# تطور المعتقد الصحي لدى الأطفال

ا.م. د انتصار هاشم مهدي
كلية التربية – ابن رشد – جامعة بغداد

**الملخص**

**هدفت الدراسة تعرف**

١. المعتقد الصحي لدى الأطفال باعمار ( ٦ ،٧ ،٩ ، ١١) سنة.
٢. تعرّف الفروق في المعتقد الصحي لدى أفراد العينة تبعاً للأعمار ( ٦ ،٧ ،٩ ، ١١) سنة.
٣. تعرّف الفروق في المعتقد الصحي لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس ( الذكور و الإناث ).

شملت عينة البحث الحالي (١٦٠) طفلا وطفلة في مدينة بغداد من المدارس الابتدائية ، اعدت الباحثة ٢٤ فقرة لقياس المعتقد الصحي وتبنت تعريف (ايزن ،١٩٩١) ونظريته في اعداد الفقرات واستخرجت الخصائص السيكومترية للمقياس . خرجت الدراسة بوجود معتقد صحي لدى الأطفال بعمر (٦) سنوات ووجود مسار تطوري مرحلي في تطور المعتقد الصحي لدى الأطفال . ووجود فروق في المعتقد الصحي تبعا لمتغير الجنس ولصالح الأناث .

**مشكلة البحث**

إن مشكلة البحث تنطلق من كثرة الأمراض وانتشار الجراثيم المتسببة في تفشيها امراض في المجتمع العراقي ولا سيما الامراض التي تجاوزها العالم منذ اكثر من( ٥٠) سنة كالكوليرا والبلهارزيا وغيرها من الأمراض التي طالت الأطفال قبل الكبار، فضلا عن امراض البدانة التي بدأت تنتشر في الأونة الأخيرة بين الأطفال وهذا ما اكدته تقارير منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بصحة اطفال العراق .

ان ضرورة غرس المعتقد الصحي وترسيخ اعتقاده لدى الأطفال في ظل ظروف صحية غير قادرة على تدارك ما يمر به المجتمع من أمراض و كوارث صحية تفصح عن نفسها في

كثرة الأوساخ والمزابل المنتشرة بين الأحياء السكنية وما تجلبه من جراثيم ومكروبات مسببة للأمراض قد تقتل الأطفال او تتسبب لهم بعاهات جسمية، فضلاً على انتشار العادات السيئة مثل التدخين والمخدرات التي أشارت إليها وزارة الصحة العراقية في أكثر من ندوة و مؤتمر( مطويات و ندوات وزارة الصحة ). أما على الصعيد النظري فإن مشكلة البحث تبدو واضحة في قلة عدد الدراسات والبحوث في مجال المعتقدات لدى الاطفال _لاسيما المعتقد الصحي _ ان لم تكن معدومة، مع كثرتها في البلدان المتقدمة. ممّا يُلقي على عاتق الباحثة التصدي بالدراسة والبحث والخوض في هذا المجال

،وعليه تتحدد مشكلة البحث بالإجابة عن الأسئلة الآتية : هل يتباين المعتقد الصحي تبعا لمتغير العمر؟ في أي عمر يتكون المعتقد الصحي ؟

**أهمية البحث .**

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الأكثر حرجاً في مراحل تطور الإنسان، اذ أن التحديات التي يواجهها الطفل متعددة، فقد تكون هذه التحديات ذات طبيعة نمائية يختبرها معظم الأطفال أو ذات طبيعة اجتماعية ترتبط بما يكتسبه من المجتمع من قيم ومعتقدات تساهم مساهمة فعالة في صناعة مستقبل حياته وصحته النفسية والجسمية وترتبط المعتقدات الصحية ارتباطا وثيقا بما يتعلمه الطفل في سنواته الأولى في البيت والمدرسة وما يتلقاه من وسائل الإعلام واذا اردنا صحة جسمية لأبنائنا علينا الاهتمام والانتباه كذلك الى مدى صحة وصواب معتقداتنا الصحية لأنها بالنهاية تنتقل الى اطفالنا من خلال اساليبنا في التعامل مع الأبناء

تنطلق فكرة الارتقاء بالصحة Health Promotion من فلسفة عامة مفادها ان الصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي، فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحي Health Habits System في مرحلتي الطفولة والمراهقة، والمحافظة عليه في مرحلة الرشد والشيخوخة.

كما يمكن للتشريعات ان تسهم في الارتقاء بالمستوى الصحي، وذلك من خلال سن قوانين معينة يمكن ان تقلل من التعرض للمخاطر، كتلك التي تتعلق باستعمال أحزمة الأمان، وتجهيز

السيارات بمقاعد خاصة يجلس عليها الأطفال للحد من حركتهم في أثناء القيادة ( تايلور، ٢٠٠٨: ١٢٧ ).

ترى الباحثة أن أهمية البحث تستمد من أهمية المعتقد الصحي كونه متغيراً تنبئياً لصحة الفرد وهي أساس من أسس الشخصية السليمة التي تسعى المجتمعات إلى زرعها وترسيخها في أبنيتها المستقبلية المجتمعية.

وبناء على ماتم عرضه يمكن ايجاز اهمية البحث الحالي في اهمية زرع المعتقد الصحي لدى اطفالنا لأهمية ذلك في حياتنا وحياتهم ولأن الاهتمام بالطفولة أحد الجوانب الأساسية التي تشغل العالم في عصرنا الحاضر ؛ لأنها الحجر الأساس في بناء شخصية الفرد ،إذ تتحدد خلالها مسارات نموه الجسمي والعقلي واللغوي والانفعالي والاجتماعي في ضوء تفاعله مع الظروف البيئية المحيطة به. وفي ضوء ما يلقاه من خبرات في هذه المرحلة يتحدد إطار شخصيته في المستقبل ، فتتشكل عاداته ومعتقداته واتجاهاته وتنمو ميوله واهتماماته ، فإذا كانت تلك المعتقدات مؤاتية وسوية وسارّة يشب فرداً متوافقاً مع نفسه ومع مجتمعه لاسيما ان المعتقد الصحي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بصحة وسلامة اطفالنا وخلوهم من الامراض ، وإذا كانت تلك المعتقدات مؤلمة ومريرة تركت آثاراً ضارة في شخصيته ( عيسوي ،١٩٨٥: ٤٨ ) .

**ثالثاً: أهداف البحث :يستهدف البحث الحالي:**

١- تعرف المعتقد الصحي لدى الأطفال باعمار ( ٦ ،٧ ،٩ ، ١١) سنة.

٢- تعرّف الفروق في المعتقد الصحي لدى أفراد العينة تبعاً للأعمار ( ٦ ،٧ ،٩ ، ١١) سنة.

٣- تعرّف الفروق في المعتقد الصحي لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس ( الذكور و الإناث ).

**رابعاً: حدود البحث**

يتحدد البحث الحالي بالأطفال باعمار (٦ ، ٧ ، ٩ ، ١١) سنة من الذكور و الإناث في المدارس الابتدائية بمدينة بغداد للعام الدراسي ٢٠١٣ _ ٢٠١٤.

**خامساً: تحديد المصطلحات**

**التطور (Development ) :التعريف لغة :** عرفه كل من :

- **كود (Good , 1959 ):**تغير في البنية أو الوظيفة أو التنظيم محرزاً تقدماً في الحجم والتمايز والتعقيد والتكامل والمقدرة والكفاءة او درجة النضج (Good , 1959 : 167).

- **قاموس وبستر ( Webster . 1971 ):**عملية للنمو أو نتيجة لها ( Webster , 1971 : 227 ) .

١- **التعريف اصطلاحاً :**عرفه كل من :

- **بياجيه (piaget , 1926 ) :**التوازن المتدرج من حالة ضعيفة إلى حالة أقوى ( بياجيه ، ١٩٨٦ : ٧ ).

- **هرمز وإبراهيم (١٩٨٨ ) :** تغير نوعي باتجاه التقدم نحو النضج وتكامل البنيان (هرمز وإبراهيم،١٩٨٨: ١٩)

**المعتقد- لغة –** يقال:اعتقدت كذا: أي عقدت عليه قلبي وضميري ( الطريحي، ٢٠٠٩ : ١١٠٦).

والعقيدة ما عُقد عليه القلب و الضمير وما تدّين به الإنسان واعتقده ( المنجد في اللغة، ١٩٨٦:٥١٨ ).

