مستوى إدراك الصحة و أبعادها لدى المراهق المتمدرس: دراسة ميدانية بثانويات بلدية المسيلة

Level of Health Perception and its Dimensions among Schooled Adolescents: A Field Study in the Secondary Schools of M'Sila Municipality.

عبد الحميد ضياف*
طالب دكتوراه، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2
مخبر البحث في الاضطرابات الاجتياحية في النمو والتوحد.
Abdelhamid Dhiaf
PhD student, Mohammed Lamine Debahine Setif 2
ab.diaf@univ-setif2.dz

سمية حربوش
أستاذ محاضر أ، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2
Soumia Harbouche
Professor Lecturer A
Mohammed Lamine Debahine Setif 2
Psy.harbouche@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2024/09/10 تاريخ القبول: 2024/11/13 تاريخ النشر: 2024/12/08

الملخص: تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى إدراك الصحة واستكشاف مدى وجود فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي بالمسيلة. ولتحقيق هذه الأهداف والتحقق من الفرضيات المقترحة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وقمنا بدراسة استطلاعية بهدف ضبط أداة الدراسة المتمثلة في الاستبيان كأداة رئيسية تهدف لقياس المتغيرات وتم التحقق من صدقها وثباتها، وتم توزيعها على عينة الدراسة، وقد كانت الاستمارات المستعملة والصالحة للتحليل 110 استمارة، وتم الاعتماد على برنامج SPSS الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، واستخدام الأساليب الإحصاءات الوصفية المتمثلة في المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري معامل الاختلاف واختبار العينات المستقلة Independent Samples Test.

وقد توصلت الدراسة إلى أن مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس متوسطة. وكما أن مستوى أبعاد إدراك الصحة المتمثلة في: رفض دور المريض، الموقف تجاه زيارات الطبيب، الانطباع حول الصحة، التوجهات نحو المرض، الصحة حاليا، المقاومة/القابلية، الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة، الصحة سابقا كلها متوسطة. وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

وعليه فقد اقترحت الدراسة بضرورة تعزيز مستوى إدراك الصحة لدى المراهقين المتمدرسين في مختلف الأطوار التعليمية الثلاث وبالخصوص في مرحلة الثانوي من خلال إنجاز حملات وبرامج توعوية وتثقيفية في المدارس والمتوسطات والثانويات لزيادة وعي المراهقين بأهمية الصحة والعناية بأنفسهم.

الكلمات المفتاحية: إدراك الصحة؛ أبعاد إدراك الصحة؛ تلاميذ مراهقون؛ مرحلة ثانوية.

Abstract: The current study aims to determine the level of health perception and explore the differences in the level of health perception attributable to the gender variable (male, female) among a sample of third-year secondary school students in Msila. To achieve these

*- المؤلف المرسل

objectives and verify the proposed hypotheses, the descriptive-analytical approach was used, and we conducted a pilot study to control the study tool, which was the questionnaire as a main tool aimed at measuring the variables, and its validity and reliability were verified. It was distributed to the study sample, and the used and valid questionnaires for analysis were 110. The SPSS statistical package for social sciences was used, and descriptive statistical methods were used, including the mean, standard deviation, coefficient of variation, and the Independent Samples Test.

The study concluded the following results: The level of health perception among the enrolled adolescent is moderate. The level of the dimensions of health perception, which are rejection of the patient's role, attitude towards doctor visits, impression about health, orientations towards illness, current health, resistance/susceptibility, health-related concerns/preoccupations, and previous health, are all moderate. There are no statistically significant differences in the level of health perception attributable to the gender variable (male, female).

Accordingly, the study suggested the need to enhance the level of health awareness among adolescents attending school in the three different educational stages, especially at the secondary level, through the implementation of awareness and educational campaigns and programs in schools, middle and high schools to increase adolescents' awareness of the importance of health and self-care.

Keywords: Health perception; Dimensions of health perception; Adolescent students; Secondary school stage.

مقدمة:

تعد صحة الفرد الركيزة الأساسية في حياته، فكون الفرد يعيش بصحة جيدة فهناك إمكانية كبيرة لتحقيق ما يهدف إليه والعيش في مجتمعه بكل أمان ويتفاعل الفرد في حياته بأدوار مختلفة. كما يتطلب على الفرد كذلك بذل جهود شخصية قصد المحافظة على صحته من خلال الوقاية، والقيام بسلوكيات صحية تعود بالنفع على صحته، فأسلوب الحياة الذي يعيش به الفرد له دور كبير في المحافظة على صحته كالعادات الصحية التي يسلكها. فلا يتسنى لنا الحصول على صحة جيدة مالم نقوم بسلوك صحي سليم، فالصحة هي نتاج لسلوك صحي سوي. وهذا السلوك الصحي هو ناتج عن إدراك الفرد، حيث "تعتمد الصحة على سلوك الفرد وعاداته المعيشية، تقاليده وكل المعتقدات السائدة في المجتمع" (كماش، 2021، ص.41). أي أن الطريقة التي يفسر بها الفرد نظرته للصحة والمرض، هي ناتجة عن إدراك الفرد وما يقوم به من سلوك صحي أو عكس ذلك. وما يحمله الفرد من معتقدات صحية سواء كانت بالإيجاب أو السلب.

حيث "تعتبر مرحلة المراهقة من أدق مراحل النمو التي يمر بها الفرد نظرا لما تتصف به، من متغيرات جذرية وسريعة، تنعكس آثارها على مظاهر النمو الحسي، العقلي، النفسي، الاجتماعي، فهي أكثر المراحل إثارة للدارسين" (حربوش،2021، ص.104). وبالحديث عن إدراك الصحة لدى المراهق فهذا ينعكس على سلوكه من خلال ما يحمله من أفكار ومعتقدات حول الصحة. فإدراك الصحة يعرف تباين في المستويات لدى المراهقين فارتفاع مستوى الإدراك الصحي عند المراهق ينجم عنه سلوكيات صحية سوية. وكما يتأثر الإدراك بالمستوى التعليمي للمراهق وغيرها من العوامل والمتغيرات، ومن هنا تبرز أهمية دراستنا في الوقوف على مستوى إدراك الصحة وكذا الفروق بين الجنسين في إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.

1- الإشكالية:

تعد الصحة من أهم المواضيع الأكثر اهتماما من طرف العلماء في مختلف المجالات، فأصبح مفهوم الصحة ينظر إليه من وجهة نظر عدة عوامل: عضوية، حيوية، سلوكية، اجتماعية وليس يقصد بها غياب الأمراض أو العجز عن ممارسة الحياة بشكل عادي. كما يعتبر السلوك محك أساسي في الصحة، وهو الركيزة الأساسية في الحفاظ عليها من خلال طرق التدخل، وتقويم السلوك وتعديله فالسلوك الصحي المتمثل في ممارسة نشاط يتسم بالصحة، كالأغذية الصحية، الأنشطة الرياضية، إتباع التعليمات الطبية، واتباع العلاج الطبي وتجنب أسباب الخطر الصحي وكل ما هو سلوك غير صحي. "فالسلوك الصحي وتنميته له أهمية كبيرة، ليس بخصوص الجانب الجسدي فحسب وإنما بالجانب النفسي كذلك. وخاصة أن هناك فهم عميق للعلاقة بين السلوك والصحة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين" (رضوان وريشكة، 2001، ص.25). في حين أن سلوكيات الخطر المتعلق بالصحة تناولته العديد من الدراسات لما لها من أهمية في الجوانب الاقتصادية، الرياضية، الصحية، السياسية (عكسة، 2022، ص.42).

كما أن "للإدراك دور في السلوكيات المتبعة من قبل الفرد، فسلوك الفرد نابع من تصوره الخاص. فهناك عدة نظريات ونماذج ساهمت في شرح تصور الناس وتفسيرهم لسلوك الخطر. فالنظريات المعرفية تفسر سلوك الخطر من خلا ل الطريقة التي ينظر بها الفرد إلى الخطر من خلال الطريقة التي ينظر بها الفرد إلى الخطر والقرار المتخذ بشأنه" (بهلول، 2018، ص.65). الإدراك الصحي مؤشر هام جدا للصحة، فإدراك الصحة هو تلك التصورات حول الصحة من طرف الفرد.

ففي دراسة لأحمد حسين عنشر ونصر الدين أحمد إدريس الدومة بعنوان إدراك الخطر الصحي وعلاقته بالتعود على المسؤولية لدى الطلاب الوافدين بجامعة إفريقيا العالمية في ظل

جائحة كورونا. التي بحثت في العلاقة بين إدراك الخطر الصحي والفروق تبعا لمتغيرات: النوع، العمر، التخصص، المستوى الدراسي، بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي على عينة حجمها 149 طالب وطالبة. باستخدام مقياس إدراك الصحة من إعداد الباحثان، وكانت نتائج الدراسة كالآتي: إدراك الخطر الصحي لدى الطلاب مرتفع. وجود علاقة ارتباطية ضعيفة بين إدراك الخطر الصحي والشعور بالمسؤولية بين الطلاب الوافدين. وجود فروق ذات دلالة إحصائيا، ذات أثر متوسط في مستوى إدراك الخطر الصحي لدى الطلاب الوافدين.

