جامعة يحي فارس –المدية–

كلية العلوم الانسانية و الإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي

علاقــة المعتقــدات الصحيــة بالسلــوك الجنســي الآمن لدى المتزوجيــن

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

اعداد الطالبتان:

- ولد أحمد صافية
- مجدل زوليخة

إشراف الأستاذ:

الوناس اسمع

السنة الجامعية: 2021 – 2022


بسم الله الرحمن الرحيم



شكر و تقدير

الحمد لله حمدا كثيرا نحمده ونستعينه في كل الخطى

والصلاة والسلام على نبيه وحبيبه محمد خير الورى

يشرفني أن أتقدم بخالص شكري وعظيم تقديري إلى الأستاذ المشرف

" الوناس اسمع "

و أشكر جميع الدكاترة الأفاضل على رأسهم شويعل يزيد

له جزيل الشكر و الإمتنان وباشا ياسمين

وإلى كل من من أعاننا من قريب أو بعيد.



أتقدم أولا بالحمد والثناء لله عز وجل الذي وفقني في إنجاز هذا العمل المتواضع.

أهدي ثمرة جهدي إلى من رباني على حب العلم والفضيلة جدي الغالي الذي كان سندا لي طيلة مسيرة الدراسية ماديا ومعنويا، وأضاء لي درب العلم شموعا.

وإلى تاج رأسي أبي العزيز الذي غرس الطموح في نفسي

إلى من يصعب حصر جميلها والتي غمرتني بالحب والحنان جدتي الحبيبة،

و إلى من تحت قدميها الجنة أمي العزيزة.

إلى أعز الناس على قلبي أختي فاطمة إلى الغالين إخوتي

وأخواتي إلى زميلتي وشريكتي في الدراسة أختي

"صافية"

وكما لا يمكنني أن أنسى نسيم على إعانته لي.

إلى كل من يعرفني من قريب إو بعيد.

زوليخة



أهدي ثمرة جهدي و عملي هذا إلى أمي و أبي أطال الله عمريهما

وأدام عليهما الصحة و العافية

لهما أسمى معاني الحب و الثناء و التقدير

إلى اخوتي أحبتي من كبيرهم الى صغيرهم رعاهم الله

وحفضهم من كل سوء

وكذا أشكر صديقتي و رفيقة دربي زوليخة وشريكتي

في هذا العمل المتواضع والوقوف

مع بعض جنبا إلى جنب بالرغم من كل العراقيل والمطبّات

التي واجهتنا ومن هذا المنبر أختص بالتحية والسلام

لأحمد رزق الله على المساعدة و إلى كل من سعى لمد يدِ

العون لنا و الفضل والحمد كله لله

صافية

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري المعتقدات الصحية، والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين، لأن عليهم ممارسة سلوكيات صحية أثناء القيام بالعلاقة الجنسية، وذلك تبعا لعدة متغيرات: السن ، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي .

وعليه فقد تطرقنا في دراستنا هذه، إلى جانبين: الجانب النظري الذي ذكرنا فيه متغيرات البحث والجانب التطبيقي الذي يشمل 40 فردا متزوج من كلا الجنسين، وزعت عليهم المقاييس بطريقة عشوائية ، حيت تم استخدام المقاييس الخاصة بهذه المتغيرات، والمستخلصة في مقياس المعتقدات الصحية ، ومقياس السلوك الجنسي الآمن ، اللذان تم إعدادهما من طرف الباحثة.

وقد تم التأكد من صدق وثبات الأداتين، والاعتماد على المنهج الوصفي لتحليل البيانات ، بحيث تم استخدام عدد من الأساليب الاحصائية المناسبة ، لطبيعة التساؤلات والفرضيات، من حيث المنهج المستخدم وطبيعة العينة، لذلك فقد شملت المتوسطات الحسابية الانحرافات المعيارية، اختبار (T) للصيغة المستقلة، معامل الانحدار، وكل ذلك بالاعتماد على برنامج spss (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

1- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية ، والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين .

2- توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية، والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى الجنس الجنس لصالح الاناث المتزوجات.

3- لا توجد فروق في المعتقدات الصحية، تبعا لمتغير السن لدى أفراد العينة، وتوجد فروق في السلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن.

4- لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية، والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة ، تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

5- لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

وبناء على هذه النتائج، تم التوصية على الجميع باتباع سلوكيات وقائية تجنب الوقوع في الأمراض الجنسية الخطيرة، كالإيدز وكذلك اتباع تعزيز المعتقدات الصحية، المتعلقة بالجانب الجنسي وإعداد حملات تشهير توعوية تثقيفية حول هذا الموضوع.

study summary

The study aimed to reveal the nature of the relationship between the variables of health beliefs and safe sexual behavior among a sample of married couples, because they have to practice healthy behaviors during sexual intercourse, according to several variables: age, gender, educational level, and economic level.

Accordingly, in our study, we touched on two aspects: the theoretical side, in which we mentioned the research variables, and the practical side, which includes 40 married individuals of both sexes. The scales were distributed to them in a random way. The scales for these variables were used, which were extracted in the health beliefs scale, and the behavior scale. Safe sex, which were prepared by the researcher.

The validity and reliability of the two tools were confirmed, and the descriptive approach was used to analyze the data, so that a number of appropriate statistical methods were used, for the nature of the questions and hypotheses, in terms of the method used and the nature of the sample, so the arithmetic averages included standard deviations, (T) test for the independent formula The regression coefficient, all based on the spss program (Statistical Package for Social Sciences), the study resulted in the following results:

1- There is a positive, statistically significant correlation between healthy beliefs and safe sexual behavior among married couples.

2- There are differences in each of the health beliefs and safe sexual behavior among the sample members that are attributed to the sex of the sex in favor of married females.

3- There are no differences in health beliefs, according to the age variable among the sample members, and there are differences in the safe sexual behavior of the sample members due to the age variable.

4- There are no differences in health beliefs and safe sexual behavior among the sample members, due to the educational level variable in favor of those with university level.

5- There are no differences in health beliefs and safe sexual behavior among the sample members due to the economic level variable.

Based on these results, it was recommended to everyone to adopt preventive behaviors to avoid serious sexual diseases, such as AIDS, as well as to promote health beliefs related to the sexual aspect and to prepare awareness-raising and defamation campaigns on this subject.

فهرس المحتويات:

العنوان	الصفحة
الشكر والتقدير	/
الإهداء	/
ملخص الدراسة	/
فهرس المحتويات	/
فهرس الجداول	/
فهرس الاشكال	/
فهرس الملاحق	/
مقدمة	أ، ب،ج
الجانب النظري	
الفصل الاول : الإطار العام للدراسة	
1.الاشكالية	05
2.فرضيات الدراسة	10
3.أهمية الدراسة	10
4.أهداف الدراسة	11
5.مصطلحات الدراسة	11
الفصل الثاني: المعتقدات الصحية	
تمهيد	14
1. المعتقدات	**14**
1.1.تعريف المعتقدات	14
1.2.تطور نشأة المعتقدات	15
1.3.ثبات المعتقدات	16
1.4.خصائص المعتقدات	16
1.5.صفات المعتقد الاساسية	17
1.6.أنواع المعتقدات	19
2. نموذج المعتقدات الصحية	**21**
2.1.نشأة نموذج المعتقدات الصحية	21
2.2.المصطلحات المفتاحية لنموذج المعتقدات الصحية	22
2.3.المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي	24
2.4.تطبيق نموذج المعتقدات الصحية	25

2.5.مكونات المعتقدات الصحية	26
3. نموذج المعتقدات الصحية التعويضية	**27**
3.1.نموذج المعتقدات الصحية التعويضية	27
3.2.العناصر الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية	28
3.3.النظريات المفسرة للمعتقدات الصحية التعويضية.	29
3.4.مصادر المعتقدات الصحية التعويضية.	32
4. المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي.	**33**
4.1.تفسير نموذج المعتقدات الصحية.	33
4.2.اسهامات نموذج المعتقدات الصحية.	33
4.3.الانتقادات الموجهة لنموذج المعتقدات الصحية.	35
خلاصة	36
الفصل الثالث: الصحة الجنسية	
تمهيد	38
1.السلوك الصحي	**38**
1.1.مفهوم السلوك الصح	38
1.2.أبعاد السلوك الصحي	38
1.3.محددات السلوك الصحي	39
1.4.العوامل المؤثرة في السلوك الصحي	40
1.5.أنماط السلوك الصحي	41
1.5.بعض النظريات المفسرة للسلوك الصحي	42
2.التربية الجنسية	**43**
2.1.المفهوم العام للتربية الجنسية	43
2.2.تعريف التربية الجنسية	43
2.3.أهداف التربية الجنسية	43
2.4.العوامل المؤثرة في التربية الجنسية	44
2.5.أهمية التربية الجنسية	44
2.6.آراء روسو و فرويد حول التربية الجنسية.	45
3.الجنس و الصحة	**45**
3.1.النمو الجنسي من الطفولة الى الشيخوخة.	45
3.2.الاضطرابات الجنسية.	49
3.3.الصحة الجنسية.	51

3.4.المشاكل الجنسية الشائعة.	52
3.5.أخطاء العلاقة الجنسية.	52
3.6.مشكلة التهيج الجنسي.	53
خلاصة	54
الفصل الرابع: السلوك الجنسي الآمن	
تمهيد	56
1.علم الجنس	**57**
1.1.تاريخ العلاقات الجنسية	57
1.2.طبيعة الدافع الجنسي	58
1.3.سيكولوجيا الجنس	60
1.4.بيولوجيا الجنس	62
1.5.فيزيولوجيا الجنس	63
2.السلوك الجنسي الآمن	**65**
2.1.تعريف السلوك الجنسي	65
2.2.تعريف السلوك الجنسي الآمن	65
3.2.تعريف الجنس الغير أمن	66
3.4.وسائل ممارسة الجنس بطريقة آمنة	66
3. الأمراض الجنسية	**67**
3.1.تعريف الأمراض الجنسي	67
3.2.الأمراض التناسلية الناتجة عن الاتصال الجنسي الغير آمن	68
3.3.أنواع الأمراض المنقولة جنسيا	68
3.4.الممرضات الرئيسية المسببة للعدوى المنقولة جنسيا والأمراض التي تسببها	70
3.5.أسباب انتشار الأمراض الجنسية	73
3.6.برامج تعليم الجنس في المدارس	75
4.علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن	78
خلاصة	80
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
1.الدراسة الاستطلاعية	83
2.منهج الدراسة	83
3.حدود الدراسة	83

3.1.الحدود الزمانية	83
3.2.الحدود المكانية	83
3.3.الحدود البشرية	83
3.3.1.مجتمع الدراسة الأصلي	83
3.3.2.عينة الدراسة وخصائصها	83
4. أدوات الدراسة	85
5.الأساليب الإحصائية	92
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
تمهيد	**94**
1.عرض وتحليل نتائج الدراسة	**95**
1.1.عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى	95
1.2.عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية	96
1.3.عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة	97
1.4.عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة	98
1.5.عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة	99
2.مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	**100**
2.1.مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى	100
2.2.مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية	101
2.3.مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة	103
2.4.مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة	104
2.5.مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة	105
3.استنتاج عام	**107**
خاتمة	110
توصيات واقتراحات	111
قائمة المصادر والمراجع	113
الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن .	100
02	يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس .	100
03	يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي.	100
04	يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الاقتصادي.	101
05	يمثل قيم معامل الثبات (α) كرونباج الكلي لمقياس المعتقدات الصحية .	102
06	يمثل قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس المعتقدات الصحية	102
07	يمثل قيم معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية .	103
08	يمثل قيم معامل الثبات (α) كرونباج لمقياس السلوك الجنسي الآمن .	105
09	يمثل قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس السلوك الجنسي الآمن .	105
10	يمثل قيم معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس السلوك الجنسي.	106
11	الدلالة الارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن .	110
12	يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس (ذكور ، إناث) .	111
13	يبين دلالة وجود فروق في نتغير المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة حسب متغير السن .	112
14	يبين الفروق في المتوسطات الحسابية حسب المستوى التعليمي في متغير السلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين .	115
15	يبين دلالة وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي .	114
16	يبين دلالة وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي .	115

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح نموذج المعتقدات الصحية .	**40**
02	مكونات المعتقدات الصحية .	**43**
03	يبين نموذج المعتقدات الصحية التعويضية .	**45**
04	يوضح نظرية دودلي وشنايدر في المعتقدات الصحية التعويضية.	**47**
05	الأعضاء الحويضية في الذكر .	**78**
06	الأعضاء الحويضية في الأنثى.	**79**

فهرس الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مقياس المعتقدات الصحية.	122
02	مقياس السلوك الجنسي الآمن .	124

مـقــد مـة

مقدمة

الصحة كلمة تحمل في ثنايا أحرفها الكثير من الأهمية، أو بالأحرى هي بمثابة كنز لفاقديها حيث تتمثل في توازن أعضاء الجسم أو خلوه من الأمراض، وتكيفه مع العوامل الخارجية، سواء كانت بيئية أو غيرها من العوامل الأخرى، إذ انه باتباع السلوكات الصحية الوقائية يضمن الفرد سلامته، ويجنبه للكثير من المخاطر التي قد تلحق به الضرر، لذلك يتوجب على الأفراد تغيير العادات أو السلوكات الخطرة، التي من الممكن أن تؤدي إلى هلاكه وتدهور صحته، ونتيجة لذلك ظهور نموذج المعتقدات الصحية، بغرض تحديد الوقائية .

وبناء على هذا السياق فقد اعتبرت الممارسة الجنسية في وقت مضى كممارسة لها غاية واحدة فقط، وهي إرضاء النفس دون مواعاة الجوانب الأخرى المتعلقة بالصحة الجنسية، أو استخدام الواقيات الجنسية واتخاذ الإجراءات الوقائية ، حيث أن ممارسة الجنس بطريقة غير آمنة ، ينتج عنها مخاطر وأضرار وخيمة، وذلك بانتقال الأمراض الجنسية كالإيدز، والذي يعتبر من بين أكثر الأمراض المعدية الفتاكة، التي تؤدي إلى الهلاك وكذلك داء الزهري والسيلان والأمراض الفيروسية الأخرى، باعتبار أن مرض نقص المناعة المكتسبة على رأس قائمة الأسباب المؤدية للموت في كثير من بلدان العالم وبدرجة كبيرة في المجتمعات الغربية، وذلك نتاج الممارسات الجنسية الشاذة ، التي ينهى عنها ديننا الحنيف في المجتمعات المسلمة، غير أن هذا لا يمنع على بعض الفئات التي يكون عندها نقص الوازع الديني من القيام بمثل هذه الأمور المحرمة .

ومنه فإن الحاجة إلى مراعاة السلوك الجنسي الآمن باستخدام الواقيات الجنسية، وغيرها من الطرق الأخرى لسلامة الفرد، أصبحت ضرورية لا غنى في كثير من الأحيان ، وذلك للحد من انتشار مثل هذه الأوبئة، ففي اعتقاد الكثير أن تناول المضادات الحيوية أو مبيدات الحيوانات المنوية، أو اتخاذ شريك جنسي أحادي، هطا يمنع من الإصابة بالأمراض ، لذلك يتوجب اتخاذ الإجراءات الوقائية الفعالة المجربة والموصى بها، قد يرى بعض من المتزوجين أن هذا الكلام لا يعنيهم ، لأن الزواج يعتبر بمثابة الحصن الذي يحميهم بالنسبة لهم، ولأنهم غير معرضين لمثل هذه الأمراض ، إلا أنه على العكس بل يجب أخذ الاحتياطات الآزمة لأن مثل هذه الأمراض الفيروسية تنتقل وليس عن طريق الممارسة الجنسية فقط ، فقد تنتقل عن طريق اللمس او تبادل الملابس الداخلية، أو استعمال أدوات العلاقة لشخص ما مصاب وغير ذلك. لكن في حقيقة الامر كثيرا مال تتوارى المشاكل الجنسية وراء حواجز الحرج والعار، لأنه بمجرد التفوه بكلمة جنس في مجتمعنا تتبادر إلى أذهان الكثير منا صورة واحدة وفكرة واحدة، هي

الحاجز الذي يمنع من تداول هذا الموضوع والتكتم والتستر دون الكشف عن الجوانب السلبية المظلمة، والتي إذا تمكنا من الاطلاع عليها ، تمكننا من معالجة الأخطاء الفادحة أثناء الممارسة الجنسية ، لأن باتباع سلوك جنسي صحي عند الممارسة الجنسية، له أثر كبير في وقايتهم من الأمراض والعلل الجنسية، وكذا غرس المعتقدات الصحية حيال هذا الأمر، والترويج للثقافة الجنسية السليمة بشتى الطرق ، وهذا التجنب المخاطر الناتجة عن الممارسة العشوائية، وفي نهاية المطاف تبقى الوقاية خير من الكلام ، إذ ترمي هذه الدراسة إلى مشكلة هامة وعويصة في وقتنا هذا، وتحتاج إلى كثير من البحث وتحتاج أيضا إلى تسليط الضوء عليها ، لما لها من أهمية حيث أن جل ما تناولناه كان يتمحور حول البحث في ماهية علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين .

فقد تناولنا في هذه الدراسة جانبين / جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث احتوى الجانب النظري على 04 فصول :

– فصل خاص بالإطار العام للدراسة: احتوى على الإشكالية والفرضيات، الأهمية والأهداف من هذه الدراسة، إضافة إلى المصطلحات.

– وفصل خاص بالمعتقدات الصحية ، حيث اشتمل على تعريف المعتقدات ، وتطور نشأتها ، وكذلك الخصائص والأنواع إضافة إلى نموذج المعتقدات الصحية ومكوناتها ، وكذلك نموذج المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي، والانتقادات الموجهة لنموذج المعتقدات الصحية .

– فصلين آخرين خاصين بالسلوك الجنسي: فصل الصحة الجنسية، والذي تطرقنا فيه إلى السلوك الصحي ومفهومه، وأبعاده والعوامل المؤثرة فيه، وبعض النظريات المفسرة له، وكذلك التربية الجنسية مفهومها وأهدافها ، وأهميتها وآراء بعض علماء النفس حول ذلك، وتطور النمو الجنسي أضف إلى ذلك ، الاضطرابات الجنسية ومشكلة التهيج الجنسي .

– وفصل خاص بالسلوك الجنسي الآمن، حيث ذكرنا فيه تاريخ العلاقات الجنسية، وطبيعة الدافع الجنسي، وفيزيولوجيا وبيولوجيا الجنس، ومفهوم السلوك الجنسي الآمن، والأمراض الناجمة عن الممارسة الجنسية الغير آمنة، وأسباب انتشار مثل هذه الأمراض .

– وأخيرا الجانب التطبيقي، حيث احتوى على الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية: تتضمن منهج الدراسة وحدودها، ومجتمع الدراسة الأصلي، وعينة الدراسة وخصائصها، والأدوات والأساليب الإحصائية.

– وفصل سادس فيه عرض وتحليل نتائج الدراسة، ومناقشة وتفسير النتائج واستنتاج عام.

الـجانـب الـنظري

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية

2-فرضيات الدراسة

3-أهمية الدراسة

4-أهداف الدراسة

5-مصطلحات الدراسة

1- الإشكالية:

في كثير من الأحيان تواجه الإنسان تغيرات عديدة على نطاق واسع نتص منها أنماط السلوك البشري المتعلقة بصحة الفرد سواء نفسيا أو عضويا حيث تم التأكيد على وجود ارتباط وبشكل كبير بين تصرفاتنا الشخصية والحالة الصحية التي نعيشها فإن كانت المعتقدات الصحية هي تصورات الفرد حول سلوكياته التي يقوم بها أثناء مواجهته مختلف الأمراض فإن جل الأمراض التي نعانيها راجعة إلى سلوكيات وعادات صحية غير سليمة، حيث تعتبر المعتقدات الصحية كأداة مؤثرة في تغيير السلوكات إذ أنه يمكن القول عن المعتقدات الصحية أنها تنقسم إلى مفهومين رئيسين وهما المعتقد الصحي العام والمعتقد الصحي التعويضي فتعرف على أنها تصورات وإحساسات خطر واعتقادات حول شدة المرض.

(مسعودي ظريفة، 2016/03/1، ص 10)

وعرفها عبد الجواد (2009) بأنها سلوكيات مبنية على أسس نفسية يتم التركيز فيها على دور الاتجاهات والمعتقدات في شكل سلوك صحي

(حمزاوي نجاة و بكيري لويزة، 2020/2019، ص 27)

وعرفها ROKEACH بأن التوقع يتعلق بوجود كائن ما، أو بتقييم معين، أو عادات معينة أو قضايا أمرية ناهية، أو وقائع سببية.

(سايل حدة وحيدة، ديسمبر 2019 ، ص 46) .

وفي هذه الحالة يمكننا التطرق لأكثر السلوكيات الغير صحية و التي تشكل خطرا بالغا ألا وهي السلوكات الجنسية فمن هنا ننطلق للتحدث عن ما تطرق له ماستر و جنيون اللذان قاما بدراسة متعمقة للسلوك الجنسي عند البشر والاضطرابات الجنسية بأساليب بحثية جريئة (**أحمد فخري هاني ، 2/10/2009**) ، ليظهر مصطلح الجنس الآمن في ثمانينيات نتيجة لانتشار مرض الإيدز ، حيث يعتبر الجنس الآمن في مفهومه على أنه مجموعة من الممارسات التي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعداوة الأمراض التناسلية المتنقلة عبر الجنس (STDS) التي تنتج عن طريق ممارسة العملية الجنسية، ويطلق على الجنس الآمن أيضا الجنس المحمي

(خشاب سعاد، 2010-2011 ، ص 73)

ففي هذا السياق يكون حديثنا المتمحور حول الأمراض المنقولة جنسيا وهذا راجع لعدم اتخاذ الإجراءات الوقائية الآمنة حيث كشفت منظمة الصحة العالمية عن وجود 250مليون إصابة كل عام أي بمعدل 685000 حالة يوميا **(مجموعة إصدارات صندوق الأمم المتحدة للسكان ، 1998)** ، حيث يتلخص مفهومها على أنها الأمراض التي تنتقل من شخص لأخر من خلال علاقة جنسية .

(عبد الخالق حسن يونس، الطبعة الأولى 2004، ص11)

مما لاشك فيه أن هذه الأمراض في تصاعد وتزايد دائم وذالك بتعدد العلاقات الجنسية وبشك كبير ابتدءا من الزنة ومرورا بالشذوذ الجنسي و انتهاءا بالجنس الجماعي أضف إلى أن هذه الظاهرة الخطرة أو ما يسمى الأمراض الجنسية المنقولة عن طريق ممارسة الجنس كانت ولازالت تحضي بالمصداقية في النسب عند البلدان العربية فهذا الأمر يزيد من توسع نطاق هذه المشكلة دون الحد منها أي أن خطر الأمراض الجنسية وانتشارها بهذا الشكل المرعب لن يقتصر على وطن معين أو بيئة محدودة بل سوف يكتسح العالم بأسره ويدمر كل شيء في طريقه لن يقتصر هذا الخراب وذلك التدمير على أسرة أو مجتمع واحد أو قارة دون غيرها إنما يصيب الجميع ولقد ظهرت أثار هذه الأمراض المدمرة من مرض واحد وهو الإيدز إلى قتل بنهاية 2002 أكثر من 25مليون شخص وأصاب أكثر من 45 مليون شخص ويصيب كل يوم أكثر من ستة عشرة ألف شخص حو العالم حيث تشير عدد حالات الإصابة بالأمراض الجنسية في دول العالم المختلفة إلى الإحصائيات الصادرة عن الأمم المتحدة أن معدل الإصابة بالأمراض الجنسية في دول العالم المختلفة قد وصل في سنة 2000 فقط إلى375 مليون إصابة أخذنا في الاعتبار أنه لا توجد إحصائيات حقيقية عن مدى انتصار الأمراض الجنسية في دول العالم خاصة العالم الثالث فإن العدد الحقيقي للإصابة بهذه الأمراض قد يصل من 5 – 10 أضعاف هذا الرقم.

(عبد الخالق حسن يونس، ط1،2004، ص 77-78)

حيث خلصنا إلى استجماع بعض الدراسات والتي هي:

-دراسة أجريها كل من أرتير، بليم، لوستيتر و أخرون (.B .SCHMALY .P H D ،ANDG .LAN MARLATT ، D.ARTHUSC .W .BLUME .PH .D ،TYW .LOSTETTER .B .S .KAREM PH) حول المعتقدات الصحية المتعلقة بسلوك شرب الكحول والنتائج المترتبة عنها وذلك سنة و كان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الفعالية الذاتية وبين النتائج المترتبة عن سلوك شرب الكحول بالاعتماد على نموذج المعتقدات الصحية العام، مستعينين بأدوات بحث مخصصة لغرض الدراسة ألا و هي DSM –IV: وذلك للكشف عن خصائص الإدمان على الكحول مقياس الكحول الذي يظهر النتائج الحالية THE DRIMKERS IMVENS INVENTERY OF CONSEQUENCES لمؤسسيه (TAMIJJAM& LOMJABAUJH،MILLER ،1995) ومقياس RECCENT DRINC R تقدير الذاتي THE LESSES OF SIJMIFICANCEFELFQUETIOMMAIRETOSSQH لمؤسسيه (BLMU &MARLATT 2000) وذلك على عينة مكونة من حوالي 113ن: مشارك بمتوسط حسابي =

64،29 ، وانحراف معياري 9،07 أغلبيتهم ذكور67 % من أفراد عينة الإناث و كانت من بين أهم نتائج هذه الدراسة:

-توجد علاقة ارتباطيه ايجابية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية وبين سلوك شرب الكحول (ARTHUR2003) و من خلال هذه الدراسة نلاحظ أنها تلم بجانب واحد (جزء صغير) من موضوع الدراسة المقدمة من طرفنا حيث كانت أوجه الشبه في دراسة سلوك شرب الكحول ضمن نموذج المعتقدات الصحية وهو الشبه الوحيد بين الدراستين إلا أنه لا يحيط بالهدف الأساسي من دراستنا والذي يبحث في سلوك شرب الكحول ضمن نموذج المعتقدات الصحية التعويضية وهذا ما يجعل هذه الدراسة يتخللها نوع من النقص في الاعتماد .

(بهلول سارة أشواق، 2009/2008، ص 26)

-إضافة إلى **دراسة أخرى** أجرتها **سهيلة عبد الرضا (2003)** حول المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة جامعة بغداد تنطلق المعتقدات الصحية من فكرة الارتقاء بالصحة والمحافظة علا إذا تتل المعتقدات الصحية والسلوك الصحي وتنميته أهمية زائدة ليس على صعيد الصحة البدنية فحسب بل على صيد الصحة النفسية أيضل لذا تبرز أمية المتقدات الصحية من خلال رفع مستوى الوعي الصحي الاجتماعي والمساهمة في رفع الغموض عن أخطر عدو يواجه الإنسان ألا و هو المرض فضلا عن التركيز على دور الفرد في المسؤولية عن صحته الشخصية لأن هذا سيؤدي بالنتيجة إلى إدراك عوامل الخطر تحدد اختيارنا من النشاطات أو الفعاليات التي تواجهنا إذ طبقا لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية لبندورا 1977- 1986 فإن الفرد من أجل أن يقوم بسلوك الصحي فأن نيته لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكن توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه اي أنه على الشخص ألا يعتقد فقط أن التدخين مضر بالصحة مثلا من أجل أن يتوقف عن التدخين وإنما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين، يستهدف البحث الحالي تعرف على مستوى المعتقدات الصحية لدى طلبة الجامعة وتعرف على العلاقة الارتباطية بين المعتقد الصحي وفاعلية الذات لدى طلبة الجمعة، قامت الباحثة سيناء مقياس المعتقدات الصحية وللنظرية المتبناة واستخرجت خصائصه السيكومترية في حين قامت بتبني مقياس (الالوسي 2001) لفاعلية الذات وقامت بتطبيقهما على عينة البحث والبالغة (200) طالب وطالبة من طلبة الجامعة تم اختيارهم بالطريقة الطبقية العشوائية ويعد استعمال الوسائل الإحصائية المناسبة توصلت الباحثة إلى عدة نتائج منها:

– أن عينة البحث الحالي لديهم معتقدات صحية، أن عينة البحث الحالي يمتلكون فاعلية ذاتية

(بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة، 2021/2020، ص 8– 9)

–**وفي دراسة أجرتها لشهب أسماء (2018)** حول المعتقدات الصحية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن: دراسة ميدانية على عينة من المرضى المترددين على مراكز غسيل الكلى بولاية الوادي هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى عينة من المرضى والمصابين بالقصور الكلوي المزمن المترددين على مراكز تصفية الدم بولاية الوادي وعددهم 60مريضا ولغرض جمع الدراسة تم تبني مقياس المعتقدات الصحية التعويضية (2010) للباحثين سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المفتي ومقياس الانضباط الصحي (2012) الذي أعده رشيد رزقي أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ولدراسة الفروق بينهم في درجات المعتقدات الصحية التعويضية والانضباط الصحي ووفقا لمتغيري الجنس وعمر المرض (عدد سنوات الإصابة بالمرض) ثم استخدام اختبارات (لعينتين متساويتين و لعنتين غير متساويتين) ولدراسة الفروق بين المتوسطات فتوصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة تعزى للمتغيرين سالفين الذكر.

(بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة، 2021/2020، ص 11)

–وقد خلص عدد كبير من الدراسات إلى أن المعتقدات الصحية تفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد فعلى سبيل المثال يساعد على التنبؤ بالممارسات التي تهدف إلى وقاية الأسنان والاعتناء بها (CHANPION 1990) والفحص الذاتي للصدر (SELF .EXAMINA .BREST) والحماية للوقاية من السمنة 1987 و تجنب السلوكات التي تعرض الفرد لخطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة والاشتراك في ممارسات متنوعة للحفاظ على الصحة (1975، ROSENSTOCK SRUTH، KABACK، RECKER)

(عبد العزيز حجي العنزي، المجلد (4)، العدد (9)– أيلول 2015، ص 210)

– **وفي دراسة RECAP 2009** والتي استهدفت كيفية مساعدة الشخص في استعمال نموذج المعتقدات الصحية في حياته للوقائية من الأمراض في برنامج للتثقيف الصحي وقد تخلصت بقائمة للمرشدين ومدى التزامهم بالأفكار التطبيقية للمعتقدات الصحية ومنها على سبيل المثال الاستجابة بنشاط أو فعالية ترفع من إدراك الطلبة بكونهم عرضة للإصابة بالأمراض ومعرفة مدى إدراك الطالب للأمراض ونتائجها وقسوة الحالة المرضية والشعور بها والإجراءات التي يتخذها الطلبة لتجنب الحالة المرضية والوقاية منه أما

الأفكار التطبيقية للمعتقدات الصحية فكانت عرض أفلام فيديو على الشباب لتقريب الحالة المرضية وتقديم إحصائيات حديثة للشباب في عمرهم أو من مجموعتهم الاجتماعية مصابون بأمراض أو استدعاء ضيوف قريبون من عمر الشباب بمشاركتهم تجاربهم المرضية واكتشاف مواقع الكترونية تعرض مراهقين مصابون بالحالة المرضية وغيرها من الأفكار التطبيقية.

(سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المفتي، العددان السادس والعشرون والسابع والعشرون، ص4 – 5)

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت السلوك الجنسي الآمن فهي كالتالي:

–**الدراسة الأولى** هي دراسة سعودية لعمر المرشدي تناولت السلوك الجنسي للطلاب بالجامعات وذلك بهدف اكتشاف أسباب مرض الايدز وتزايد الإصابة به بين الطلاب وتم إجراء هذه الدراسة على عينة مكونة من185 طالب تراوحت أعمارهم بين 18و 23 سنة حيث استخدموا استمارة استبيان تحوي على أسئلة عدة حول السلوك الجنسي للطلاب والأصدقاء والأقارب وقد دلت نتائج الدراسة على أن 39%من الطلاب يرون أن الايدز ينتقل بسبب العلاقات غير الشرعية من دون سائر الأسباب انتقال العدوى مثل المخدرات21 %من الطلاب يعتقدون أن 66% من أصدقاءهم وأقاربهم يمارسون الجنس وأبدى 75 %موافقتهم بالتوعية باستخدام الواقي الذكري 39% من الطلاب يرون إن السبب الرئيسي وراء عدم الإفصاح عن المرض هو التفسير الديني السائد اتجاه فيروس الايدز وهو فساد الأخلاق لدى المريض

– **الدراسة الثانية** وهي دراسة أجريت بأمريكا لمجموعة من الباحثين في جامعة بلومنتجون باندیانا حول السلوك الجنسي والصحة في سنة 1994 حيث كان الهدف منها هو وصف الأفعال الجنسية الأكثر شعبية بين الأمريكيين والتقصي عن استخدام الواقيات الجنسية حسب السن والجنس والعرق، حيث قاموا بجمع البيانات عن طريق المسح على عينة تكونت من5865 تتراوح أعمارهم بين 14– 97 ، لطرح مجموعة من الأسئلة حول الواقي الجنسي والسلوكيات الجنسية الأكثر شيوعا، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

–المراهقين هم أكثر احتمالا لاستخدام الواقي الجنسي من البالغين مما يشر إلى وجود فروق تعزى لمتغير السن.

–الذكور هم أكثر احتمالا لاستخدام الواقي الجنسي من الإناث، مما يشير إلى وجود فروق من الجنسين.

–السود هم أكثر استخداما للعوازل الطبية على غيرهم، مما يشير إلى وجود فروق تعزى لمتغير العرق.

–وجود فروق حول كيفية انتقال مرض الايدز تعزى لمتغير الجنس.