**والمعتقد اصطلاحاً:** يقصد به التقبل الانفعالي والوجداني لمقترح أو قرار أو مبدأ ( ريبر و ريبر، ٢٠٠٨:٨٩ ) .

**المعتقد الصحي**

١. **يعرفه آيزن**( Ajzen 1991 )

بأنّه نية الأفراد أداء سلوك عندما يقومونه ايجابياً معتقدين قبوله من الآخرين ويكون مسيطراً عليه( Courenya & McAuley, 1995:501 ).

**٢. ويعرفه تايلور( ٢٠٠٨ )**

بأنه التنبؤ بممارسة الفرد يمارس عادة صحية معينة، وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها الفرد وجود تهديد صحي ما، ويدرك أنّ ممارسة صحية معينة ستكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد ( تايلور، ٨٨:٢٠٠٨ ).

تبنت الباحثة تعريف آيزنAjzen تعريفاً نظرياً لكون نظريته هي النظرية المتبناة في البحث.

**والتعريف الإجرائي للمعتقد الصحي:** هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس المعتقد الصحي الذي بني على وفق نظرية آيزن Ajzen .

**الاطار النظري**

أولاً: نظرية بياجيه في التطور المعرفي:

اعتمد "بياجيه" مفهوم المرحلة في وصفه لجوانب النمو المعرفي، واعتقد أن الأطفال جميعهم وبغض النظر عن الثقافة التي ينتمون إليها، يتقدمون في نموهم المعرفي عبر أربع مراحل، على النحو الآتي:

أولاً: المرحلة الحسية – الحركية (Sensori – Motor Stage):

وتشمل هذه المرحلة عمر الطفل منذ لحظة الميلاد حتى نهاية السنة الثانية. ويحدث التعلم والنمو المعرفي بشكل رئيس في هذه المرحلة من خلال الحواس والنشاطات الحركية. وبذلك تتضمن هذه المرحلة زيادة في عدد وتعقيد الحس (الداخل) والحركة (الخارج) وفي تعقيدهما.ويبدأ الطفل الرضيع حياته بالأفعال الفطرية الانعكاسية والمخططات التي يتم تطويرها وتعديلها ودمجها لتشكل سلوكات أكثر تعقيداً (ابو جادو،٢٠٠٠: ١٠٨). وبذلك تكون الحياة العقلية عند الولادة محددة بممارسة وسائل الانعكاس. وتكون التناسقات الحسية والحركية مقررة ذاتياً ومتطابقة مع الحاجات الغريزية، مثل الغذاء ،الى الحد الذي تؤثر فيه هذه الانعكاسات على

السلوك الذي سيلعب دوراً في التطور السايكولوجي اللاحق .وفي نهاية هذه المرحلة يبدأ الأطفال باكتساب نظام رمزي بدائي، مثل اللغة للتفكير في الأحداث الموجودة في بيئتهم وتمثيلها(بياجيه،١٩٨٦: ١٨).

ثانياً: مرحلة ما قبل العمليات (Pre – Operations Stage):تشمل هذه المرحلة المدة بين نهاية السنة الثانية والسنة السابعة، ويحصل في أثنائها تطور العديد من المظاهر المعرفية، مثل: تهذيب القدرات الحسية – الحركية، وازدياد القدرة على استعمال اللغة (ابو جادو،٢٠٠٠: ١٠٩). التي تمكن الطفل من وصف نشاطاته، وتسمح له باحتواء الماضي (باستدعائه في غياب الأشياء المعمول عليها سابقاً). واستباق الأفعال المستقبلية غير المنفذة بعد، إلى درجة تبلغ أحياناً استبدال النشاطات بالكلمات من دون أن تؤدى حقيقة. وتُعد هذه النقطة بداية الفكر لدى طفل هذه المرحلة. والنتيجة الأكثر وضوحاً لظهور اللغة هي السماح بالتبادل اللفظي واستمرار الاتصال بين الأفراد وتعد ظاهرة النمو اللغوي من أهم خصائص النمو المعرفي في هذه المرحلة (بياجيه،١٩٨٦: ٣٣).

والظاهرة الأخرى التي تظهر في أثناء هذه المرحلة هي ظاهرة التمركز حول الذات (Egocentrism). فلا يعي الطفل في هذه المرحلة وجهات نظر الآخرين، ولا يعتقد بوجودها. ولا يستطيع وضع نفسه مكان الآخرين لتفهم وجهة نظرهم (ابو جادو،٢٠٠٠: ١٠٩).

ثالثاً: مرحلة العمليات المادية (Concrete – Operational Stage):تشمل هذه المرحلة المدة بين (٧ – ١٢) سنة. ففي السنة السابعة من عمر الطفل التي تقابل البداية الحقيقية للتعليم الرسمي، تعد نقطة تحول حاسمة في التطور العقلي. ففي كل مجال معقد من مجالات الحياة السيكولوجية سواء أكان الذكاء أم الوجدان أم العلاقات الاجتماعية، أم النشاط الفردي، تظهر أشكال جديدة من التنظيم. وأشكال التنظيم هذه تضمن إكمال تكوينات ذات توازن أكثر استقراراً كانت قد تحددت في المدة السابقة (بياجيه،١٩٨٦: ٦٥).يبدأ الطفل بممارسة العمليات التي تدل على حدوث التفكير المنطقي، غير أنها مرتبطة على نحو وثيق بالأفعال المادية الملموسة (ابو

جادو،٢٠٠٠: ١١٠).وتميل حالة "التمركز حول الذات" إلى الضعف في هذه المرحلة، إذ يصبح الطفل قادراً على التعاون، وعلى تفهم وجهات نظر الآخرين.

رابعاً: مرحلة العمليات الشكلية (Formal Operations Stage):

إن التفكير الشكلي يبدأ بالتطور بشكل مبكر في مرحلة المراهقة، ويتم تشكيله بشكل كامل في نهاية سنوات المدرسة الثانوية أي أن هذا التفكير يشمل المرحلة العمرية التي تقع بين (١١ أو ١٢) سنة وتمتد طيلة الحياة. وأكد" بياجيه " أن كل انتقال من مرحلة إلى أخرى يحتمل أن يستدعي تذبذباً. وفي الواقع على الرغم من مظهر عدم التوازن لمرحلة المراهقة، إلا أنها تضمن للفكر والوجدان توازناً أسمى من الذكاء الذي كان موجوداً في منتصف الطفولة المتأخرة وتتعدد القابليات (بياجيه،١٩٨٦: ٩٩ – ١٠٠). و بعد هذه المرحلة لن تكون ثمة تحسينات بنيوية أخرى في الجهاز المعرفي (المخططات). إذ إن "المراهق ذا العمليات الشكلية يمتلك بوجه خاص بناءً معرفياً يتيح له التفكير مثل الراشدين" (واردز ورث،١٩٩٠: ٩٥).ويظهر في بداية هذه المرحلة الاستدلال المجرد والرمزي. ومنها يستطيع الأفراد (المراهقون) معظمهم، وضع الفرضيات واختبارها، ويستطيعون فضلاً عن ذلك أن يتعاملوا مع المشكلات ويطوروا ستراتيجيات لحلها. ويفكروا على نحو مجرد، ويصلوا إلى النتائج المنطقية دون الرجوع إلى الأشياء المادية، أو الخبرات المباشرة. (أبو جادو،٢٠٠٠: ١١١).

**ثانياً: المعتقد الصحي :نظرية السلوك المقصود –TPB– Theory of Planned Behaviour**

دُعّمت نظرية السلوك المقصود بشكل جيد بالأدلة التجريبية، إذ انه يمكن ان تتنبأ بنوايا السلوك من خلال الاتجاه نحو السلوك والمعايير الذاتية والضبط السلوكي المُدرك وهذه النوايا، فضلاً عن ادراكات الضبط السلوكي، تفسر التباين الكثير في السلوك الفعلي، ويبدو أن الاتجاهات والمعايير الذاتية والضبط السلوكي المُدرك قد ارتبطت بنسق مجموعات لمعتقدات سلوكية ظاهرة ومعتقدات معيارية ومعتقدات ضبط حول السلوك وتبدو أنّ النظرية تتنبأ بالسلوك بصورةٍ جيدةٍ مع السقف المفروض بوساطة الثبات السلوكي ( Ajzen, 1991, p.179 ).

طورت هذه النظرية من عالم النفس الاجتماعي آيزن، اذ ان هنالك عوامل عدة يمكــن ان تتدخل في السلوك طبقا لما نحمله من اتجاهات.وفي أحيان تمنعنا هذه العوامل من القيام بفعــل نبغي أداءهُ و هذه العوامل هي :

١- **السلوك السابق** Past Behaviour: ان الأفراد الذين قصدوا عمل شيء ما في مرة سابقة من المحتمل ان يستمروا في عمله بصورة أكثر احتمالاً من الأفراد الذين قصــدوا أداءه للمــرة الأولى ،وهناك دراسة قام بها آيزن و ميدن ( Ajzen & Madden ) بينت أنّ حضور طــلاب الجامعة إلى الصف سابقاً على أنه منبئ جيد عن حضــورهم الصــف مســتقبلاً. ( Ajzen & Madden, 1986 :453-474 ).

