علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين

أ.خشاب سعاد

جامعة باتنة – الجزائر

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، ومعرفة الفروق في هذين المتغيرينحسبالسن، الجنس، و ذلك على عينة عرضية قوامها 70 فردا متزوج من كلا الزوجين.تم الاعتماد على أداتين صممتا لقياس متغيرات الدراسة، تمثلتا في مقياس المعتقدات الصحية و مقياس السلوك الجنسي الآمن، و ذلك بعد حساب خصائصهما السيكومترية المتمثلة في الصدق و الثبات على عينة استطلاعية. اتبعنا في الدراسة الأساسية على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي و المقارن لملائمته لفرضيات الدراسة. و قد استندنا على الرزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (spss14) في تحليل البيانات. و قد أسفرت الدراسة على النتائج التالية: توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة. و توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.وكذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير السن. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس و السن.

Abstract:

The present study has aimed to reveal the relationship between health beliefs and safe sexual behavior, and to reveal the differences in these variables according to age, sex, among a sample of 70 Married individuals of both sexes. To achieve the goals of the study, we followed the correlational descriptive approach, and we used two tools constructed to measure the study variables. Data for the survey was collected and analyzed statistically using the Statistical Package of Social Sciences (SPSS14). This study has resulted the following consequences: There is statistically significant positive correlation between health beliefs and safe sexual behavior among marrieds. There are statistically significant differences between sexes in health beliefs in favor of the females. There are no statistically significant differences in health beliefs according to age. There are no statistically significant differences in safe sexual behavior among marrieds according to sexes and age.

مقدمــة:

تعد الصحة أحد أهم أولويات الأفراد باعتبارها حالة من التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، التي تنتج من تكيف الجسم مع نفسه ومع العوامل الضارة المحيطة به، وهذا لا يتأتى إلا بالالتزام بممارسة مختلف السلوكيات الصحية،وفي هذا الشأن ازدادت الأدلة الطبية والعلمية في العقدين الأخيرين التي تشير بشكل واضح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد لنمط غير صحي في الحياة وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المختلفة.

لذا اهتم الباحثون في مجال علم النفس الصحي بتطوير تصورات نظرية لتغيير العادات الخطرة المتعلقة بالصحة،وذلكبإدماج العوامل الدافعية والتعليمية في تغيير السلوكيات الخطرة ، و التي نتج

عنهاتطوير نموذج المعتقدات الصحية الذي يهدف إلىتفسيرالعوامل التي تدفع بالفرد إلى ممارسة بعض السلوكيات الصحية الوقائية دون الأخرى، حيث تسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي وذلك من خلال التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة مما يساهم في بعض البرامج الصحية الوقائية أو النمائية لأكثر دقة وفعالية في التنفيذ. (عثمان يخلف، 2001).

و لطالما اعتبرت الممارسات الجنسية غير الآمنة "التي تشير إلى الانغماس في ممارسة الاتصال الجنسي بدون استخدام أية من الوسائل الوقائية". خطرا كبيرا على صحة الفرد،لما تحدثه من انتقال عدوى الأمراض الجنسية "كالإيدز أو التهاب الكبد نوع ب أو الزهري والسيلان" ، ومنه فإن الحاجة إلى مراعاة السلوك الجنسي الآمن مثل: "استخدام الواقي الجنسي" الذي يقي من انتشار هذا النوع من الأمراض المتنقلة عبر الجنس، يعد أمرا غاية في الأهمية. وقد يعتقد البعض أن تناول بعض المضادات الحيوية، أو الزواج الشرعي يمنع من انتقال هذه الأمراض، إلا أن هذا الاعتقاد خاطئ ومفهوم غير صحيح للجنس الآمن لأن معظم هذه الأمراض فيروسية وممكن أن تنتقل حتى مع المتزوجين وبالتالي لا تفيد معها لا المضادات الحيوية ولا حتى الزواج الأحادي لأن الإصابة بنوع معين من الأمراض التناسلية لا يعطي مناعة ضد هذا المرض وبالتالي يمكن الإصابة به تكرار ومررا إذا استمرت هذه السلوكيات غير آمنة.

1-الإشكالية:

إن الانتشار المتزايد الذي تشهده أنماط الأمراض المزمنة و الأمراض المعدية بصفة عامة، و الأمراض التناسلية المتنقلة عبر الجنس بصفة أخص، أدى إلى بروز حاجة ملحة لإيجاد نماذج فعالة تنبئ بالأسباب التي تحمل الناس على إتباع السلوك الذي يسبب المرض أو يقي منه، وذلك بغرض التأثير وتغيير سلوك الأفراد ووضع استراتيجيات وقائية في كافة ميادين الصحة، لتساهم في الوقاية من الأمراض وتحسين صحة الأفراد خاصة والمجتمع عامة.