"تتميز مرحلة المراهقة بأنها تغير هام ونضج في النمو العقلي، مما يؤدي إلى ظهور الفروق العقلية المتمايزة بين المراهقين، فقدرة المراهق على التفكير المجرد، تمكنه من استخدام التحليل والتركيب في العمليات المنطقية المتقدمة في المواضيع الاجتماعية مما يدفع بالمراهق للبحث في أصول الأشياء وأسرار الحياة والظاهر الطبيعية، مع ميله للاستطلاع وإجراء التجارب" (قندوسي، 2021، ص ص.138-139).

يعتبر إدراك الصحة مؤشر هاما للسلوك الصحي، حيث التقييم الذاتي للصحة أثناء فترة المراهقة ذو أهمية كبيرة مع التركيز على الفرد بين السن والجنس. فإدراك الصحة متمثل في تلك المعرفة والتصورات حول الصحة من طرف الفرد سواء البالغ أو المراهق. وهو تلك القدرة على التفكير في تحديد سلوك صحي خاص ويجعله قادرا على الابتعاد على السلوك الغير صحي أو السلوك الصحي المحفوف بالمخاطر. ففي دراسة لـ Li et al, 2023 في الصين، تمت بإجراء مسحين باستبيانين على مدارس ثانوية في ثلاث مناطق في الصين من خلال أخذ عينات عشوائية. حيث تم توزيع 1200 استبيان في المدارس الثانوية في ديسمبر من عام 2022. تم إعادة المسح لنفس التلاميذ سنة 2023. وكانت نتائج الدراسة على اختلافات كبيرة بين الجنسين في تصور المخاطر. هناك فروق في الصحة العقلية والنشاط البدني وإدراك المخاطر. تكرار إدراك المخاطر الاختبار أعلى بالنسبة للإناث منها في الذكور. كما أشارت النتائج العامة لهذه الدراسة: وجود علاقة سببية بين إدراك الخطر المتعلق بالصحة والنشاط البدني بين المراهقين.(Li et al, 2023, p.2) .

وتعتبر الدراسة الوسط الثاني الذي يقضي فيه المراهق فترات طويلة، مما يجعله وسط العديد من المثيرات السلبية والإيجابية تساعده على النمو السليم أما المثيرات السلبية التي تعمل على عكس ذلك وعدم تحقيق نمو صحي وتكيف جيد. فالمدرسة تواجه مجموعة كبيرة من سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة وتعدد العوامل التي تؤثر على إدراك المراهق.

لذا ارتئينا إلى فتح مجال البحث والتقصي عن مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس. وانطلاقا من هذا التصور فإن إشكالية البحث تتبلور في السؤال التالي:

- ما مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس؟
- هل توجد فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

2- الفرضيات:

- الفرضية الرئيسية الأولى: مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس مرتفع.
- الفرضية الرئيسية الثانية: توجد فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

3- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

3-1- من الناحية النظرية: تكمن الأهمية النظرية للدراسة من خلال ما يلي:

- إدراك الصحة لدى المراهق في الوسط المدرسي.
- إثراء المكتبة العلمية بجوانب موضوع إدراك الصحة.
- تناول مجال من المجالات الصحية عند المراهق والمتمثل في إدراكه للسلوك الصحي.

3-2- من الناحية التطبيقية: تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة من خلال ما يلي:

- إثراء التراث العلمي في موضوع إدراك الصحة وبإمكانه فتح آفاق جديدة للبحث.
- العمل على إجراءات وقائية من السلوكيات الخطيرة المتعلقة بالصحة لدى المراهق.
- تتمثل أهميتها من خلال العينة وهم المراهقين المتمدرسين حيث يمثلون نسبة كبيرة من المجتمع.
- العمل على رفع مستوى إدراك الصحة عند المراهق من خلا ل إعداد برامج وقائية، والتي تعد جانب هام في التربية الصحية.

4- أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- التعرف على مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.
- الكشف عن فروق مستوى الإدراك لدى المراهقات والمراهقين المتمدرسين.

5- مصطلحات الدراسة الاجر ائية:

5-1- الإدراك: نوع من الاستجابة للأشكال والأشياء الخارجية، لا من حيث أشياء وأشكال فقط، بل رموز ومعاني ترمي الاستجابة إلى القيام بنوع معين من السلوك.

ويتوقف ذلك على طبيعة المنبه الخارجي أو الحالة الشعورية للفرد وعلى اتجاهه الفكري والنفسي. وخبراته السابقة إزاء مثيرات متشابهة (إبراهيم، 2010، ص.195).

التعريف الإجرائي للإدراك: هو تلك التصورات، المعتقدات، والمفاهيم، عند الفرد تجعله يقوم بسلوك معين أو يمتنع عنه.

2-5- الصحة: عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها حالة من التكامل والإحساس الجسدي، النفسي والاجتماعي وليس فقط حالة الخلو من الأمراض والعاهات والعلل (الرازخي، 2002، ص.689).

التعريف الإجرائي للصحة: هي حالة من التوازن النفسي والجسدي التي يعيشها المراهق جراء إتباعه لسلوكيات صحية.

3-5- إدراك الصحة: يشمل إدراك الصحة كل من الرفاهية الجسدية والعقلية، وبالنسبة للبعض، حتى الإنجاز الروحي. هذه المعتقدات الشخصية والتقييمات للحالة الصحية العامة التي توضح كيف يعتبر الناس أنفسهم بصحة جيدة أو لا. إنه مفهوم شخصي، ويمكن أن تعكس تصورات الفرد مشاعره ومعتقداته أكثر من حالته الجسدية الحالية. (Suoto et al, 2018, p.2186)

تعد تصورات الصحة معتقدات شخصية وتقييمات لحالة الصحة العامة. هذه التصورات تركز على الصحة بشكل عام بدلا من التركيز على المكونات البدنية أو العقلية بشكل محدد. (Anita & John, 1992, p.43)

التعريف الإجرائي لإدراك الصحة: هو قدرة الفرد على التفكير بشكل سليم وفي اتخاذ قرار سليم بخصوص سلوك صحي خاص به ويجعله له قدرة على اجتناب السلوكات الخطيرة المتعلقة بالصحة. أو هو الدرجة التي يتحصل عليها المراهق من خلال استبيان إدراك الصحة.

4-5- المراهقة: انتقال الفرد من مرحلة الطفولة إلى مرحلة يحاول الاعتماد على نفسه والاستقلال بذاته مكونا شخصيته المستقلة (الزعبي، 2013، ص.15).

التعريف الإجرائي للمراهقة: المراهقة خاصية أساسية لأفراد عينة البحث، حيث اشتملت العينة على مراهقين بالوسط المدرسي وعلى درجة التخصيص بالثانويات.

6- الدراسات السابقة:

6-1- دراسة Evans et al, 1995: هدفت الدراسة إلى المعرفة الكبيرة التي يوليها المراهقين لمختلف السلوكات الصحية الوقائية. تمت الدراسة بطريقة استقصائية بكاليفورنيا على عينة حجمها 5040. تمحورت أسئلة الدراسة حول: تجنب المخدرات، التدخين، الكحول، القيادة الخطيرة للسيارات، استخدام حزام الأمن، اللياقة البدنية، التحكم في الوزن، عادات الأكل الصحي. تمت المقارنة للنتائج مع بيانات مسح وطني متمثل في عينة متكونة 6126 فرد. وكانت النتائج كالآتي:

إدراك المراهقين في كاليفورنيا أن أقرانهم لديهم أولوية كبيرة في التحكم في الوزن. مصدر القلق الكبير للتحكم في الوزن كان عند الفتيات في مختلف فئاتهم العمرية بنسبة 85 %. تصنيف أفضل خمس سلوكيات متمثلة في: اجتناب المخدرات، عدم شرب الكحول، قيادة المركبات بشكل صحيح، اللياقة البدنية ضمن أفضل خمس سلوكيات. في حين السلوكيات الأخيرة هي: استخدام حزام الأمن، الإفراط في شرب الكحول، وأخيرا تناول الطعام الصحي. عدم تطابق الترتيب إلا أن أولويات المراهقين فيما يتعلق بالسلوكيات الصحية كانت متسقة مع نتائج كاليفورنيا.