–وجود فروق في هزة الجماع تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور **(LJ .HALL ،1994)**

(خشاب سعاد، 2011/2010، ص 23– 24)

وبناءا على ما سبق يهدف البحث الحالي إلى دراسة علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين وعليه تم طرح التساؤلات التالية:

-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين ؟

-هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين ؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن لدى المتزوجين ؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين ؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين ؟

2- فرضيات الدراسة:

-توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

-توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين.

-توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن لدى المتزوجين.

-توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين.

-توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين.

3- أهمية الدراسة:

-التعرف على أثر السلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

-يعتبر هذا الموضوع من المواضيع الهامة جدا التي شغلت التي شغلت اهتمام الباحثين من الناحية الاجتماعية والنفسية و الفيزيولوجية.

-الكشف عن أثر المعتقدات الصحية أثناء ممارسة علاقات جنسية للمتزوجين على مختلف المستويات الاجتماعية و الديمغرافية و النفسية.

-أهمية العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

-مساعدة المختصين في مجال علم النفس للتنبؤ بمدى نجاح هذه السلوكيات في إطار ظروف الأفراد المرتبطة بصحتهم مع إدراك الزوج للخطر والتهديد الذي يهدده سلوكه الجنسي غير أمن إذا لم يتخذ سلوك وقائي للحد من التهديد الصحي يجب عليه التزام بالسلوك الجنسي الآمن.

-تساهم هذه الدراسة في لفت الانتباه في نشر الوعي بالسلوكيات الجنسية الآمنة.

-تصميم مقياسين الأول متعلق بالمعتقدات الصحية أما الثاني متعلق بالسلوك الجنسي الآمن.

4- أهداف الدراسة:

-استكشاف طبيعة السلوك الجنسي لدى عينة من المتزوجين في إطار ممارسة الجنس الأكثر أمانا.

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

-تقديم بعض احتياطات الوقاية اللازمة لحماية الأفراد من السلوكات الغير صحية في الجنس.

-تهدف الدراسة إلى التعرف على المتزوجين الذين يقومون بسلوك جنسي أمن.

-مدى تأثير المعتقدات الصحية على المتزوجين.

-مدى تأثير السلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

5- مصطلحات الدراسة:

5-1-تعريف المعتقدات الصحية: définition croyances de sante تعريف تايلور: هي ممارسات صحية يقوم بها الناس والتي تتأثر بعاملين إدراك الشخص للتهديد الصحي وإيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد.

أو هي السلوكات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم.

(سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المفتي، العددان السادس والعشرون والسابغ والعشرون، ص 10)

-التعريف الإجرائي:

تعرف بأنها مجموعة المعتقدات والمعلومات والمعارف والقناعات والعادات الخاصة بسلوك ما وبعض العادات وتأثيرها على صحة الفرد.

5-2-تعريف الصحة الجنسية: هي حالة من العافية البدنية والانفعالية والنفسية والاجتماعية المتعلقة بالحياة الجنسية لمجرد انعدام المرض أو الخلل أو العجز وتتطلب الصحة الجنسية نهجا ايجابيا ومحترما للحياة الجنسية والعلاقات الجنسية بالإضافة إلى إمكانية الحصول على تجارب جنسية ممتعة وأمنة دون إكراه وتمييز وعنف ومن أجل التمتع بالصحة الجنسية وللحفاظ عليها ينبغي احترام الحقوق الجنسية بجميع الأشخاص وحمايتهم وتحقيقها.

(منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، الصحة الجنسية وارتباطها بالصحة الإنجابية، دليل علمي، 2019، ص 3)

5-3-تعريف السلوك الجنسي الآمن: DEFINITION DUN CONPATENET SEXUEL هو ممارسة النشاط الجنسي بطريقة تقلل من مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا وقد ظهر هذا المصطلح في ثمانينات القرن العشرين كنتيجة لانتشار مرض الايدز (1) (2) (3) ويتم تعريفه لأنه النشاط الجنسي من قبل الأشخاص الذين اتخذوا الاحتياطات اللازمة لحماية أنفسهم من الأمراض المنقولة جنسيا مثل: مرض الايدز

(التعليم الالكتروني، 16مارس2020 ، في موسوعة ويكيبيديا، HTT PS://AR.M.WIKIPEDIA.ORJ)

-**التعريف الإجرائي:** هي مجوعة من الممارسات الجنسية الآمنة التي من شأنها أن تحمي أو تحافظ على صحة الأزواج كاستخدام الواقي الجنسي، الانسحاب قبل القذف، الخضوع للاختبارات والفحوصات الدورية للتأكد من الخلو من الأمراض التناسلية، الزواج بشريك جنسي أحادي والتي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو التقليل من مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسبية الجنسية التي تنتج عن طريقة ممارسة العملية الجنسية.

الفصل الثاني:

المعتقدات الصحية

تمهيد:

1-المعتقدات

1-1-تعريف المعتقدات

1-2-تطور نشأة المعتقدات

1-3-ثبات المعتقدات

1-4-خصائص المعتقدات

1-5-صفات المعتقد ألأساسية

1-6-أنواع المعتقدات

2-نموذج المعتقدات الصحية

2-1-نشأة نموذج المعتقدات الصحية

2-2-المصطلحات المفتاحية لنموذج المعتقدات الصحية

2-3-المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي

2-4-تطبيق نموذج المعتقدات الصحية

2-5-مكونات المعتقدات الصحية

3- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

3-1-نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

3-2-العناصر الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية

3-3-النظريات المفسرة للمعتقدات الصحية التعويضية

3-4-مصادر المعتقدات الصحية التعويضية

4- المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي

4-1-تفسير نموذج المتقدات الصحية

4-2-إسهامات نموذج المعتقدات الصحية

4-3-الانتقادات الموجهة لنموذج المعتقدات الصحية

خلاصة

تمهيد:

تعتبر المعتقدات تقييمات إيجابية أو سلبية التي يقوم بها الأفراد نحو الأشياء إما ملموسة أو أفكار وجهات نظر حول شيء معين ليكون الفرد خبرة شخصية لذلك توسعت موضوعات ومجالات المعتقدات فمست الصحة وسلوكها لينشأ نوعان من المعتقدات هما المعتقد الصحي العام والمعتقد الصحي التعويضي ، حيث أن النموذج الأكثر شيوعا في مجال الأوساط الصحية هو نموج المعتقدات الصحية الذي يسعى لتحديد المبادئ التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي والتنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية، وعلى هذا الأساس جاء هذا الفصل الذي سوف نتطرق فيه إلى شرح مفهوم المعتقدات وكذلك التطرق إلى نماذج المعتقدات الصحية بالجانب الصحي .

1- المعتقدات: la croyance

تعتبر المعتقدات مصطلح غامض بوجه خاص في التراث النفسي إذ أنه غالبا ما يحدث بينه وبين مفهوم المعرفة والاتجاه خلط، وغالبا ما يشار إلى المعتقدات على أنها معرفة فحين أن المعتقد قد ينشأ أو يوجد في غياب المعرفة.

1-1-تعريف المعتقدات: SIGNIFICATION de croyances

أ)-لغة: هو التصديق بالأمر و الإيمان به و هو الفعل اعتقد ويقال اعتقد بالشيء أي أقنع به و أثبت له.

(مصباح الهلي، المعتقدات الخرافية الشائعة في التنشئة الاجتماعية للأبناء و علاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، العدد9(2010):151-167، ص152)

ب)- اصطلاحا: فالمعتقد هو الجازم بشيء ما وفي الظن والرأي قدر في التصديق لكنهما لا يرقيا إلى الاعتقاد واليقين و الإيمان من اسمي درجات الاعتقاد ويقومان على تصديق جازم لا يقبل شكل من أشكال الشك والريبة إلى شيء من الثقة والتسليم بما يقوله ويفعله الآخرون من ماضين وحاضرين.

(مصباح الهلي و الشايب محمد الساسي،المعتقدات الخرافية الشائعة لدى تلاميذ مرحلة المتوسط، العدد 24 جوان2016، ص19)

يعرف المعتقد بأنه أول أشكال التعبيرات الجمعية عن الخبرة الدينية الفردية التي خرجت من خير الانفعال العاطفي إلى خير التأهل الذهني ويبدو أن توصل الخبرة الدينية إلى تكوين معتقد هو حاجة سيكولوجية ماسة لان المعتقد هو الذي يعطي الخبرة الدينية شكلها المعقول الذي يعمل على ضبط وتقنين أحوالها.

(فراس السواح، ط1،عام 2002، ص47)

ويعرف **كريتش و كرتشفلد** CRUTCHFIELD&KRECH المعتقدات: أنها تنظيم يتسم بالثبات للمدركات و المعارف حول جانب معين في حياة الفرد، أو هو المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد.

(بوسكرة مصطفى وبوديسة حكيمة، 2021/2020، ص20)

ويعرف إنجلش وإنجلش المعتقد" بأنه التقبل الوجداني لقضية أو خبر يحتمل الصدق حسب ما يوجد لدى الفرد من أسباب وحجج والحجج في المعتقدات غالبا ما يصعب فحصها أي أنها تختلف في قابلتها للتحقق.

(مصباح الهلي، المعتقدات الخرافية الشائعة في التنشئة الاجتماعية للأبناء وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، 4\7\2006، ص66)

ويعرف المعتقد على أنه عبارة عن تصور و إيمان وعلاقة بين الأنساق وما يتصوره في الحياة والوجود، غير أنه من طرف آخر يفصح عن قضايا نفسية و اجتماعية كثيرة، ليفصح عن الشخصية الجماعية لينشر في عقول و وجدانيات الناس.

(محمد توفيق السهلي و حسن الباش، بدون طبعة، ص15-16)

1-2-تطور نشأة المعتقدات:

يذهب فريق من الباحثين إلى تاريخ الأديان إلى أن الدين بدأ في صورة الخرافة و الوثنية، و أن الإنسان بدأ يترقى في دينه حتى وصل إلى الكمال بالتوحيد، كما تدرج في العلوم والصناعات، ومن هؤلاء : سبنسر وتايلور وفريزر و دوركايم، ويقابله فريق أخر من الباحثين يرى أن عقيدة الخالق الأكبر هي أقدم ديانة ظهرت في تاريخ البشر، والوثنيات هي أعراض طارئة حيث ساق الباحث دراز في بحثه المبتز عن الدين وكانت بداية أدلته في التحليل النفسي نستخلص منه أن الإنسان كان في بدايته يقنع بإشباع حاجاته الضرورية من مأكل ومشرب ومأوى ودفعته قلة مشاغله، ووفرة وقته إلى التأمل الذي يرهف حاسته الدينية، بينما نرى اشتغال الناس في عصور المدنيات بترف الحياة الجثمانية يؤدي إلى العكس، ذلك أن الغرائز المتقابلة تضعف وتتقلص بقدر ما تنمو وتقوى أضدادها. وإن استقراء سير الديانات -منذ الطفولة إلى اليوم -يبين أن كلا منها بدأت بعقيدة التوحيد النقية، ثم خالطتها الأباطيل، مما يدل أن البداية خير من النهاية.

ويضيف الباحث إذا بحثنا الظاهرة في ضوء التطور الصحيح- كالفن مثلا -نجد أنه يبدأ في صورة ساذجة، متحدة، متجانسة، ثم تتدرج إلى التكثر و التركيب و تنتقل من البساطة إلى التعقيد كلما بعدت عن الأصل، فإذا طبقنا هذا القانون على العقيدة الإلهية يستوجب أنها بالمثل صارت أيضا من الوحدة إلى الكثرة، ومن النقاوة والسهولة واليسر إلى التعقيد، بالإضافة الأسطورية و النزوات الخيالية التي لا ضابط لها من العقل السليم، و نضيف إلى الواقع المعاصر الذي يوصف دائما بالتطور الحضاري حيث بلغ الإنسان ذروة التقدم في القرن العشرين الميلادي. و للحكم على مدى صحة هذه المقولة نعود إلى تذكر

حالة العرب في الجاهلية وقبل الإسلام، حيث سادت عبادة الأصنام. بينما يرى جارودي أن هناك أصناما في العصر الحديث لها قدسية في النفوس تشبه أصنام العرب في الجاهلية ولاكنا لون جديد من الأصنام يحصرها في التنمية و التقدم و الفردية وتمجيد الأمة، أصنام القوة المسلحة و جيوش الجرارة، وغيرها من أصنام و طوطم ورموز مقدسة وطقوس واحتفالات ويشاركه الإمام الندوي الرأي، حيث يرى أن أوروبا اتخذت آلهة كثيرة بأسماء طريفة وعناوين جديدة من ديمقراطية وديكتاتورية ورأسمالية واشتراكية ووطنية وقومية عبر ثلاثة قرون.

(مصطفى حلمي، ط1،2004م، ص29- 30- 31)

1-3-ثبات المعتقدات:

الحقيقة تكون عقلية إذا كانت شخصية وما استندت إليه من دعائم يكون مؤيدا، وأما المعتقدات فلأنها شخصية لاستنادها إلى مبادئ عاطفية أو دينية تخضع لجميع العوامل التي تؤثر في الإحساس، وعليه وجب أن تكون متقلبة تقلبا متتابعا ومع أن الأمر يقتضي أن يكون كذلك فإن أجزاء المعتقد الجوهرية تثبت إذا دوفع عنها دفاعا مستمرا وإلا فإنها لا تلبث أن تنحل عراها، وتاريخ أكبر شاهد على صحة قولنا، إذ هو مفعم بأنقاض معتقدات لم تثبت بسبب ذلك إلا قليلا .

ولا يكفي لثبات المعتقد إثباته كتابة، لأنها الكتابة لا تفعل غير تبطئه زواله بفعل الزمن فالمعتقد الديني أو السياسي أو الأخلاقي يثبت على الخصوص بتأثري العدوى النفسية والتلقين المكرر، ومن مقومات هذين الركنين تعد الصورة والتماثيل والحجج والطقوس والترتيل والموسيقى .

ولو نفي المؤمن المتعصب إلى بادية ليس فيها ما يذكره بدينه لضعف إيمانه بسرعة فالذي يجعل الزهاد والمبشرين حافظي لإيمانهم هو كونهم يتلون كتب الدين كل يوم وما من معتقد يثبت إذا حرم مقومات ثابتة يستند إليها فلولا معابد الإله وصوره و صوره وتماثيله لفقد عباده ولذلك سار هدموا الهياكل بغريزة صادقة عندما حطموا التماثيل التي هي رمز إلى الإلهة التي أرادوا أن يمحقوها، عزي أن هذا التخريب لم يطل عهده حتى يقدر على التأثري في المشاعر التي تبث بفعل الوراثة،و التي هي امتن من رموزها الحجرية.

(بوسكرة مصطفى وبوديسة حكيمة، 2021/2020، ص 20-21)

1-4-خصائص المعتقد: particularités de croyance

تختلف هذه الخصائص بحسب طبيعة كل معتقد و مدى صحته وانتشاره بين الناس ودرجة تأثير الخرافات والأساطير في محتواه وكذالك تأثير الظروف التاريخية والسياسية لذلك يجب أن تتوفر فيه بعض الخصائص وهي:

-أن يكون للمعتقد منهاج أو دليل محدد يسير أتباعه وفقه، فمثلا في اليهودية نجد التوراة والإنجيل في المسيحية، في الشريعة الإسلامية يتم اعتماد على الكتاب والسنة النبوية بالإضافة إلى أصول أخرى في الشريعة، وهذه الخاصية تنفرد بها العقيدة الإسلامية فغيرها يعتمد على العقد و النظر وكل عقيدة تعتمد على هذه الأمور فهي ضلال و بدعة.

-أن يبنى المعتقد على فكرة وجود إله أي قوة أكبر من قوة الإنسان يلجأ إليها ففي الإسلام لا يمكن القول بأن الله موجود بل واجب الوجود أي لم توجده قوة أكبر منه أو سبقته ولا يمكن القول بعدم وجوده كما في معتقد الإلحاد وتحديد هذه الفكرة هو منطلق أساسي لأي معتقد ديني.

(بلحاج مونير، 2012/2011، ص12 -13)

-المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدركاته.

-المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعل مع بيئته.

-تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.

-يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد و تقييمه للأمور.

(ديهية ايت حمودة، 2018/2017، ص 23)

-أن تلك المعتقدات تتأثر وتأثر بشدة في مدى وعيه بالمخاطر الصحية سواء القائمة أو المحتملة.

- وتؤثر كذلك في مدى اعتنائه بذاته وبصحته وأن يسلك سلوكا صحيا سليما.

- المعتقدات قابلة للتغيير والتعديل، كما يشير إلى أن معتقداتنا في أفكارنا حول كيفية وجود شيء ما وهي السلوك.

