير من الافراد لديهم توقعات مختلفة وقيم التعزيز فية في نفس الموقف، وبالتالي، فان التفسير الذاتي للأفراد عن البيئة، وليس مجموعة من المحفزات الموضوعية، هي ذات مغزى بالنسبة لهم والتي تحدد كيفية تصرفهم .

خامساً- العمومية مقابل الخصوصية: البعد المهم لنظريات الشخصية هو العمومية مقابل الخصوصية بنياتها البنيات العامة واسعه ومجردة، بينما البنيات المحددة ضيقة وملموسة، كلا النوعين من البنيات لها مزاياها تسمح النظرية ذات التركيبات العامة للفرد بأجراء العديد من التنبؤات، عبر المواقف، من معرفة كمية صغيره فقط من المعلومات، عيوب الأنشاءات العامة .

على الرغم من ذلك، هي من الصعب قياسها والتنبؤات الصادرة عنها لديها مستوى أقل من الدقة، من ناحية اخرى من السهل قياس تركيبات محددة، ويمكن استخدامها لأنشاء تنبؤات أكثر دقة ومع ذلك فان هذه التنبؤات تقتصر على كونها خاصة بالحالة .

على سبيل المثال، ان فرداً ما عدائياً عموماً يسمح لنا بعمل تنبؤات بأن هذا الفرد سيكون عدائياً تجاه مجموعة من الأفراد عبر المواقف من المحتمل ان يكون هذا الفرد اكثر عدوانية للآخرين من الفرد الذي يعاني من العدا، ومع ذلك فإن قدرتنا على التنبأ بمدى عدوانية هذا الفرد بالنسبة الى حين، على سبيل المثال، محدودة، لأنه قد تكون عوامل أخرى يحدد ما اذا كان هذا الفرد سيتعامل مع الفرد ما بطريقة عدائية خلال لقاء معين (على سبيل المثال، فرد يحب فرداً ما، أو العوامل الظرفية تمنع التعبير عن العدا). من ناحية أخرى اذا علمنا أن هذا الفرد يكره فرداً ما، فيمكننا أن نتوقع بدرجة عالية من الدقة أن هذا الفرد سيكون عدائياً أتجاه فرداً ما لكننا لن نتمكن من التنبأ بما اذا كان هذا الفرد سيعامل أفراد آخرين بطريقة عدائية.

(Rotter, 1978, p.1-10).

تكمن قوة نظرية التعلم الاجتماعي لدى روتر في انها تمزج بشكل صريح بُنيات نظرية محددة وعامة تقدم مزايا عديدة في نظرية التعلم الاجتماعي، كل التركيبات العامة لها نظير محدد لكل توقع ظرفي محدد، يوجد توقع عام مع الوضع وتمزج نظرية التعلم الاجتماعي بين النوعية والخصوصية لتمكين علماء النفس من قياس التغيرات واجراء عدد كبير من التنبؤات الدقيقة من هذه التغيرات .

"وحدة التحكم " بالنسبة لكثير من الافراد فأن تعرضهم الوحيد لافكار روتر هو مفهومه توقعات"معممة" (generalized expectancies) والمعروف أكثر بأسم موضع السيطرة وهو ما يشير " للسيطرة على التعزيز "موضع السيطرة والمعتقدات العامة للافراد وعبر المواقف حول ما الذي يحدد ما اذا كانوا سيتعززون في الحياة أم لا، يمكن تصنيف الافراد على طول سلسلة متصلة من داخلية جداً الى خارجية جداً.

* أشتق روتر من التوقعات المعممة مفهومين هما مركز التحكم الداخلي والخارجي:

(Locus of contro Internal and external)

يعتقد الأفراد الذين يتمتعون بمركز تحكم داخلي قوي أن المسؤولية عن تعزيزهم لاتقع في نهاية المطاف على عاتقهم، اذا يشير اصحاب التحكم الداخلي أن النجاح او الفشل يرجع الى جهودهم الخاصة، في حين يعتقد اصحاب التحكم الخارجي ان التعزيزات في الحياه يتحكم فيها الحظ، او الصدفة أو غيرها لذلك هم لا يرون تأثيراً لجهودهم على مقدار التعزيز الذي يتلقونه . كما أشار روتر على نطاق واسع حول المشكلات المتعلقة بتفسيرات الأفراد لموضع مفهوم التحكم بعدد من المؤشرات :

أولاً: لقد حذر الأفراد من أن موضع السيطرة ليس مجرد تصنيف، إذا انه يمثل سلسلة متصلة، وليس إمرأ أو اقتراحاً .

ثانياً: نظراً لأن موضع التحكم هو توقع عام، فأنة سيتنبأ بسلوك الأفراد عبر المواقف ومع ذلك قد تكون هناك بعض المواقف المحددة التي يتصرف فيها الأفراد، فعلم النفس المرضي والعلاج يعارض فية روتر بشدة النموذج الطبي لمفهوم الأضطرابات النفسية

باعتباره أمراضاً أو اضطراباً، بدلاً من ذلك، فهو يدرك المشكلات النفسية كسلوك غير متكيف ناتج عن خبرات تعليمية خاطئة أو غير ملائمة .

كما أشار روتر (Rotter, 1996)، أن علم الأمراض قد يتطور عندما يكون الفرد الذي يتوقع العقاب أو الفشل، وقد يتجنبها بالقمع أو يحاول الوصول الى (اهدافه) من خلال التوجيه أو الخيال أو الوسائل الرمزية .

مفهوم مصدر الضبط الصحي:

انبثق مفهوم مصدر الضبط الصحي، شأنه شأن غيره من انواع إدراك الضبط النوعي من نظرية التعلم الاجتماعي (Rotter). وقد اكتشف مطوروا هذا المفهوم من خلال ملاحظاتهم للذين تم تشخيص اصابتهم حديثا بالسكري وتأكيد الاطباء على اهمية دور المريض في الاعتناء بصحته وهو ما يفسر محاولة الاطباء على تبني المريض لمصدر ضبط داخلي وهم في ذلك الحين لا يعلمون بشيء عن نظرية روتر حول مصدر الضبط. هذه الملاحظة دفعت بالباحثين الى ربط مصدر الضبط العام بالعناية الصحية، ومحاولة اقناع الاطباء المشتغلين بالصحة بتبني مفهوم روتر لمصدر الضبط وتدريب المرضى على (جبالي ، نور الدين، 2007 ، ص5).