2-6- دراسة Budesa, 2008: كان الهدف من هذه الدراسة تحديد ما إذا كان هناك تحيز بين الجنسين في تصورات نمط الحياة الصحي مقابل نمط الحياة غير الصحي. كانت الدراسة عبارة عن تصميم عاملي 2 (ذكر أو أنثى) × 2 (صحي أو غير صحي) بين المشاركين. قرأ طلاب الكلية (ن = 53) سيناريو يصف نمط حياة شخص محفز. ثم أجاب المشاركون على استبيان مكون من 16 عنصرا. لم يتم دعم الفرضية القائلة بوجود اختلاف بين الجنسين في تصورات نمط الحياة الصحي بقوة. كان هناك تأثير رئيسي قوي لنوع نمط الحياة مع نظر المشاركين إلى نمط الحياة الصحي بشكل أكثر إيجابية. تم دعم الفرضية القائلة بأن المشاركين الذين يرون أنفسهم أصحاء سيستجيبون بشكل أكثر إيجابية لوصف نمط الحياة الصحي لسؤالين فقط. وعلى النقيض من الأبحاث السابقة، وأشارت النتائج إلى أن الجنس ليس مهما للغاية فيما يتعلق بتصورات صحة الفرد.

2-6- دراسة Meireles et al 2015: تهدف هذا الدراسة إلى تحديد مدى انتشار التقييم الذاتي الضعيف للصحة وعوامله المرتبطة لدى المراهقين في الفئة العمرية 11-13 سنة والفئة العمرية 14-17 سنة الذين يعيشون في مركز حضري كبير في البرازيل. أجريت هذه الدراسة المقطعية باستخدام مسوحات أسرية في جميع أنحاء بيلو هوريزونتي وشملت 1,042 مراهقا. تم استخدام نماذج الانحدار اللوجستي المطبقة على كل فئة عمرية لتقييم الارتباطات بين التقييم الذاتي الأسوأ للصحة والمتغيرات التالية: الاجتماعية والديموغرافية، الدعم الاجتماعي والعائلي، أنماط الحياة، الصحة النفسية، والقياسات الجسدية. حوالي 11% (فاصل الثقة 95 % = 8.7-13.6) من المراهقين الذين شملتهم الدراسة قيموا صحتهم على أنها ضعيفة، وانخفض التقييم الذاتي للصحة مع تقدم العمر بين الذكور والإناث. كان هذا الاتجاه أكثر وضوحا لدى الفتيات (من 6.9 % بين الفتيات في الفئة العمرية 11-13 سنة إلى 16.9 % بين الفتيات في الفئة العمرية 14-17 سنة) مقارنة بالفتيان (من 8.3 % بين الفتيان في الفئة العمرية 11-13 سنة إلى 11 % بين الفتيان في الفئة العمرية 14-17 سنة).

3-6- دراسة Kim et al, 2018: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة كيفية إدراك المراهقين للمخاطر الصحية الخاصة بهم ومقارنة احتمالية تعرضهم للمخاطر الصحية باحتمالية تعرض الآخرين من نفس العمر. وعلاوة على ذلك، حددت الدراسة الاختلافات في إدراك المخاطر الصحية بين الذكور والإناث. شارك 625 مراهقا (314 ذكرا و311 أنثى) من منطقة Nowon، الواقعة جغرافيا في شمال سيول، طواعية. ومن أجل قياس إدراك المخاطر الصحية، تم استخدام نسخة كورية من ملف تعريف أحكام المخاطر الذاتية للآخرين. أشارت النتائج إلى أن المشاركين في الدراسة، بغض النظر عن الجنس والعمر، يميلون إلى التقليل من تقدير تعرضهم لغالبية أحداث المخاطر الصحية. وعلاوة على ذلك، كانت هناك اختلافات كبيرة بين الجنسين والعمر في إدراك المخاطر الصحية وتحيز الإدراك في جميع مجالات المخاطر الصحية.

4-6- دراسة بلعسلة وفتيحة، 2019: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى إدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية، بالإضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين إدراك المراهق المتمدرس لسلوكياته الغذائية الصحية وتحصيله الدراسي. ولجمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة، اعتمدنا على الجزء الخاص بالوعي الغذائي من مقياس الوعي الصحي للقدومي 2005 إضافة إلى معدلات التلاميذ النهائية كمقياس على نتائج التحصيل الدراسي. وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها 50 تلميذا وتلميذة يدرسون بالسنة الثانية ثانوي، اختيرت بطريقة قصديه بما يخدم أهداف الدراسة. وتوصلنا إلى نتائج تفيد بأن الدرجة الكلية لإدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية كانت عالية.

5-6- دراسة Lee et al, 2020: كان الهدف من هذه الدراسة هو التحقق من العلاقة الهيكلية بين التصورات الصحية والمشاركة الرياضية والسلوك المعزز للصحة لدى المراهقين. شارك في هذه الدراسة ما مجموعه 507 من المراهقين الذين يعيشون في سيول، جمهورية كوريا، في عام 2020. أجريت هذه الدراسة باستخدام المسح الأولي والمسح الرئيسي. وفي المسح الأولي تم تحليل ثبات وصلاحية المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة، وفي المسح الرئيسي تم التحقق من العلاقات بين المتغيرات الفردية. على وجه التحديد، تم إجراء التحليل الإحصائي الوصفي، وتحليل المسار، وتحليل تأثير الوساطة في المسح الرئيسي. وكانت نتائج الدراسة كما يلي: مستوى مرتفع لإدراك الصحة، للتصورات الصحية تأثيرا إيجابيا على المشاركة الرياضية. علاوة على ذلك، وجد أن التصورات الصحية ليس لها تأثير مباشر على السلوك المعزز للصحة، في حين وجد أن المشاركة الرياضية لها تأثير إيجابي على السلوك المعزز للصحة.

6-6- دراسة Shaaban et al, 2022: كان الهدف من هذه الدراسة إلى تحديد مجموعة واسعة من العوامل التي يمكن أن تؤثر على حالة الصحة المدركة ذاتيا بين عينة تمثيلية في البرتغال. تم استخدام مسح الصحة الوطني لعام 2014 (n = 17,057)، حيث طُلب من المشاركين تقييم حالة صحتهم من "جيدة جدا" إلى "سيئة جدا". قمنا بتجميع الإجابات "جيدة جدا" و"جيدة"، و"سيئة" و"سيئة جدا"، على التوالي. تم استخدام الانحدار اللوجستي المتعدد الفئات لمقارنة خصائص المشاركين عبر المجموعات من خلال حساب نسبة الأرجحية والفواصل الثقة المقابرة البالغة 95 %. شملت النماذج الخصائص الاجتماعية/ الديموغرافية، الحالة الصحية الموضوعية، استخدام الرعاية الصحية، الإعاقة الوظيفية، الحواجز أمام استخدام خدمات الرعاية الصحية، المتغيرات الصحية، الحالة الصحية العقلية، الدعم الاجتماعي، والرضا عن الحياة كعوامل محتملة تؤثر على الصحة المدركة ذاتيا. تم تعديل النماذج حسب الجنس والعمر ومستوى التعليم ودرجة التحضر ووجود أمراض مزمنة. وقد بينت نتائج الدراسة في أن حوالي 45 % من المشاركين بأن صحتهم جيدة/ جيدة جدا، و39 % أفادوا بأنها متوسطة، بينما أفاد حوالي 16 % بأنها سيئة/سيئة جدا. كان الإبلاغ عن صحة سيئة/سيئة جدا أعلى بين النساء مقارنة بالرجال (19.1% مقابل 11.4% على التوالي، $p < 0.001$). تم الإبلاغ عن انتشار أعلى لحالة صحة سيئة/ سيئة جدًا بين المشاركين الذين يعيشون في مناطق قليلة السكان أو بين السكان الأكبر سنا. وجد أن انخفاض مستويات التعليم والدخل والبطالة يزيد من خطر الإبلاغ عن حالة صحة سيئة/ سيئة جدا. وجد أيضا أن استخدام خدمات الرعاية الصحية بشكل أكثر تكرارا، والتعرض لحواجز الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، والعاني من أعراض اكتئاب أو قيود نشاطية، أو نقص الدعم الاجتماعي، مرتبطة بشكل كبير بصحة ذاتية مدركة سيئة/سيئة جدا.

6-7- دراسة Li et al, 2023: تمت الدراسة من إجراء مسحين باستبيانين في خمس مدارس ثانوية في ثلاث مناطق مختلفة في الصين مع أخذ عينات عشوائية. تم توزيع 200 استبيان في المدارس الثانوية في ديسمبر 2022. تم إعادة توزيع الاستبيانات لنفس المستجيبين في عام 2023 في شهر يناير. باستخدام التحليلات المختلفة لتقييم الأثر على الصحة والنشاط البدني وإدراك المخاطر. وكانت نتائج الدراسة كما يلي: اختلافات كبيرة في الجنسين في تصور المخاطر. تأثيرات الفرق في الصحة العقلية بين الجنسين وإدراك المخاطر والنشاط البدني. تكرار إدراك المخاطر عند النساء أعلى منها عند الرجال. أثارت النتائج العامة لهذه الدراسة وجود علاقة سببية بين إدراك المخاطر والنشاط البدني والصحة العقلية بين المراهقين.