(أسامة جبريل أحمد عبد اللطيف، العدد الرابع والأربعون (الجزء الرابع) 2020، ص166)

1-5-صفات المعتقد الأساسية:

1-5-1-المعتقد احتياجي نفسي مهيمن: إن العناصر التي يتألف منها كياننا بثلاث أنواع من الحياة... أعني الحياة العضوية والحياة العاطفية والحياة العقلية و الاحتياج إلى الاعتقاد هو من مظاهر الحياة العاطفية وهو في تجبره وسيطرته كالجوع والحب وبما أن المعتقد هو احتياج مهيمن على طبيعتنا العاطفية، فإنه لا يكون إراديا عقليا ومهما يكن عرق الناس و وقت ظهورهم ودرجة جهلهم وعلمهم بأنهم

سواء في عطشهم إلى المعتقد فكأن المعتقد غذاء نفسي ضروري لحياة الروح كضرورة الغذاء المادي لحفظ الجسم، وما مبدأ الشك العام الذي قاله (ديكارت) غير الخيال الوهمي فإذا دخل المرء في طور اللاإرادي فذلك لأجل قصير، والحكيم وإن كان لا يعتقد الأمور كالجاهل إلى أن الأشياء التي يؤمن بها قلما تكون قائمة على الدليل و البرهان.

1-5-2-عدم التسامح في أمر المعتقدات: عدم التسامح هو إحدى صفات المعتقدات العامة الثابتة وكلما كان المعتقد قويا قل تساهله، فالناس بعد أن يدخل إيمان في قلوبهم لا يضطربون على من ليس عليه هذه هي سنة أجرت حكمها في جميع الأجيال، ولا تزال تجريه وكل يعلم درجة ما يصل إليه المعتقدات من صولة دينية كفارا كانوا أم قانتين، فالحروب الدينية ومحكمة التقنين وملحمة ال (سان بارتملي) وإلغاء مرسوم (نانت) والهول الأكبر واضطهاد الأكليروس في الوقت الحاضر، و المعتقدات السياسية هي كالمعتقدات الدينية في عدم تسامحها، فليس من يجهل الشدة التي أباد بها رجال العهد الذين اعتقدوا أنهم على الحق المطلق خصوم إيمانهم السياسي.

1-5-3-استقلال الرأي...شأن عدم التسامح الاجتماعي: إذا درس عدم التسامح في أمر المعتقد من الوجهة العقلية وحدها بدأ شيء ثقيلا لا يطاق، وأما إذا نظر إليه من الوجهة العلمية فإنه لا يكون كذلك، لأن الرغبة في الاستقلال الذي يتخلص به المرء في سلطان المعتقد العام أمر شاد وكل يتحمل استبعاد البيئة الاجتماعية المحدد للاستقلال الشخصي، وكل ما يمكن أن يناله المرء من الاستقلال هو أن يقدر أحيانا على مقاومة ما يشيع بين الناس من تلقين شامل، وبذلك يمتاز من أفراد زمرته الذين يتبعون ما يطرأ على هذه الزمة من معتقدات وأراء وأوهام الرياح

(غوستاف لوبون، ترجمة عادل زعيتر، بدون طبعة، ص175 - 176- 177)

1-5-4-اشتداد المعتقد...الشهداء: بين الرأي المؤقت وبين المعتقد التام الذي يستولي على العقل وقوة التمييز مراحل قلما قطعت وحينما تجاز في بعض الأدوار النادرة تشتد اندفاعات المرء الدينية، وحتى بلغ معتقد المرء هذه الشدة لم يقم في وجهه حاجز فيستولي على أوضح منافعه. وأعز مشاعره ويجعله يرى الخطأ صوابا و الصواب خطأ و يدفعه إلى التضحية بنفسه في سبيل نشر إيمانه.

والشهداء جميعهم ذو نفسية واحدة أي لا فرق بين نفسية من ذهب منهم ضحية السياسة، ونفسية من ذهب ضحية الدين أو المبادئ الاجتماعية ولما سحرتهم حلاوة المبدأ ضحوا بأنفسهم بوجوه مبتسمة انتصارا له غير طامعين بثواب في الدنيا ولا في الآخرة أحيانا يؤيد ذلك تاريخ العدميين والإرهابيين في روسيا الذين يلقون بأنفسهم إلى التهلكة غير راجين ملكوت السماوات.

(غوستاف لوبون، ترجمة عادل زعيتر، بدون طبعة ، ص 177- 178)

1-6-أنواع المعتقد: LES Différentes CROYANCES

للمعتقدات عدة أنواع نذكر منها:

1-6-1-المعقد الديني: إن المعتقد هو الذي يعطي للخبرة الدينية شكلها المعقول الذي يعمل على ضبط و تقنين أحوالها. فبعد تلك المواجهة الانفعالية مع القدس في أعماق النفس، يتدخل عقل الإنسان من أجل صياغة مفاهيم من شأنها إسقاط التجربة الداخلية على العالم الخارجي، وموضعه القدسي هناك. وهنا يتم فرز موضوعات معينة أو خلق شخصيات وقوى معنوية تستقطب الإحساس بالمقدس وتجذبه إلى خارج النفس وبذلك تتكون الصيغ الأولية للمعتقدات وندلف إلى ذلك هيكل السامق الذي ندعوه بالدين، والمعتقد الديني هو شأن جمعي بالضرورة.

(فراس السواح، ط4،2002، 47- 48)

- إن المعتقدات الدينية التي تلعب الأسطورة دورا في تثبيتها وترسيخها تبقى بالنتيجة صورا وأفكارا على هذه الدرجة من الوضوح أو تلك. و لكن هذه الصور والأفكار لا تضع دينا بالغا ما بلغ من وضوحها واتساقها إلا ندما تدفع إلى السلوك وإلى الفعل ويتم الانتقال من حالة التأمل إلى الحركة ومن التفكير في العوالم القدسية إلى اتخاذ مواقف عملية منها. فالمعتقدات تضع الأساطير في موقف ذهني من القدسي والطقس في موقف عملي.

(فراس السواح، ط2 ، 2001، ص 129)

1-6-2-المعتقد الشعبي: ومعتقد الشعبي هو ظاهرة اجتماعية تنتج عن تفاعل الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية وتصوراتهم حول الحياة والوجود والقوى الطبيعية المخيفة والمسيطرة والمتحكمة في تسيير الحياة الكونية ولأسباب عديدة أهمها ذلك التراكم الاجتماعي للعادات والتقاليد والأفكار يصبح المعتقد ذا قوة امرة قاهرة، فهو يأمر في حالة الإيجاب ويقهر في حالة السلب.

(محمد توفيق السهلي و حسن الباش، بدون طبعة، ص6)

وتدل الصفة الشعبية على المعتقدات التي يؤمن بها الشعب فيما يتعلق بالعالم الخارجي فوق الطبيعي. وليس من الأمور ذات أهمية رئيسية مع أننا نوليها عنايتها عند الدراسة وفي التحليل ما إذا كانت هذه المعتقدات قد ينحت من نفوس أبناء الشعب عن طريق الكشف أو الرأية أو الإلهام، أو أنها كانت أصلا معتقدات دينية إسلامية أو مسيحية وكان الشائع عليها في الماضي تسمية الخرافات أو الخزعبلات.

(محمد الجوهري، ط1 ،1978 ، ص 42)

ولذلك نلاحظ المعتقدات الشعبية لا تستند إلى ممارسة وضيفتها الاجتماعية إلى أساس عقلي بل نجد أساسها عاطفي محض، لأنها عبارة عن أفكار تدور حول قضايا يعيشها المجتمع وتشغل باله، تؤثر في سلوكه اليومي فتجعله يتعود على أنماط سلوكية دون محاولة تفسيرها أو البحث عن أسبابها أو صلاحياتها كما سبق القول.

(بن الشيخ عبد الحميد، 2014 – 2015، ص 12)

- وأكثر العناصر الاعتيادية الشعبية انتشارا في الماضي والحاضر والعالم القديم والحديث عند الشعوب البدائية أو الحضارية المتقدمة، أسلوب التكهن في المستقبل ومحاولة استطلاع الغيب.

(نضال فخري، 2009/11/17م، ص15)

1-6-3-المعتقد المعرفي: تعرف المعتقدات المعرفية بأنها تصورات الأفراد حول التعلم والمعرفة وتشمل أربعة أبعاد لكل منها ثنائية القطب وهي القدرة على التعلم (ABILITY) ويشير إلى أن القدرة على التعلم ثابتة منذ الولادة ولا تتغير في مقابل أن القدرة على التعلم مكتسبة وتتغير وفقا للمراحل العمرية، وسرعة التعلم (SPEED) ويشير إلى أن التعلم يتم بشكل سريع بصورة مطلقة في مقابل أن التعلم يتم بشكل تدريجي.

(غادة علي محمد علي ويوسف السيد محمود، عدد خاص بأبحاث المؤتمر، ص 231)

وترى هوفر (HEFER2008) أن المعتقدات المعرفية هي مجموعة من الأبعاد الخاصة بالتصورات حول المعرفة والتعلم، والتي تنتظم على شكل نظريات، و تتطور بطريقة قابلة للتنبؤ، وتعمل بطريقة معرفية وما وراء معرفية.

(عبد المنعم محمد حسين خطاطبة، 2015/2014م، ص2)

ترى شومر في التوصل غلى الإطار الدقيق لمفهوم المعتقدات حيث صورت المعرفة الشخصية على أنها منظومة من المعتقدات الأكثر أو الأقل استقلالية وهي المصدر و اليقين و تنظيم للمعرفة بالإضافة إلى سرعة اكتساب المعرفة.

(عبد الوهاب بن شعلال، 2018/2017، ص53)

- ويختلف الباحثون في تناول مفهوم المعتقدات المعرفية فمنهم من تناوله على أنه:

أ- بنية نمائية معرفية.

ب- مجموعة من المعتقدات والاتجاهات أو الافتراضات التي تؤثر في العمليات المعرفية.

ج- عمليات معرفية في حد ذاتها.

(وليد شوقي شفيق السيد، 2009 ، ص68 – 69)

1-6-4-المعتقد الصحي: وهو بدوره ينقسم إلى مفهومين لرئيسيين وهما المعتقد الصحي العام والمعتقد الصحي التعويضي.

- وتعرف المعتقدات الصحية على أنهاHEALTH BELIEF: بأنه تنظيم يتسم بالثبات للمدركات حول جانب معين من حياة الفرد، أو هو نمط المعاني المعرفية للفرد حول شيء محدد.

(سايل حدة وحيدة، ديسمبر2019، ص 46)

- أما المعتقد الصحي التعويضي عرف حسب رابياو(rabeau2006): هي قناعات يكونها الأفراد عن الجوانب السلبية للسلوك وتمثل تعويضات بديلة عن السلوك السلبي مثل تناول طعام دسم يمكن التعويض بالتخلص منه في ممارسة الرياضة.

(سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المفتي، العددان السادس والعشرون والسابغ و العشرون ، ص 87)

2-نموذج المعتقدات الصحية: MODELEDS CAOYAMCESDE SAMTE

- وصف الباحثون هذا النموذج بجد الإباء (GRAND-PARENT) لجميع النماذج الأخرى وقد طوره مجموعة من علماء النفس الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية سنة والافتراض الرئيسي لهذا النموذج هو أن انخراط الأفراد أو دعم انخراطهم في السلوك الواقي للصحة يعتمد على عدد من المعتقدات الصحية.

(نايت عبد السلام كريمة، 2013-2014 ، ص255)

2-1-نشأة نموذج المعتقدات الصحية:EVOLUTION DES CAROYAMCES DE SAMTE

طور نموذج المعتقدات الصحية في الخمسينيات من قبل علماء النفس الاجتماعي (IRWIMN ، 1966 ROSENSTOCK GODFREY HECHBAUM STEPHEM KEYELS) الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في مصالح الخدمات الصحية في أمريكة لذلك فالنموذج طور ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل، وفي ذلك الحين زود برنامج فحص العمل للبالغين بأشعة الفحص السينية " X" في الوحدات المتنقلة المتواجدة في الأماكن التي يعاني أفرادها من ارتفاع عدد الإصابة بمرض السل فلاحظه شبوم HOCHBAEM) ان الأكثرية من سكان الحي لم يخرجوا لإجراء الفحوصات بالأشعة السينية " X" ، فبحث عن أسباب امتناع البعض من الخضوع للمكشوفات بواسطة الأشعة " X" وعن الأسباب التي حفزت البعض للإجراء الفحوصات فوجد بأن خطرهم المحسوس للمرض ومن العدوة ومخاطر الأشعة كانت من بين العوامل الحاسمة في سلوكهم ومنذ ذلك الحين عرف نموذج المعتقدات الصحية (**HBM**) بدايات ظهوره حيث يكيف ويطور استكشافات السلوكيات الصحية طويلة المدى وقصيرة المدى بما فيها سلوكات المخاطر الخبيثة وانتشار مرض السيدا (AIDS) - (P16 ، 2007،

M-REISER) ومن هنا اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة ولأنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسة السلوك الصحي من نتائجه كما أنه يعرض عمليات أو ميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية و السلوك الصحي الفردي بحيث قدم النموذج في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية:

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

وفي سنة أضيف مصطلح جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فعالية الذات وذلك نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية غير الصحية كالتدخين.

(ديهية أيت حمودة، 2018/2017، 33- 34)

2-2-المصطلحات المفتاحية لنموذج المعتقدات الصحية: LES TERMES CLES DU MODELE DE CROYANCES DE SAMTE

-حسب نموذج المعتقدات الصحية فإن احتمال تبني السلوك وقائي بالنسبة للفرد يتم تحديده انطلاقا من أربعة أنواع من الإدراكات المعتقدات.

2-2-1-الهشاشة المدركة LAVULNIRABI LITE PERSUE: الإدراك الذاتي لخطر التعرض لمشكل صحي، أي عندما يدرك الفرد ويقتنع مثلا أن عدم ممارسة الفعل الصحي الوقائي يعرضه لخطر الإصابة بمرض.

(القص صليحة، 2015-2016 ، ص128)

2-2-2-الخطورة المدركة LA YRAVITE PERCUE: أي مدى المترتبات السيئة إذا ما أصيبوا بالمرض أو العجز.

(هناء أحمد محمد شويخ، علم النفس الصحي، بدون طبعة، ص 62)

2-2-3-المكاسب (الفوائد المدركة) LES BEMEFECES PERCUE: الاعتبار والإيمان بأن بعض الايجابيات (المكاسب يجب أن تقترن ببعض السلوكات الصحية، على المثال التوقف عن التدخين يسمح بالوصول إلى بعض المدخرات).

(حمزاوي نجاة وبكيري لويزة، 2020/2019، ص 29)

2-2-4-العوائق المدركة LES BARIERES PERCUE: يتعلق بالمظاهر الجسمية والنفسية والمادية التي يمكن أن تعيق الفعل الصحي.

(القص صليحة، 2015- 2016، ص 128)

إذن فنموذج المعتقدات الصحية طور أولا من قبل (**ROSEMSTACK**) في أواخر الخمسينيات بداية الستينيات ثم من قبل (**BECHER**) وزملائه على مدار السبعينيات وثمينات وهدفه كان توقع سلوكات صحية وقائية والرد السلوكي لمعالجة المريض، وخلال السنوات الاخيرة، استعمل النموذج لتوقع العديد من السلوكات المتعلقة بالصحة خاصة منها السلوكات الوقائية و وفقا لنموذج المعتقدات الصحية فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن تتحقق من خلال معرفة عاملين هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي وادراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد وللربط بين الأنواع المختلفة للمعتقدات والسلوك الصحي المتوقع يأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

-المتغيرات الديمغرافية: مثل العمر، الجنس، العرق، المهنة).

-المتغيرات الاجتماعية والنفسية: (مثل الحالة الاجتماعية، الاقتصادية، الشخصية واستراتجيات المواجهة).