ويمكن تفسير تأثير السلوك السابق على السلوك اللاحق نفسياً ووظيفياً. نفسياً من خلال أننا نخلق عادة ونميل إلى تكرار الطريقة التي عُمل بها الشيء سابقاً. وبسبب العامل الوظيفي يستمر سلوكنا السابق من العمل وهذا ربما يفسر لماذا سلوكنا الحالي لا يتطابق مع النوايــا الحاليــة( Wiggins et al, 1994:247 ) .

٢- **هوية الذات** Self- Identity :هناك عامل ثانٍ يؤثّر في العلاقة بــين النيــة أو القصــد والسلوك وهو هوية الذات فالأفراد الذين يميلون إلى التصرف بأسلوب متناسق مع هويــة الــذات ربما يكونون أكثر احتمالاً من أدائه بدلاً من الأفراد الذين لا يتناسق أسلوبهم معه ( Wiggins et al,1994:247 ).

٣- **فاعلية – الذات** Self-Efficacy :اقترح آيزن ومادين Ajzen & Madden، ان هنــاك عاملاً آخر يؤثر في النتائج ألا وهو الضبط المُدرك إذ يسهم أيضاً في العلاقة بين النية والسلوك، وانتهيا إلى نتيجة، باضافة هذا العنصر إلى نظرية السلوك المقصود. ففي موضــوع الطبيعــة الاجتماعية للذات تبين أن هناك اختلافاً بين الأفراد من حيث شعورهم بتملــك الضــبط علــى الأشياء الجيدة والرديئة التي تحدث لهم، فصنّف بعض الأفراد على أنهــم ذوو فاعليــة – ذات عالية high self- efficacy ويشعرون بتملك ضبط ايجابي جيد. وصنف آخرون أنهم يملكون فاعلية – ذات واطئة ويعتقدون أنهم لا يستطيعون تحقيق نتائج إيجابية –بسبب عدم تملكهم عزو

أساس ( مثلا القدرة أو النظام، أو المحددات )أو بسبب نتائج مُسيطر عليها بعوامل بيئية ولا يستطيعون عمل شيء أكثر ازاءها.

ساعدت دراسات النظرية في البحث عن تفسير لعدد من الدراسات التي تجد العلاقات الضعيفة بين الاتجاه والسلوك، في حين تكون العلاقة بين الاتجاه والسلوك قوية عندما يُركز على قياس الاتجاه لسلوك محدد ونتائجه بدلاً من موضوع السلوك، فضلاً عن ان تكون العلاقة قوية عندما يعتقد الفرد بما يأتي: -

١- يستطيع ضبط السلوك وصولاً لنتائج ناجحة ( فاعلية – ذات عالية ).

٢- تناسق السلوك مع الهويات الاجتماعية.

٣- استحسان دلالات الآخرين على أداء السلوك ( المعايير الذاتية بمعنى أنها تكون ايجابية).

وعمل الباحثون على تنقيح النظرية مما دعى إلى ظهور نظرية السلوك المقصود ونظرية تنظيم الذات التي حددت تأثير الضبط السلوكي المُدرك والانفعال في العلاقات بين النوايا والسلوك.( Wiggins et al, 1994, pp 246-248 ) ، و لما كانت نظرية الفعل المدروس تعتمد على النية أو القصد على انه عامل تنبؤ وحيد بالسلوك و هو غير كافٍ عندما يكون الضبط على السلوك غير تام. فإنّ عوامل يمكن ان تتداخل مع ضبط السلوك المَنْويّ للفرد فضلاً على عوامل أخرى داخلية وخارجية (Ajzen & Madden,1986,P.456).

**وبموجب نظرية السلوك المقصود، فإنّ السلوك يقوم على كل مما يأتي:**

١- **المعتقدات السلوكية:** وهي اعتقادات بنتائج محتملة للسلوك والتقويم لتلك النتائج. ان المعتقدات السلوكية ترتبط بالسلوك ونتائجه المتوقعة المهمة، والمعتقد السلوكي هو الاحتمالية الذاتية وهو الذي يبرز السلوك على أنه نتيجة معينة. على الرغم من أن الشخص قد يحمل معتقدات سلوكية كثيرة حيال سلوك ما، إلا أن عدد قليل منها نسبياً يمكن الوصول إليه بسهولة في لحظة معينة، ومن المفترض ان المعتقدات التي يمكن الوصول إليها وضمها قيم ذاتية للنتائج المتوقعة – تؤكد الاتجاه نحو السلوك السائد.

٢- **المعتقدات المعيارية:** وهي اعتقادات بتوقعات معيارية للآخرين ودافع إطاعة تلك التوقعات. ان المعتقدات المعيارية تشير إلى توقعات سلوكية مُدركة لمرجعيات الفرد المهمة مثل اسرته، وأصدقائه، وان دراسة العينة والسلوك تعتمد على العاملين مع الفرد سواءٌ كانوا معلمين أم أطباء أم مشرفين أم زملاء، ومن المفترض ان المعتقدات المعيارية بضمها دافع الفرد تؤدي إلى إطاعة المرجعية المختلفة وتؤكد المعيار الذاتي السائد.

٣- **معتقدات السيطرة:** وهي المعتقدات عن وجود عوامل ربما تسهل أداء السلوك او تعوق قوة ادراك تلك العوامل إن عوامل الإدراك الموجودة في معتقدات السيطرة تقوم بتسهيل أداء السلوك أو تعوقه، ومن المفترض ان معتقدات السيطرة بضمنها القوة المدركة لكل عامل ضبط. تؤكد الضبط السلوكي المُدرك السائد. وعلى وجه التحديد فإنّ القوة المدركة لكل عامل ضبط تسّهل أداء السلوك أو تعوق إسهامه في الضبط السلوكي المُدرك بنسبة مباشرة للاحتمالية الذاتية وان كان عامل السيطرة موجود.

٤- **الاتجاه نحو السلوك:** ان الاتجاه نحو السلوك هو الدرجة التي يقّوم بها أداء السلوك إيجاباً أو سلباً وفقاً للتوقع، أو قيمة الأنموذج، ويمكن تحديد الاتجاه نحو السلوك عن طريق المجموعة الكلية للاعتقادات السلوكية التي يمكن الوصول إليها. كما يرتبط السلوك بنتائج متنوعة وأشياء معززة أخرى وعلى وجه الخصوص فإنّ قوة كل معتقد يمكن ان تقوّم من خلال النتيجة، و من ثم يُجمع الناتج الكلي من خلال معادلة معروفة يمكن الرجوع إليها (Ajzen,2006).

٥- **المعيار الذاتي:** هو الضغط الاجتماعي المُدرك للمشاركة أو عدم المشاركة في السلوك ومن المفترض ان يُحدّد المعيار الذاتي عن الطريق الإجمالي الكلي للمعتقدات السلوكية التي من الممكن الوصول إليها.

٦- **الضبط السلوكي المُدرك:** يشير الضبط السلوكي المُدرك إلى إدراكات الآخرين (الناس) وقدرتهم على أداء سلوك معين، ومن المفترض أن يتحدد الضبط السلوكي المُدرك عن طريق مجموعة من الاعتقادات السلوكية التي يمكن الوصول إليها. والتي تشير إلى عوامل قد تسهّل أداء السلوك، وعموماً فان قوة كل معتقد ضبطٌ يمكن قياسه ويمكن جمع الناتج على وفق معادلة

معروفة تشير إلى المدى الذي يمكن ان نعده انعكاساً للضبط السلوكي الفعلي. وان الضبط السلوكي المُدرك يمكن استعماله مع النية (القصد) في التنبؤ بالسلوك.( Ajzen,2006 ) .