وهذا ما دفع ولستون (Wellston) ومعاونيه الى طرح مفهوم مصدر الضبط الصحي، بمؤتمر سان فرنسيسكو، ومن ثم جاءت ابحاث ليفينسون (1973، Levenson) حول مفهوم مصدر الضبط الاحادي، وتأكيدها على كون مصدر الضبط متعدد الابعاد ويتكون :

1- مصدر الضبط الصحي الداخلي : اعتقاد الفرد بان العوامل الداخلية او السلوك

الفرد هو المسؤول عن صحته او مرضه .

2- قوة الآخرين: وهو اعتقاد الفرد ان صحته يؤثر فيها الآخرون كالأسرة، والأطباء، والمشتغلين بمجال الرعاية الصحية (powerful others) .

(Wallston et al, 1976, p.580)

3- الحظ (القدر): وهو اعتقاد الفرد بان صحته محصلة حظ وصدفة (feat and chance).

فمصدر الضبط الصحي حسب ولستون (Wallston) ومعاونيه هو الدرجة التي يعتقد الفرد فيها ان صحته تتحكم فيها عوامل داخلية (ذاتية)، او خارجية (الحظ والصدفة، او الآخرون من الاطباء والعاملين في مجال الصحة).

وهذا ما جعل مفهوم مصدر الضبط يدخل في مجالات علم النفس المختلفة ففي العقود الثلاثة الماضية، تم تطبيقه في مجال السلوك الصحي (Behavioral Heath) وقد توصل العلماء الي أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول صحته، (مصدر الضبط الصحي Heath locus of control) (مفتاح ، 2010 ، ص151).

فالمعتقدات أو المدركات لها دور فعال في التأثير على حدوث المرض أو انعدامه، وتعد على أنها إضافة جوانب ثقافية للمرض المدرك فمثلا التهديد المدرك لمرض الإيدز إذا ما كان عالميا فإن إمكانية الإصابة المدركة عالية، وهذا ما توصل إليه جرينهالغ وزملائه 1998 (Greenhalgh) على أهمية توافر الخبرة بالاسباب الشائعة للأصابة لدى عينة مصابة بمرض السكري. (Greenhalgh, et al, 1988, p.978). ولغرض التوصل الى الاسباب الحقيقية للأصابة تطلب الامر من فريق البحث السفر الى تلك البلدان والتوصل لتفسيرات غيرالكلينيكية للأصابة بالمرض. وقرروا على ان الخطة العلاجية والتعليم الطبي يجب ان يصمم بعين الاعتبار المعتقدات الراسخة وذلك بسبب تجاهل المرضى لنصائح الطبية في حالة تعارضها مع معتقداتهم (كارين ، 2009 ، ص22).

وقد أمكن برهان تأثير العمليات المعرفية والسلوكية على التعامل مع الألم من خلال الدراسات التي تناولت مفهوم مركز الضبط، والتي أشارت إلى أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم لا يستطيعون التحكم في ظروف محيطهم، هم أكثر ميلا لسلوكيات الألم وأقل إتباعا للتوصيات والنصائح العلاجية لأنهم يعتقدون أن ألمهم يعود إلى عوامل تفوق تحكّمهم. (Roditi&Robinson, 2011, p.4). فالأفراد الذين يعانون من الآلام المزمنة

يميلون إلى نسب أعراضهم المرضية إلى أسباب عضوية وهو الشيء الذي يرتبط بالاعتقاد في مركز الضبط الخارجي الحظ، قدرة الآخرين. أما الذين لديهم مركز ضبط داخلي يظهرون اكتئاباً أقل للألم، مقارنة بذوي الضبط الخارجي الذين يظهرون ضيق انفعالي أكثر. (Pupat, 2007).

وقد أظهرت الأبحاث أن مرضى الألم المزمن ذوي مركز الضبط الداخلي سجلوا إنخفاضاً في تردد الألم، وشدته، بعكس مرضى الألم المزمن الذين يعتمدون على فرصة القدر، والحظ، وأن الأفراد من ذوي مركز الضبط الخارجي، الذين أبدوا ضيقاً نفسياً كبيراً وزيادة في الاكتئاب، وشعور كبير بالعجز، وقدرة أقل على السيطرة وخفض الألامم (keck, 2006)، كما أظهرت بعض النتائج الأولية، أن المرضى الذين يعتقدون أنهم يستطيعون التحكم في ألمهم والذين يتجنبون اعتبار حالتهم مفاجئة، وأولئك الذين يعتقدون أنهم غير معاقين بدرجتي الألم وكيفية تدبره، عوامل مهمة في فهم سلوك الألم، وفي الأخير نصل إلي أن مصدر الضبط الصحي هو مفهوم قد إرتبط بنظرية التعلم الاجتماعي، من خلال كل من الإتجاه المعرفي والسلوكي والدينامي، فالإتجاه المعرفي يسمح لنا بالكشف عن المخطط الذهني أو الإدراكي والذي يتبناه الفرد، في حين أن الإتجاه السلوكي هو مؤشر يستدل به على الخارطة المعرفية له، والإتجاه الدينامي يتعلق بالمحيط الإجتماعي وما له من دور في إكساب الأفراد الخبرات في مجالات شتى لعل السلوكيات الصحية واحدة منها، وبهذا فإن إرتباط هذا المفهوم مصدر الضبط الصحي بالإتجاهات المعرفية-السلوكية-الدينامي، يجعله من المفاهيم الرائدة تحقيقاً للفهم الأعمق لسلوك الصحي والتنبؤ به، وبالتالي تحقيق الشفاء عن طريق وضع مخطط علاجي لزوال، وبناء على التوجهات النظرية التي قدمت لتفسير الكفاءة الصحية المدركة، فقد تبنت الباحثة نظرية روتر (1966) اطاراً مرجعياً للبحث، وتحديد مصطلح الدراسة النظرية وتفسير النتائج، ولأسباب التالية :

تعد هذه النظرية شديدة الوضوح للكفاءة الصحية المدركة إذ تناولت المفهوم بعلمية، واستطاعت تفسيره وتطويره وتوظيفه لمرضى الامراض المزمنة، تم بناء مقياس الكفاءة بناءً على توجهات نظرية روتر، قدرة النظرية على تقديم تصور واضح لعملية الكفاءة الصحية المدركة من خلال المقياس الذي تبنته الباحثة والذي تم اعتماده في البحث الحالي.