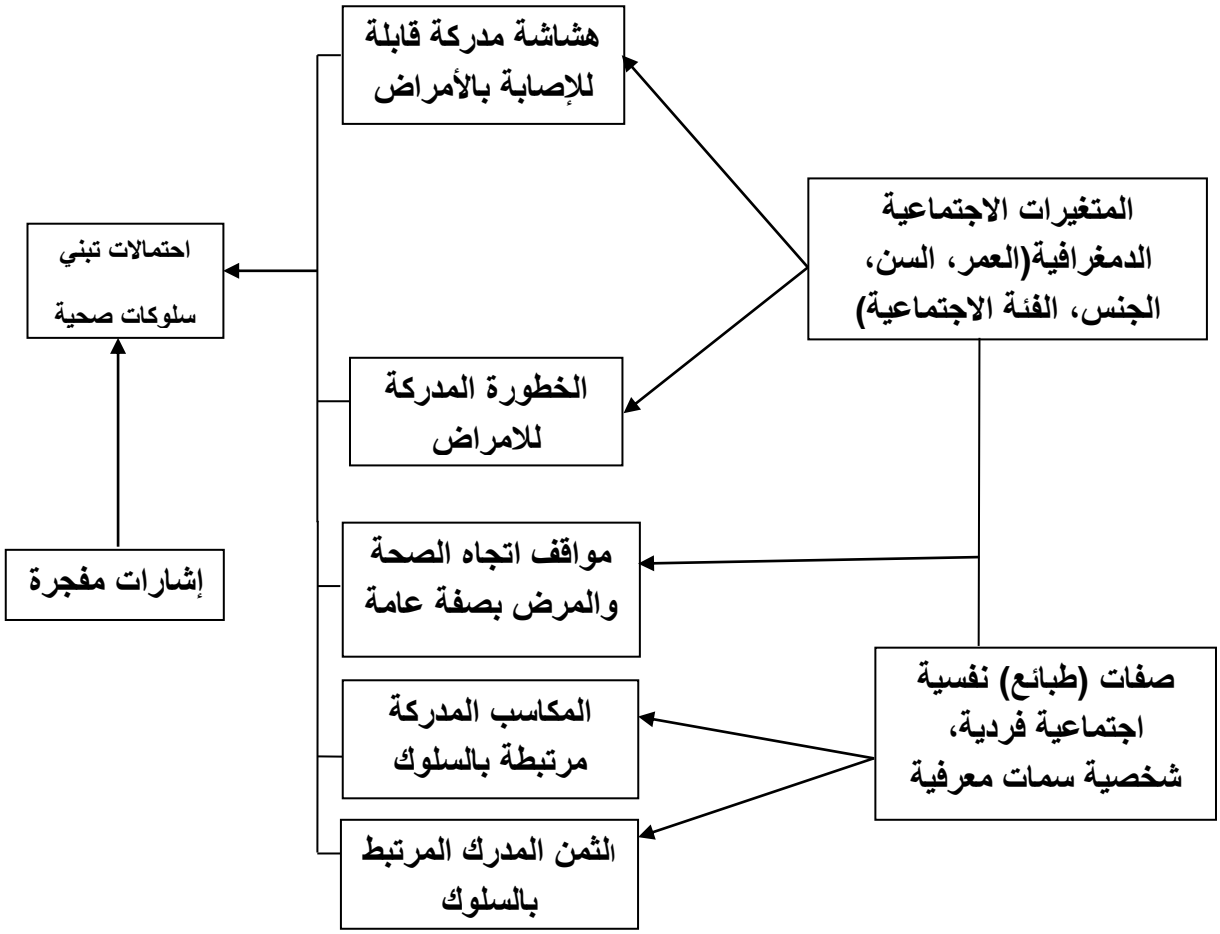
-ادراك الكفاءة: (تقييم الفرد لذاته من القدرة لتبني السلوك المطلوب بنجاح) .

(ديهية ايت حمودة، 2018/2017، ص 35_ 37)

وعلى هذا الأساس فالنموذج يقترح إمكانية الفرد باتخاذ إجراءات وسلوكات معينة كالوقاية من المرض وحفاظا على صحته وأما فيما يتعلق بشروط الصحة فهي محدد برغبة الفرد باتخاذ الإجراءات الوقائية والمنافع التي ستترتب على هذه الإجراءات فالنموذج يقسم أيضا إدراك الفرد لمنافع الكشف والمعالجة من مرض مغين.

(بهلول سارة أشواق، 2009/2008 ص66)

ومؤخرا تم إدماج أثر بعض الإشارات المفجرة للصياغة النهائية للنموذج (H .B .M) كل هذه العوارض تم تمثيلها في الشكل التالي:



شكل رقم (1): يوضح نموذج المعتقدات الصحية

ووفق لنموذج، فإن احتمال قيام الشخص بإجراء وقائي يعتمد على عاملين:

-تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية، وتقييم ايجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات إزائه.

_و التهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية والحساسية إدراكه لها ومؤشرات اتخاذ قرار بشأنها وقد تأخذ هذه الأخيرة صورا مثل حملات وسائل الإعلام أو خطاب تذكير من الطبيب أو طبيب الأسنان والأمراض التي تحدث في العائلة

(ديهية أيت حمودة، 2018/2017، ص 37- 38)

2-3-المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي:

-إن مدركات الفرد المتعلقة بما يمكن أن يتعرض له من تهديد صحي على المستوى الشخصي تتأثر على الأقل بعوامل رئيسية ثلاث:

أ- القيم الصحية العامة: و هذه تتضمن الاهتمام والحرص على الصحة.

ب- المعتقدات المحددة: والتي يحملها الفرد بخصوص امكانة إصابته باضطرابات محددة.

ج- المعتقدات حول النتائج والتي تترتب على التعرض للاضطرابات أي ما يتعلق باحتمال ما يمكن أن يتسبب أو لا يتسبب عن التعرض للإضراب من مخاطر، وبذلك فإن الناس على سبيل المثال قد يغيرون من نظام تغذيتهم يحصل على أطعمة فيها نسبة متدنية من الكولسترول إذا كانوا يقيمون الصحة تقييما كبيرا، ويشعرون بالتهديد بسبب احتمال الإصابة بأمراض القلب، وإذا اتقدوا أن أمراض القلب تشكل طرا شديدا.

- **تخفيف التهديد المدرك:** إن المعتقدات التي يحملها الشخص حول دور الفحص الصحي في تقليل التهديد يمكن تقسيمها أيضا إلى فئتين من العوامل هي:

-هل يعتقد الفرد بأن للممارسات الصحية فوائد قيمة وفاعلية في تخفيف الإصابة بالأمراض ؟

-أو هل تفوق تكلفة القيام بهذه الفحوصات الفوائد التي يحققها الفحص ؟ فالشخص الذي يشعر بأنه معرض للإصابة بالسكة القلبية على سبيل المثال وعليه أن يغير نظام غذائه ولكنه يعتقد بأن تغيير نظام غذائه وحده قد لا يقلل من مخاطر الإصابة بالسكتة، وأن التغيير قد يتدخل بدرجة كبيرة في سعادته سوف يعد سلوك التغيير غير مسوغ لذا فإن الاعتقاد الذي يحمله الشخص حول وجود قابلية كبيرة للإصابة بأمراض القلب لا يكفي لإحداث التغيير إذا كان إيمانه ضعيفا بأن التغيير في نظام التغذية سوف يقلل من الخطر لذلك فإنه لن يقوم على الأغلب بالتغيير .

(شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر طعيمه داود، ط1، 2008، ص 125)

2-4-تطبيق نموذج المعتقدات الصحية:

ولمزيد من الإيضاح حول كيفية تطبيق نموذج المعتقدات الصحية فإن من الضروري استعراض أدى الدراسات بشكل مفصل فقد ركز نورمان " **NORMAN**" وبرين " **BRAIN**" (2005) على سلوك الفحص الذاتي للثدي في دراستهما لحث تطبيق نموذج المعتقدات الصحية للتنبؤ بهذا السلوك بين سيدات ذوات التاريخ الأسري بالإصابة بهذا المرض وعلى الرغم من سهولة تنفيذ سلوك الفحص الذاتي والثدي وكونه طريقة غير مكلفة تبعا لسهولة الكشف عن أي كتل قد تدل على وجود سرطان ثدي و قد اهتم كلا الباحثين السابقين في دراستهما بوجه خاص بمحاولة فهم المنبئات النفسية والاجتماعية لسلوك الفحص الذاتي للثدي بين السيدات المستهدفات لمرض سرطان الثدي وفي سبيل المثال ذلك تم عمل استبيانين على عينة قوامها (822) سيدات تتراوح أعمارهن مابين 17و77 سنة (متوسط أعمارهن 41 سنة)

بحيث طبق الاستبيان الأول مقياس المخاوف من سرطان الثدي وذلك من خلال تركيزه على تقدير القلق قبل ذهابهن إلى العيادة، أما الثاني فتم تطبيقه لقياس المكونات المختلفة لنموذج المعتقدات الصحية (بما في ذلك مقياس الكفاءة الذاتية) التي تتلق بسرطان الثدي و هذه بع الأمثلة:

-**القابلية المدركة للإصابة:** ما مستوى الاستهداف من وجهت نظرك كم فرص الإصابة بسرطان الثدي ؟

-**الخطورة المدركة للفرد:** إذا أصبت بسرطان الثدي فحياتي كلها ستتغير وإذا كنت مصابا بالفعل به فأرى أنه مرض أكثر خطورة من الأمراض الأخرى.

-**الفوائد المدركة للفعل:** الوسائل التي تكف عن سرطان الثدي مبكرا تعطيني قدرا أكبر من راحة البال.

-**معوقات الكفاءة الذاتية المدركة:** أنا واثقة من قدرتي على فحص الثدي و الأفضل أن أترك الطبيب أن يفحص ثدي.

(هناء أحمد محمد شويخ، علم النفس الصحي، بدون طبعة، ص 64)

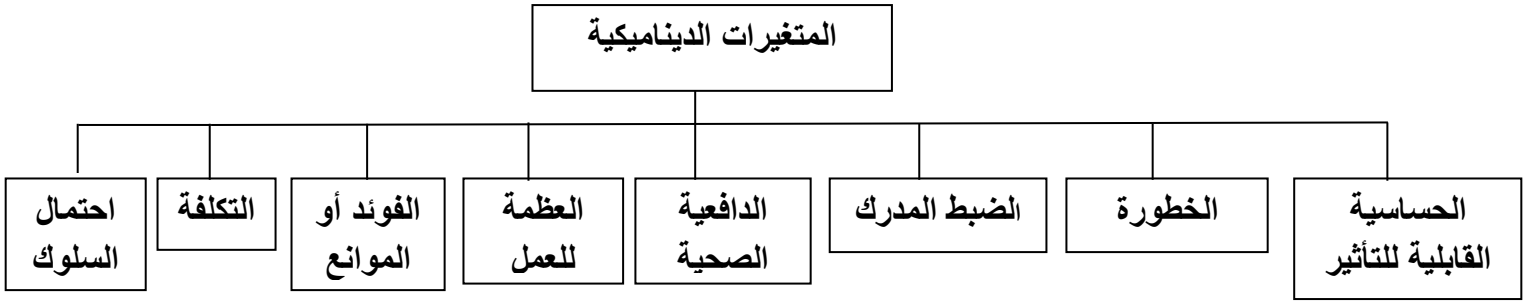
2-5-مكونات المعتقدات الصحية:

و تتكون مكونات المعتقد الصحي الأساسية من الآتي:

يتوقع أن السلوك هو نتيجة لمجموعة من المعتقدات التي تم إعادة تعريفها لسنوات عديدة فالمعتقدات الأساسية هي إدراك الفرد ل:

- **التعرض للمرض:** مثال ذلك لدى فرص مرتفعة للإصابة بسرطان الرئة.
- **شدة المرض:** مثال ذلك، سرطان الرئة.
- **التكاليف المترتبة على تنفيذ السلوكيات:** ومثال ذلك التوقف عن الخدين.
- **الفوائد المشاركة في تنفيذ السلوك:** مثال ذلك التوقف عن التدخين يحفظ لي نقودي.
- **إشارات الفعل:** والتي تكون أسبابها داخلية و خارجية .

ويوضح الشكل رقم (2) مكونات المعتقدات الصحية.



الشكل رقم (2): مكونات المعتقدات الصحية

يفترض هذا النموذج أن السلوك يحدث تغييرا مع وجود ثلاث أفكار في الوقت نفسه.

أ- أن يدرك الفرد أن هناك سببا كافيا لجعل المشكلة الصحية ذات صلة (الحساسية و الشدة)

ب- يدرك هذا الشخص أنه يكون عرضة للمرض أو نتيجة سلبية على الصحة (التهديد)

ج-وأخيرا يجب على الفرد أن يدرك أن تغيير السلوك يمكن أن يكون مفيدا وفوائد ذلك التغيير يوقف أي التكاليف للقيام بذلك.

(حمزاوي نجاة و بكيري لويزة، 2019/2020، ص 28)

3- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

3-1-نموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

يعتبر هذا النموذج من بين أحدث نماذج نظرية المعتقدات الصحية، قام بتأسيسه كل مارجوري رابيو، و باربال كنوبروبول ميكولون حيث اعتمدوا في السعي لتحقيق أهداف هذا النموذج على نظرية حماية الدافع (روجرز) ، نظرية السلوك المخطط نموذج شفارتر، الذي جمع بين النموذجين السابقين ونمو التوافق الذاتي.

الذي يستند إلى مفاهيم نظرية في تقرير المصير (المعاملة الخاصة والتفاضلية) حيث قاموا بتعريف السلوك الصحي الذي يندرج ضمن هذه النماذج الثالث على أنه سلوك ناتج عن معتقدات صحية تعويضية ويعرض نموذج المعتقدات الصحية التعويضية محاولة تفسير سبب تطوير الأفراد لمثل هذه المعتقدات الصحية التعويضية، وكيفية توظيف هذه المعتقدات لمقاومة الإغراءات الذاتية وكذلك على مدى قدرة الأفراد على التنبؤ بالاختيارات الصحية والنتائج الصحية

(بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة،2021/2020 ، ص35)

3-2-العناصر الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

-**الصراع القائم بين الرغبة و الهدف:** أو على ما يسمى بالتنافر الإدراكي LA DISSONANCE COGNITIVE .

-**التوافق الذاتي:** LOBJECTIF DAUTO -CONCORDANCE، أي إلى أي مدى يمكن للفرد أن يسعى إلى تحقيق أهدافه الشخصية الذاتية.

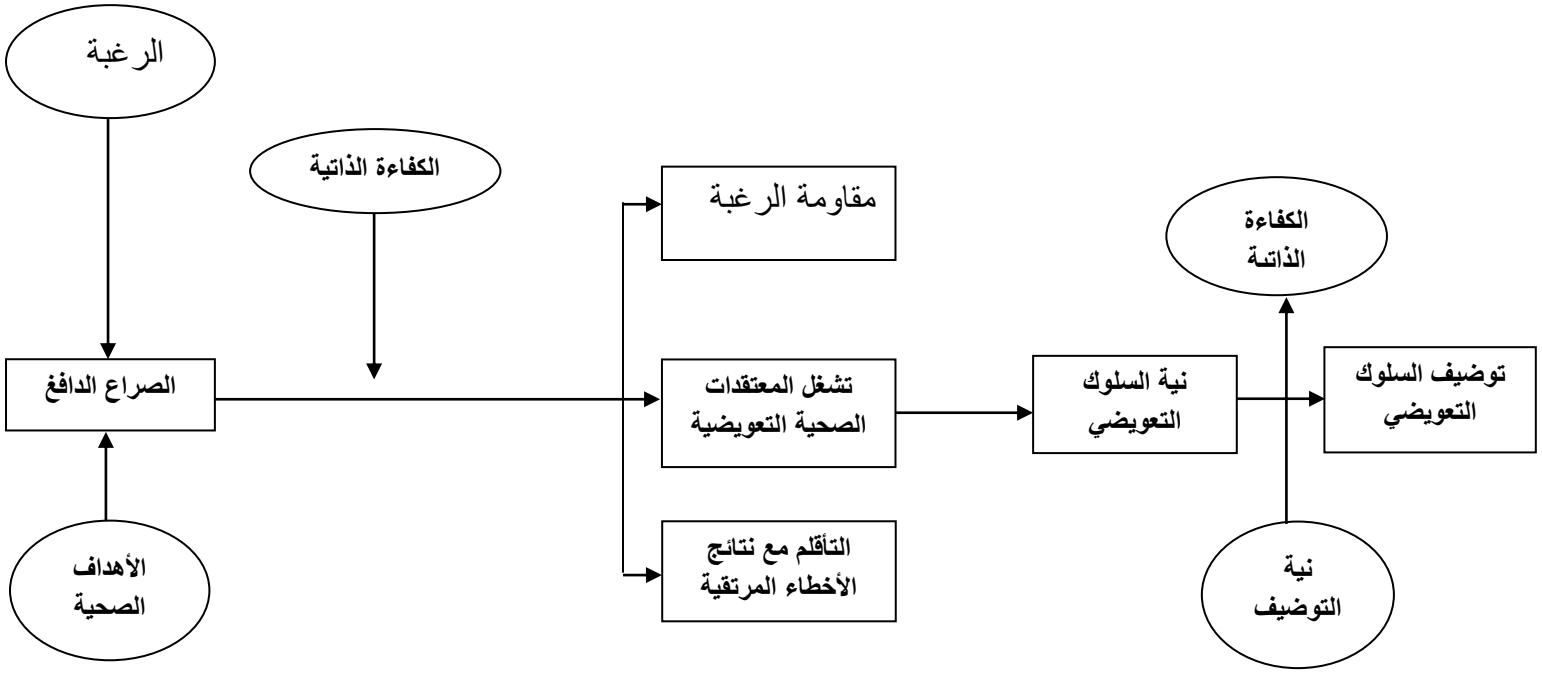
- **الفعالية الذاتية:**

-**النوايا:** LES INTENTION

-**تنفيذ النوايا أو الخطط:**

إن العمليات التي وصفها هذا النموذج، أنه بغض النظر عن استبعاد الصراع بين الرغبات والأهداف الصحية (أي التنافر الإدراكي) تتيح للفرد الفرصة بأن يصبح مرتاحا ولكن ذلك باعتماده على سلوكات أو نشاطات سلبية حيث أن بعد قيامه بهذه السلوكات يبدو أنه في حالة صحية سيئة وعنا لا تنتهي هذه السلوكات إلا إذا قام إما تنفيذ التعويض (سلوك تعويضي) أو قيامه بسلوك يسمح له بإلغاء النية (MAIJORIE RABIAU،BARBEL KNAEPER ، 2006) و النموذج التالي يوضح أهم عناصر هذا النموذج.