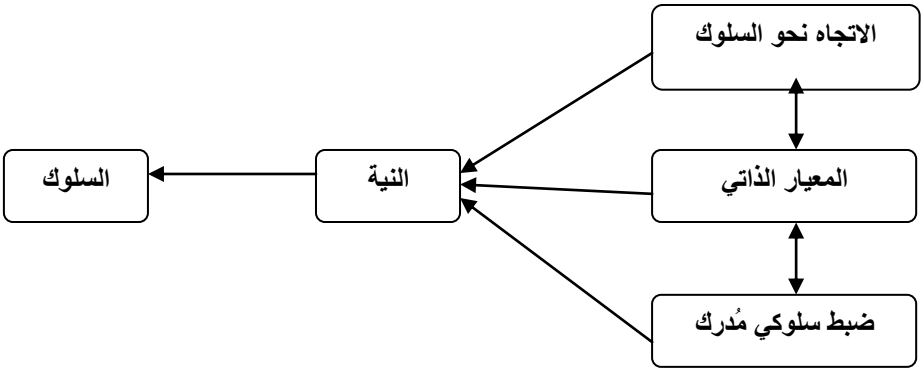
٧- **النية (القصد):** وتعني الدلالة على استعداد الفرد للقيام بسلوك معين. والنية تعد الدلالة التي تسبق السلوك وترتكز على الاتجاه نحو السلوك، وبالمعيار الذاتي وبالضبط السلوكي المُدرك.

٨- **الضبط السلوكي الفعلي:** وهو يشير إلى مدى امتلاك الفرد مهاراتٍ، ومصادرَ، ومتطلباتٍ أخرى ضرورية لأداء السلوك المعين. و أنّ الأداء الناجح للسلوك لا يعتمد على النية الايجابية فقط بل يعتمد كذلك على مستوى كافٍ من الضبط السلوكي المُدرك إلى الحد الذي يكون فيه الضبط السلوكي المُدرك دقيقاً ويعمل نيابة عن الضبط الفعلي بحيث يمكن استعماله للتنبؤ بالسلوك.

٩- **السلوك:** وهو الاستجابة الظاهرة التي يمكن ملاحظتها في موقف معين وهدف معين. ويمكن تجميع ملاحظات سلوكية مفردة عبر سياقات وأوقات تؤدي إلى قياس واسع للسلوك.( Ajzen, 2006).

**التنبؤ بالسلوك: النوايا والضبط السلوكي المُدرك**

ان نظرية السلوك المقصود هي امتداد لنظرية الفعل المدروس وبحسب محددات الأنموذج الأصلي فمن الضروري ان تتعامل مع سلوكيات أفراد يملكون ضبطاً ارادياً غير تام، والشكل يوضح متغيرات النظرية




**الشكل (١ ) نظرية السلوك المقصود**

إن العامل الرئيس في نظرية السلوك المقصود هو نية أو قصد الأفراد أداء سلوك معين. ويفترض ان النوايا تسيطر على عوامل الدافعية التي تؤثر في السلوك، والنوايا هي إشارات تبين ما يبذله الأفراد الأقوياء من جهود في محاولة أداء السلوك. والقاعدة العامة هي أنّ النية أو القصد هي الأقوى ارتباطاً بالسلوك، وهو ألاكثر إمكانية بأدائه. وعلى أية حال. ان مفهوم الضبط السلوكي قد احتوته معظم نماذج السلوك البشري عامة، واتخذت المفاهيم الأشكال الآتية: **العوامل التي تسهل أداء السلوك٢- الفرص المتاحة ٣- الموارد٤- ضبط الفعل.** وعادة يكون الافتراض هي ان تتفاعل الدافعية والقدرة في تأثيرهما على الانجاز السلوكي. وهكذا يتوقع ان النوايا تؤثر على الأداء إلى حد أنّ الفرد يملك ضبطاً سلوكياً. وينبغي ان يزيد الأداء بالضبط السلوكي إلى حدِ أنْ يحث الفرد على المحاولة، والدراسات في هذا الميدان قليلة (Ajzen,1991: 183).

**الضبط السلوكي المُدرك**

وبموجب نظرية السلوك المقصود، فان الضبط السلوكي المُدرك، يُمكن ان يستعمل النوايا في التنبؤ بالانجاز السلوكي، ويمكن لهذه الفرضية ان تقدم عاملين على الأقل، هما:

١- **ثبات النية،** مع بذل الجهد لجلب سياق سلوكي يؤدي إلى استنتاج ناجح، وهو احتمال ان يزيد بالضبط السلوكي المُدرك. فعلى سبيل المثال حتى إذا ملك شخصان نوايا قوية متساوية لتعلم التزحلق على الجليد وكلاهما يحاول عمل ذلك، فالفرد الواثق من انه يستطيع ان يسيطر على هذه الفعالية، يكون أكثر احتمالاً للمواظبة من فرد يشك بقدرته.

٢- **توقع الربط المباشر بين الضبط السلوكي المُدرك والانجاز السلوكي،** وذلك ان الضبط السلوكي المُدرك يستطيع دائماً ان يستعمل بديلاً لقياس الضبط الفعلي. ويعتمد ذلك على دقة الادراكات (Ajzen, 1991:184).

تبنت الباحثة تعريف آيزن ونظريتة ( السلوك المقصود) في اعداد فقرات مقياس المعتقد الصحي ،وترى الباحثة ان المعتقدات تحتوي جانبا وجدانياً واخر معرفيا فالمعتقدات مزيج من الجانب الوجداني والمعرفي مما حدا بالباحثة الى تقصي تطور المعتقد الصحي .كما

ترى هذه النظرية ان بدايات المعتقد الصحي تكون في مرحلة الطفولة المتوسطة مما ساهم في تبنيها- اي النظرية – في تقصي بدايات المعتقد الصحي وتطوره .

**اولا: منهجية البحث واجراءاته :**

لتحقيق اهداف البحث اعتمد المنهج الوصفي الذي يسعى الى تحديد الوضع الحالي للظاهرة المدروسة، ومن ثم وصفها، فهو يعتمد على دراسة الواقع او كما توجد في الواقع بوصفها، وصفاً دقيقاً (ملحم، ٢٠٠٠: ٣٢٤)، وتحديدها كماً وكيفاً اذ لا يتوقف المنهج الوصفي عند حدود وصف الظاهرة بل يتعداها الى التحليل، والتفسير، والمقارنة وصولاً الى مزيد من المعلومات عنها وبرموز رياضية (داود وعبد الرحمن ،١٩٩٠: ١٦٣-١٧٨).

**ثانياً: اجراءات البحث:** تتضمن اجراءات البحث الخطوات المنهجية التي اعتمدتها الباحثة لتحقيق أهداف بحثها من تحديد المجتمع الاحصائي للبحث، وعينته المختارة، وإجراءات أداة البحث في مدينة بغداد وتطبيقها على النحو الآتي:

١. **مجتمع البحث:**يشتمل مجتمع البحث الحالي على تلامذة المدارس الأبتدائية في مدينة بغداد للعام الدراسي (٢٠١٣-٢٠١٤ ) والبالغ عددهم (١٠٧٣٣٧٧) تلميذا وتلميذة من الذكور الإناث والجدول ( ١ ) يوضح مجتمع البحث الكلي موزع بحسب المديرية والعمر والجنس.

**الجدول (١)**

**مجتمع البحث موزعاً تبعاً للمديريات والعمر والجنس**

| العمر | الجنس | الرصافة/١ | الرصافة/٢ | الرصافة/٣ | الكرخ/١ | الكرخ/٢ | الكرخ/٣ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٦ | ذكور | ١٣١٧٨ | ٢٤٢٢٠ | ١٢٨٨٣ | ٨٠١٧ | ١٥٧٢٧ | ١٢٠٥٤ | ٨٦٠٧٩ |
| ٦ | إناث | ١٣٢١١ | ٢١٩٧٨ | ١٢١٠٢ | ٧٥٩٩ | ١٣٨٥٦ | ١١٤٦١ | ٨٠٢٠٧ |
| ٧ | ذكور | ١٢٢١٢ | ٢٦٧٤١ | ١٢٠٢٤ | ٦٠٩٤١ | ١٤٢٥٨ | ١١٠٣٠ | ٨٣٢٠٦ |
| ٧ | إناث | ١٠٩٤٨ | ٢٤٠٨٣ | ١٠١٨٦ | ٦٤١٣ | ١٢٣٥٨ | ١٠٣٧٤ | ٧٤٣٦٢ |
| ٨ | ذكور | ١٤٣٥٤ | ٢٧٨١٧ | ١٣٦٩٢ | ٨٨٧٦ | ١٦٨٧٢ | ١٢٧٩٧ | ٩٤٤٠٨ |
| ٨ | إناث | ١٣٢٢٥ | ٢٤٧٢٣ | ١٢٧٤٦ | ٨٠٩٠ | ١٦٠٥٤ | ١١٥٨٠ | ٨٦٤١٨ |
| ٩ | ذكور | ١٤٧٧١ | ٢٧٧١٥ | ١٤٣٧١ | ٩٢٧٤ | ١٧٢٩٠ | ١٢٦٥٩ | ٩٦٠٨٠ |
| ٩ | إناث | ١٣٦٨٣ | ٢٤٦٥٩ | ١٢٩٢٨ | ٨٦١٧ | ١٦٠٩٦ | ١١٧٨٨ | ٨٧٧٧١ |
| ١٠ | ذكور | ١٤١٣٦ | ٢٦٨٥٥ | ١٤٠٧٨ | ٩٠٠٧ | ١٧٩٥٤ | ١٢٧٥٠ | ٩٤٧٨٠ |
| ١٠ | إناث | ١٣٢٥٥ | ٢٣٦٦٩ | ١٣١٥٤ | ٨٢٠٣ | ١٥٢٣٦ | ١١٠٢٥ | ٨٤٥٤٢ |
| ١١ | ذكور | ١٢٣٩٨ | ٢١٩٩٧ | ١٢٣٠٦ | ٨٢٦٢ | ١٥٣٠٥ | ١٠٦٠٥ | ٨٠٨٧٣ |
| ١١ | إناث | ١١٣٦٩ | ١٧٩٧٢ | ١١٠٤٥ | ٧٠٧١ | ١٣٥٤٠ | ٩٦٥٤ | ٧٠٦٥١ |
| | المجموع | ١٥٦٧٤٠ | ٢٩٢٤٢٩ | ١٥١٥١٥ | ١٥٠٣٧٠ | ١٨٤٥٤٦ | ١٣٧٧٧٧ | ١٠٧٣٣٧٧ |