وقدرة النظرية على تفسير نتائج البحث إذ كانت شاملة ومفصلة، وبالإمكان توظيف النظرية كجانب عملي في الجانب الصحي والوقائي لمرضى امراض المزمنة .

مجتمع البحث population of the search: ويشمل البحث الحالي على المرضى المصابين بالأمراض المزمنة مستشفيات مجمع مدينة الطب للعام (2019-2020)، من الذكور والإناث، والبالغ عددهم (7133) مريض ومريضة، إذ بلغ عدد الذكور (3596) مريضا بنسبة (19.16%) في حين بلغ عدد الإناث (3537) طالبة بنسبة (49.29%).

عينة البحث sample of the search: إذ بلغت (689) مريض ومريضة وبواقع (280) مريض (409) مريضة (بوساطة التطبيق الإلكتروني) بالطريقة العرضية

أداة البحث: Instruments: تطلب تحقيق أهداف البحث الحالي بناء مقياس الكفاءة الصحية المدركة .

مقياس الكفاءة الصحية المدركة : نظرا لعدم توفر اداه محليه أوعريبه مناسبه وعدم توفر مقياس أجنبي يعتمد اهداف البحث الحالي أرأت الباحثة بناء أداة لقياس الكفاءة الصحية المدركة لدى المصابين بالأمراض المزمنة متبعتاً الخطوات التالية:

1- **تحديد المفهوم للمقياس:** اشتقت الباحثة مفهوم الكفاءة الصحية المدركة من

النظرية المعتمدة وهي نظريه التعلم الاجتماعي لروتر (1966) وقد تم تحديد المفهوم بأنه (احتمالية أنخراط الفرد في مجموعه من السلوكيات المرتبطة وظيفياً في موقف نفسي معين، لتوقع الفرد بأن السلوكيات ستؤدي الى نتيجة معينة في هذه الحالة، وقيمة النتيجة له في تلك الحالة بأنه متحكم داخلياً،" الاعتقاد أن الفرد

يتحكم بمجرى حياته"، أو متحكم به خارجياً، "الاعتقاد أن مجرى الحياة خاضع لمتحكم عوامل خارجية لا يمكن للفرد التأثير عليها، أو ان الحظ او القدر يتحكم بمجرى الحياة".

- صلاحية الفقرات: اصبح من الضروري عرضه على مجموعة من الخبراء للحكم على صلاحيته في قياس الخاصية التي وضع لأجلها (Ebel,1972 : 555)، وقد تحقق هذا النوع من الصدق من خلال عرض فقراته ال(35) فقرة على مجموعة من المحكمين في علم النفس لإبداء آرائهم حول صلاحية الفقرات (ملحق 1)، والجدول (1) يوضح نتيجة ذلك .

جدول (1)

نسبة موافقة المحكمين على فقرات مقياس الكفاءة الصحية المدركة

ت	المجالات	ارقام الفقرات	موافقون	غير موافقون	النسبة المئوية
1	الكفاءة الصحية المدركة لمركز الضبط الخارجي	1 ، 2 ، 3 ، 5 ، 6 ، 7 ، 9 ، 10 ، 13 ، 14 ، 15 ، 16 ، 20	17	0	% 100
		4 ، 8 ، 11 ، 12 ، 17 ، 18، 19	16	1	% 94
2	الكفاءة الصحية المدركة لمركز الضبط الداخلي	1 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 9 ، 10 ، 12 ، 14، 15	17	0	% 100
		11 ، 8 ، 13	16	1	% 94
		2	14	3	%70

تبيين من الجدول (1) إن جميع الفقرات قد نالت موافقة الخبراء إذ تم اعتماد النسبة المئوية مؤشراً لصلاحية الفقرة أو رفضها، فقد تم الإبقاء على فقرات المقياس التي حصلت على نسبة (94 %) فأكثر أستثناء الفقرة (2) في مجال الثاني لمركز الضبط الداخلي، فقد أهملت بعد عرضة على الخبراء المحكمين لعدم حصولها على النسبة المقبولة للصلاحية، وبذلك فإن عدد فقرات مقياس الكفاءة الصحية المدركة تكون من (34) فقرة بصيغته الاولية، ملحق (2).

تمييز الفقرات:

- اسلوب المقارنة الطرفية (اسلوب العينتين المتطرفتين) **Extreme Groups Method**: ولتحقيق ذلك اتبعت الباحثة الخطوات التالية :

- 1- طبقت الباحثة مقياس الكفاءة الصحية المدركة بصورته النهائية (ملحق 2) على عينة التحليل الاحصائي البالغة من (689) مريض ومريضة، ثم قامت بتصحيح كل استثمار بإعطاء درجة لكل فقرة حسب الأوزان المعطاة واستخراج الدرجة الكلية لكل استثمار .
- 2- ترتيب الاستثمارات الـ (689) تنازلياً حسب درجاتها من اعلى درجة الى ادنى درجة.
- 3- تعين الـ (27%) من استثمارات المجموعة العليا والبالغ عددها (186) استثماراً و(27%) من المجموعة الدنيا والبالغ عددها (186) استثماراً ايضاً .