(بهلول سارة أشواق، 2009/2008، ص68 – 69)



الشكل رقم (3): يبن نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

(بهلول سارة أشواق، ، 2009/2008ص 70)

3-3-النظريات المفسرة للمعتقدات الصحية التعويضية:

3-3-1-نظرية روزنستوك و جونز (1958 ، ROSENSTOCK &JEMES) :

طرحت هذه النظرية متغيرات مهمة قامت على أساسها كيفية اتخاذ القرار من ناحية السلوك الصحي وهذه المتغيرات هي (التهديد المدرك والمنافع المدركة والمعوقات المدركة وفاعلية الذات إضافة إلى دلائل الفعل وقد رأى روزنستوك و جونز أن الشخص يتبع سلوكا وقائيا صحيا استنادا إلى الموازنات والمقارنات التي يقوم بها في حساب المنافع والأضرار نتيجة لقيامه بفعل غير صحي والمتغيرات هي:

1-إمكانية الإصابة: وحكم المرء على مخاطر إصابته بالمرض فقد يسأل نفسه السؤال التالي: ما هي فرص إصابتي بالأمراض".

2_إدراك شدة الحالة: (سريريا) ، العوق، الألم الموت وتأثيرهما النوعي على أسلوب الحياة القدرة على العمل، العلاقات الاجتماعية وغيرها ويتجلى ذلك من خلال إدراك الشخص واهتمامه اتجاه الإصابة بالأمراض.

3-التهديد المدرك: ويقصد به الضعف أمام المرض (ضعف المناعة) وهو مكون معرفي يتأثر بالمعلومات التي يتلقاها الفرد والتي تولد ضغطا نفسيا يدفع على السلوك الصحي وكلفة للسلوك.

4-المنافع المدركة للفعل: وهذه المنافع تعني فاعلية السلوك في خفض المخاطر الصحية أي شيء يمكن بواسطته تجنب هذا الوضع المرضي له ودرجة فاعلية ذالك الشيء.

5-معوقات الفعل المدرك: و هو المعتقد الأخير وبدوره في نتائج هذه المنافع مع تكاليف الفعل المدرك الإحراجات كذلك الصعوبات التي يواجهها في أداء هذا الفعل وقد أشار روزنستوك و جونز إلى وجود عوامل عدة يتأثر فيها السلوك الصحي وكما تم ذكره سابقا وهي المخاطر المدركة والتي تتضمن احتمالية الإصابة والأوضاع التي قد يمر بها الشخص فهي مشاعر معينة اتجاه احتمالية الإصابة بمرض العضال مثلا والمنافع والمعوقات وهي النتائج السلبية التي قد تنشأ في اتخاذ إجراءات صحية معينة منها جسمانية، نفسية، مالية و أضافة إليها الأحداث البيئة التي تصادف الفرد كالإعلام التلفزيوني والإعلانات التي تؤدي إلى التحرك في اتجاهات معينة.

-أما فاعلية الذات فهي جزء من العملية الإدراكية الصحية التي تم التركيز عليها كما ركز على متغيرات ديمغرافية ومتغيرات اجتماعية و بنيوية تؤثر في إدراك الفرد و هذا يعني أن ممارسة الشخص سلوكا صحيا معينا يمكن فهمه بمعرفة عاملين وهما:

_إدراك الشخص للتهديد الصحي.

_إيمانه أو اعتقاده بأن ممارسة صحية معينة ستكون مؤثري في خفض هذا التهديد المدرك.

(سناء عيسى الداغستاني وديار عوني المفتي، العددان السادس والعشرون و السابغ والعشرون، ص 89- 90)

3-3-2-نظرية انطونسكي و كاتس 1958:

تتضمن هذه النظرية ثلاثة دوافع هي:

1-**الدافع الإستعدادي:** وهو الرغبة في تجنب الإصابة بالمرض و الحصول على استحسان الآخرين

2-الدوافع المشروطة: وهي إمكانية الإصابة المدركة وتتضمن السعي لتحقيق قيم و أغراض شخصية

3-خبرة المرض السابق: يستخدم الشخص العتبة الحسية لديه للتحسس بالأمراض و الناتج عن خبرة سابقة للمرض.

وقد أضافة ديفد ميكانيك عددا من المؤثرات التي تؤثر على السلوك معظمها يفيد المراحل الأولى من المعتقدات الصحية الخاصة بتكرار الأعراض المرضية وإمكانية تخيلها وخطورتها و عتبة التحمل الشخصي والمستوى المعرفي و إمكانية علاجها من عدمه والعوائق أمام الفعل.

(بوسكرة مصطفى وبوديسة حكيمة، 2021/2020، ص 32)

3-3-3-نظرية دودلي و شنايدر:

وهي نظرية في تحديد اتجاهات الناس والتي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية عن طريق:

1)-إدراك التهديد الصحي.

2)-اختزال التهديد المدرك.

1)-و يتأثر إدراك التهديد الصحي: بمجموعة عوامل هي: القيم الصحية وتتضمن:

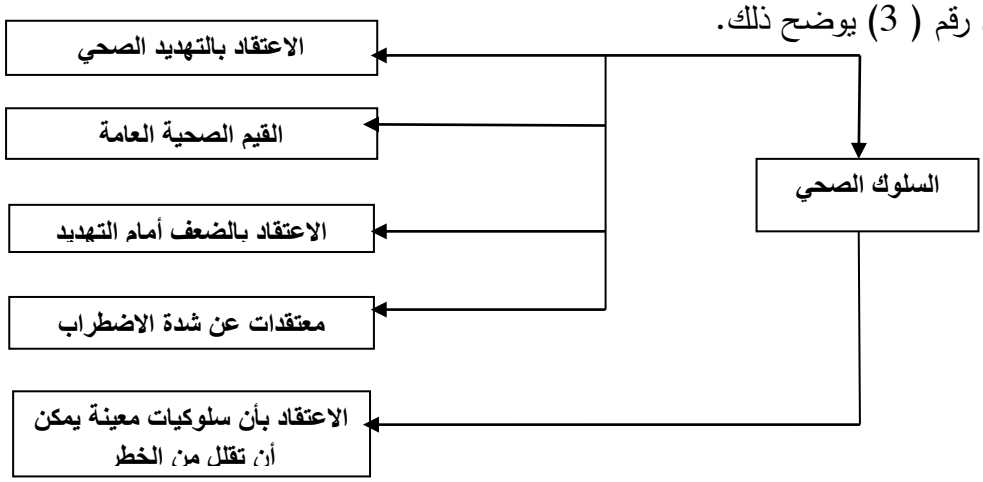
أ-الاهتمام بالصحة و رعايتها.

ب-معتقدات الشخص عن سهولة التعويض عن الأذى.

ج-معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا فمثلا قد يغير الناس ريجم في أي دقيقة ليضيفوا إلى جدول تغذيتهم أغذية تحتوي على القليل من الكولسترول، فيما إذا كانوا يقدرون الصحة كثيرا ويشعرون بتهديد إمكانية بأمراض القلب مع إدراكهم أن لأمراض القلب تهديد خطير وقاسي.

2)-اختزال التهديد المدرك: و هو اعتقاد الشخص بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي بتربصه وذلك باحتمالين: أ-إذا كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده.

ب-إذا كانت سلبيات الوسيلة الصحية أكثر من إيجابياتها، وأبدى ذلك روزنستوك (1974) في نظريته فعلى سبيل المثال الرجل الذي يشعر أنه مهدد في إصابته بالقلب و هو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية وقد يعتقد بأن تغيير نوع الغذاء وحده يقلل من التهديد الذي يواجهه، وإن تغيير غذائه سيؤثر على تمتعه بالحياة بحيث تصبح نيته (غايته) في تغيير الغذاء مبررة وعليه يكون متأكد بأن الرجيم يفيد في تقليل المرض ولكنه يفتقر إلى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد والإصابة بأمراض القلب والشكل رقم (3) يوضح ذلك.



الشكل رقم (4): يوضح نظرية دودلي وشنايدر في المعتقدات الصحية التعويضية

(بوسكرة مصطفى وبوديسة حكيمة، 2021/2020، ص32 - 33- 34)

3-4-مصادر المعتقدات الصحية التعويضية:

3-4-1-الجماعات:

-**الأسرة:** هي تلك الوحدة التي تتأثر بالمجتمع وتأثر في دائمة التفاعل أو يقول (أجبر ليست نظاما فرعيا منعزلا عن الأنظمة الأخرى وهي جماعة من الأفراد تربطم روابط قوية ناتجة عن صلات الزواج، الدم والتبني، هذه الجماعة تعيش في بيت واحد و يقتسمون الدخل، فالأسرة الممتدة تعتبر تنظيما اجتماعيا أكبر من التنظيم الاجتماعي للأسر حيث تعتبر الأسرة وحدة اجتماعية تقوم بوظائف تساعد النسق على الاستمرار والمحافظة على القيم داخله.

-**الأصدقاء:** إن من جهة نظر السوسيولوجيين تنطوي جماعة الأصدقاء على علاقات اجتماعية أكثر تعقيد من علاقات القرابة وغيرها حيث يقوم هذا النوع من الجماعات على الاختيار الحر من جانب الأخبار دون أن يتدخل من أي عامل خارجي كان بل عادة تتسم عملية الاختيار من مجالات أخرى.

3-4-2-العادات و التقاليد: تعتبر العادة مفردة لجمع مؤنث السالم في اللغة العربية وهي مأخوذة من تعود يتعود والتقاليد هي كل ما اتفق عليه الجماعة ودل على الماضي والقديم حيث تتناقل من الخلف إلى السلف لذلك هي عادات اجتماعية تقليدية ذلك لأنه عندما يستمر استعمال العادات الاجتماعية لفترات طويلة تصبح تقليدا.

3-4-3-الخبرة والمكتسبات: يشمل المحتوى على كل الخبرات التي تحقق النمو الشامل المتكامل الديناميكي المتطور للفرد مثال ذلك الخبرات المعرفية والانفعالية و النفس حركية التي يشتمل عليها المحتوى وقد يوصف بأنه المعرفة والخبرات والاتجاهات أو القيم التي يتعلمها الفرد، تشير الخبرة التعليمية التي يعمل فيها المتعلم ومن خلال السلوك النشط البيئة الخارجية للتلميذ لهذه الظروف، ويحصل كل منهما على خبرة تختلف عن الأخر.

3-4-4-الدين: الطب وصحة الإنسان أولاهما الإسلام عناية فائقة وما ذلك إلا أن صحة الإنسان وسيلة إلى صحة عقله، وبالتالي سلامة دينه واكتماله ولذلك قال بعض أهل العلم إن العناية بصحة الإنسان هي المرتبة الثانية بعد سلامة الدين و ضربوا لذلك بأن الروح في البدن كالناس في السكن فما دام أن السكن صالح فإن أهله فيه، فإن الإسلام هو الدين الذي بعث الله وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم و إن هو ما اشتمل عليه الوحيان، كتاب الله وسنة رسوله الكريم ما لا يحصى كثرة .

(بوسكرة مصطفى و بوديسة حكيمة، 2021/2020، ص 37- 38-39)

4-المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي

4-1-تفسير نموذج المعتقدات الصحية: INTERPRETATIEM DE LA SAMTE CROGAMCES MODELE

طور نموذج المعتقدات الصحية ليفسر وينبأ على وجه خصص بالسلوك المتعلق بالصحة.

ووفق للنموذج فإن احتمال قيام الشخص بإجراء وقائي يعتمد على عاملين تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية وتقييم إيجابيات و سلبيات اتخذ إجراءات إزائه والتهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية وحساسية إدراكه لها ومؤشرات اتخاذ قرار بشأنها وقد تأخذ هذه الأخيرة صورا مثل: حملات وسائل الإعلام أو خطاب تذكير من الطبيب أو طبيب الأسنان، والأمراض التي تحدث في العائلة، أو إدراك الشخص للأعراض التي تتسم عنه ويتأثر إدراك تهديد المرض بالعوامل الديمغرافية مثل العمر أو الجنس والعوامل الشخصية والمعلومات حول المشكلات الصحية أو التعرض لها وأخذا في اعتبار العوامل الايجابية والسلبية فيما يختص بالقيام بإجراءات وقائية يلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل خفض مخاطر تعرضهم لمشكلات صحية ترجع للعوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية ولكنها قد تتضمن أيضا انشغالات أخرى أقل وضوحا مثل الوقت المنفق، وبالتالي فإن الأشخاص الأكثر ميلا لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولائك الذين يشعرون أنهم مهددون بمرض ما و ما يشعرون أن مزايا المراجعة الطبية أرجح من التكلفة.

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

-عندما يدرك ويقتنع الفرد أن عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي يعرضه لخطر الإصابة بالمرض

-قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية

-أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية وتكون الفوائد المتوقعة أهم بكثير من التكلفة.

-أن تتوفر دوافع داخلية و خارجية تغدي السلوك الصحي الوقائي وتعززه.

(خشاب سعاد، 2011/2010، ص48)

4-2-اسهامات نموذج المعتقدات الصحية في مجال الصحة: COMTRIBUTIOMS LA SANTE CROGAMCES MOCTELE DAMS LE OMAIME DELA SANTE

تجدر الإشارة هنا إلى أن هذه النظرية المعرفية كانت لها مساهمة كبيرة في تفسير السلوك الوقائي وفهمه، كما أنها طبقت مجالات صحية شتى كتلك التي تتعلق بالتعميم ضد الشلل ونظافة الأسنان وسلامتها والوقاية من ظاهرة ارتفاع ضغط الدم وظاهرة التدخين والفحوص الطبية وقد توصل كل من بيكر وجانز " ، " إلى أن معظم البحوث والدراسات التي استعملت هذا النموذج النظري للتنبؤ بالسلوكيات الوقائية قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الطر من جهة والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي أنه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداده لمرض معين وترضه لخطر الإصابة به كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية، ولعل ما يقترحه هذا النموذج المعرفي والعلمي من أفكار هامة وتصورات عملية مفيدة وحلول مناسبة هي تلك المتعلقة بوضع استراتجيات وقائية فعالة لتصدي مشكلات الصحية الخطيرة كمرضى الإيدز والسرطان مثلا أو سلوك الإدمان على المخدرات أو أمراض القلب المختلفة التي تكاد تعرف كلها انتشارا شبه وبائي في مجتمعاتنا هذه الأيام.

(ديهية أيت حمودة، 2018/2017، ص 41)

وقد خلص عدد كبير من الدراسات إلى أن نموذج المعتقد الصحي يفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد على سبيل المثال:

-يساعد نموذج المعتقد الصحي إلى التنبؤ بالممارسات التي تهدف إلى وقاية الأسنان والاعتناء بها.

-الفحص الذاتي.

-الحمية للوقاية من السمنة.

-تجنب سلوكيات التي تعرض الفرد لخطر الإصابة AIDS بمرض فقدان المناعة المكتسبة والاشتراك في ممارسات متنوعة للحفاظ على الصحة كما بينت هذه الدراسات أيضا بأن المعتقدات هي أقل من المحددات بمراعات هذه السلوكيات الصحية والأهم من ذلك فإن إدراك الفرد للمعوقات التي تمنع ممارسته للسلوك الصحي ومدركاته المتعلقة بوجود قابلية لديه لتطوير أمراض معينة ، إذا كان الأفراد سيقومون فعلا بممارسات سلوكية معينة أم لا.

(خشاب سعاد، 2011/2010، ص 50- 51)

4-3-الانتقادات الموجهة لنموذج المعتقدات الصحية:

على الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج والبحوث التي حفزها إلى أنه لا يسلم من النقد مثال ذلك أنه:

-لا يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل "غسيل الأسنان الذي يقوم به الناس بشكل معتاد "

-لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات من النموذج مثل" الحساسية المدركة أو الخطورة" و لاشك أن هذا الأمر هو المسؤول عن النتائج المتباينة في مجال الدراسات، وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات.

-لا يضع النموذج في الحسبان حقيقة أن التكلفة ومزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر زمن.

بالإضافة إلى أن النظرية تفترض عقلانية اتخاذ القرار أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة في سلوك معين، وتعديل سلوكهم وفقا لذلك بعناية، ولهذا وكما توحي العديد من الدراسات فان اتخاذ الناس للقرارات يميل إلى الانحراف عن العقلانية وتشير الكثير من نتائج البحوث إلى أن الناس للقرارات يميل إلى الانحراف متفائلون فيما يخص بصحتهم بشكل غير واقعي ولديهم خبرة ضئيلة بالتهديدات الصحية ونحن نعطي تقييما أقل لاستهدافنا للمرض، أو نجد أنه من الصعب تصور ما يمكن أن يكون عليه من مرض خطير، والواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجة لعوامل أقل تحديدا.