وقد زودتنا الأبحاث والدراسات في مجال علم النفس الصحة بنموذج المعتقدات الصحية:" ينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقيا، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف ويتم هنا افتراض قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة". (سامر جميل رضوان،كونرادريشكة.،22 /2009/12).

وتسهم المعتقدات الصحية التي ترتبط مع المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية والظروف الموقفية في بناءأو تشكيل قرار منطقي وإحصائي وفردي من أجل القيام بسلوك صحي، أو اتخاذ إجراءات تأمين صحي. إذا افترضا أن الأفراد يميلون إلى تغيير عاداتهم الصحية إذا وجدت لديهم المعلومات.

فقد بينت الدراسة التي أجراها كل من "ليسلي أليسون وكريستوفر"، عام 1990 حول "مدى فعالية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقدات الصحية"، وذلك على عينة مكونة من "41104"،

على وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوك استهلاك الكحول وبين نموذج المعتقدات الصحية (Allison,Minugh, 1998)

كما أظهرت دراسة أخرى عرضت بالمؤتمر الدولي للصحة والبيئة والتنمية بالإسكندرية عام 1996 حول "مدى تأثير المعلومات ومعتقدات السيدات وحالتهن الصحية في نمط ترددهن لرعاية الحمل"شملت عينة مكونة من240 سيدة حامل في الشهور الثلاث الأخيرة من الحمل أن السيدات اللاتي يعرفن العدد المثالي للتردد لرعاية الحمل والتوقيت الصحيح لزيارة الأولى واللاتي يدركن خطورة حملهن أكثر تردد لرعاية الحمل. (ملخصات أبحاث منشورة، 2009/12/04).

هذا ما يجعلنا نعتبر نموذج المعتقدات الصحية أكثر النماذج تأثيرا في استحداث وتغيير السلوكيات والممارسات باعتباره مصدرا للمعلومات التي تشكلالتكوين المعرفي والوجداني والسلوكيللفرد،فالتطرق لنموذج المعتقدات الصحية ومساهمته في تغيير سلوك الأفراد حسب نتائج الدراسات السابقة المطلع عليها، يحفزنا أكثر لدراسةالمعتقدات الجنسية المتعلقة بالسلوكيات الجنسية الخطيرة .

و تستند بداية ظهور المعلومات الصحيحة حول الجنس من دراسة كنزي التي أجريت في نهاية الأربعينيات من القرن العشرين ونشرت خلال النصف الثاني من خمسينيات القرن ذاته وقد وفرت هذه الدراسة التي استخدمت الاستبيانات والمقابلات الشخصية الكثير من المعلومات الصحيحة حول السلوك الجنسي غير أن الثورة الحقيقية التي حدثت في مجال معارفنا عن الجنس تنسب إلى "ماستر وجونسون" اللذان قاما بدراسة متعمقة للسلوك الجنسي عند البشر والاضطرابات الجنسية واستخدما أساليب بحثية جريئة.(أحمد فخري هاني،2009/10/02).

ليظهر مصطلح الجنس الآمن في الثمانينات نتيجة للانتشار مرض الإيدز ويعرف على أنه:"ممارسة النشاط الجنسيبطريقة تقلل من مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا، يقوم به الأشخاص الذين اتخذوا الاحتياطات اللازمة لحماية أنفسهم من الأمراض المنقولة جنسيا".

بناء على ما سبق ارتأينا من خلال هذه الدراسة ان نسلط الضوء على علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين، بغرض إيجاد بعض المنافذ للتقليل من انتشار الأمراض المنقولة جنسيا والحفاظ على الصحة الجنسية، على افتراض أن معتقدات الأفراد هي من تحكم السلوك المتبع. كما سعينا إلى معرفة الفروق في كل من متغيري الدراسة حسب السن، و الجنس.

و ذلك من خلال الاجابة على السؤال التالي:

-هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن؟

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس؟

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن؟

2- أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في مبادرتها لمعالجة أحد المواضيع التي تعتبر طابو هات في المجتمع، ومن جهة أخرى للتعرف على العوامل التي تحمل المتزوجين على إتباع السلوك الذي يقي من المرض من خلال معارفهم السابقة، وذلك لمساعدة المختصين في مجال علم النفس للتنبؤ بمدى نجاح هذه السلوكيات التي تكون مبنية على أساس الحسابات الذاتية للفوائد أو التكاليف،وبغرض مساهمة هذه الدراسة في إثراء المواضيع التي تم البحث فيها في مجال علم النفس الصحة، ولفت انتباه المشتغلين بالخدمات الصحية لنشر الوعي بالسلوكيات الجنسية الآمنة.كما توفر هذه الدراسة أداة لقياس المعتقدات الصحية و أخرى لقياس السلوك الجنسي.

أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

– معرفة طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة.

– معرفة الفروق في المعتقدات الصحية، و في السلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة حسب السن، الجنس.

3- مصطلحات الدراسة

3-1- تعريف المعتقدات الصحية:

هي مجموع تصورات مبنية على أسس نفسية واجتماعية تجاه المرض وإحساسات الخطر، لذلك فهي تلعب دور وسيط في تصور المرض وكيفية الوقاية منه، بحيث تساهم في فهم أسباب ممارسة الأفراد للسلوكيات الصحية وهذا للتنبؤ فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي وذلك من خلال معرفة عاملين هما:الدرجة التي يدرك فيها الفرد أنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، والدرجة التي يدرك فيها الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد. و تعرف إجرائيا بارتفاع الدرجة التي يتحصل عليها الفرد على مقياس المعتقدات الصحية.

3-2- تعريف السلوك الجنسي الآمن:

هي مجموع من الممارسات الجنسية الآمنة التي من شأنها أن تحمي أو تحافظ على صحة الأزواج"كاستخدام الواقي الجنسي، الانسحاب قبل القذف، الخضوع للفحوصات والاختبارات الدورية للتأكد من الخلو من الأمراض التناسلية، الالتزام بشريك جنسي أحادي ..." والتي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية الجنسية التي تنتج عن طريقة ممارسة العملية الجنسية. وتعرف إجرائيا بارتفاع الدرجة التي يتحصل عليها الفرد على مقياس السلوك الجنسي الآمن.

4-فرضيات الدراسة:

للإجابة على التساؤلاتالمطروحة سابقا، يمكننا صياغة الفرضيات التالية.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الجنس.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس.

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن.

5- المفاهيم النظرية للدراسة

5-1- المعتقد الصحي: وهو بدوره ينقسم إلى مفهومين رئيسيين وهما المعتقد الصحي العام وهو ما يهمنا في هذه الدراسة، والمعتقد الصحي التعويضي.

- وتعرف المعتقدات الصحية على أنها:« تصورات وإحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض». (Kazarian et Evans.,2001)

- أما المعتقد الصحي التعويضي فيعرفه كل من مارجوريرابيويوباربالكنوبر (Marjorie Rabiau, BarbelKnaupre) على أنه:« اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي وصحي خلال وقت معين، حيث ترتبط الطواعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه». (Marjorie Rabiau et all., 2006).

5-2- نموذج المعتقدات الصحية:

عرف نموذج المعتقدات الصحية (HBM) بدايات ظهوره، حيث بدأ يكيف ويطور لاستكشاف السلوكات الصحية طويلة المدى، وقصيرة المدى، بما فيها سلوكات المخاطر الخبيثة وانتشار مرض السيدا (AIDS).(LorraineM-Reiser ,2007)بحيث قدم النموذج في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية:

- سهولة التأثير المحسوسة.
- الشدة المحسوسة.
- المنافع المحسوسة أو المدركة.
- الحواجز أو الموانع المدركة أو المحسوسة.

وفي سنة 1988 أضيف مصطلح جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فاعلية الذات، وذلك نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية غير صحية " كالتدخين". (Carolina Werl.).

وهكذا فحسب نموذج المعتقدات الصحية (HBM) ينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض عالي، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة. ويتم تنفيذ مثل هذا السلوك على وجه الخصوص عندما يتوفر عدد من بعض الشروط التالية:

- عندما يدرك ويقتنع الفرد أن عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي يعرضه لخطر الإصابة بمرض.
- قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية.
- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية وتكون الفوائد المتوقعة أهم بكثير من التكلفة.
- أن تتوفر قناعة ذاتية، أن ممارسة النشاط الوقائي ستسفر على النتائج الإيجابية المتوقعة.
- أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه. (عثمان يخلف، 2001).

5-3- مفهوم الجنس الآمن:

يعرف الجنس الآمن على أنه مجموعة من الممارسات التي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية المتنقلة عبر الجنس (STDS) التي تنتج عن طريق ممارسة العملية الجنسية، ويطلق على الجنس الآمن أيضا الجنس المحمي وأصبحت هذه الكلمة أكثر تداولا في أواخر الثمانيات نتيجة لانتشار وباء مرض الإيدز، حيث كان التبني لتنفيذ بعض الإجراءات الوقائية تتبع مع ممارسة الجنس كاستراتيجية لتقليل مخاطر الضرر الذي من الممكن أن يتعرض له الإنسان من جراء هذه العملية الحيوية التي لا يستطيع الاستغناء عنها كغريزة طبيعية وفطرية خلق بها.