جدول (2)

القوة التمييزية لمقياس الكفاءة الصحية المدركة باستعمال العينتين المتطرفتين

رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
1	عليا	4.16	.79	10.97	دالة
	دنيا	3.22	.86		
2	عليا	3.48	.89	14.09	دالة
	دنيا	2.10	.98		
3	عليا	3.72	.89	14.87	دالة
	دنيا	2.15	1.12		
4	عليا	4.25	.83	11.9	دالة
	دنيا	2.97	1.20		
5	عليا	4.22	.81	10.73	دالة
	دنيا	3.15	1.08		
6	عليا	3.03	1.29	-670	غيردالة
	دنيا	3.12	1.17		
7	عليا	4.43	.78	6.84	دالة
	دنيا	3.76	1.07		
8	عليا	4.26	.78	9.63	دالة
	دنيا	3.27	1.16		
9	عليا	4.19	.93	1.77	غير دالة
	دنيا	3.99	1.20		
10	عليا	4.62	.62	8.26	دالة
	دنيا	3.83	1.14		
11	عليا	3.32	1.12	7.58	دالة
	دنيا	2.44	1.12		
12	عليا	3.47	.99	11.35	دالة
	دنيا	2.18	1.18		



رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
13	عليا	4.48	.87	8.70	دالة
	دنيا	3.47	1.33		
14	عليا	4.40	.72	10.41	دالة
	دنيا	3.37	1.14		
15	عليا	4.28	.90	6.24	دالة
	دنيا	3.62	1.12		
16	عليا	4.43	.74	8.25	دالة
	دنيا	3.61	1.12		
17	عليا	3.20	1.09	6.31	دالة
	دنيا	2.50	1.05		
18	عليا	4.21	.89	4.79	دالة
	دنيا	3.70	1.14		
19	عليا	4.70	.69	5.77	دالة
	دنيا	4.11	1.21		
20	عليا	4.51	.73	5.98	دالة
	دنيا	3.89	1.20		
21	عليا	3.58	1.14	11.10	دالة
	دنيا	2.27	1.12		
22	عليا	4.11	.94	14.02	دالة
	دنيا	2.46	1.29		
23	عليا	4.10	1.13	12.40	دالة
	دنيا	2.51	1.32		
24	عليا	3.02	1.11	4.37	دالة
	دنيا	2.46	1.31		
25	عليا	2.15	1.11	1.21	غيردالة
	دنيا	2.01	1.09		
26	عليا	2.25	1.07	2.90	دالة



رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
	دنيا	1.91	1.13		
27	عليا	2.35	1.09	3.34	دالة
	دنيا	1.97	1.08		
28	عليا	4.46	.75	2.79	دالة
	دنيا	4.20	.97		
29	عليا	3.68	1.09	11.80	دالة
	دنيا	2.31	1.14		
30	عليا	3.73	1.10	8.19	دالة
	دنيا	2.69	1.31		
31	عليا	2.96	.85	7.32	دالة
	دنيا	2.21	1.09		
32	عليا	3.48	1.18	8.71	دالة
	دنيا	2.40	1.20		
33	عليا	4.51	.77	11.91	دالة
	دنيا	3.09	1.43		
34	عليا	2.28	1.04	7.96	دالة
	دنيا	1.94	1.08		

يتضح من الجدول (2) ان جميع الفقرات حصلت على دلالة معنوية يستثنى من ذلك الفقرة (6، 25، 9).

مؤشرات صدق وثبات مقياس الكفاءة الصحية المدركة

الصدق **Validity**: تحققت الباحثة من صدق الكفاءة الصحية المدركة من خلال انواع الصدق:

أ- الصدق الظاهري Face Validity: قامت الباحثة بالتحقق من هذا النوع من الصدق من خلال عرض المقياس على مجموعة من الخبراء المختصين والاختصاصيين، حيث تمت الموافقة على جميع الفقرات.

ب- صدق البناء Construct Validity: تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson correlation) وذلك لاستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس و الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (3)

علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الصحية المدركة

الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة
1	.437	دالة	1	.319	دالة	19	.243	دالة	28	.163	دالة
2	.520	دالة	2	.460	دالة	20	.235	دالة	29	.467	دالة
3	.549	دالة	3	.339	دالة	21	.444	دالة	30	.346	دالة
4	.501	دالة	4	.443	دالة	22	.532	دالة	31	.277	دالة
5	.451	دالة	5	.246	دالة	23	.465	دالة	32	.356	دالة
7	.288	دالة	7	.344	دالة	24	.185	دالة	33	.454	دالة
8	.381	دالة	8	.281	دالة	26	.101	دالة	34	.320	دالة
10	.356	دالة	10	.181	دالة	27	.117	دالة			

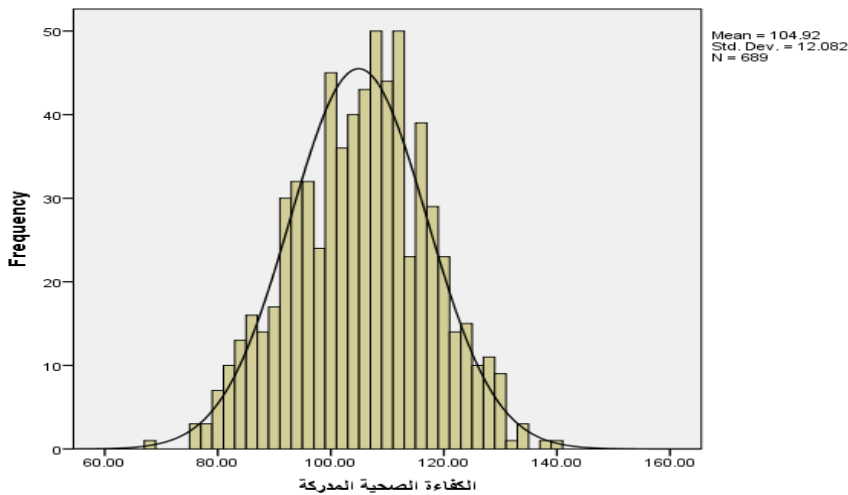
ثبات المقياس Reliability: للتحقق من ثبات المقياس استعملت الباحثة وبعد تطبيق معادلة الفاكرونباخ للاتساق الداخلي بلغ معامل الثبات للمقياس (0,76)، وللحصول على الثبات المطلق تم تربيع قيمة الثبات اذ بلغ (0,58)، وهو بذلك يعد معامل ثبات مقبول.

بعد استخراج الخصائص الاحصائية لمقياس الكفاءة الصحية المدركة تبين أن توزيع درجات العينة على مقياس الكفاءة الصحية المدركة كانت أقرب الى التوزيع الاعتدال الجدول (4) والشكل (1) يوضحان ذلك .