التعقيب على الدراسات السابقة:

تعددت نقاط التشابه بين دراستنا الحالية والدراسات السابقة الذكر في كثير من الجوانب: فنجد كل الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي الذي تم اعتماده كذلك في دراستنا. كما أن متغير الجنس متوفر في الدراسات الثلاث ماعدا دراسة باهية فالق التي اعتمدت على الذكور كون الدراسة خاصة بالتدخين. وجود شبه واضحا في المتغير المتعلق بالإدراك أو ما يرادفه بالمعتقد كما هو الحال في دراسة باهية فالق. أما على مستوى الدراسة فالتشابه واضح في كل الدراسات حيث خصت كل الدراسات فئة المراهقين كما هو الحال للدراسة الحالية. كما كانت مواطن الاختلاف في الأدوات المستعملة سواء من قبل الباحثين المذكورين في الدراسات السابقة، أو في أداة الدراسة المستعملة في الدراسة الحالية حيث اعتمدت على مقياس إدراك الصحة المترجم.

الإجراءات المنهجية:

7- المنهج المستخدم: تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وهو المنهج المناسب لإشكالية الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها، وكما تم تحديد هذا المنهج من خلال الدراسات السابقة التي اعتمدته، فهو يعتمد على وصف الظاهرة وتحليلها عن طريق وسائل وأدوات البحث العلمي من أجل الإجابة على التساؤلات والتحقق من الفرضيات.

8- الحدود الزمانية والمكانية للدراسة:

8-1- الحدود الزمانية للدراسة: الفترة الزمنية لهذه الدراسة من 26 نوفمبر 2023 إلى غاية 30 مارس 2024. وهذه الفترة تضمنت الدراسة الاستطلاعية والدراسة النهائية.

8-2- الحدود المكانية للدراسة: أجريت هذه الدراسة في أربع ثانويات ببلدية المسيلة.

9- عينة الدراسة الاستطلاعية: لقد أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة مقدرة ب 30 فردا، بهدف ضبط أداة الدراسة المتمثلة في مقياس إدراك الصحة، حيث أنه "بإمكان الباحث أن يستخدم عينة يتراوح عددها عند (30) فردا لكي يضبط أدوات قياساته للظاهرة المراد دراستها قبل تطبيقها على عينة الدراسة الكلية أو النهائية" (حمادوش، 2019، ص. 190).

10- عينة الدراسة النهائية: يتمثل مجتمع الدراسة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في أربع ثانويات والمقدر عددهم 1134 تلميذا. ولتحديد حجم عينة الدراسة الأساسية، تم الاعتماد على معادلة Steven K. Thompson وهي كالتالي:

$$n = \frac{N \times p\,(1-p)}{[N-1 \times (d^2/z^2)]+p\,(1-p)}$$

حيث أن (حمادوش، 2022، ص.52):

N : حجم المجتمع.

Z : الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95 وتساوي 1.96.

D : نسبة الخطأ وتساوي 0.05.

P : نسبة توفر الخاصية والمحايدة = 0.50.

فبتطبيق المعادلة السابقة، فإن حجم عينة الدراسة n يساوي: 287.14

وبالتالي فإن حجم عينة الدراسة هو 287.

بما أن حجم المجتمع هو 1134 تلميذا في السنة الثالثة ثانوي، وحجم العينة المطلوبة هو 287، فقد تم توزيع 290 استمارة بطريقة عشوائية من أجل تمثيلها للمجتمع، فتم استردادا 135 استمارة فقط، لكون الاستمارات الأخرى لم يتم استرجاعها وبعض الاستمارات ليست صالحة للتحليل بسبب ملئها جزئيا فقط أو لا تتماشى مع أهداف الدراسة، ومنها وجدنا 110 استمارة فقط صالحة للتحليل، وبالتالي فإن نسبة عينة الدراسة الحالية النهائية هي 38.32 % من حجم العينة المطلوبة.

11- أداة جمع البيانات:

11-1- خطوات بناء أداة الدراسة: تم الاعتماد على مقياس إدراك الصحة العامة Scales for Measuring General Health Perceptions لصاحبه John E. Ware Jr هذا المقياس يتضمن ثمانية أبعاد لإدراك الصحة من خلال 32 بندا على أداة استبيان موحدة مصممة للإدارة الذاتية، وهي استبيان إدراك الصحة (النموذج الثاني). تقيس هذه الأبعاد إدراك الأفراد لصحتهم السابقة وصحتهم الحالية وتوقعاتهم بشأن صحتهم المستقبلية وقدرتهم على مقاومة الأمراض أو تعرضهم لها، ومستوى قلقهم واهتمامهم بالصحة، واتجاههم نحو الإصابة بالمرض وموقفهم من اللعب بدور المريض، بالإضافة إلى موقفهم تجاه زيارة الطبيب. أظهرت اختبارات الميدان أن هذه المقاييس صالحة وموثوقة وثابتة مع مرور الوقت للسكان المتنوعين. يُوصى باستخدام هذه المقاييس في الدراسات التي تتطلب قياسات عامة للصحة. ويتم تقديم اقتراحات لأبحاث مستقبلية.

فقد قمنا بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وقمنا بمنحه لمجموعة من الأساتذة الجامعيين من أجل تحكيمه وتقدير مدى صدقه.

11-2- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

11-2-1- صدق المحتوى: لمراعاة صدق الأداة، قمنا بحساب صدق المحتوى باعتباره أكثر أنواع الصدق من حيث الاستخدام، وتأكيد الباحثين على أهميته، فقمنا بعرض المقياس (الأداة) على مجموعة من الأساتذة في صورته الأولية، وتكونت العينة من الأساتذة الجامعيين وعددهم (6).

قمنا بحساب نسبة صدق المحتوى لأداة الدراسة حسب المتغيرات باستعمال معادلة Lawshé والتي مفادها:

$$CVR = \frac{n-I}{N}$$

حيث: **CVR** هو نسبة صدق المحتوى.

n هو عدد المحكمين الذين يعتبرون البند "أساسي" Essential أو "مهم، ولكن ليس أساسيا" Important, but not Essential.

I هو عدد المحكمين الذين يعتبرون البند "ليس له صلة بالموضوع" Irrelevant.

N هو مجموع المحكمين (حمادوش، 2022، ص.52).

حيث أسفرت نتائج المعادلة الإحصائية أن نسبة صدق المحتوى لمتغير إدراك الصحة تساوي (100 %)، أي أن 100 %، من المحكمين أكدوا على أن البنود تقيس المتغير. وعلى اعتبار أن هاته النسبة أكبر من 60 %، أمكننا القول إن بنود المقياس صادقة فيما أعدت لقياسه.

11-2-3- ثبات الأداة: لحساب ثبات الأداة تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ، وللتأكد من هذه الخاصية تم الاعتماد على عينة متكونة من 30 تلميذا في السنة الثالثة ثانوي، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (0.81) وهو مرتفع ويفوق 0.60 وهذا ما يجعل من ثبات وموثوقية الأداة مرتفعة وصالحة للتطبيق وكما أنه مؤشر يدل على أن متغير الدراسة ذات ثبات عال.

12- عرض نتائج الفرضيات:

12-1- عرض نتائج الفرضية الرئيسية الأولى: التي مفادها "مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس معتدل". ولاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الاختلاف لبنود أبعاد متغير إدراك الصحة.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الصحة حاليا:

جدول رقم (1): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الصحة حاليا.

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	وفقا للأطباء الذين راجعتهم، صحتي الآن ممتازة	2.04	0.72	35,29	متوسط	5
02	أشعر الآن أن صحتي أفضل مما كانت عليه سابقا	2.19	0.71	32,42	متوسط	1
03	أنا مريض نوعا ما	1.73	0.71	41,04	متوسط	7
04	أنا لست بصحة جيدة الآن كما كنت من قبل	1.66	0.75	45,18	متوسط	8
05	أنا بصحة جيدة مقارنة بالأشخاص الذين	2.12	0.71	33,49	متوسط	3

	أعرفهم					
06	صحتي ممتازة	2.14	0.72	33,64	متوسط	2
07	شعرت بأن حالتي الصحية سيئة في الآونة الأخيرة	1.74	0.75	43,10	متوسط	6
08	يقول الأطباء أن حالتي الصحية سيئة في الوقت الحالي	1.44	0.59	40,97	متوسط	9
09	أشعر أنني بحالة جيدة الآن أفضل من أي وقت مضى	2.05	0.79	38,54	متوسط	4
المستوى العام لبعد الصحة حاليا		1.89	0.30	15.87	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (1) الخاص ببنود بعد الصحة حاليا يتبين أن المستوى العام للبعد هو متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي 1.89 والانحراف المعياري 0.30، وهذا يشير إلى أن أفراد العينة يشعرون بمستوى متوسط من الصحة الحالية.