إذيشير مصطلح الجنس الآمن بشكل أدق إلى الاختبارات والسلوكيات التي من شأنها خفض وتقليل خطر الإصابة بالأمراض المنتقلة عبر الجنس، وذلك من خلال تقليل الشركاء الجنسين مع الاستخدام الصحيح والمستمر للواقي (الذكري والأنثوي) (UNICEF, 2005UNAIDS-)

يتضح لنا من خلال هذا التعريف أن مفهوم الجنس الآمن يقوم على فكرة عدم تبادل سوائل الجسم أثناء العملية الجنسية لأنها المسؤولة عن انتقال العدوى من شخص لآخر.

5-4- علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن:

حسب نظرية المعتقدات الصحية فان احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط.(عثمان يخلف،2001).

لذلك فنموذج المعتقدات الصحية يعتبر في حد ذاته نوع من السبل التي تساهم بشكل فعال وكبير بتدخلها للحد من الممارسات الجنسية غير آمنة التي تتضمن انتقال السوائل الجسمية، فالامتناع عن الممارسة الجنسية الخطرة غير آمنة واستخدام الواقي وعدم تعاطي المخدرات، وكافة المواد المسكرة أثناء القيام بالعملية الجنسية والإخلاص للشريك الجنسي الأصلي يعتبر من بين الأنماط السلوكية الصحية الآمنة.

حيث يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من بين النماذج التي تأخذ بعين الاعتبار المستوى الثقافي والأفكار والفعالية الذاتية للأفراد لأنها ترتبط بممارسة الجنس مع عدد أقل من الشركاء وبوجه الخصوص إذ كانوا غير معروفين أو غرباء (شيلي تايلور، 2008) .

بالإضافة إلى الاتجاهات التي يحملها الأفراد نحو الوقاية الجنسية وعلاقتها بمعتقداتهم، كما يعتبر الجهل بخطورة الإصابة بعدوى أي مرض تناسلي وخاصة الايدز من الشريك الجنسي الأصلي ربما يزيد من الممارسات ذات الخطورة، كالاتصال الجنسي غيرالمحمي، عدم التزام أحد الزوجين بشريك جنسي أحادي، أو تعاطيه للمخدرات بالحقن الوريدية....

6-إجراءات الدراسة الميدانية:

6-1- منهج الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي و الفارقي، الذي يمكننا من دراسة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن فضلا عن التعرف على الفروق فيهما لدى أفراد العينة حسب كل من السن، و الجنس.

6-2- عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة 70 فردا متزوجا من ولاية سطيف"45 ذكرا، و25 أنثى" تم اختيارها بطريقة عرضية.

خصائصها موزعة كالتالي:

- خصائص العينة من حيث السن:

الجدول رقم (01): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب السن.

السن	العدد	النسبة المئوية
34-25	33	%47.14
44-35	24	%34.28
54-45	8	%11.42
55 فما فوق	5	%7.14

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أن سن أفراد العينة تراوح بين 25 و55 فما فوق بمدى عمري قدره 9 سنوات.

- خصائص العينة من حيث الجنس:

الجدول رقم (02): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	45	%64.28
أنثى	25	% 35.71

6-3-أدوات الدراسة:

طبقت الدراسة الاستطلاعية على عينة قدرت بـ30 فرد من ولاية المسيلة وذلك بغرض اختبار مدى صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.

6-3-1- مقياس المعتقدات الصحية

6-3-1-1وصف المقياس: أعد المقياس بهدف قياس درجة المعتقدات الصحية لدى الأفراد المتزوجين، وذلك بالاعتماد على التراث العلمي وتفحص مقياس المعتقدات الصحية التعويضي لمؤسسيه "كنوبررابيو وكوهن"، ويتضمن المقياسالمعد من طرفنا من 19 بندا.

بحيث تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الخمسة بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة وهي كالتالي:

بدرجة معدومة – بدرجة ضعيفة – بدرجة متوسطة – بدرجة كبيرة– بدرجة كبيرة جدا. حيث تعد الدرجة 19 أقل درجة و95 أكبر درجة، حيث كلما ارتفعت الدرجات على هذا المقياس كلما كانت المعتقدات الصحية تتجه في الاتجاه الايجابي للسلوك الصحي. ويهدف هذا المقياس إلى معرفة المعتقدات الصحية العامة التي يعتمد عليها الفرد للمحافظة والارتقاء بصحته.

6-3-1-2الخصائص السيكومترية للمقياس:

- **ثبات المقياس:**

-**الثبات بمعامل الفا كرونباخ:**كانت قيمة الثبات تساوي (0,84)،مما يدل على أن المقياس يمتاز بنوع من الثبات النسبي، أي أنه يمكن تطبيق هذا المقياس على عينة الدراسة الأساسية.