٢. **عينة البحث:** أُختيرت عينة البحث الحالي بالطريقة الطبقية العشوائية البسيطة حيث تم اختيار ( ٤ ) مدارس متوسطة بواقع ( ٢ ) في جانب الكرخ و ( ٢ ) في جانب الرصافة ثم اختير افراد العينة البالغ عددهم ( ١٦٠ ) طالبا وطالبة والجدول ( ٢ ) يوضح ذلك.

**الجدول (٢ )**

**عينة البحث موزعة بحسب الموقع الاداري والمدرسة والصف والجنس**

| الموقع الاداري | اسم المدرسة | الصفوف | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | الاول | | الثاني | | الرابع | | السادس | | المجموع |
| | | ذ | أ | ذ | أ | ذ | ا | ذ | أ | |
| الكرخ الثانية | عبد الكريم قاسم | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٤٠ |
| | السؤدد | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٤٠ |
| الرصافة الثانية | حمورابي | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٤٠ |
| | الاحباب | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٥ | ٤٠ |
| المجموع | | ٢٠ | ٢٠ | ٢٠ | ٢٠ | ٢٠ | ٢٠ | ٢٠ | ٢٠ | ١٦٠ |

**ثالثاً: أداة البحث: مقياس المعتقد الصحي :**لقياس المعتقد الصحي لدى عينة البحث ، اعدت الباحثة مقياساً على وفق نظرية آيزن(Ajzan،1991 ) يتألف المقياس من ( ٢٤) فقرة ، ولكل فقرة ثلاث بدائل للاجابة (١,٢,٣) حيث تعطى الدرجة(٣) على كل اجابة تقيس المستوى المرتفع من المعتقد الصحي والدرجة (٢) للإجابة التي تقيس المستوى المتوسط من المعتقد الصحي والدرجة (١) للإجابة التي تقيس المستوى المنخفض من المعتقد الصحي. وبذلك تكون اعلى درجة يحصل عليها المستجيب على المقياس (٧٢) درجة وادنى درجة يحصل عليها المستجيب (٢٤) درجة بينما يصبح المتوسط الفرضي للمقياس (٤٨) درجة، الملحق (١) .

**التحليل الإحصائي لفقرات المقياس :**

ولتحقيق ما تقدم طبق مقياس المعتقد الصحي على عينة عشوائية من الأطفال باعمار ( ٦ ، ٧ ، ٩ ، ١١ ) سنة بالصفوف الاول والثاني والرابع والسادس الابتدائي بلغت (٢٠٤) طالبا وطالبة

من مجتمع البحث وكما هو موضح في الجدول ( ٢) ،ولغرض استخراج القوة التمييزية وصدق الفقرات ، رتبت درجات أفراد عينة التحليل الإحصائي تنازليا ثم أخذت نسبة (٢٧%) مجموعة عليا و(٢٧%) مجموعة دنيا، بحيث بلغ عدد الأفراد في المجموعتين العليا والدنيا ( ١١٠ ) طالب وطالبة ثم حسبت القوة التمييزية للفقرة ومعامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية وعلى النحو الآتي :

١ – **القوة التمييزية للفقرات :** لحساب القوة التمييزية لكل فقرة من فقرات المقياس استعملت الباحثة الاختبار التائي لعينيتن مستقلتين لمعرفة دلالة الفرق بين المجموعتين المتطرفتين في الدرجات ، وبعد استحصال النتائج ومقارنة القيمة التائية المحسوبة بالقيمة التائية الجدولية البالغة (١.٩٨) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية ( ١٠٨ ) ، تبين أن جميع فقرات المقياس والبالغ عددها (٢٤) فقرة دالة إحصائيا والجدول ( ٣ ) يبين ذلك .

**الجدول (٣ )**

**القوة التمييزية لفقرات مقياس المعتقد الصحي باستعمال أسلوب المجموعتين المتطرفتين**

| رقم الفقرة | المجموعة العليا | | المجموعة الدنيا | | القيمة التائية المحسوبة |
|---|---|---|---|---|---|
| | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | |
| ١ | ٢.٥٥١ | ٠.٤٩٩ | ١.٦٢٠ | ٠.٨٥٣ | ٧.٠١ |
| ٢ | ٢.٦٩ | ٠.٤٩٢ | ١.٦٣٣ | ٠.٨٥٢ | ٨.٠١ |
| ٣ | ٢.٤٤٣ | ٠.٢٧٣ | ١.٣٣٢ | ٠.٨٧٩ | ٨.٩٥ |
| ٤ | ٢.٥٥٠ | ٠.٨٩٤ | ١.٧٧٤ | ٠.٨٢٨ | ٥.٤٠ |
| ٥ | ٢.٣٣٨ | ٠.٤٨٩ | ١.٤١٨ | ٠.٧٢٩ | ٨.٢٢ |
| ٦ | ٢.٧٨٥ | ٠.٣٤٠ | ١.٨٣٣ | ٠.٧٨١ | ٨.٣٥ |
| ٧ | ٢.٧٢١ | ٠.٥٠٢ | ١.٨٥٢ | ٠.٧٨٩ | ٦.٩٥٢ |
| ٨ | ٢.٧٣٦ | ٠.٣٧٩ | ١.٩٨١ | ٠.٨٥٦ | ٥.٩٩ |
| ٩ | ٢.٨١٣ | ٠.٣٨٩ | ١.٧٢٧ | ٠.٨٥٠ | ٨.٦٨ |
| ١٠ | ٢.١٧٢ | ٠.٤٩٢ | ١.٧٥٤ | ٠.٧١٩ | ٣.٥٧٢ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ١١ | ٢.٣٤٢ | ٠.٥٩٨ | ١.٢٢٣ | ٠.٧٢٨ | ٨.٨٨ |
| ١٢ | ٢.٦٠١ | ٠.٤٨٨ | ١.٦٦٤ | ٠.٧١٩ | ٨.٠٠١ |
| ١٣ | ٢.٤٥٣ | ٠.٥٥١ | ١.٦٩٠ | ٠.٧٩٣ | ٥.٩١٤ |
| ١٤ | ٢.٦٨٨ | ٠.٤٦٥ | ١.٦٥٥ | ٠.٧٣٥ | ٨.٨٢٩ |
| ١٥ | ٢.٦٧٦ | ٠.٤٧٣ | ١.٤٢٢ | ٠.٧٥٥ | ١٠.٤٥ |
| ١٦ | ٢.٥٩ | ٠.٥٤٥٢ | ١.٧٧٦ | ٠.٧٣٠ | ٦.٦٧ |
| ١٧ | ٢.٢٧٧ | ٠.٤٦٨ | ١.٢٢٢ | ٠.٧٤٥ | ٨.٠٩٤ |
| ١٨ | ٢.٧٦٣ | ٠.٤٩٤ | ١.٩٢٤ | ٠.٧٩٨ | ٦.٦٥٩ |
| ١٩ | ٢.٦٠١ | ٠.٥٢٥ | ١.٦٦٢ | ٠.٧٧٥ | ٧.٤٥٢ |
| ٢٠ | ٢.٧٥٨ | ٠.٤٥٩ | ١.٦١١ | ٠.٧٦٦ | ٩.٥٥٩ |
| ٢١ | ٢.٩٠٣ | ٠.٥١١ | ١.٨٠١ | ٠.٧٤٣ | ٩.١١ |
| ٢٢ | ٢.٠٨٢ | ٠.٤١٨ | ١.٧٧٨ | ٠.٦٨٦ | ٢.٨١٥ |
| ٢٣ | ٢.٨٨٦ | ٠.٤٥٣ | ١.٥١١ | ٠.٨٧٤ | ٧.٩٠ |
| ٢٤ | ٢.٧٩٦ | ٠.٤٩١ | ١.٦٧٣ | ٠.٧٧٥ | ٩.١٣٠ |