جاءت أعلى استجابة للبند "أشعر الآن أن صحتي أفضل مما كانت عليه سابقا" بمتوسط حسابي 2.19، مما يدل على أن أفراد العينة يشعرون بتحسن في صحتهم مقارنة بالفترة السابقة. في المقابل، جاءت أدنى استجابة عند البند "يقول الأطباء أن حالتي الصحية سيئة في الوقت الحالي" بمتوسط حسابي 1.44، مما يشير إلى أن أفراد العينة لا يعانون من مشاكل صحية خطيرة وفقًا لتقييم الأطباء.

تراوحت قيم معامل الاختلاف بين 32.42 % و45.18 %، مما يدل على وجود تباين متوسط في استجابات أفراد العينة على بنود هذا البعد. كل البنود مستواها متوسط، مما يؤكد على أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى صحي متوسط في الوقت الحالي.

بشكل عام، بينت النتائج أن أفراد العينة يشعرون بتحسن في صحتهم، ولا يعانون من مشاكل صحية كبيرة وفقا لتقييمهم الذاتي ولتقييم الأطباء، ولكن من جهة أخرى لا يعتبرون أنفسهم في حالة صحية ممتازة وهناك تجانس في إجابات أفراد العينة حول هذا البعد.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الصحة سابقا:

جدول رقم (2): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الصحة سابقا.

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	كنت مريضا جدا ذات مرة لدرجة أنني شعرت أنني سأموت	1.91	0.83	43,46	متوسط	1

02	لم يسبق لي أن تعرضت لمرض دام فترة طويلة	1.69	0.79	46,75	متوسط	2
03	لم أكن أبدا مريضا	1.45	0.65	44,83	منخفض	3
المستوى العام لبعد الصحة سابقا		1.68	0.47	27.97	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (2) الخاص ببنود بعد الصحة حاليا يتبين أن المستوى العام للبعد لدى أفراد عينة الدراسة كان متوسطا بمتوسط حسابي قدره 1.68 وانحراف معياري قدره 0.47، حيث كان أعلى متوسط حسابي 1.91 بمستوى متوسط للبند الأول "كنت مريضا جدا ذات مرة لدرجة أنني شعرت أنني سأموت"، يليه البند الثاني "لم يسبق لي أن تعرضت لمرض دام فترة طويلة" بمتوسط حسابي قدره 1.69 بمستوى متوسط، وأخيرا البند الثالث "لم أكن أبدا مريضا" بمتوسط حسابي قدره 1.45 بمستوى ضعيف. وقد كان معامل الاختلاف الأعلى للبند الثاني (46,75 %)، مما يشير إلى وجود تباين أكبر في إجابات التلاميذ حول هذا البند. بينما كان معامل الاختلاف الأدنى للبند الأول (43,46 %)، مما يعني أن هناك اتساقا أكبر في إجاباتهم.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد المقاومة/ القابلية:

جدول قم (3): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد المقاومة/ القابلية.

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	أقع في المرض بسهولة مقارنة بالآخرين	1.83	0.77	42,08	متوسط	3
02	أغلب الناس يقعون في المرض بسهولة مقارنة بي	1.83	0.68	37,16	متوسط	2
03	يبدو أن جسدي يقاوم المرض جيدا	2.02	0.72	35,64	متوسط	1
04	عادة ما ألتقط المرض بسرعة بمجرد انتشاره في محيطي	1.66	0.73	43,98	منخفض	4
المستوى العام لبعد المقاومة/القابلية		1.83	0.39	21.31	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (3) الخاص ببنود بعد المقاومة/ القابلية يتبين أن المستوى العام للبعد لدى أفراد عينة الدراسة كان متوسطا بمتوسط حسابي قدره 1.83 وانحراف معياري قدره 0.39. وأعلى متوسط حسابي 2.02 كان للبند الثالث "يبدو أن جسدي يقاوم المرض جيدا"، يليه البند الثاني "أغلب الناس يقعون في المرض بسهولة مقارنة بي" والبند الأول "أقع في المرض بسهولة مقارنة بالآخرين" بمتوسط حسابي قدره 1.83 لكليهما، وأخيرا المتوسط الحسابي 1.66 للبند الرابع

"عادة ما ألتقط المرض بسرعة بمجرد انتشاره في محيطي" بمستوى منخفض. وقد كان معامل الاختلاف الأعلى للبند الرابع (43,98 %)، مما يشير إلى وجود تباين أكبر في إجابات التلاميذ حول هذا البند. بينما كان معامل الاختلاف الأدنى للبند الثالث (35,64 %)، مما يعني أن هناك اتساقا أكبر في إجاباتهم.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الانطباع حول الصحة:

جدول رقم (4): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الانطباع حول الصحة.

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	من المحتمل أن أمرض كثيرا في المستقبل	1.83	0.71	38,80	متوسط	3
02	في المستقبل القريب، أتوقع أن أتمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين أعرفهم	2.10	0.70	33,33	متوسط	2
03	أتوقع أن أتمتع بحياة صحية جيدة	2.20	0.68	30,91	متوسط	1
04	أعتقد أن صحتي ستكون أسوأ في المستقبل مما هي عليه الآن	1.57	0.71	45,22	منخفض	4
المستوى العام لبعد الانطباع حول الصحة		1.92	0.37	19.27	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (4) الخاص ببنود بعد الانطباع حول الصحة يتبين أن المستوى العام للبعد لدى أفراد عينة الدراسة كان متوسطا بمتوسط حسابي قدره 1.92 وانحراف معياري قدره 0.37. وأعلى متوسط حسابي 2.20 كان للبند الثالث "أتوقع أن أتمتع بحياة صحية جيدة "، يليه البند الثاني "في المستقبل القريب، أتوقع أن أتمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين أعرفهم" بمتوسط حسابي قدره 2.10، والبند الأول "من المحتمل أن أمرض كثيرا في المستقبل" بمتوسط حسابي قدره 1.83، وأخيرا المتوسط الحسابي 1.57 للبند الرابع "أعتقد أن صحتي ستكون أسوأ في المستقبل مما هي عليه الآن" بمستوى منخفض. وقد كان معامل الاختلاف الأعلى للبند الرابع (45.22 %)، مما يشير إلى وجود تباين أكبر في إجابات التلاميذ حول هذا البند. بينما كان معامل الاختلاف الأدنى للبند الثالث (30.91 %)، مما يعني أن هناك اتساقا أكبر في إجاباتهم.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة:

جدول رقم (5): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة.

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	أنا لا أقلق أبدا على صحتي	1.81	0.72	39,78	متوسط	3
02	أنا أقلق على صحتي أكثر من قلق الآخرين على صحتهم	1.95	0.77	39,49	متوسط	1
03	صحتي هي مصدر قلق في حياتي	1.92	0.78	40,63	متوسط	2
04	يبدو أن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم من اهتمامي بصحتي	1.67	0.70	41,92	متوسط	4
المستوى العام لبعد الهموم/ الانشغالات المتعلقة بالصحة		1.83	0.41	22,40	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (5) الخاص ببنود بعد الهموم/ الانشغالات المتعلقة بالصحة يتبين أن المستوى العام للبعد هو متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام 1.83 وبانحراف معياري 0.41. أعلى متوسط حسابي للبند الثاني "أنا أقلق على صحتي أكثر من قلق الآخرين على صحتهم" بمتوسط حسابي 1.95 وانحراف معياري 0.77، ثاني أعلى متوسط حسابي هو "صحتي هي مصدر قلق في حياتي" بمتوسط حسابي 1.92 وانحراف معياري 0.78، ثالث أعلى متوسط حسابي هو "أنا لا أقلق أبدا على صحتي" بمتوسط حسابي 1.81 وانحراف معياري 0.72، وأدنى متوسط حسابي في هذا البعد هو "يبدو أن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم من اهتمامي بصحتي" بمتوسط حسابي 1.67 وانحراف معياري 0.70. كلها بمستوى متوسط. وقد كان معامل الاختلاف الأعلى للبند الرابع (41.92 %)، مما يشير إلى وجود تباين أكبر في إجابات التلاميذ حول هذا البند. بينما كان معامل الاختلاف الأدنى للبند الثاني (39.49 %)، مما يعني أن هناك اتساقا أكبر في إجاباتهم.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد التوجهات نحو المرض:

جدول رقم (6): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد التوجهات نحو المرض

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	إن الإصابة بالمرض من حين لآخر هو جزء من حياتي	1.81	0.69	38,12	متوسط	2

02	أتقبل فكرة أن أمرض من وقت لآخر	1.99	0.68	34,17	متوسط	1
المستوى العام لبعد التوجهات نحو المرض		1.90	0.58	30,53	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (6) الخاص ببنود بعد التوجهات نحو المرض يتبين أن المستوى العام للبعد هو متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام 1.90 وبانحراف معياري 0.58. أعلى متوسط حسابي في هذا البعد هو للبند الثاني "أتقبل فكرة أن أمرض من وقت لآخر" بمتوسط حسابي 1.99 وانحراف معياري 0.68، وأدنى متوسط الحسابي للبند الأول "إن الإصابة بالمرض من حين لآخر هو جزء من حياتي" بمتوسط حسابي 1.81 وانحراف معياري 0.69 مستواهما متوسط. وقد كان معامل الاختلاف الأعلى للبند الأول (38.12 %)، مما يشير إلى وجود تباين أكبر في إجابات التلاميذ حول هذا البند. بينما كان معامل الاختلاف الأدنى للبند الثاني (34.17 %)، مما يعني أن هناك اتساقا أكبر في إجاباتهم.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد رفض دور المريض:

جدول رقم (7): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد رفض دور المريض.