-**الثبات بطريقة التجزئة النصفية:** بعد تقسيم البنود إلى بنود فردية وبنود زوجية تم حساب معامل الارتباط بينهما بمعادلة بيرسون، حيث بلغت قيمة الثبات وذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (0.81) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا دليل على ثبات المقياس.

- **الصدق:**

-**الصدق الذاتي:**بما أن المقياس تحصل على نسبة مقبولة من الثبات فقد اعتمدنا في حساب الصدق على الصدق الذاتي والقائم على القاعدة التالية:الصدق الذاتي= الجذر التربيعي للثبات حيث كانت النتيجة تساوي (0.90) . وهذه النتائج توضح ارتفاع الصدق، مما يدل على إمكانية تطبيقه على عينة الدراسة.

6-3-2 مقياس السلوك الجنسي الآمن

6-3-2-1- وصف المقياس: أعد المقياس بهدف قياس السلوك الجنسي الآمن لدى الأفراد المتزوجين، وذلك بالاعتماد على التراث العلمي والنظري المتعلق بمجال السلوك الصحي والجنسي والصحة الجنسية. ويتضمن المقياس المعد من طرفنا من 29 بندا. بحيث تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الخمسة بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة وهي كالتالي: أبدا، نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما. و تعد الدرجة 29 أقل درجة و145 أكبر درجة، حيث كلما زادت الدرجة على سلوك جنسي معين زادت نسبة أمان هذا السلوك الجنسي. ويهدف هذا المقياس إلى معرفة السلوكيات الجنسية الآمنة التي يعتمد عليها الفرد للمحافظة والارتقاء بصحته.

6-3-2-2- الخصائص السيكومترية للمقياس:

❖ **ثبات المقياس:**

-**الثبات بمعامل الفا كرونباخ:**كانت قيمة الثبات تساوي (0,77)،مما يدل على أن المقياس يمتاز بنوع من الثبات النسبي، أي أنه يمكن تطبيق هذا المقياس على عينة الدراسة الأساسية.

-**الثبات بطريقة التجزئة النصفية:** بعد تقسيم البنود إلى بنود فردية وبنود زوجية تم حساب معامل الارتباط بينهما بمعادلة بيرسون، حيث بلغت قيمة الثبات وذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (0,79) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا دليل على ثبات المقياس.

❖ **الصدق:**

- **الصدق الذاتي:**بما أن المقياس تحصل على نسبة مقبولة من الثبات فقد اعتمدنا في حساب الصدق على الصدق الذاتي والقائم على القاعدة التالية:الصدق الذاتي= الجذر التربيعي للثبات حيث كانت النتيجة تساوي (0.87) . وهذه النتائج توضح ارتفاع الصدق، مما يدل على إمكانية تطبيقه على عينة الدراسة.

7-4- عرض وتحليلو تفسير نتائج الدراسة:

7-4-1 عرض وتحليل و تفسير نتائج الفرضية الأولى

التذكير بنص الفرضية:توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية وبين السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة.

لاختبار صحة الفرضية تم حساب دلالة معامل الارتباط بيرسون بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 05: يوضح نتائج معامل الارتباط بين مقياسي المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن

أدوات الدراسة	مقياس المعتقدات الصحية		مقياس السلوك الجنسي الآمن		درجات معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
	57.55	8.62	102.27	8.77	0.52	0.01 دالة إحصائيا

تظهر لنا نتائج معامل الارتباط بيرسون المبينة في الجدول05أنها تساوي (**0,52) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) مما يعني وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة صفاء طميش (2006) التي تناولت المعتقدات والسلوكيات الجنسية، وقد دلت نتائج الدراسة على أن هناك علاقة طرديه بين المعلومات والمواقف الجنسية لدى المشاركين في ورشات العمل، وأيضا أن هناك علاقة طرديه بين المعتقدات والمواقف الجنسية لطلبة الجامعة.

كما أن الواقع المعيش يبين أن الأمراض المنقولة جنسيا وخاصة مرض الإيدز الذي أصبح يشكل مشكلة صحية عالمية للأفراد الذين كانوا يسلكون سلوكيات جنسية محفوفة بالمخاطر وغير آمنة. لذا فاعتقاد الأفراد المتزوجين بمدى احتمال إصابتهم بمشاكل صحية وخاصة في الجهاز التناسلي يساهم بشكل كبير في إدراكهم للخطر المحدق بهم إذا لم يستعدوا لمواجهة المشكل الصحي، إذ أن تهديد الإصابة بالأمراض التناسلية الجنسية يلعب دورا هاما في حث دافعية المتزوجين للبدء في السلوك الصحي وذلك بإتباعهم أنماط جنسية آمنة وصحية.