(ديهية أيت حمودة، 2018/2017، ص59)

خلاصة:

تعرف المعتقدات على أنها برمجة فكرية تعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته وقد يكون المعتقد صحيحا أو خاطئ سلبي أو ايجابي حيث تعتبر المعتقدات مجموعة المعارف والاتجاهات والتصورات والمدركات والمعلومات التي توجد لدى الفرد والتي من خلالها نستطيع أن نتنبأ بسلوك الفرد، لذلك أعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أكثر الاتجاهات النظرية تأثيرا في تفسير السبب الذي يدفع الأفراد الممارسة السلوك الصحي لأن المعتقدات التي يحملها الفرد حول دور الفحص الصحي في تقليل التهديد يمكن تقسيمها إلى فئتين من العوامل هي: اعتقاد الفرد بمدلى إصابته بالمشكل الصحي و إدراكه بالخطر المحدق به بمعنى أنه يقدر المشكل الصحي ونتائجه المحتملة إذ لم يستعد للمواجة، واعتقاده ايضا بأن للممارسات الصحية فوائد قيمة وفعالية في تحقيق الاصابة بالأمراض، وفي هذا الإطار جاء نموذج المعتقدات الصحية التعويضية الذي يعتبر من أحدث النماذج التي تطرقت إلى دراسة السلوك الخطر المتعلق بالصحة بهدف الوصول إلى وضع برامج صحية تتضمن سلوكيات وقائية، يمكن الاستعانة بها من طرف السلطات المختصة.

الفصل الثالث:

الصحة الجنسية

تمهيد:

1: السلوك الصحي

1- مفهوم السلوك الصحي

2- أبعاد السلوك الصحي

3- محددات السلوك الصحي

4- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي

5- أنماط السلوك الصحي

6- بعض النظريات المفسرة للسلوك الصحي

2: التربية الجنسية

1- المفهوم العام للتربية الجنسية

2- تعريف التربية الجنسية

3- أهداف التربية الجنسية

4- العوامل المؤثرة في الجنسية

5- أهمية التربية الجنسية

6- أراء روسو وفرو يد حول التربية الجنسية

3: الجنس و الصحة

1- النمو الجنسي من الطفولة إلى الشيخوخة

2- الاضطرابات الجنسية

3- الصحة الجنسية

4- المشاكل الجنسية الشائعة

5- أخطاء العلاقة الجنسية

6- مشكلة التهيج الجنسي

خلاصة

تمهيد:

يعتبر مفهوم الصحة من بين المفاهيم البارز ذكرها في هذا الوقت حيث أنها النشاط الذي يمارسه بالفرد بهدف الوقاية من المرض في نظر البعض إلا أنها تتعدى هذا النطاق و تدخل في جوانب عدة واسعة الأفاق فتتأثر صحة الفرد بعدة عوامل و هذا نتاج نمط السلوك المتبع ذو الطريقة التي يتبعها الفرد وللنشأة و التربية دور ودخل كبير في اتخاذ الفرد لأنماطه الصحية بحيث تفسر الصحة الجنسية كعامل أساسي ومهم و تكمن هذه الصحة في طريقة التربية الجنسية، أو ما يربى عليه الأطفال منذ الصغر أو المفاهيم التي يتلقاها حول الجنس لحسن التكيف مع المواقف الجنسية في مستقبله و حياته وكذلك الاضطرابات الجنسية و المشاكل الجنسية وعلى هذا الأساس يقدم هذا الفصل السلوك الصحي م ربطه بالصحة الجنسية.

1: السلوك الصحي

1-1-مفهوم السلوك الصحي: تلعب سلوكياتنا وعاداتنا اليومية في الأكل و النوم و اللباس و الغسل و الحركة دورا كبيرا على صحتنا ويؤكد ذلك العديد من البحوث التي وردت وسترد في هذه الدراسة لهذا حاول العلماء تعريف السلوك الصحي بعدة عبارات إلا أنهم اتفقوا على أنه نمط من السلوك يقوم به الفرد للحفاظ على صحته فيعرفه سرا فينوsrafino بأنه أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض ولغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة

(بن غدنة شريفة، 2007/2006، ص 39)

ويعرفه رضوان وريشه (2001) بأنه هو أنماط السلوك الصحي التي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها

(راية بنت مسلم بن خميس النصيرية، 2017/2016م، ص 19)

1-2-أبعاد السلوك الصحي: للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية هي:

1-2-1-البعد الوقائي: ويتضمن الممارسات الصحية التي من شانها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

1-2-2-بعد الحفاظ على الصحة: ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الأفراد كالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات أخرى منصوح بها.

1-2-3-بعد الارتقاء بالصحة: ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم .

(سارة بوكري، 2019/2018، نوقشت يوم 22 جوان 2019، ص 15)

1-3-محددات السلوك الصحي: يمكن تقسيم العوامل المحددة للسلوك الصحي إلى عوامل متداخلة وتتمثل في:

1-3-1-المحيط الفيزيائي: الجو، الماء، المناخ، الأرض، الضوضاء، الرق، العوامل الحرارية، البرودة المعتدلة التي تؤثر في الصحة و السلوكيات الصحية.

1-3-2-المحيط الاجتماعي: زملاء العمل، الأصدقاء الاجتماعية و المجتمعات التي تؤثر في الصحة و السلوك الصحي.

1-3-3-المحيط المهني: الثقافة، المعايير، السياسات القيم والعوامل المساندة، مواقع العمل التي تشجع أو تعيق السلوكيات الصحية وتؤثر في الحالة الصحية بعدة طرق مختلفة.

1-3-4-محيط الجماعة: السياسة الجماعة التنظيم المنفذ، حدائق الأحداث الثقافية... التي يمكن أن تؤثر في السلوكيات الصحية وبعض الحالات الصحية.

1-3-5-العوامل الشخصية:

-**الوراثة:** تحدد نسبيا نوع الجسم مقومة لبض الأمراض والوظائف الأخرى للجسم، الصحة العقلية مستويات الصحة العقلية و التكييف الجيد تؤثر في اتجاهات والصحة الجسدية للفرد.

-**المعرفة:** زيادة الوعي بالمشاكل الصحية والجسدية وأهميتها أول وقفة لتغيير أسلوب الحياة ليتضمن الصحة الجسدية للفرد.

-**الاتجاهات:** معتقدات الفرد وأحاسيسه سواء صحيحة أو لا تؤثر في السلوك الصحي الحد الأقصى للصحة، الممارسة المعيارية: السلوكيات المنتشرة والمعايير في الجماعات تؤثر في سلوكيات العاملين و أعضاء الجماعة.

-**المهارات:** النجاحات المعتمدة تساعد الأفراد في تبني أو الحفاظ على السلوكيات الصحية من خلال تطورات المهارات، إن فهم هذه العوامل (المحيطة، الشخصية) التي تؤثر في الصحة و السلوك الصحي يمكن من المساعدة في تطوير تخطيط برنامج أكثر واقعية لترقية الصحة والوقاية من الإمراض للراشدين والشعوب.

(سارة بويكري ، 2019/2018، ص 16)

1-4-العوامل المؤثرة في السلوك الصحي: منها:

1-4-1-لسن: AGE: يؤدي عمرنا دورا مهما من حيث المفاهيم المؤثرة في سلوكياتنا الصحية فبطبيعة الحال تخضع أجسامنا لتغيرات جسمية كلما تقدم بنا السن وهي التغيرات التي تؤثر على قدرتنا في أداء السلوكيات الصحية التي اتخذناها سابقا باعتبارها أمرا مفروغا منه وزيادة السن تؤدي إلى زيادة الخبرة فقد كشف فور شاو (2002، 45) أن كبار السن هم الأكثر فقرا في كثير من الأحيان مما ينتج عنه تناول الأكل غير الصحي من أجل توفير المال حيث تتمثل خبرة المراهقة واحدة من أهم المراحل العمرية تغيرا بدنيا ونفسيا وانفعاليا فتكون الصحة في هذه المحلة رهن الاستهداف فهناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن نقص خبرة المراهقين في الحياة والمعرفة يمكن أن يؤدي إلى أخطاء في الحكم عند اتخاذ قرارات حول السلوك الخطر.

1-4-2-**النوع:** GENDER: يختلف الذكور عن الإناث على المستوى البيولوجي وكذلك على مستوى البيئات

الاجتماعية والثقافية التي تحيط بهم فهي تؤثر على طريقة ممارستهم للسلوك الصحي فعلى سبيل المثال لاحظ فور شاو (2002، 44) أن عوامل مثل طبيعة الهرمونات في أجسامنا وأسلوب تنشئتنا اجتماعيا وتفريق المجتمع في طريقة تعامله بين الذكور والإناث توحي بأن كل من الذكور والإناث مشكلات صحية خاصة بهم.

1-4-3-الوضع الاجتماعي: إن الذين ينتمون الى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا يميلون إلى أن تكون خبرتهم بالأعراض الجسمية منخفضة، مع تقديرهم للصحة مقارنة بأفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا (PENNEBAKER .AND SKELTON)

و قد استعرض كرام ير cramer وزملاءه (2000) الأدلة المتعلقة بتأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي على نواتج الحمل وطرحوا تساؤلا حول سبب تدهور صحة الأفراد منخفضي الأجر، وخلص والى أن الوضع الاجتماعي الاقتصادي من العوامل المؤثرة سواء في ميلاد الأطفال المبتسرين والأطفال ناقصي الوزن.

1-4-4-نمط الشخصية:A وB يرتبط نمط الشخصية A بزيادة الاستهداف لمرض الشريان التاجي، وذلك على العكس من نمط الشخصية B التي ترتبط بانخفاض الاستهداف وأنماط الشخصية A وB من أوائل الأنماط التي قدمها عالم القلب فيردمان FRIEDMAN وروزيمان ROSeMAN (1959، 1974) ويتصف سلوك نمط الشخصية A بقلة الصبر والتعصب وزيادة القدرة التنافسية، والإصرار على تحقيق

أكبر إنجاز في أقل وقت وزيادة الشعور العدائي، وامتلاء النمط الحديث بالقوة والحيوية في حين يتميز سلوك نمط الشخصية B بالاسترخاء والميل للقيام بالأعمال السهلة والتعاون.

1-4-5-نمط الشخصية C: لاحظ ألبرى، ومينا فو (2007) أن الباحثين حددو مجموعة من السمات الشخصية المرتبطة بزيادة الاستهداف للإصابة بالأورام السرطانية وقد سميت هذه المجموعة بنمط الشخصية TEMOSHOK 1987 Cويتصف صاحب هذا النمط بالتعاون وعطوف وسلبي وقليل الثقة ويكبت مشاعره.

1-4-6-نمط الشخصية D: أصاب هذا النمط يمتنعون عن التعبير عن مشاعرهم السلبية ويتجنبون التفاعل الاجتماعي خوفا من الرفض.

1-4-7-الصلابة: hardiesse الصلابة هي نمط شخصية تتميز بثلاثة عوامل هي:

-الالتزام commutent هو إدراك الهدف من الأنشطة الحياتية

-الضبط control ويعني الاعتقاد بالقدرة على التأثير الذاتي في المواقف

-التحدي challenge ويقصد به رؤية التكيف والتغيير باعتباره خبرة طبيعية وإيجابية (2008، ALBERY END MUNAFO) وتتمثل سمة الصلابة تعمل كحامية وواقية من أثار مواقف المشقة التي تؤدي إلى التطور الملحوظ للأمراض

1-4-8-المعتقدات الصحية وسرعة الشفاء من المرضHEALTH BELIEFE : معتقداتنا الصحية يمكن أن تؤثر أيضا على سرعة شفائنا من المرض فقد تحقق مكارثي وزملاءه (2003) من احتمالية أن تؤثر معتقدات المرضى أو توقعاتهم على الشفاء من عملية جراحية بسيطة نسبيا.

1-4-9-مستوى المعرفة والتوقعات: تعتمد المعتقدات الصحية التي نتمسك بها على مستوى المعرفة التي تؤثر بدورها في قدراتنا على التعرف على الأعراض التي نعاني منها وتفسيرها بشكل صحيح

(هناء أحمد محمد شويخ، بدون طبعة، 37- 46)

1-5-أنماط السلوك الصحي: حدد كسل وكوب KASL،COBB ثلاثة أنماط للسلوك الصحي هي:

1-5-1-**السلوك الصحي الوقائي:** بالنسبة لكامل وكوب يرمز السلوك الصحي إلى تلك النشاطات التي يقوم بها الأفراد الذين يعتقدون أنهم أحسن والذين لديهم تجربة مع أي علامات أو أعراض المرض بهدف البقاء في مستوى صحي جيد.

1-5-2-السلوك المرضي: عرف على أنه أي سلوك يمارسه الفرد الذي يدرك أو يشعر بالمرض بمعنى هو الاستعداد لتجربة المرض و كثير من الدراسات أكدت أهمية السن والجنس في السلوك

المرضي خاصة في استخدام الخدمات الطبية وبنسبة كبيرة عند النساء كما تؤكد أيضا أن السلوك المرضي يتلف حسب العرق ،بنية التعليم، بنية العائلة، الأنظمة الاجتماعية،الحالة الاجتماعية والاقتصادية.

1-5-3-سلوك لعب دور المرض: هو نشاط يقوم به المريض بهدف تحسين حالته ويشمل ذلك تلقي العلاج والخدمات الطبية و يشمل مجموعة كاملة من السلوكيات غير المستقلة .

(عرعار غنية، 2021/2020، ص 69- 70)

1-6-بعض النظريات المفسرة للسلوك الصحي: من بين النظريات التي تناولت مفهوم السلوك الصحي كالتالي:

1-6-1-نظرية التعلم الاجتماعي: وفي هذا الصدد وضع بان دورا bandoura نظرية توقعات الكفاءة الذاتية إذ أن نية الفرد من أجل القيام بالسلوك الصحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة، توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه أي أنه على الشخص لا يعتقد فقط أن التدخين مضر بالصحة مثلا من أجل التوقف عن التدخين و إنما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين.

1-6-2-النظرية السلوكية: تعد المدرسة السلوكية أهم وأقدم هذه النظريات على الإطلاق وفي إطار المدرسة السلوكية تنظر نظرية الاشتراط الكلاسيكي لمؤسسها بافلوف إلى أن بعض السلوكيات الصحية كالسلوكيات الدفاعية والسلوكيات الغير الصحية كالمخاوف المرضية يكتسبها الفرد من خلال عمليات الاشتراط المختلفة التي تستند على قوانين الاكتساب والتعميم والتمييز وغيرها نتيجة مرور الفرد خبرات تفاعله مع البيئة المحيطة.

1-6-3-نظرية الاشراط الإجرائي: وعلى رأسهم سكينر Skinner فينظرون إلى السلوكيات الصحية و غير الصحية كعادات سلوكية تكونت نتيجة تكرار بعض الأنماط السلوكية التي تتشكل بفعل المعززات التي تتبع القيام بها و هذه المعززات تتصف كما يلي:

-معززات مادية، معززات معنوية، معززات متقطعة، معززات متصلة

-معززات إيجابية، معززات مباشرة، معززات سلبية، معززات مباشرة

(صوفيا وطار و كوثر وسطاني، 2020/2019، ص 26-27)

2:التربية الجنسية

2-1-المفهوم العام للتربية الجنسية: هي عملية تفسير النوع البشري (ذكرا كان أو أنثى) إلى الأبناء و أهمية كل جنس بالنسبة إلى الجنس الأخر مصحوبا بالتقدير و الاحترام المتبادل و التربية الجنسية هي نوع من أنواع الثقافة التربوية التي يجب على جميع الأفراد إدراك أبعادها فالجنس في نظر الغالبية هو الطريق السالك للانحراف والمؤدي إلى معصية الخالق ونشر الرذيلة وتشتعل العلامات الحمراء في أذهان الكثيرين حال سماعهم كلمة جنس فهي المثيرة لغرائزهم و المحفزة لسوء ظنونهم و ما يجهله الغالبية العظمى من الأفراد في مجتمعنا العربي، هو معنى التربية الجنسية الذي يخاف الكثيرون طرق بأن له أسباب اجتماعية و أخرى دينية فالمقصود بالتربية الجنسية هو تعريف الإفراط بالنمط الجنسي والنمط هو نوع الجنس وليس العملية الجنسية كما أن التنميط الجنسي هو معرفة كل نوع بجنسه

(بلال أحمد عودة، ط1، 2010م، ص15)

2-2-تعريف التربية الجنسية: حددها الأستاذ الق وصي بأنها إعطاء الطفل الخبرة الصالحة التي تؤهله لحسن التكيف مع المواقف الجنسية في مستقبل حياته ويترتب على إعطاء هذه الخبرة أن يكتسب الطفل اتجاها عقليا صالحا و إزاء المسائل الجنسية و التناسلية وتشمل التربية الجنسية في معناها العلمي الحديث على ناحيتين أساسيتين هما الحقائق الجنسية البيولوجية الصحيحة، والرعاية الجسمية التي تساعد الفرد على تكوين اتجاه سوي يقوم على تلك الحقائق ويؤثر في سلوكه و يرتبط ارتباطا مباشرا بمعايير الجماعة و قيمها الخلقية و إطارها الثقافي

(خديجة بارزاق و فضيلة بن طاهر ، 2015/2014م، ص21)

2-3-أهداف التربية الجنسية:

-تزويد الفرد بالمعلومات الصحيحة عن ماهية النشاط الجنسي و ذالك من خلال معرفة أجزاء الجهاز التناسلي عند كل من الذكر والأنثى وكيفية عمل كل منهما و معرفة حقيقة الاتصال الجنسي.