**القيمة التائية الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وبدرجة حرية (١٠٨) تساوي( ١.٩٨).**

**صدق الفقرات( طريقة الاتساق الداخلي) :تم استخراج صدق الفقرة على النحو الآتي :**

أ – **علاقة الفقرة بالدرجة الكلية :** يعد هذا الاسلوب من أدق الوسائل التعليمية في حساب الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار (عيسوي ، ١٩٨٥ : ٥١) ، وللتأكد من وجود اتساق داخلي للمقياس فقد تطلب الأمر إيجاد علاقة كل فقرة بالمجموع الكلي للمقياس ككل .قد تحققت الباحثة من فحص الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق استعمال معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس،اذ تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين(٠.٣٧- ٠.٦٥٨) إذ إنها أكبر من القيمة الجدولية البالغة (٠.١٣٩) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (٢٠٢) ، وبذلك تكون جميع الفقرات دالة وكما مبين في الجدول ( ٤ ) .

**الجدول ( ٤ )**

**معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية لمقياس المعتقد الصحي**

| رقم الفقرة | معامل الارتباط | رقم الفقرة | معامل الارتباط | رقم الفقرة | معامل الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠.٥٠٤ | ١٠ | ٠.٦٥٨ | ١٩ | ٠.٥٠٣ |
| ٢ | ٠.٣٩٩ | ١١ | ٠.٤٠٣ | ٢٠ | ٠.٣٧٩ |
| ٣ | ٠.٣٩٨ | ١٢ | ٠.٦١٩ | ٢١ | ٠.٤٤٧ |
| ٤ | ٠.٥٦٣ | ١٣ | ٠.٤٤٩ | ٢٢ | ٠.٣٩٨ |
| ٥ | ٠.٤٣٨ | ١٤ | ٠.٣٩٤ | ٢٣ | ٠.٥٤٢ |
| ٦ | ٠.٤٧٢ | ١٥ | ٠.٤٩٣ | ٢٤ | ٠.٣٦٧ |
| ٧ | ٠.٤٣٢ | ١٦ | ٠.٣٨٨ | | |
| ٨ | ٠.٤٦٤ | ١٧ | ٠.٥٠١ | | |
| ٩ | ٠.٤٢٩ | ١٨ | ٠.٤٣٣ | | |

**القيمة الحرجة لمعامل الارتباط عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وبدرجة حرية(٢٠٢) تساوي(٠.١٣٩).**

**ب** الخصائص السيكومترية للأداة :

**صدق الأداة** : وللتعرف على صدق المقياس الحالي اعتمدت الباحثة مؤشرين للصدق هما الصدق الظاهري وصدق البناء، وقد تحققت الباحثة من الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرض فقراته على مجموعة من الخبراء والمختصين في العلوم التربوية والنفسية الملحق (١) والملحق ( ٢ ) والملحق (٣) وذلك بهدف معرفة مدى ملائمة فقرات المقياس و صلاحيتها لمجتمع البحث ومدى مطابقة اللغة الفصحى مع اللهجة الدارجة وقد حصل المقياس على نسبة اتفاق (٨٩ %) من الخبراء باستثناء بعض الملاحظات التي اشار اليها بعض الخبراء والتي اخذت بها الباحثة.اما صدق البناء فقد تحققت منه الباحثة من خلال الاعتماد على عدة مؤشرات منها تمييز الفقرات، وحساب علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس .

**وضوح تعليمات المقياس:** بعد إجراء التعديلات في ضوء آراء الخبراء طُبّق المقياس على (٦٠) طفلاً وطفلة ( باستخدام اللهجة الدارجة في المقابلة الفردية ) في العينة الاستطلاعية للتحقق من وضوح فقرات المقياس .

**ثبات الإداة** :استخرجت الباحثة الثبات لمقياس المعتقد الصحي بطريقتين هما :

أ – **إعادة الاختبار :** لحساب ثبات الاختبار بطريقة اعادة الاختبار قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة عشوائية مؤلفة من (٥٠) طالبا وطالبة من المرحلة الابتدائية ثم اعيد عليهم تطبيق المقياس بعد مضي اسبوعين من بداية التطبيق الاول وبعدها تم ايجاد العلاقة بين درجات التطبيقين باستعمال معامل ارتباط بيرسون إذ بلغ معامل ثبات المقياس بهذه الطريقة (٠.٨١) وتعد هذه القيمة مقبولة ويمكن الركون اليها .

**ب – معامل الفا- كرونباخ :** تعتمد هذه الطريقة على اتساق اداء الفرد من فقرة الى اخرى (ثورندايك وهيجن،١٩٨٦: ٧٩) ولحساب الثبات بهذه الطريقة اعتمدت الباحثة على درجات عينة التطبيق الاول في حساب الثبات بطريقة اعادة الاختبار البالغ عددها (٥٠ ) طالبا وطالبة وبعد تطبيق معادلة الفاكرونباخ للاتساق الداخلي بلغ معامل ثبات مقياس المعتقد الصحي (٠.٨٠) وهو معامل ثبات يمكن الركون اليه.

**التطبيق النهائي للمقياس :** بعد التحقق من صلاحية الأداة الملحق (١) تم تطبيق مقياس المعتقد الصحي بصورة فردية على اعمار (٦و ٧) سنوات وقد اتبعت الباحثة الطريقة العيادية ( الإكلينيكية )التي اعتمدها بياجيه في تطبيق اداة البحث حيث تم مقابلة الطفل واختباره عن طريق الأسئلة التي تحتويها الاداة وسؤال كل طفل وطفلة باللهجة الدارجة حتى تكون الاسئلة واضحة ومفهومة لعينة البحث الملحق ( ٣ ) وتم اجراء المقابلة مع الأطفال بشكل فردي ، أجرت الباحثة حوارا تمهيديا مع الطفل بسؤاله عن اسمه واسم أبيه من اسئلة البحث التي تحقق اهداف البحث لإزالة الارتباك عن الطفل الى ان تلاحظ الباحثة ان الطفل بدا يألف الموقف تسأله بحسب تسلسل الأسئلة في الاداة ، تم تطبيق مقياس المعتقد الصحي بصورة جماعية على اعمار ( ٩ و ١١) سنة اذ قامت الباحثة بتوزيع المقياس على الاطفال، ثم قامت بقراءة المقياس فقرة فقرة لتطلب من الاطفال الاجابة بوضع اشارة امام البديل المناسب . وطبقت الباحثة الاختبار على

أطفال المدارس الابتدائية المختارة في عينة البحث البالغ عددها ( ١٦٠) طفلاً وطفلة، واستمرت مدة التطبيق (٣٣) يوما.

**الوسائل الإحصائية** : لتحقيق اهداف البحث استعانت الباحثة بالحقيبة الاحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS) في اجراء العمليات الاحصائية .