جدول (4)

الخصائص الاحصائية الوصفية لعينة البحث لمقياس الكفاءة الصحية المدركة

ت	الخصائص الاحصائية الوصفية	النتائج
1	حجم العينة N	689
2	الوسط الحسابي (المتوسط) Mean	104.92
3	الوسيط Median	106.0
4	المنوال Mode	108.0
5	الانحراف المعياري Std .Dev	12.08
6	الالتواء Skewness	-.075
7	التقلطح Kurtosis	-.342
8	اقل درجة Minimum	68.0
9	اعلى درجة Maximum	140.0
10	المدى Range	72.0
11	التباين Variance	145.96



شكل (1) الخصائص الاحصائية الوصفية لعينة البحث لمقياس الكفاءة الصحية المدركة

عرض النتائج و مناقشتها وتفسيرها:

الهدف الأول: التعرف على الكفاءة الصحية المدركة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة: وللتحقق من هذا الهدف طبقت الباحثة مقياس الكفاءة الصحية المدركة على أفراد عينة البحث البالغ عددهم (689) مريض ، وقد أظهرت النتائج أن متوسط درجاتهم على المقياس بلغ (104.92) درجة وانحراف معياري مقداره (12.08) درجة، وعند موازنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي⁽¹⁾ للمقياس والبالغ (93) درجة، وباستعمال الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة تبين أن الفرق دال إحصائياً ولصالح المتوسط الحسابي، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة أعلى من القيمة التائية الجدولية والبالغة (1.96) بدرجة حرية (688) ومستوى دلالة (0.05) بمعنى أن عينة البحث يتمتعون بكفاءة صحية مدركة ، والجدول رقم (5) يوضح ذلك .

جدول (5)

الاختبار التائي للفرق بين متوسط العينة والمتوسط الفرضي لمقياس الكفاءة الصحية المدركة

حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
689	104.92	12.08	93	25.90	1.96	688	0.05

تشير نتيجة الجدول (5) الى ان عينة البحث يتمتعون بكفاءة صحية مدركة بمعنى يتمتعون بمركز ضبط داخلي .

(1) تم استخراج المتوسط الفرضي لمقياس (الكفاءة الصحية المدركة) وذلك من خلال جمع أوزان بدائل المقياس الخمس وقسمتها على عددها ثم ضرب الناتج في عدد فقرات المقياس والبالغة (31) فقرة.

يمكننا تفسير هذه النتيجة وفق النظرية المتبناه (لجوليان روتر، 1966) التي تبنته الباحثة لقياس وتفسير النتائج، فإن أفراد عينة البحث كان أعتقادهم بأن التغيرات والتحفيزات محددة ونابعة من سلوكياتهم ، وأنهم قد بذلوا جهداً في التفاعل مع بيئتهم ما تتضمنه من محفزات ومعززات سلوكية، وكان ذلك واضحاً من خلال شعورهم بأن صحتهم تسير بشكل جيد وتحقيقهم تحسناً ناجحاً في مسيرتهم الصحية، ومن أستطاعتهم التحكم بصحتهم عند المرض، وأستشارتهم الصحية للطبيب المختص، وأيجادهم حلول للمشكلات الصحية، ولدية القدرة على رؤية الاحتمالات والتوقعات وتفاعله مع كل هذه السلوكيات والمحفزات البيئية، فوجدهُ مدركاً لكل مايدور من حوله من مؤثرات وتأثيرات ولديهم دافع عالٍ للانجاز، كما أتفقت نتيجته الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (Dempster,2008)، ودراسة (C.lenno&onther,2002).

الهدف الثاني: تعرف على دلالة الفرق في الكفاءة الصحية المدركة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - أناث):

وتشير المعالجة الاحصائية الى ان متوسط الحسابي للذكور والبالغ عددهم (280) بلغ (106.50) درجة، وبأنحراف معياري قدرهُ (11.17) درجة، والمتوسط الحسابي للأناث والبالغ عددهم (409) بلغ (103.84) ، وبأستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين ، ظهر أن القيمة المحسوبة اعلى من القيمة الجدولية، وذلك لان القيمة التائية المحسوبة أعلى من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (687).ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال عدم تجانس عينة البحث والى طبيعة العلاج الذي يخضع له ودرجة الألم الذي يتعرض له والامتثال للتعليمات الطبية والاتجاه نحو السلوك الرياضي الصحي والاتجاه نحو الغذاء الصحي، وأن وجود فروق دالة احصائياً تبعاً لمتغيرالجنس ولصالح الذكور قد تعود الفروق الى أختلاف طبيعة الفرد(ذكور) والسمات الفرد وقدرته وخصائصة الشخصية وخلفياته الثقافية حول التحكم في المرض ، والمميزات الإدراكية .

جدول (6)

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لتعرف الفروق في الكفاءة الصحية المدركة تبعا لمتغير الجنس (ذكور – أناث)

الدالة	التائية الجدولية	التائية المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	الجنس	العينة
دال	1.96	2.85	11.17	106.50	280	ذكور	689
			12.57	103.84	409	أناث	

وبتبيين من الجدول (6) ان هناك فرق في الكفاءة الصحية المدركة تبعا لمتغير النوع لصالح الذكور.

التوصيات:

1. ضرورة الاهتمام والتوعية الصحية والنفسية بأهمية المتغير المتناول في البحث الحالي (الكفاءة الصحية المدركة)، كمتغير له أثره على الصحة الجسمية والنفسية للمريض المزمن ، وذلك من خلال تنظيم دورات في هذا المجال لمتنهني الصحة النفسية والجسدية والعلاج تتناول متغير البحث الحالي .
2. ضرورة نشر الوعي الصحي النفسي بين مرضى المزمنين للأخذ بسلوكيات الصحية التي تعزز صحتهم الجسمية والنفسية .

المقترحات :

- 1- القيام بدراسة تتناول متغير البحث الحالي على الأفراد الاصحاء.
- 2- القيام بدراسة الكفاءة الصحية المدركة وعلاقتها بمتغيرات أخرى (مثل تقبل المرض ،توقعات النتائج ، التكيف مع الضغوط ، أدراك المخاطر).