7-4-2- عرض وتحليل و تفسيرنتائج الفرضية الثانية

التذكير بنص الفرضية الثانية :هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار (T) للمقارنة بين متوسطي عينة الذكور والإناث على مقياس المعتقدات الصحية. و النتائج مبين كالتالي:

الجدول رقم 06: يوضح نتائج اختبار"ت" للمقارنة بين متوسطي درجات الجنسين في مقياس المعتقدات الصحية.

درجات عينة الذكور على مقياس المعتقدات الصحية		درجات عينة الإناث على مقياس المعتقدات الصحية		T	مستوى الدلالة"ل"	القرارالإحصائي
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
55.71	6.92	60.52	10.40	-2.31	0.023	دال عند5%

تظهر نتائج الجدول 06 أن قيمة ل(0.023) أقل من 0.05 مما يعني أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الذكور و الاناث في المعتقدات الصحية لصالح الإناث.

تفسر النتائج المتحصل عليها أن الفروق بين الجنسين تلعب دورا هاما للاستعداد للتغيير أو إدراك الخطر الصحي، فالبعض يسارعون إلى تجربة كل جديد خاص بالصحة وصيانتها والبعض الآخر يتباطؤون في التغيير والإدراك. " ليس الكل مستعد للتغيير في نفس الوقت"، لذا فالمجتمع هو الذي يحدد الأدوار التي يقوم بها كل من الذكر والأنثى، وبناء على هاته الأدوار يتم تكوين المعتقدات الخاصة لدى كل منهم فكل فرد من أفراد عينة البحث لديه معتقد صحي خاص به،والواقع المعاش يبين أن الإناث أكثر

كفاءة لإنجاز الأمور المتعلقة بالمجال الصحي خاصة الالتزام والانصياع لتوصيات الطبيب، واستعمال المراهم الواقية من أشعة الشمس لحماية الجلد، أكثر من الذكور اللذين قلما يسعون للعلاج والقيام بسلوكيات وقائية كاللجوء إلي حمية غذائية لتخفيف الوزن، أو تجنب مخاطر السياقة المتهورة عكس الإناث اللواتي غالبا ما يكونون أكثر التزاما بالقواعد الصحية السليمة سواء في ممارسة النشاط الرياضي أو الإذعان لقوانين المرور، وهذا راجع إلى اختلاف الطبيعة النفسية لكلا الجنسين باعتبار أن الأنثى يكون لديها إحساس بالخطورة المدركة لأي حدث في الحياة مما يزيد من حرصها لتجنب الأخطار التي تحدق بها.

7-4-3- عرض وتحليل و تفسيرنتائج الفرضية الثالثة

نص الفرضية هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية باختلاف السن.

الجدول رقم 07: يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة استجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية باختلاف السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة"ل"	القرار الإحصائي
بين المجموعات	229 .73	3	76.57	1.04	0.37	غ دالة
داخل المجموعات	4845.40	66	73.41			
المجموعة	5075.14	69				

تبين لنا نتائج تحليل التباين الأحادي الموضحة في الجدول07 أنه لا توجد فروق بين أفراد العين في مقياس المعتقدات الصحية باختلاف السن في الجدول حيث جاءت قيمة ل **(0.37)** أكبر من 0.05.

و عليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفرد العينة تعزى لمتغير السن، و تفسر هذه النتيجة بأن المعتقدات الخاصة بمجال الصحة والمجالات الأخرى غالبا ما تستمد في بادئ الأمر من الآباء والأجداد ومن غيرهم الذين لديهم الدراية أو من الخبرات الخاصة نتيجة تجارب سابقة بالعلاج التي تتجذر في الفرد لتصبح معرفة تكتسب عن طريق المعلومات، والتي تكون في الغالب قابلة للقياس ويمكن التحقق منها بغض النظر عن الأساليب المتبعة في العلاج والوقاية سواء كانت بدائية أو متطورة صحيحة أم خاطئة لذا تبقى المعتقدات الخاصة بالمجال الصحي نفسها لا تتغير مع العمر إذ تتبلور لتصبح قيم التي تعبر في مجملها عن معتقدات ومعايير ذات أهمية عظمى لدى البشر والتي يشترك أفراد المجتمع صغير أو كبير في الكثير منها ويصعب تغييرها مع التقدم في السن.

7-4-4- عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضية الرابعة

نص الفرضية:هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار **(T)** للمقارنة بين متوسطي درجات عينات الذكور والإناث على مقياس السلوك الجنسي الآمن، فجاءت النتائج كالآتي:

الجدول رقم 08: يوضح نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات الجنسين في مقياس السلوك الجنسي الآمن .