**عرض النتائج ومناقشتها**

**الهدف الأول: تعرف المعتقد الصحي لدى الأطفال في الأعمار( ٦ ، ٧ ، ٩ ، ١١ ) سنة .**

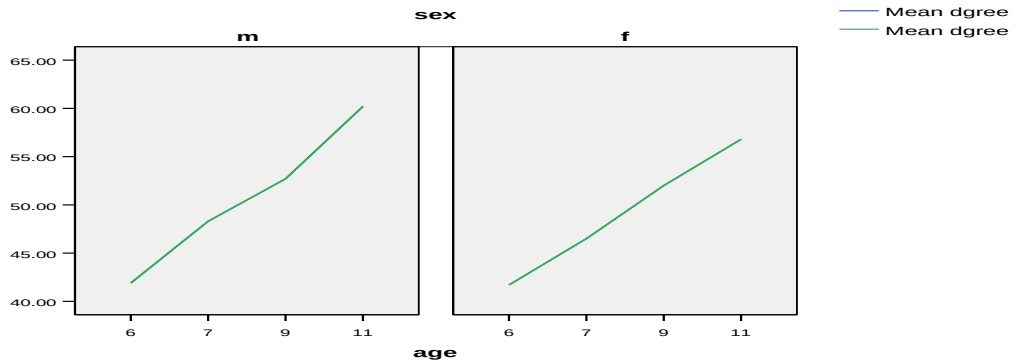
تحقيقاً لهذا الهدف استخرجت الباحثة متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس المعتقد الصحي لكل عمر فبلغت (٤١,٨٠٠،٤٧,٤٠٠،٥٢,٣٥،٥٨,٥٠٠) على التتالي. وباستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة* لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات المتحققة والمتوسط النظري (٤٨) ، أظهرت النتائج أن الفروق دالة في الأعمار ( ٦ ، ٧ ، ٩ ، ١١ ) سنة إذ كانت القيم التائية المحسوبة أكبر من القيمة التائية الجدولية (٤,٠٧)عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) ودرجة حرية (٣٩) لصالح المتوسطات المحسوبة وكما مبين في الجدول (٥) والشكل البياني (١). ويعد عمر (٦) سنوات هو العمر الذي يتكون فيه المعتقد الصحي لدى عينة البحث

**الجدول (٥)**

**متوسطات درجات الأطفال على مقياس المعتقد الصحي والقيمة التائية بحسب متغير العمر**

| العمر بالسنوات | عدد أفراد العينة | متوسطات الدرجات | الانحرافات المعيارية | القيمة التائية المحسوبة |
|---|---|---|---|---|
| ٦ | ٤٠ | ٤١,٨٠٠ | ٦,٧٨ | ٥,٧٨١ |
| ٧ | ٤٠ | ٤٧,٤٠٠ | ٤,٦٧ | ٠,٨١٢ |
| ٩ | ٤٠ | ٥٢,٣٥ | ٤,٦٢ | ٥,٩٤٥ |
| ١١ | ٤٠ | ٥٨,٥٠٠ | ٦,٢٨ | ١٠,٥٦١ |

**القيمة التائية الجدولية عند مستوى دلالة:*(٠,٠٠١) ودرجة حرية (٣٩) = ٤ ,٠٧ القيمة التائية الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠١) ودرجة حرية (٣٩) = ٢,٩٤ القيمة التائية الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ودرجة حرية (٣٩) = ٢,١٣**




الشكل (٢)

**متوسطات درجات المعتقد الصحي لدى الأطفال بحسب العمر والجنس**

**الهدف الثاني: تعرف دلالة الفروق في درجة المعتقد الصحي تبعا للاعمار (٦ ، ٧ ، ٩ ، ١١) سنة.**

لتعرف اثر العمر في المعتقد الصحي لدى أعمار أطفال البحث استعملت الباحثة تحليل التباين الثنائي لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات المتحققة. وقد أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي أن القيمة الفائية المحسوبة (٥٥٤،٥٦ ) اكبر من القيمة الفائية الجدولية (٥,٧٩) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وبدرجتي حرية (١٥٢،٣ ). وهذا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا تبعا لمتغير العمر وكما موضحة في الجدول ( ٦) .

**الجدول ( ٦ )**

**تحليل التباين لدرجة المعتقد الصحي تبعاً لمتغيري العمر والجنس والتفاعل بينهما**

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | القيمة الفائية المحسوبة |
|---|---|---|---|---|
| العمر(أ) | ٦٠٧٠،٨ | ٣ | ٢٠٢٣،٦ | ٦٣،١٦٣ |
| الجنس(ب) | ٢٥،٩٣ | ١ | ٢٥،٩٣ | ٢،٩٠٤ |
| التفاعل بين أ × ب | ٦٠،٢٧ | ٣ | ٢٠،٩ | ٠،٦٢٧ |
| الخطأ | ٤٨٦,٨٠٠ | ١٥٢ | ٣٢,٠٣٨ | |
| الكلي | ٤١١٢٩٤ , ٠ | ١٦٠ | | |

**القيمة الفائية الجدولية عند مستوى دلالة: **(٠,٠٠١) ودرجتي حرية ( ٣ ، ١٥٢ ) = ٥,٦٣**

**(٠,٠١) ودرجتي حرية ( ٣ ، ١٥٢ ) = ٣,٨٨ * (٠,٠٥) ودرجتي حرية ( ٣ ، ١٥٢ ) = ٢,٦٥**

ولمعرفة مصدر الفروق استعملت الباحثة اختبار شيفيه للمقارنات البعدية. وقد أظهرت النتائج أن هناك مقارنة دالة من مجموع ست مقارنات وهي بين متوسط درجات ألأطفال بالأعمار (٦ ، ٧ ، ٩ ) سنوات ومتوسط درجات أطفال عمر (١١) سنة لصالح العمر الأكبر، وهو عمر (١١) سنة وكما مبين في الجدول (٧).

**الجدول (٧)**

**قيم شيفيه المحسوبة بين متوسطات درجات الأطفال في الفئات العمرية في المعتقد الصحي**

| الأعمار | ٧ | ٩ | ١١ |
|---|---|---|---|
| ٦ | ٥، ٦٠٠ | ١٠، ٥٥٠ | ١٦، ٧٠٠ |
| ٧ | | ٤ ، ٩٥٠ | ٢، ٣١٢ |
| ٩ | | | ٦، ١٥٠ |

*** قيمة شيفيه الحرجة = ٢٨, ٣٦**

**٣. دلالة الفروق في درجة المعتقد الصحي تبعا لمتغير الجنس (الذكور والأناث )**

أظهرت نتائج تحليل التباين في الجدول (٦) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس في المعتقد الصحي لدى الأطفال ، إذ كانت القيمة الفائية المحسوبة (٢، ٩٠٤) اكبر من القيمة الجدولية (٢، ٦٥) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وبدرجات حرية (١ ، ١٥٢) ولصالح االذكور اذ بلغ متوسط الذكور في عينة البحث (٥٠,٧٧٥) في حين بلغ متوسط الأناث (٤٩,٢٥٠). مما يعني ان اثر العمر في المعتقد الصحي عند الذكور اكثر تأثيرا منه عند الاناث

**٤. التفاعل بين متغيري العمر والجنس:**أظهرت نتائج تحليل التباين في الجدول ( ٦) انه لم يكن هناك تفاعل بين متغيري العمر والجنس ،إذ كانت القيمة الفائية المحسوبة ( ٠،٢٧) أصغر من القيمة الجدولية البالغة (٢.٦٥) عند مستوى (٠.٠٥) وبدرجات حرية (٣ ، ١٥٢) ما يعني عدم وجود تفاعل بين متغيري العمر والجنس

**تفسير النتائج ومناقشتها :**

بينت نتائج الدراسة وجود معتقد صحي بعمر (٦) سنوات لدى عينة البحث وهذا يتفق مع النظرية المتبناة التي ترى ان جذور المعتقد الصحي تبدأ في مرحلة الطفولة المتوسطة . اظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا تبعا لمتغير العمر وهذه الفروق دالة للعمر الأكبر اذ اظهرت المقارنات البعدية ان الفرق في الأعمار دال لصالح عمر( ١١ ) سنة،وتشير النتائج الى وجود مسار تطوري مرحلي متقطع (الشكل ٢) ويدعم هذا المسار النظريات الارتقائية (نظرية بياجيه)التي ترى " أن التطور يكون تراكميا ولكنه غير مستمر فهو ليس عملية مستديمة بل هو تحولات في أساليب التصرف والتفكير" (الحمداني،١٩٨٩ : ٤٥) وهو يختلف مع المدرسة السلوكية التي ترى التطور عملية مستمرة متصلة.

اظهرت نتائج تحليل التباين ان هناك فروقا ذات دلالة احصائية تبعا لمتغير الجنس ما يعني ان اثر العمر في المعتقد الصحي عند الذكور اكثر تأثيرا منه عند الاناث وقد يعود السبب الى الأهتمام بالابناء الذكور اكثر من الاناث علما ان النتائج اشارت الى وجود معتقد صحي عند الاناث الا ان الذكور يحضون بفرصة اكبر من الاناث فيما يتعلق بالمعتقد الصحي وهذا قد يؤشر وجود تمييز في تنشئة الذكور على حساب معتقد مهم مثل المعتقد الصحي اذ تشير العديد من الدراسات العراقية الى انه هناك اختلافاً في اساليب المعاملة الوالدية بين الذكور والاناث دراسة (الزيدي ، ٢٠٠٩) و دراسة(الطائي ،٢٠١٢ ).