المصادر العربية:

- بول. ج. ليندزاي .س : (2000) مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدي ن، ترجمة صفوت فرج ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ط1.
- زعطوط ، رمضان (2005) :علاقة الاتجاه نحو السموك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقمة، رسالة ماجستير جامعة ورقمة محسن العكيلي، بغداد، دار الحكمة للطباعة والنشر .
- عثمان يخلف (2001): علم النفس الصحة(الاسس النفسية والسلوكية للصحة)، دار الثقافة، الدوحة.
- كارين، ر، (2009). علم النفس الصحي .(ت.ر.هناة أحمد محمد شويخ) : مكتبة الأنجلو مصرية.
- مرزاقه، وليدة (2009): مركز الضبط وعلاقتة باستراتيجيات المواجهة المرض لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير في الصحة النفسية ،كلية الآداب، جامعة الحاج لخضر.
- مفتاح، عبدالعزيز.(2010)مقدمة في علم النفس الصحة (مفاهيم نظريات _ نماذج_دراسات)

المصادر الاجنبية:

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological review, 84(2), 191.
- Barnhart, J., Wright, N., Freeman, K., Silage, F., Correa, N., & Walker, E. (2009). *Risk perception and its association with*

- cardiac risk and health behaviors among urban minority adults: The bronx coronary risk perception study. American Journal of Health Promotion, 23(5), 339-342.*
- Bekkers MJ, van knippenberg FC, van den Borne HW, van BergeHenegouwen GP. *Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. Psychosom Med 1996; 58:183–91.*
 - Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A., & Jeandel, C. (2000). *Les effets preventifs de l'activite physique chez les personnes agees. Presse Médicale, 29, 1240–1248.*
 - Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain, 10(4), 287-333.*
 - Costello A, Osborne J. Best practices in exploratory factor analysis: *four recommendations for getting the most from your analysis. Pract Assess Res Eval 2005;10:1-9.*
 - Cunningham AJ, Lockwood GA, Cunningham JA. *A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. Patient Educ Couns 1991;17:71–8.*
 - Dempster, M. and Donnelly, M. (2008) *Validity of the Perceived Health Competence Scale in a UK Primary Care Setting. Psychology, Health, and Medicine, 13, 123-127.*

- Gatchel, R. J., & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *The Journal of Pain*, 7(11), 779-793.
- Greenhalgh, T., Helman, C., & Chowdhury, A. M. M. (1998). *Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study*. *Bmj*, 316(7136), 978-983.
- Katavic, S. S., Tanackovic, S. F., & Badurina, B. (2016). *Illness Perception and Information Behaviour of Patients with Rare Chronic Diseases*. *Information Research: An International Electronic Journal*, 21(1), n1.
- keck, Sherry D. A. (2006) : *pain locus of control and quality of life* , index scores in chronic pain patient , a thesis for the degree master of science in nursing , university of north Carolina , Greensboro.
- Lennon, C., Hughes, C. M., & McElnay, J. C. (2002). *The influence of depression and perceived health competence on adherence in patients with heart disease*. *International Journal of Pharmacy Practice*, 10(S1), R18-R18.
- Pupat, Adeline (2007):*la perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques*, thèse présentée en vue de l'obtention du grade de master en psychologie de la santé, université de Toulouse –le Mirail.

-
- Rainey, L. C. (1985). *Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients*. *Cancer*, 56(5), 1056-1061.
 - Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). *The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain*. *Psychology research and behavior management*, 4, 41.
 - Rotter, J. B. (1942). *Level of aspiration as a method of studying personality*. II. Development and evaluation of a controlled method. *Journal of Experimental Psychology*, 31(5), 410.
 - Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
 - Rotter, J. B. (1975). *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43(1), 56.
 - Rotter, J. B. Rafferty. JE (1950). *Manual: The Rotter incomplete sentence blank*. New York: Psychological corporation.
 - Rotter, J. B., Liverant, S., & Crowne, D. P. (1961). *The growth and extinction of expectancies in chance controlled and skilled tasks*. *the Journal of Psychology*, 52(1), 161-177.
 - Stein, R. E., & Jessop, D. J. (1989). *What diagnosis does not tell: the case for a noncategorical approach to chronic illness in childhood*. *Social science & medicine*, 29(6), 769-778.



-
- Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M., & Van Der Bij, A. K. (2004). *Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions*. *Journal of Sports Sciences*, 22, 703–725.
 - Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). *Development and validation of the health locus of control (HLC) scale*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 44(4), 580.
 - Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R. (1978). *Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales*. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.

الملاحق:

الملحق (1)

أسماء المحكمين للمقياسين حسب اللقب العلمي والابجدية

ت	اللقب العلمي	الاسم	التخصص	مكان العمل
1.	أ.د.	أنعام قاسم الصريفي	علم نفس التربوي	جامعة ذي قار - كلية التربية
2.	أ.د.	حسين فالح	صحة نفسية	جامعه المستنصرية - كلية الاداب
3.	أ.د.	خديجة حيدر نوري	علم نفس المعرفي	جامعة المستنصرية - كلية الآداب
4.	أ.د.	رحيم عبدالله الزبيدي	علم نفس التربوي	جامعة المستنصرية - كلية الآداب
5.	أ.د.	عباس حسن رويح	علم نفس الشخصية	جامعة المستنصرية - كلية الآداب
6.	أ.د.	فتحي عبد الرحمن الضبيع	صحة نفسية	جامعة الملك خالد
7.	أ.د.	ماجد رحيمة جبر الحلفي	صحة نفسية	جامعة ميسان - كلية التربية
8.	أ.د.	هيثم أحمد علي	علم نفس الشخصية	جامعة ديالى - كلية التربية
9.	أ.م.د.	أحمد عبد الفتاح عباد	صحة نفسية	جامعة طنطا - كلية الاداب للدراستات العليا والبحوث
10.	أ.م.د.	أنوار محمد عيدان	علم النفس الاجتماعي	جامعة المستنصرية - كلية الاداب
11.	أ.م.د.	تغريد أديب حبيب	علم نفس المعرفي	جامعة المستنصرية - كلية الاداب
12.	أ.م.د.	سعد سابط العطوانى	علم النفس الاكلينيكي	جامعة بغداد - كلية التربية ابن رشد
13.	أ.م.د.	سيف محمد رديف	صحة نفسية	مركز البحوث النفسية
14.	أ.م.د.	سليمان محمد سليمان	صحة نفسية	جامعة بني سويف - كلية التربية
15.	أ.م.د.	عباس حنون الأسدي	علم نفس المعرفي	جامعة بغداد - كلية التربية
16.		نداء جمال	علم نفس النمو	جامعة المستنصرية - كلية الاداب
17.	أ.م.د.	وليد قحطان محمود	علم نفس النمو	جامعة العراقية - كلية الاداب