درجات عينة الذكور على مقياس السلوك الجنسي الآمن		**درجات عينة الإناث على مقياس السلوك الجنسي الآمن**		**T**	**مستوى الدلالة " ل"**	**القرارالإحصائي**
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
100.86	9.03	104.80	7.81	-1.82	0.72	غ دال

أوضحت نتائج الجدول رقم08 أن مستوى الدلالة ل كانت تساوي **(0.72)**وهي قيمة غير دالة إحصائياعند مستوى الدلالة 0.05. مما يعني عدموجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

تختلف هذه النتيجة مع ما ذهب إليهالباحثون في التراث النظري من أن العوامل السلوكية الصحية أو غير الصحية غالبا ما تعزى إلى متغير الجنس، وهذا راجع إلى الخصائص الشخصية لكلا الجنسين (ذكر/ أنثى)، وبما أن العلاقة الجنسية محصلة بين الذكر والأنثى فان المحافظة على الصحة الجنسية وتعزيزها والارتقاء بها "كاستخدام الواقي الجنسي للحماية من الأمراض التناسلية، القيام بالفحوص الدورية..."، هي عملية تتيح للأزواج زيادة المقاومة ومكافحة الأمراض وتحسين صحتهم أو تعريضها للخطر كالانخراط في السلوكيات الجنسية الخطرة، وبالتالي فلا يستطيع احد الأزواج من اتخاذ قرار لحفظ الصحة أو تعزيزها كفرض استعمال الواقي الجنسي على سبيل المثال على طرف دون اللجوء إلى موافقة الطرف الآخر الذي يعتبر طرف مكمل للعملية الجنسية. وهذا ما يفسر النتيجة المتحصل عليها.

7-4-5- عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضية السادسة

نص الفرضية :هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد العينة في السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن.

الجدول رقم09: يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة استجابة عينة الدراسة على مقياس السلوك الجنسي الآمن باختلاف السن .

للتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لدراسة استجابة عينة الدراسة على مقياس السلوك الجنسي الآمن باختلاف السن فجاءت النتائج كمايلي:

مصدر التباين	**مجموع المربعات**	**درجة الحرية**	**متوسط المربعات**	**قيمة ف**	**مستوى الدلالة "ل"**	**القرارالإحصائي**
بين المجموعات	197.96	3	65.98	0.85	0.47	غ دال
داخل المجموعات	5109.87	66	77.42			
المجموعة	5307.85	69				

أظهرت نتائج الجدول 09 أن قيمة لكانت تساوي(**0.47**) وهي قيمة غير دالة إحصائيا كونها أكبر من 0.05. وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن.

يمكن أن نفسر نتائج هذه الفرضية المساواة بين الفئات العمرية للعينة المدروسة في الاهتمام بالجانب الصحي، وفي طريقة طلب المساعدة من أجل معالجة مشاكل الصحة الجنسية من قبل أعوان رعاية الصحة الجنسية، وهذا راجع لطبيعة الموضوع لان المخاطر المتعلقة بالسلوك الجنسي غالبا ما يغلفها الصمت لدى الكبار والصغار، فتبقى المعلومات المتعلقة بالجنس نفسها لا تتطور مع التقدم في السن نظرا للحساسية والحرج الذي يجده الأفراد في طرح مثل هذه الموضوعات، لتتوارث من فرد لآخر، وربما يعود سبب عدم تناسق النتيجة مع توقعاتنا إلى أن نسبة الوعي الصحي بالمخاطر الناجمة عن الاتصال الجنسي غير المحمي توجد بنسب متساوية عبر المراحل العمرية المدروسة في عينة البحث، حيث تتقارب فيها الأفكار الخاصة المتعلقة بمجال الصحة الجنسية.

خاتمة:

من خلال الدراسة الميدانية خلصنا إلى أن الأفراد المتزوجين غالبا ما يربطون الممارسات الجنسية الآمنة بالزواج الشرعي باعتبارهم أن الشريك الجنسي الشرعي يكون أكثر أمانا وإلى قناعتهم الخاصة بأن صحتهم الجنسية غير مهددة وفي حال أفضل وبمأمن من الإصابة بالأمراض المتنقلة عبر الجنس وهذا راجع إلى انعدام ثقافة الصحة الإنجابية والجنسية في المجتمع الجزائري باعتبار اعتقاد البعض من الأفراد أن اتخاذ قرار بشأن إتباع نمط جنسي آمن لا يخصهم كأفراد متزوجين، وبالتالي لن يعود عليهم بالفوائد، وعلى حسب ما تناولناه في هذه الدراسة بجانبيها النظري والميداني نستنتج أن: نموذج المعتقدات الصحية من شأنه أن ينبأ بسلوك الأفراد المتزوجين اتجاه الممارسة الجنسية الآمنة والصعوبات التي تواجههم أثناء محاولتهم إتباع سلوكيات جنسية آمنة وكيفية إدراكهم لها، لأن التعرف على الأسباب والعوامل التي تساهم في إتباعهم الممارسة الجنسية الآمنة أو الخطرة تمكننا من اقتراح التغيير المناسب وإيجاد الحلول الملائمة لمشاكل الصحة الجنسية.