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	أنا لا أسمح للمرض بالتحكم في حياتي	2.15	0.81	37,67	متوسط	3
02	عندما أمرض أحاول أن أحتفظ بالأمر لنفسي	2.05	0.77	37,56	متوسط	4
03	عندما أكون مريضا، أحاول الاستمرار في الحياة كالمعتاد	2.27	0.68	29,96	متوسط	1
04	عندما أشعر أنني سأمرض، أقاوم المرض	2.26	0.76	33,63	متوسط	2
المستوى العام لبعد رفض دور المريض		2.18	0.54	24,77	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (7) الخاص ببنود بعد رفض دور المريض يتبين أن المستوى العام للبعد هو متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام 2.18 وبانحراف معياري 0.54. أعلى متوسط حسابي في هذا البعد هو للبند الثالث "عندما أكون مريضا، أحاول الاستمرار في الحياة كالمعتاد" بمتوسط حسابي 2.27 وانحراف معياري 0.68، يليه البند الرابع "عندما أشعر أنني سأمرض، أقاوم المرض" بمتوسط حسابي 2.26 وانحراف معياري 0.76، ويليه البند الأول "أنا لا أسمح للمرض بالتحكم في حياتي" بمتوسط حسابي 2.15 وانحراف معياري 0.81، أدنى متوسط

حسابي للبند الثاني "عندما أمرض أحاول أن أحتفظ بالأمر لنفسي" بمتوسط حسابي 2.05 وانحراف معياري 0.77. وقد كان معامل الاختلاف الأعلى للبند الأول (37.67 %)، مما يشير إلى وجود تباين أكبر في إجابات التلاميذ حول هذا البند. بينما كان معامل الاختلاف الأدنى للبند الثالث (29.96 %)، مما يعني أن هناك اتساقا أكبر في إجاباتهم.

- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب:

جدول رقم (8): استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب.

الرقم	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى	الترتيب
01	لا أحب الذهاب إلى الطبيب	2.15	0.81	37,67	متوسط	1
02	لا يزعجني الذهاب إلى الطبيب	1.86	0.78	41,94	متوسط	2
المستوى العام لبعد الموقف تجاه زيارات الطبيب		2.00	0.58	29,00	متوسط	

1-1.66 منخفض/ 1.67-2.32 متوسط/ 2.33-3 مرتفع

من خلال الجدول رقم (8) الخاص ببنود بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب يتبين أن المستوى العام للبعد هو متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام 2.00 وبانحراف معياري 0.58 %. أعلى متوسط حسابي في هذا البعد للبند الأول "لا أحب الذهاب إلى الطبيب" بمتوسط حسابي 2.15 وانحراف معياري 0.81 وبمعامل اختلاف 37.67 %، بمستوى متوسط، وأدنى متوسط حسابي للبند "لا يزعجني الذهاب إلى الطبيب" بمتوسط حسابي 1.86 وانحراف معياري 0.78 وبمعامل اختلاف 41.94 %، بمستوى متوسط.

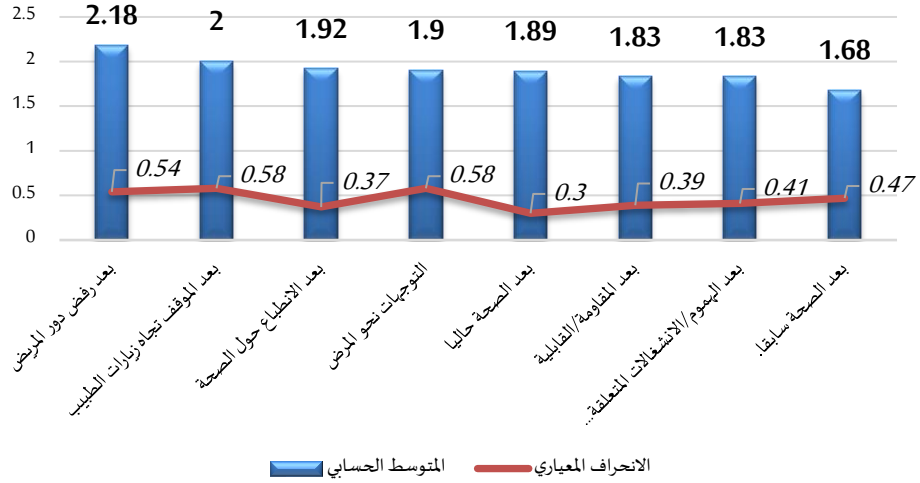
- عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة:

جدول رقم (9): استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة.

الرقم	الأبعاد والمتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى
01	بعد رفض دور المريض	2,18	0,54	24,77	متوسط
02	بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب	2.00	0,58	29,00	متوسط
03	بعد الانطباع حول الصحة	1,92	0,37	19,27	متوسط
04	التوجهات نحو المرض	1,9	0,58	30,53	متوسط
05	بعد الصحة حاليا	1,89	0,3	15,87	متوسط
06	بعد المقاومة/القابلية	1,83	0,39	21,31	متوسط

07	بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة	1,83	0,41	22,40	متوسط
08	بعد الصحة سابقا.	1,68	0,47	27,98	متوسط
المستوى العام لمتغير إدراك الصحة		1.90	0.22	11.57	متوسط

1.66-1 منخفض/ 2.32-1.67 متوسط/ 3-2.33 مرتفع



شكل رقم (1): استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة مرتبة حسب المتوسط الحسابي.

من خلال الجدول رقم (9) والشكل رقم (1)، يتبين أن أعلى متوسط حسابي لمتغير إدراك الصحة العامة لدى عينة من تلاميذ الثانوي يعود لبعد رفض دور المريض بمتوسط حسابي يقدر ب 2.18، وهو في المستوى المتوسط. وبانحراف معياري يقدر بـ 0.54، مما يدل على تجانس نسبي في استجابات التلاميذ. ومعامل الاختلاف يقدر بـ 24.77 %، مما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات المشاركين. هذا البعد يعكس مدى رفض عينة الدراسة المتمثلة في تلاميذ الثانوي لدورهم كمرضى ومدى تقبلهم لذلك الدور.

يليه بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب بمتوسط حسابي يقدر بـ 2.00، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.58، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف هو 29.00 %، مما يدل أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يدل أن لديهم موقف متوسط تجاه زيارات الطبيب.

يليه بعد الانطباع حول الصحة بمتوسط حسابي يقدر بـ 1.92، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.37، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة.

ومعامل الاختلاف يقدر بـ 19.27 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم انطباعات متوسطة حول صحتهم.

يليه بعد التوجهات نحو المرض بمتوسط حسابي يقدر بـ 1.90، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.58، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر بـ 30.53 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم انطباعات متوسطة حول التوجهات نحو المرض.

يليه بعد الصحة حاليا بمتوسط حسابي يقدر بـ 1.89، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.30، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر بـ 15.87 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم انطباعات متوسطة حول صحتهم حاليا.

يليه بعد المقاومة/القابلية بمتوسط حسابي يقدر بـ 1.83، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.39، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر بـ 21.31 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم مقاومة أو قابلية متوسطة للتأثر بالمرض.

يليه بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة بمتوسط حسابي يقدر بـ 1.83، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.41، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر بـ 22.40 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم هموم وانشغالات متوسطة متعلقة بصحتهم.

وأدنى متوسط حسابي يعود لبعد الصحة سابقا بمتوسط حسابي يقدر بـ 1.68، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.47، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر ب 27.98 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم إدراك متوسط لصحتهم السابقة.

وبالنسبة لمتغير إدراك الصحة العامة بمتوسط حسابي يقدر بـ 1.90، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.22، مما يدل على أن هناك تشتت نسبي في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم إدراك متوسط للصحة العامة.

لكن هذا الادراك المتوسط يحتاج إلى تعزيز وتطوير ليصل إلى مستويات أعلى. التباين ال في الأبعاد المختلفة يشير إلى وجود تفاوتات في كيفية فهم وتقييم الصحة بين المراهقين، مما يبرز أهمية توجيه جهود التوعية الصحية بشكل أكبر وشمولية أوسع لتلبية احتياجات جميع الأفراد.