ملحق (2)

أستبيان آراء الخبراء حول صلاحية مقياس الكفاءة الصحية المدركة بصورته الأولية

الجامعة المستنصرية

كلية الآداب / قسم علم النفس

الدراسات العليا / الماجستير

الأستاذ الفاضل المحترم

تحية طيبة

تروم الباحثة القيام ببحثها الموسوم (الكفاءة الصحية المدركة وعلاقتها بفاعلية الذات المحددة بالصحة) لدى عينة من الافراد المصابين بالأمراض المزمنة، ولتحقيق أهداف البحث تطلب أعداد مقياسين لقياس متغيري البحث، بين يديك مقياس (الكفاءة الصحية المدركة) (**Competence scale** **the perceived Health**)،الذي ستقوم الباحثة ببناءه بالاعتماد على مقياس (روتر 1966) (Rotter, 1966) والنظرية المتبناه (التعلم الاجتماعي المعرفي لروتر) وقد تضمن المقياس على مجالين (مجال مصدر الضبط الصحي الداخلي) و(مجال مصدر الضبط الصحي الخارجي) . وعرف روتر الكفاءة الصحية المدركة بأنها (هي احتمالية أنخراط الفرد في مجموعه من السلوكيات المرتبطة وظيفياً في موقف نفسي معين، لتوقع الفرد بأن السلوكيات ستؤدي الى نتيجة معينة في هذه الحالة، وقيمة النتيجة له في تلك الحالة بأنه متحكم داخلياً،(الاعتقاد أن الفرد يتحكم بمجرى حياته، أو متحكم به خارجياً (الاعتقاد أن مجرى الحياة خاضع لتحكم عوامل خارجية لا يمكن للفرد التأثير عليها، أو ان الحظ والقدر يتحكم بمجرى الحياة)، (Rotter,1966)، علماً أن الأجابه على فقرات المقياس تكون على وفق مدرج خماسي من البدائل تبدأ من (أبدأ ، نادراً، أحياناً، عادة، دائماً) . ولما تتمتعون به من خبرة ودراية ترجو الباحثة الأطلاع على فقرات المقياس وأبداء أرائكم السديده حول مدى صلاحية ،مع تدوين ملاحظاتكم القيمة .

مع فائق الشكر والامتنان لتعاونك

طالبة ماجستير

مروه علاء محمد

أشراف

أ.د.م مهدي كاظم داخل

1- مجال مصدر الضبط الصحي الداخلي : Internal Health Locus of Control

إذ يشير هذا المفهوم الى كيفية أدراك الافراد في التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكهم الصحي من خلال التأثير على الأحداث والسيطرة عليها إذا يعتقدون أن حماية صحتهم والأرتقاء بها هي مسؤوليتهم بما يقومون به من ممارسات صحية وقائية .

ت	الفقرات	مصدر الفقرة	صالحة	غير صالحة	تعديل
1.	أشعر أن تعاملي مع صحتي يسير بشكل جيد	Smith 1966			
2.	أشعر ان صحتي لاتسير بالطريقة التي اودها	Smith 1995			
3.	يصعب علي إيجاد حلول فعالة للمشاكل الصحية التي تعترضني	Rotter1966			
4.	حققت تحسناً ناجحاً في مسيرتي الصحية	Rotter1966			
5.	أنا قادر على تحقيق أهداف صحتي الشخصية	Rotter1966			
6.	أجد أن جهودي لتغير العادات التي لا أحبها في صحتي غير فعال	Rotter1966			
7.	سلوكي هو الذي يحدد مدى سرعة شفائي من مرضي	Mark 1999			
8.	أستطيع التحكم بصحتي عندما أمرض	Rotter 1966			
9.	ألوم نفسي عند تدهور حالتي الصحية	Porter 2018			



ت	الفقرات	مصدر الفقرة	صالحة	غير صالحة	تعديل
.10	يمكنني أن أبقى بصحة جيدة بحال الالتزام بالأجراءات الصحية المناسبة	Porter 2018			
.11	أسلوبي للوقاية الصحية لا يبعدي عن المرض	Porter 2018			
.12	بغض النظر عن ما أقوم به من وقاية لكني سأمرض	Porter 2018			
.13	تبقى صحتي مرتبطة بمدى ثقافتني الصحية	النظرية			
.14	أشعر أنني قادر على أن أنظم حياتي للخروج بنتائج صحية جيدة	Rotter1966			
.15	أجتهد لتغير المسببات التي مرضني	النظرية			
.16	لدى الثقة في صحتي للقيام بالأنشطة والمهام المختلفة	النظرية			
.17	أعتقد بأستحالة الفائدة من مناقشتني حول الآثار المحتملة للدواء	النظرية			
.18	أقدم الجهود لتغيير الاسباب التي تجعل صحتي غير فعالة	Rotter1966			
.19	أفتخر بنفسي عندما تتحسن صحتي	النظرية			
.20	أجد نفسي مسؤولاً مباشراً عن تحسن أو تدهور صحتي	Mark 1999			

2- مجال مصدر الضبط الصحي الخارجي: Health Locus of control

Externel

إذ يشير هذا المفهوم الى كيفية أدراك الأفراد لمدى التحكم وتأثيره في النتائج المرتبطة في سلوكهم الصحي من قبل قوى خارجية كالحظ وتأثير السلطة والنفوذ ومسؤولية الأطباء والعاملين في المجال الصحي .