وترى الباحثة أن سبب تفشي الأمراض ليس ىبسبب غياب العتقدات الصحية بل قد يعود السبب الى تعرض البيئة الى التدهور منذ عقد الثمانينات من القرن الماضي وتضاعف نسبة الملوثات بسبب الحروب الكثيرة التي تعرض لها البلد . واستعمال اليورانيوم المنضب من قوات التحالف وعدم الاهتمام بالمساحات الخضراء وزيادة نسبة التصحر وعدم وجود أنظمة صرف صحي كفوءة وقدم شبكات مياه الإسالة ومشاريع ومجمعات تصفية المياه ،وعدم وجود طمر صحي متكامل للنفايات (مجلة البيئة والحياة ، ٢٠٠٨: ٦) .

و تشير تقارير منظمة الصحة العالمية الى ضعف الخدمات التي تقدم للاطفال فيما يتعلق بالجانب الصحي والنظام الغذائي والنظافة ،فكثرة اعداد الأطفال في المدارس على سبيل

المثال فاق الطاقة الاستيعابية للمدرسة ،ونقص الغذاء الذي يتسبب بكثير من الأمراض سببا اخر اذا ماعلمنا ان نسبة كبيرة من افراد المجتمع العراقي تحت خط الفقر. اظهرت النتائج لم يكن هنالك تفاعل بين متغيري العمر والجنس وهذا يعني ان الجنس بمستوييه (ذكور ،اناث ) يؤثر في العمر باختلاف مستوياته والعكس صحيح "ان التفاعل يكشف ما اذا كان للمستويات المختلفة لأحد المتغيرين تأثيرا مختلفا في المتغير التابع باختلاف مستويات الآخر (عودة والخليلي ،١٩٨٨ : ٣٨٨ ).

**الاستنتاجات**

١- يمتلك الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة (٦- ٩) سنة والأطفال في الطفولة المتأخرة (٩ - ١١) سنة كذلك.

٢-البيئة الاجتماعية توفر دعما نفسيا وفكريا للذكور اكثر من الاناث .

**التوصيات :**في ضوء نتائج البحث توصي الباحثة بالآتي :

١- تعزيز المعتقد الصحي عند الأطفال من خلال المنهج الدراسي الذي تضعه وزارة التربية.

٢- عمل برامج توعوية باهمية زرع المعتقدات الايجابية لما لها من اهمية في صحة الطفل النفسية والجسمية وذلك من خلال مايقدمه الأعلام من برامج تخص الاطفال.

**المقترحات** : تقترح الباحثة اجراء الدراسات الآتية :

١- اجراء دراسة تتقصى المعتقد الصحي لدى أطفال الرياض .

٢-اجراء دراسة مقارنة في المعتقد الصحي بين أطفال الريف والمدينة .

٣-اجراء دراسة حول المعتقد الصحي في المناطق الموبوءة التي تظهر بها امراض وبائية باستمرار.

**المصادر**


١. أبو جادو ،صالح محمد علي . (٢٠٠٠). علم النفس التربوي . ط٢ .عمان : دار المسيرة.

٢. بياجيه ، جان . ( ١٩٨٦ ) . التطور العقلي للطفل . ترجمة : سمير علي الطبعة الأولى ، بغداد : دار ثقافة الأطفال .

٣. تايلور ،شيلي .(٢٠٠٨). علم النفس الصحي .ترجمة : وسام درويش وفوزي شاكر طعيمة ،عمان :دار الحامد للنشر والتوزيع.

٤. الحمداني، موفق. (١٩٨٩). الطفولة. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة بغداد: بيت الحكمة.

٥. ثورندايك،روبرت وهيجن،اليزابيث.(١٩٨٦).القياس والتقويم في علم النفس والتربية.ترجمة:عبد الله الكيلاني وعبد الرحمن عدس،عمان:مركز الكتاب الاردني.

٦. داود ، عزيز حنا ، وعبد الرحمن ، أنور حسين ( ١٩٩٠ ) . مناهج البحث التربوي ،وزارة التعليم العالي والبحث العلمي: بغداد .

٧. ريبر، آرثر أس، و ريبر، أيملي، ( ٢٠٠٨ ). المعجم النفسي الطبي. ترجمة. عبد العلي الجسماني،: و عمار الجسماني،. ط١. بيروت: الدار العربية للعلوم ناشرون.

٨. الطريحي، فخر الدين ( ١٣٨٦ هـ ). مجمع البحرين. ج٣.العراق، النجف الأشرف: دار الكتب العلمية.

٩. عبد الهادي ، نبيل ،وشاهين ،يوسف. (١٩٩٠). تطور التفكير لدى الطفل .ط١، عمان :مركز غنيم للتصميم والطباعة.

١٠. العتوم، عدنان يوسف، وعلاونة، شفيق فلاح، والجراح، عبد الناصر، ذياب وابو غزالة، معاوية محمود (٢٠٠٥). علم النفس التربوي: النظرية والتطبيق.عمان: دار الميسرة.

١١. علاونة، شفيق. (٢٠٠٤). سيكولوجية التطور الإنساني من الطفولة الى الرشد. عمان: دار المسيرة.

١٢. عودة،احمد سليمان،والخليلي ،خليل يوسف.(١٩٨٨) .الاحصاء للباحث في التربية والعلوم لانسانية.عمان :دار الفكر للنشر والتوزيع.

١٣. عيسوي ، عبد الرحمن محمد .( ١٩٨٥ ) القياس والتجريب في علم النفس والتربية . ط١، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية.

١٤. ملحم ، سامي. (٢٠٠٠). القياس والتقويم في التربية وعلم النفس. ط١، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

١٥. نشواتي، عبد المجيد. (١٩٨٤). علم النفس التربوي. ط١ عمان :دار الفرقان.

١٦. هرمز،صباح حنا و إبراهيم يوسف حنا .(١٩٨٨).علم النفس التكويني– الطفولة و المراهقة . الموصل:دار الكتب للطباعة و النشر.

١٧. واردز ورث، بي جي. (١٩٩٠). نظرية بياجية في الارتقاء المعرفي. ترجمة: سعد قاسم الاسدي، وصالح مهدي حميد، فاضل محسن الازيرجاوي. مراجعة: الدكتور موفق الحمداني. ط٢١ بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة (آفاق عربية).

١٨. مجلة البيئة والحياة ،مركز الاعلام والتوعية البيئية في وزارة البيئة، شباط ٢٠٠٨ ،العدد ٢٥.

Ajzen, I., ( 1991 ). The Theory of Planned Behaviour. Organizational Behaviour and Human Decisen Processes, 50, pp 179 – 211.

_____, ( 2006 ) Brief Discription of the Theory of Planned Behaviour. http// : www. People. Unmass. Edu. Edu Ltpb. Diag. html.

_____, & Madden, T. J. ( 1986 ). Prediction of Goal Directed Behaviour: Attitudes, Intentions and Perceived Behavioural Control. Journal of Experimental Social Poyehology, 22, pp 453 – 473.

_____, & Driver, B. L., ( 1991 ). Prediction from Behavioural, Normative, and Control Beliefs: An A pplication of the Theory of Planned Behaviour. Lesiure Sciences 13. pp 185 – 204.

Courneya, K. S. & McAuley, E., ( 1995 ). Cognitive mediators of the Social in fluence exercise adherence relationship: a test of the Theory of Planned Behaviour, Journal of Behaviour Medicine, 18, pp 499 – 515.

Good, C.V. (1959). Dictionary of Education. 3rd ed., New York: Mc Graw hill

Websters : ( 1971 ) . Webster's new twentieth country dictionary of English language . unabridged . London : graw hill book company inc

Wiggnis, J. A & Wiggins, B. B. & Zanden, J. V.,(1984) **Social Psychology**. Fifth Edition. New York: Mc Graw – Hill 1nc.

# The Development Of Helth Belief In Children

**Assest Prof. intisar hashim mahdi**
**Email: intisar_100@yahoo.com**

## The development of health belief in children

**Assistant Prof.Dr. Intisar Hashim Mahdi**

The study aimed to identify

1. health belief in children aged (6.7, 9, 11) years.

2. Know the differences in the health belief among respondents according to age(6.7, 9, 11) years.

3. Know the differences in the health belief among respondents according to gender (male and female).

Find the current sample included( 160) boys and girls in the city of Baghdad from primary school, has prepared a( 24-Item) to measure the health belief adopted a definition of the researcher (Ajzen,1991) and his theory in the preparation of the paragraphs and extracted researcher psychometric properties of the scale. The study came out the existence of a healthy belief in children aged 6 years and the existence of an evolutionary path of progress in the development of the health belief in children. And the existence of differences in the health belief according to gender in favor of Male.