1.9. عرض نتائج الفرضية الرئيسية الثانية: التي مفادها: "توجد فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث)". لاختبار الفرضية قمنا بالاعتماد على اختبار العينات المستقلة Independent Samples Test البرامتري لكون البيانات تتبع توزيعا طبيعيا.

جدول رقم (10): نتائج احصائيات المجموعتين (الذكور والاناث) لاختبار العينات المستقلة.

	الجنس	N	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط
التصورات الصحية العامة	ذكر	49	1.8750	0.248	0.035
	أنثى	61	1.9360	0.211	0.027

جدول رقم (11): نتائج اختبار العينات المستقلة Independent Samples Test.

	اختبار Levene للمساواة في الفروق		اختبار t للمساواة في المتوسطات				
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	متوسط الفروق	الخطأ المعياري للفروق
التصورات الصحية العامة	1.245	0.267	-1.38	108	0.168	-0.06	0.043

من خلال الجدولين رقم 10 و11 يتبين أن العينة تتكون من 49 ذكور و61 إناث وهذا توزيع معقول للمقارنة بين التلاميذ الذكور والتلاميذ الإناث بالثانوي. وكما أن متوسط الذكور (1.8750) أقل قليلا من متوسط الإناث (1.9360) هذا يدل أن الإناث قد يكون لديهن تصورات صحية عامة أعلى قليلا من الذكور. والانحراف المعياري للذكور يساوي 0.248 أكبر من الانحراف المعياري الإناث الذي يساوي 0.211 هذا يعني أن درجات الذكور على مقياس التصورات الصحية العامة كانت أكثر تشتتا مقارنة بالإناث.

الخطأ المعياري للمتوسط بالنسبة للذكور 0.035 أكبر من الإناث 0.027 هذا يدل أن تقدير متوسط الذكور أقل دقة مقارنة بمتوسط الإناث في هذه العينة.

وبالنسبة لقيم t-test for Equality of Means فقد جاءت قيمة t تساوي 1.389- وقيمة Sig (2-tailed) تساوي 0.168 وفرق المتوسطات (0.060-) لا يعتبر إحصائيا جوهريا.

وبالنسبة لقيم اختبار Levene's Test for Equality of Variances فقد كانت قيمة F تساوي 1.245 وقيمة الدلالة الإحصائية تساوي 0.267 وهي أكبر من 0.05 وعليه نقول إنه لا توجد

فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط التصورات الصحية العامة بين التلاميذ الذكور والتلاميذ الإناث بالثانوي في هذه العينة. وهذا يدل إلى أن الجنس لا يؤثر بشكل كبير على التصورات الصحية العامة لدى أفراد العينة.

13-مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

13-1- مناقشة الفرضية الرئيسية الأولى: أسفرت نتائج الفرضية الرئيسية الأولى التي مفادها: مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس مرتفع، وقد بينت النتائج بعد التحليلات الإحصائية أن مستوى إدراك الصحة لدى عينة الدراسة متوسط، وهذه النتيجة لا تتفق مع كل الدراسات السابقة والمتمثلة في دراسة Meireles et al 2015 التي توصلت إلى أن المراهقين الذين شملتهم الدراسة قيموا صحتهم على أنها ضعيفة، لا تتفق كذلك مع دراسة بلعسلة وفتيحة، 2019 التي توصلت إلى أن الدرجة الكلية لإدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية كانت عالية. ولا تتفق مع دراسة دراسة Lee et al, 2020 التي توصلت إلى أن مستوى مرتفع لإدراك الصحة لدى المراهقين، للتصورات الصحية تأثيرا إيجابيا على المشاركة الرياضية. ولا تتفق مع دراسة Shaaban et al 2022 التي توصلت إلى أنه ما يقرب من نصف المشاركين تم تقييم صحتهم على أنها جيدة أو جيدة جدا، وصنف ما يقرب من ثلثهم صحتهم على أنها مقبولة، بينما صنف حوالي سدسهم صحتهم على أنها سيئة أو سيئة جدا.

وهذا المستوى المتوسط لإدراك الصحة في هذه الدراسة قد يعود إلى متغيرات وعوامل تتمثل في "الاجتماعية والديموغرافية، الدعم الاجتماعي والعائلي، أنماط الحياة، الصحة النفسية"، (Meireles et al 2015, p.3) وكما أن "البيانات الوبائية تشير إلى أن ارتفاع مستوى التعليم، وارتفاع الدخل، وعدم التدخين، والنشاط البدني الترفيهي، والذكورة، والرفاهية النفسية، وارتفاع احترام الذات، كل ذلك مرتبط بتقييم ذاتي أعلى للصحة".(Kaleta et al, 2009, p.122) وفي دراسة لـ Lee et al, 2020، توصلت إلى أن مستوى إدراك الصحة مرتفع لدى المراهقين وأن للتصورات الصحية تأثيرا إيجابيا على المشاركة الرياضية.

وكما بينت نتائج الدراسة من خلال الأبعاد المكونة لمتغير إدراك الصحة لدى تلاميذ الثانوي مرتبة من أكبر متوسط لأدنى متوسط والمتمثلة في: بعد رفض دور المريض، بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب، بعد الانطباع حول الصحة، التوجهات نحو المرض، بعد الصحة حاليا، بعد المقاومة/القابلية، بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة، بعد الصحة سابقا مستوياتها كلها متوسطة. وبالتالي ينبغي العمل على رفع مستوى إدراك الصحة لدى فئة المراهقين المتمدرسين وذلك من خلال إعداد برامج تعليمية لزيادة الوعي بأهمية المسؤولية الذاتية عن الصحة وهذا

لتعزيز بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب، تعزيز الانطباعات الإيجابية عن الصحة وإدارة التوجهات السلبية نحو المرض، والتدريب على مهارات المقاومة والوقاية من المرض من أجل تعزيز بعد المقاومة/القابلية، التحسيس وبرمجة حصص إدارة الهموم والقلق المتعلق بالصحة وكذا تشجيع ممارسات الحفاظ على الصحة الحالية والماضية. وكما أن هناك أهمية للتدخل النفسي والاجتماعي في مختلف الأطوار التعليمية لتعزيز ورفع مستوى إدراك الصحة من خلال توفير برامج الدعم النفسي لتعزيز الصورة الإيجابية عن الصحة وإدراكها والعمل على تنظيم مجموعات الدعم الاجتماعي لتبادل التجارب والخبرات من خلال التعلم والاستفادة فيما بين التلاميذ.

13-2- مناقشة الفرضية الرئيسية الثانية: أسفرت نتائج الفرضية الرئيسية الثانية التي مفادها: توجد فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث). لم تتحقق حيث توصلنا إلى أنه لا توجد فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث)، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة واحدة فقط هي دراسة Budesa et al, 2008 التي توصلت إلى أنه لم يتم دعم الفرضية القائلة بوجود اختلاف بين الجنسين في تصورات نمط الحياة الصحي بقوة. ولا تتفق مع دراسة Meireles et al 2015 التي توصلت إلى أن التقييم الذاتي للصحة مع تقدم العمر بين الذكور والإناث انخفض. كان هذا الاتجاه أكثر وضوحا لدى الفتيات (من 6.9 % بين الفتيات في الفئة العمرية 11-13 سنة إلى 16.9 % بين الفتيات في الفئة العمرية 14-17 سنة) مقارنة بالفتيان (من 8.3 % بين الفتيان في الفئة العمرية 11-13 سنة إلى 11 % بين الفتيان في الفئة العمرية 14-17 سنة). ولا تتفق مع دراسة Kim et al, 2018 التي أشارت إلى أنه بغض النظر عن الجنس والعمر، يميلون إلى التقليل من تقدير تعرضهم لغالبية أحداث المخاطر الصحية. وعلاوة على ذلك، كانت هناك اختلافات كبيرة بين الجنسين والعمر في إدراك المخاطر الصحية وتحيز الإدراك في جميع مجالات المخاطر الصحية. كما أنه لا تتفق مع دراسة Shaaban et al, 2022 كان الإبلاغ عن صحة سيئة/ سيئة جدا أعلى بين النساء مقارنة بالرجال.