- التوصيات والاقتراحات:

1- التوصيات:

من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها والنتائج المتحصل عليها يمكن إدراج التوصيات والاقتراحات التالية:

- ✓ **بالنسبة للعاملين في مجال الخدمات الصحية:**

- التركيز على حملات التثقيف الصحي في مجال الجنس، وتوفير المعلومات حول فاعلية الواقي الجنسي ومأمونيته وبالتالي إتباع سلوك جنسي آمن.

– التركيز على عمليات التوعية والوقاية من المخاطر بإجراء الفحوص الدورية، وذلك بهدف تغيير السلوك الخطر لدى الأفراد، وتعلم معتقدات صحية إيجابية.

– وضع إستراتيجيةوخطة عمل لتعزيز السلوك الجنسي الصحي.

– تدريب موظفين في مجال الصحة على تطبيق خطة لتعزيز السلوك الجنسي الصحي.

– تعزيز أنماط الصحة الجنسية والإنجابية بتقديم معلومات لدى فئة المقبلين على الزواج.

– تغيير المعتقدات السلبية للأفراد بأخرى صحية إيجابية اتجاه بعض القضايا المتعلقة بالجنس والصحة.

2– الاقتراحات:

– إجراء دراسة مقارنة للكشف عن العلاقة الكامنة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي غير آمن "لدى عينة من الأفراد الأصحاء والمرضى بالسيدا" .

–إجراء دراسة تتناول العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوكات الجنسية غير آمنة "لدى عينة من المساجين".

– إجراء دراسة للكشف عن الاتجاهات الايجابية نحو الواقي الجنسي واستخدامه بالاعتماد على نظرية الفعل المقصود.

*** قائمة المراجع :**

1– أحمد فخري هاني، دت، اضطرابات السلوك الجنسي بين الشريكين تم استرجاعها في تاريخ،**02/10/2009** من: =_05_21http://www.almostshar.com/web/Subject_Desc.php? Subject_Id=94&Cat_Id=

2– سامر جميل رضوان،كونرادريشكة(د.ت): **السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان**،تم استرجاعه في تاريخ 22 ديسمبر ،2009 من:http://www.alba7es.com/Page1220.htm

3– شيلي تايلور (2008):**علم النفس الصحي**، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر طعمية داوود، ط1، دار الحامد، عمان الأردن.ص.126

4–صفاء طميش(2003) : **ورشات عمل حول المعتقدات والسلوكيات الجنسية في المجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وغزة**،مجلة الحوار المتمدن – العدد: 386 – 2003 / 2 / 3المحور: العلاقات الجنسية والأسرية. تم استرجاعها في تاريخ 05 ديسمبر ، 2010 من:http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=%205277

5– عثمان يخلف(2001): **علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة** ، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع الدوحة.ص.31،32

6– ليندزي وبوال (2000) :**مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين** ،ترجمة صفوت فرج ، (ب.ط)،مكتبة الأنجلو المصرية،القاهرة. ص..561

7– نفيسة الجعلي (د.ت) :**تاريخ الثورة الجنسية**، تم استرجاعها في تاريخ 22 ديسمبر ،2010 من:
http://www.sudaneseonline.biz/cgi- bin//sdb/2bb.cgi?seq=msg&board=58&msg=1134508811

8–ملخصات أبحاث منشورة: تم استرجاعها في تاريخ04 ديسمبر ، 2009، من:
. faculty.ksu.edu.sa/69132/....20%20%//. doc

9-Allison Minugh, Christopher Rice, Leslie Young (1998):**Gender, health beliefs, health behaviors, and alcohol consumption**,American Journal of Drug and Alcohol Abuse, August, 1998,retreived april 15th , 2010, from:http:// findarticles.com/p/articles/mi_m0978/is_n3_v24/ai_21154253/pg_2
10-Carolina Werle et all (s.d) **: les déterminants des comportements de santé préventive** : revue de la littérature, perspective de recherche et étude
11- Kazrian, S.S, Evans, D.R (2001): **Hand book of cultural health psychology** ,USA BUK: Academic press. p.120.
12- Lorraine M. Reiser (2007): **health beliefs and Behaviors of college women**, submitted to the graduate faculty of Nursing in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy. University ofPitts burgh, p.16-17. Retrieved, April 16th, 2009, from:
http://etd.library.pitt.edu/ETD/available/etd-01302008
13- Rabiau, BarbelKnauper and Paule Miquelon (2006): **The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm**, the compensatory health Beliefs model; British, Journal of health
14- UNAIDS_UNICEF (2005):**Glossaryof termsappropriateto theHIV/AIDSguideusersin English andArabic**.p.42,.retrieved march 10, 2010.