ت	الفقرات	مصدر الفقرة	صالحة	غير صالحة	تعديل
1.	معظم الاسباب التي تؤثر على صحتي تحدث لي عن طريق الصدفة	النظرية			
2.	يلعب الحظ دوراً في تحديد موعد شفائي من المرض	النظرية			
3.	صحتي الجيدة هي إلى حد ما مسألة حسن حظ	النظرية			
4.	أتصالي المنتظم بطبيبي هو أفضل طريقة لتفادي المرض	Mark 1999			
5.	عندما تسوء حالتي الصحية أستشير طبيباً مختصاً	Mark 1999			
6.	أعتقد أن عائلتي لديها ماتقدمه لبقائي بصحة جيدة	Porter 2018			
7.	عندما أتعافى من المرض فعادةً ما يكون ذلك بفضل أشخاص آخرين (مثل الأطباء الممرضات والأسرة والأصدقاء)	Mark 1999			
8.	أفعل ما قد يطلبه مني الطبيب في مجال صحتي	Mark 1999			



ت	الفقرات	مصدر الفقرة	صالحة	غير صالحة	تعديل
.9	أشعر أن الآخرين قادرين أكثر مني بالتأثير على صحتي الصحية	Smith 1995			
.10	تتأثر صحتي الصحية بأراء الآخرين	النظرية			
.11	مشاكلي الصحية تعتمد على حلول الآخرين	Smith 1995			
.12	نوع المساعدة التي أتلقاها من الآخرين تحسن صحتي	Porter 2018			
.13	موقف الآخرين مني يحدد سرعة شفائي من مرضي	Mark 1999			
.14	ألوم الآخرين عند تدهور صحتي الصحية	Porter 2018			
.15	يبدو أن صحتي تتأثر بالأحداث البيئية	النظرية			

ملحق (3)

مقياس الكفاءة الصحية المدركة بصورته النهائية

الجامعة المستنصرية

كلية الآداب_قسم علم النفس

الدراسات العليا_مرحلة الماجستير

م/أستييان

عزيزي المراجع

تحية طيبة.....

نضع بين يديك مجموعة من العبارات التي تتعلق بحالتك الصحية التي تتعرض لها ،نرجو منك بعد قراءتها بعناية تامة أن تؤشر بوضع علامة (/) امام العبارة وتحت البديل المناسب من البدائل الخمسة، (أبدأ ،نادراً ،أحياناً ،عادةً ،دائماً)، والذي يعبر عن رأيك الصريح ،علماً أن أجابتك الدقيقة سوف تخدم أغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها سوى الباحثة ،لذا فلا داعي لذكر الأسم .كما نرجو عدم ترك أي عبارة من دون أجابة .

مع فائق الشكر والتقدير

أنثى

الجنس : ذكر

سكر

الأمراض المصاحبة : ضغط

التهاب المفاصل

أمراض القلب

متزوج

الحالة الاجتماعية : أعزب

الباحثة: مروة علاء محمد



ت	الفقرات	أبدأ	نادراً	أحياناً	عادةً	دائماً
1.	أشعر أن تعاملي مع حالتي الصحية يسير بشكل جيد					
2.	أشعر أن حالتي الصحية لا تسير بالطريقة التي أريدها					
3.	يصعب علي إيجاد حلول فعالة للمشاكل الصحية التي تعترضني					
4.	حققتُ تحسناً ناجحاً في حالتي الصحية					
5.	أستطيع تحقيق أهداف صحيتي الشخصية					
6.	سلوكي الصحي هو الذي يحدد سيطرتي على المرض					
7.	أستطيع التحكم بصحتي عندما أشعر بالمرض					
8.	يمكنني أن أبقى بصحة جيدة عندما ألتزم بالأجراءات الصحية المناسبة					
9.	أعتقد أن أسلوب الوقاية الصحية الذي أتبعه لا يبعثني عن المرض					
10.	أشعر بأنني أمرض بالرغم من الأهتمام بصحتي					
11.	أعتقد أن صحي ترتبط بمدى ثقافتني الصحية					
12.	أشعر أنني قادر على أن أنظم حياتي للخروج بنتائج صحية جيدة					
13.	أجتهد لتغير المسببات التي تمرضني					
14.	لدي الثقة في حالتي الصحية للقيام بالأنشطة والمهام المختلفة					
15.	أعتقد بأستحالة الفائدة من مناقشاتي حول الأثار المحتملة للدواء					

ت	الفقرات	أبدأ	نادراً	أحياناً	عادةً	دائماً
.16	أبذل جهوداً عديدة لتغيير الأسباب التي تجعل صحتي غير فعالة					
.17	أفتخر بنفسي عندما تتحسن حالتي الصحية					
.18	أجد نفسي مسؤولاً مباشراً عن تحسن أو تدهور صحتي					
.19	أعتقد أن الصدفة تلعب دوراً مهماً في تحسن أو سوء حالتي الصحية					
.20	يلعب الحظ دوراً في تحديد موعد شفائي من المرض					
.21	صحتي الجيدة هي إلى حد ما مسأله حسن حظ					
.22	يعتمد شفائي بشكل كامل على الطبيب الذي يعالجنى					
.23	بقائي بصحة جيدة يعتمد على كل ماتقدمه عائلتي لي من دعم					
.24	عندما أتعافى من المرض فعادةً مايكون ذلك بفضل أشخاص آخرين (مثل الأطباء والممرضين والأسرة والأصدقاء					
.25	أفعل ما قد يطلبه مني الطبيب في مجال صحتي					
.26	أشعر أن الآخرين قادرين أكثر منى بالتأثير على حالتي الصحية					
.27	تتأثر حالتي الصحية بالاستشارات الصحية الخاطئة من الآخرين					
.28	نوع المساعدة التي أتلقاها من الآخرين تحسن صحتي					



ت	الفقرات	أبدأ	نادراً	أحياناً	عادةً	دائماً
.29	موقف الآخرين مني يحدد سرعه شفائي من مرضي					
.30	ألوم أفراد أسرتي عندما تدهور حالتي الصحية					
.31	يبدو أن صحتي تتأثر الى حد كبير بالأحداث البيئية					