وقد كانت من بين نتائج دراسة Budesa et al, 2008 التي أشارت إلى أنه "على النقيض من الأبحاث السابقة، وأشارت النتائج إلى أن الجنس ليس مهما للغاية فيما يتعلق بتصورات صحة الفرد". ومن جهة أخرى تحدد "الأدبيات الاجتماعية العلمية أسباب الاختلافات بين الجنسين باعتبارها تفضيلات فردية تنشأ من عوامل تشمل: الاختلافات في التعليم والتدريب؛ والتنشئة الاجتماعية القائمة على الأدوار الجنسانية؛ والصور النمطية؛ والقيم الشخصية والتحيزات؛ والظروف السياقية؛ والاستعداد لتشويه التفضيلات العامة المفترضة لمن هم في السلطة.-Gil) Lacruz, et al, 2010, p.784)

وتبقى نتائج هذه الدراسة مختلفة عن نتائج الدراسات السابقة، وينبغي العمل على إجراء دراسات حول نفس الموضوع لدى عينات أخرى في بيئات أخرى مختلفة، حيث يمكن الاستفادة من دراسة الاختلافات بين الجنسين في إدراك الصحة إذا ما تم أخذها بعين الاعتبار قد تساعدنا في إعداد الحملات التحسيسة والوقائية التثقيفية أو برامج توعوية لكل فئة جنسية من أجل أن تكون فعالة وملائمة، وبالتالي تعزيز الادراك الصحي هو تعزيز للوعي الصحي من أجل تجنب المخاطر الصحية التي قد يواجهها المراهق المتمدرس.

- خاتمة:

من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها توصلنا إلى أن مستوى إدراك الصحة وأبعادها الثمانية المتمثلة في رفض دور المريض، الموقف تجاه زيارات الطبيب، الانطباع حول الصحة، التوجهات نحو المرض، الصحة حاليا، المقاومة/القابلية، الهموم/ الانشغالات المتعلقة بالصحة، الصحة سابقا كلها متوسطة. وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث). دراسة إدراك الصحة لدى التلاميذ المراهقين جد مهمة يمكن من خلالها تعزيز الوعي الصحي الذي يخلق لديهم سلوكيات صحية، فالوعي الصحي هو تحويل المعلومات والأفكار حول الصحة إلى سلوكيات صحية يمارسها وسلوكيات غير صحية يتجنبها، وهو الهدف النهائي أو الغاية التي تهدف إليها التربية والتعليم والبرامج التوعوية والتثقيفية. فكلما زاد مستوى إدراك الصحة لدى المراهقين كلما زاد الوعي الصحي وقلّت السلوكيات الصحية الخطيرة.

-مقترحات الدراسة:

من خلال نتائج الدراسة التي قمنا بها يمكن عرض هذه المقترحات المتمثلة في:

- تعزيز مستوى إدراك الصحة لدى المراهقين المتمدرسين في مختلف الأطوار التعليمية الثلاث وبالخصوص في مرحلة الثانوي من خلال إنجاز حملات وبرامج توعوية وتثقيفية في المدارس والمتوسطات والثانويات لزيادة وعي المراهقين بأهمية الصحة والعناية بأنفسهم.

- العمل بالتركيز على أبعاد إدراك الصحة المختلفة مثل رفض دور المريض، الموقف تجاه زيارات الطبيب، الانطباع حول الصحة، وغيرها. ويمكن تصميم برامج تركز على تحسين هذه الأبعاد بشكل منفصل.

- العمل على استكشاف العوامل والمتغيرات المؤثرة على إدراك الصحة حيث أنه لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك الصحة بين الذكور والإناث، وعليه يمكن البحث عن العوامل والمتغيرات الأخرى التي قد تؤثر على إدراك الصحة مثل العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

- إدراج ودمج مفاهيم الصحة في المناهج الدراسية لدى المراهقين المتمدرسين في مختلف الأطوار التعليمية المختلفة من خلال المحاضرات التوعوية، ورش العمل التفاعلية، الأنشطة الرياضية والترفيهية.

- إجراء مزيد من الدراسات المماثلة في سياقات وعينات مختلفة ذلك للمقارنة والوقوف على العوامل المؤثرة على إدراك الصحة والعمل على تعزيزها إيجابيا.

- العمل على إجراء دراسات ارتباطية بين متغير إدراك الصحة والمتغيرات الأخرى مثل سلوكيات الخطر وغيرها من أجل الوصول إلى نتائج تفيد تحسين مستوى الوعي الصحي لدى المراهقين.

قائمة المراجع:

- إبراهيم، سليمان عبد الواحد يوسف. (20210). علم النفس العصبي رؤية نيوروسيكولوجية للعمليات العقلية. القاهرة، مصر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

- بلعسلة، فتيحة، وبعزيز، نورة. (2019). إدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية وعلاقته بالتحصيل الدراسي. مجلة مجتمع تربية عمل، 4(2)، 40-55.

- بهلول، سارة أشواق. (2018). سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من نوعية الحياة والمعتقدات الصحية. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 4(2)، 24-42.

- حربوش، سمية. (2021). الثقافة الصحية ومظاهر السلوك الصحية لدى المراهقين. مجلة التربية والصحة النفسية، 7(2)، 101-117.

- حمادوش، عبد السلام. (2019). المناخ التنظيمي وعلاقته بالتمكين الوظيفي وأثـرهما على الأداء السياقي لدى موظفي الخـلايا الجوارية للتضامن (أطروحة دكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم). سطيف، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة سطيف 2.

- حمادوش، عبد السلام. (2022). دور التمكين الوظيفي كمتغير وسيط بين المناخ التنظيمي والمواطنة التنظيمية لدى موظفي الخلايا الجوارية للتضامن. دراسات نفسية وتربوية، 15(1)، 45-62.

- الرازحي، عبد الوارث. (2002). تطوير أداة لتقييم العادات غير الصحية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية. مجلد المؤتمر العلمي الرابع عشر منهاج العلوم في ضوء مفهوم الأداء، المجلد 2. مصر: كلية التربية، جامعة عين شمس.

- رضوان، سامر جميل وريشكة، كونراد. 2001. السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين الطلاب سوريين وألمان. مجلة شؤون اجتماعية،18(72)، 25-67.

- الزعبي، أحمد محمد. (2013). سيكولوجية المراهقة: النظريات، جوانب النمو، وسبل علاجها. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.

- عكسة، حليمة. (2022). سلوكيات الخطر لدى المراهق في الوسط المدرسي وعلاقته بكل من المفارقة القيمية والشعور بالانتماء لديه (أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس). باتنة، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة 1.

- قندوسي، سعدية. (2021). مرحلة المراهقة-نظرياتها وخصائصها. مجلة التمكين الاجتماعي، 3(4)، 121-142.

كماش، يوسف لازم. (2012). الصحة والتربية الصحية: الصحية المدرسية والرياضية. عمان، الأردن: دار الخليج للنشر والتوزيع.

- Anita L. Stewart., and John E. Ware. (1992). Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach. Durham and London: Duke University Press.

- Budesa, Tracy; Egnor, Erin; and Howell, Lauren, "Gender Influence on Perceptions of Healthy and Unhealthy Lifestyles" (2008). All Volumes (2001-2008). 3.

- Evans, N., Gilpin, E., Farkas, A. J., Shenassa, E., & Pierce, J. P. (1995). Adolescents' perceptions of their peers' health norms. American Journal of Public Health, 85(8, Pt 1), 1064–1069. https://doi.org/10.2105/AJPH.85.8_Pt_1.1064

- Gil-Lacruz, M., & Gil-Lacruz, A. I. (2010). Health Perception and Health Care Access: Sex Differences in Behaviors and Attitudes. American Journal of Economics and Sociology, 69(2), 783–801. doi :10.1111/j.1536-7150.2010.00723.x

- Kaleta D, Polańska K, Dziankowska- Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. Cent Eur J Public Health. 2009 Sep;17(3):122-7. doi: 10.21101/cejph. b0017. PMID: 20020600.

- Kim Y, Park I, Kang S. Age and gender differences in health risk perception. Cent Eur J Public Health. 2018 Mar;26(1):54-59. doi: 10.21101/cejph. a4920. PMID: 29684299.

- Lee, S.-M., Jeong, H.-C., So, W.-Y., & Youn, H.-S. (2020). Mediating Effect of Sports Participation on the Relationship between Health Perceptions and Health Promoting Behavior in Adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18), 6744, 2-12.

- Li S, Wang Y. The Relationship Between Risk Perception, Physical Activity, and Adolescent Mental Health: A Cross-Lagged Analysis. Psychol Res Behav Manag. 2023 Aug 24; 16:3347-3357. doi: 10.2147/PRBM.S422982. PMID: 37645569; PMCID: PMC10461749.

- Meireles AL, Xavier CC, de Souza Andrade AC, Proietti FA, Caiaffa WT (2015) Self-Rated Health among Urban Adolescents: The Roles of Age, Gender, and Their

Associated Factors. PLoS ONE 10(7): e0132254. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132254

- Shaaban AN, Martins MRO and Peleteiro B (2022) Factors associated with self-perceived health status in Portugal: Results from the National Health Survey 2014. Front. Public Health 10:879432. doi: 10.3389/fpubh.2022.879432

- Souto, Teresa & Ramires, Ana & Leite, Ângela & Santos, Vanessa & Santo, Raquel. (2018). Health Perception: Validation of a Scale for the Portuguese Population. Temas em Psicologia. 26. 2185-2201. 10.9788/TP2018.4-17En.