-تهذيب سلوك الذكور والإناث وتربية أخلاقهم.

-تشجيع الذكور والإناث على تنمية الضوابط الإرادية لدوافعهما و رغباتهما الجنسية و شعورهما بالمسؤولية الفردية و الاجتماعية.

-تصحيح المعلومات و الأفكار الخاطئة حول حقيقة الجنس و دوره.

-تزويد المراهقين و الشباب بمجموعة من الاتجاهات و العادات الصحيحة السامية نحو الجنس.

-تحذير المراهقين و الشباب من النظريات و الأفكار الكاذبة عن الجنس.

-إظهار شمولية الإسلام و تكامله وواقعيته وتقديمه الحلول.

(رشاد علي عبد العزيز موسى، ط1، 2008، ص 11- 12)

2-4-العوامل المؤثرة في التربية الجنسية: هناك عاملان يؤثران في التربية الجنسية و هما:

2-4-1-العامل الديني: حيث يلعب الدور الأكبر في تسيير حياة الناس الذين يعتمدون عليه في تحديد وجهات حياتهم وفي تحديد وجهات حياتهم ولذلك فقد فسر ذوي الاختصاص بالدين الحياة الجنسية لي أنها عورات يحرم التعدي عليها أو الاقتراب منها إلا وفق الشريعة الإسلامية و من أبواب الحلال.

2-4-2-العامل الاجتماعي: إن التطور لبطئ ألذي تعيشه المجتمعات النامية لم يعطي هذا الجانب الأهمية الكافية لذا ترك ألتأويل و التوجيه الأسري حيث أخذت الأسرة على عاتقها الإشادة إلى حافات الموضوع و اتخاذ الخبرة الشخصية و القناعة المفردة في التوجيه و بما يرتإ به المجتمع الذي يتواجد فيه الفرد و أصبح الأفراد الذين يحاولون الإشارة إلى مثل هذه المواضيع الذي يدخل في دروب مغلقة و يهتمون ب لنوايا السيئة و يبتعد عنهم المقربون و يثيرون اشمئزاز الآخرين و عليه فقد ظل البحث في هذا المجال أمرا في غاية الصعوبة كثيرا منا يلجأ إلى تربية أطفاله كما تربى في كنف أسرته فهي التربية الحقة في نظره دون أن يدرك أن المجتمع يفرض عليه تطورا في جميع الجوانب ومن ضمنها الجانب الجنسي فليس من المعقول أن تبقى التربية ثابتة في جانب ما، ومتطورة في جانب أخر هي عملية تطوير ديناميكية و الهدف منها خلق أفراد قادرين على الانخراط في ثنايا و جوانب المجتمع فمثلا كان التعليم حكرا على الذكور فقط و من ثم بدأت المرأة باختراق هذا الحصن و من ثم أصبحت لها الحقوق الكاملة في التواصل مع العلم لأعلى مرتبة علمية ممكنة و هذا التطور في مفهوم المجتمع المدني و في الحقيقة فقد استفادت هذه المجتمعات من نشر الثقافة بين صفوف أبنائها و بشكل خاص.

(بلال أحمد عودة، 1ط،2010،ص 16)

2-5-أهمية التربية الجنسية: إن للتربية الجنسية السليمة أهمية كبيرة في حياة الفرد فهي تعمل على توجيه و ضبط سلوكياته فالمواقف الجنسية المثيرة التي تعتري طريقه وتصونه من الانزلاق إلى الرذيلة و إتباع الملذات و التخلي عن قيمه و عاداته الاجتماعية فبحكم التطور التكنولوجي، الذي يشهده المجتمع من وسائل الإعلام و القنوات التي تشيع الصور والمشاهد الإباحية أصبح الإنسان أكبر عرضة للمثيرات الجنسية و أصبح من الضروري تحصينه وحمايته من مخاطرها بالتربية الجنسية السليمة منذ الصغر، مع الإرشاد و التوجيه و الناظر لحالنا اليوم يرى أنها أصبحت أكثر من ضرورية على الآهل في البيت أولا على المربين في المدارس ثانيا يولوها العناية الكاملة فالأفضل لشبابنا الإطلاع على مثل هذه المعارف

من مصادرها الموثقة و ينابيعها الصحيحة مثل الآهل و المناهج الدراسية و قد صرح الإسلام على تربية الجيل لكي يتمتع بالاستقامة و الاتزان و النجاح، في حين يسعى أعداء الإسلام إلى توظيف كافة الأساليب للسيطرة على الشباب و توجيههم الوجهة الشهوانية بتسخير كافة الإمكانيات لإثارة غرائزهم و ملذاتهم.

(خديجة بأرزاق و فضيلة بن طاهر،2014 /2015، ص 22)

2-6-أراء روسو و فوريد حول التربية الجنسية:

2-6-1-روسو و التربية الجنسية: ينتقد روسو الأهل الذين يتهربون من الإجابة معتبرين أن هذا السر للمتزوجين فقط ،كما يرى أن من تلقى مثل هذا الجواب لن يهدأ له بال قبل أن يدرك سر المتزوجين هذا أو تلك الام التي تجيب ابنها بكل خشونة ، نستطيع القول بأن روسو سجل تقدما شبه ثوري في **التربية** الجنسية التي يتناولها من وجهة إعلام بسيط فبالرغم من التجربة الشخصية التي مر بها روسو و التي تظهر معالمها في كتاب الاعترافات LESCONFESSIONS بأدلة قاطعة فهو يرى أن الأولاد ليدركون شيئا عن الجنس فقد قال إننا نولد مرتين الأولى من أجل النوع و الثانية من أجل الجنس.

2-6-2-فرويد و التربية الجنسية: لكن فوريد رجل القرن التاسع عشر اكتشف علم الجنس ووضع حدا لكل بتر أو انقطاع أو تمييز بين مراحل النمو و لم يسمح مطلقا بكلام روسو الذي أعتبر المراهقة ولادة ثانية أو ولادة الجنس إذ أن روسو يعتبر البنات و الصبيان حتى عمر معين كائنات متشابهة لكن السيكولوجية الحديثة ترفض هذا الاعتبار رفضا كليا و بالرغم أن روسو نادي بتربية الطفل منذ الولادة لا بل قبل ولادته بعشرين سنة أي تربية والديه أولا لكن بقى مع إجراء التربية الجنسية إلى بداية المراهقة فأعتبر الجنس ولادة ثانية فالولد حسب رأي فرويد، يتطلب المعرفة و الإعلام الجنسين معا و بكل تحمس و ليعترض مطلقا على ذالك كما يدعي بعض الأهالي فهو يريد معرفة كل شيء و كل التفاصيل حتى أنه يريد من يرشده كي يصل فعلا إلى ممارسة الجنس بنجاح و تحقيق الرغبة الكامنة فيه .

(موريس شربل، بدون طبعة ، ص 7- 8)

3- الجنس و الصحة:

3-1-النمو الجنسي من الطفولة إلى الشيخوخة: إن الإنسان سواء أكان ذكرا أو أنثى يمر بمناحي مختلفة و من ضمن هذه المناحي النمائية النمو الجنسي ويبدأ النمو الجنسي من مرحلة المهد و يمر بمراحل متتالية حتى يصل بالفرد إلى النضج الجنسي في المراهقة و يشتد السلوك الجنسي في مرحلة الرشد ثم يتضاءل نسبيا في مرحلة الشيخوخة و حتى يتسنى فهم النمو الجنسي للإنسان في مراحل نموه

المختلفة فإن هذا يتطلب فهم الغدد الجنسية الذكرية و الأنثوية و وظائفها و ما يعتريها من أمراض و إفراط و تفريط و مراحل النمو الجنسي ثم النمو الجنسي من الطفولة حتى مرحلة الشيخوخة .

3-1-1-الغدد الجنسية: إن الغدد الجنسية تتمثل في كل من الخصيتين عند الذكور و المبيضين عند الأنثى و تتكون الخصية و المبيض من جزئين مستقلين عند نشأتهما في الجنين هما جزء ناشئ من الاكتوردم (الطبقة الظاهرة للجسم) و جزء ناشئ من الاندودروم بطانة التجويف المعوي الأصلي و يتلاحق و يتداخل هذين الجزئين في الجنين قبل الولادة فيكونان غدة واحدة و يختص الجزء الناشئ من الاكتودرم بإنتاج الحيوانات المنوية عند الذكر و البويضة عند الأنثى و يختص الجزء الناشئ من الاندودروم بإفرازات الهرمون التي تضفي على كل الكائنات صفات الجنس المميزة فتحول شكل الجنين المحايد إلى شكل الذكور أو شكل الإناث.

3-1-2-مراحل النمو الجنسي: تشمل مراحل النمو الجنسي ما يلي :

3-1-3-مرحلة المهد السلبية: وفيها تنتشر الطاقة الجنسية في الجسم كله دون تحديد و تبدو اللذة الحسية للوليد في الشعور بالغدد، و الراحة البدنية و كل ما يؤدي إلى الشعور العام باللذة.

3-1-4-مرحلة الرضاعة الفمية: يتركز اهتمام الطفل في هذه المرحلة على عملية الرضاعة و يشر باللذة عندما يضع كل شيء في فمه و يؤثر الفطام المبكر على شخصية الفرد في رشده فيصبح متشائما يفرض نفسه و يأخذ و لا يعطي و يعتمد على غيره في ما يقوم به من أعمال و عليه يجب أن تمتد مرحلة الرضاعة حتى تصل إلى نهايتها الصحيحة ليصبح الفرد متفائلا إيجابيا.

3-1-5-مرحلة التعذيب ألفمي: يجرب الطفل في هذه المرحلة أسنانه و يدرك الطفل أنه يستطيع أن يؤثر على الآخرين بأسنانه و هكذا يبدي سلوكه العدواني عندما يعظ ثدي أمه أو يد أبيه و يتطور هذا السلوك في مرحلة الرشد فيعظ الفرد على نواجذه عندما يدور و يقضم أظافر.

3-1-6-المرحلة الشرجية: يجد الطفل لذة بيولوجية في عمليتي التبرز و التبول و تأتي الأم لتفرض عليه نظاما محكما لعمليتي التبول و التبرز فيخضع لهذا النظام إرضاء لها و بذالك تتكون لديه عادة الترتيب و النظافة و الدقة في مراعاة المواعيد أو يثور على سيطرة ألام فيتبول و يتبرز عندما يريد و حيثما كان و ينتقم لنفسه من أمه و يتطور هذا السلوك في الرشد إلى العناد و التحدي و الحقد و محاسبة الآخرين حسابا عسيرا على كل أعمالهم.

3-1-7-مرحلة المناطق الجنسية: يجد الطفل في هذه المرحلة لذة في اللعب بأعضائه التناسلية وخاصة عندما يصل عمره إلى حوالي خمس سنوات وتميز هذه المرحلة عند الذكور بالمظهر

الاستعراضي لأعضائه التناسلية و ملاحظة الاعظاء التناسلية للآخرين ومخاوف عملية الختان وتتميز عند الإناث بالحقد على الذكور.

3-1-8-عقدة أديب: يبحث الطفل في هذه المرحلة عن لذته لدى الجنس الأخر و يجد الولد لذته عند أمه و يبغض أباه و تجد البنت لذتها عند الأب و تبغض أمها و على الطفل ذكرا أم أنثى أن يكبت هذه الكراهية في اللاشعور و يتظاهر بالحب

3-1-9-المرحلة التناسلية: تبدأ هذه المرحلة في المراهقة و تنقسم إلى ثلاثة خطوات متتابعة فتبدأ بتلخيص المراحل السابقة فتظهر المرحلة الفمية في قضم الأظافر و تضهر المرحلة الشرجية في الأصوات المرتفعة و الرغبة في الضوضاء و تؤكد عقدة أديب نفسها في الشعور بدلا أن كانت لاشعورية في الطفولة و تتطور هذه الخطوة إلى النرجسية أو عشق الفرد لنفسه و تنتهي خطوات هذه المرحلة إلى النضج الجنسي الصحيح و حب الجنس للأخر.

3-2-الجنس في مرحلة الطفولة:

3-2-1-الوليد: تبدو الأعضاء التناسلية كبيرة نسبيا بالنسبة لحجم الجسم لكل من الذكر و الأنثى و يكون اشتقاق اللذة مركزا في الفم مما أدى إلى تسمية هذه المرحلة بالمرحلة الفمية.

3-2-2-الرضيع: يتزايد اهتمام الرضيع بجسمه في النصف الثاني من العام الأول نتيجة حب الاستطلاع لديه و زيادة مهاراته في استخدام يديه و في هذه المرحلة يكون الاهتمام في الغالب حول الفم و الشرج و اللعب بالأعضاء التناسلية و حبه لأعضاء جسمه.

3-2-3-الطفولة المبكرة: يصبح الاهتمام الجنسي ومركز اللذة منصبا على الجهاز التناسلي، القضيب عند الذكر و يظهر عند الأنثى و لذا يطلق على النمو الجنسي في هذه المرحلة بالمرحلة القضيبية و تكثر الأسئلة الجنسية حول الفروق بين الجنسين وكيف يولد الطفل ومن أين يأتون.

3-2-4-الطفولة الوسطى: يقل الاهتمام بشأن الجنس في هذه المرحلة و تنمو الأعضاء التناسلية بمعدل أبطأ نسبيا من باقي أعضاء الجسم و تسمى هذه المرحلة بمرحلة الكمون الجنسي.

3-2-5-الطفولة المتأخرة: تعد الطفولة المتأخرة مرحلة ما قبل البلوغ الجنسي ويلاحظ اللعب الجنسي و ممارسة عادة الاستمناء و قد يحدث التجريب الجنسي غالبا بين أفراد نفس الجنس.

3-3-الجنس في مرحلة المراهقة : يرتبط النمو الجنسي في مرحلة المراهقة بنشاط الغدد التناسلية وبالتغير البيولوجي الوظيفي في نو و نسبة إفراز الهرمونات المختلفة.

3-3-1-المراهقة المبكرة: يشعر المراهق بالدافع الجنسي ولكنه يعبر عن هذا في شكل إخلاص وولاء و إعجاب و إعزاز و حب لشخص أكبر سنا من نفس الجنس و تلاحظ الجنسية المثلية و يتحول الميل الجنسي بالتدرج نحو الجنس الأخر وتمتاز العلاقات الجنسية في هذه المرحلة بين الجنسين بالرومانسية الخالية من إثارة جنسية جامحة و ممارسة عادة الاستمناء.

3-3-2-المراهقة الوسطى: تزداد الانفعالات الجنسية في شدتها و تكون موجهة عادة نحو الجنس الأخر و يلاحظ الإكثار من الأحاديث و القراءات و المشاهدات الجنسية و الشغف و الطرب بالنكت الجنسية و يزداد التعرض للمثيرات الجنسية فيصبح شديد الميل و الاهتمام بأعضاء الجنس الأخر و الحديث عنهم و يميل الفتى للنظر إلى مفاتن المرأة و تكون نظرته رغبة و شهوة و الاهتمام بجذب انتباه الجنس الأخر و المعاكسة و أخذ مواعيد غرامية.

3-3-3-المراهقة المتأخرة: يتم في هذه المرحلة تحقيق القدرة على التناسل و تنمو الجنسية الغيرية و تزداد المشاعر الجنسية خصوبة و عمقا و زيادة الحلم الجنسي و الاتجاه نحو الزواج و الاستقرار العاطفي.

3-4-الجنس في مرحلة الرشد: يكون الفرد ذكرا كان أم أنثى قد وصل إلى قمة النمو البيولوجي و الفيزيولوجي فيصل الذكر إلى الحد الأمثل للنشاط الجنسي و بالنسبة للمرأة فإن قدرتها على الإنجاب تصل أيضا أي قوتها فتكون أكثر قدرة على إنتاج بويضات مخصبة كما أن دورتها الهرمونية المرتبطة بالتناسل أكثر انتظاما و تكون بيئة الرحم و الحوض أكثر ملائمة لحمل جنين.

3-4-1-الجنس في مرحلة وسط العمر: توجد تغيرات واضحة في الأعضاء التناسلية و الجنسية عند الذكور خلال هذه المرحلة فعند حوالي سن الخمسين يشعر الرجال بنقص في هرمون التستوستيرون إلا أن معدل نقصه يكون قليلا عن نقص الاستروجين للمرأة و يؤدي هذا النقص الهرموني إلى نقص في عدد الحيوانات المنوية السليمة و النشطة كما يحدث ضمورا في حجم الخصيتين بالإضافة إلى تضخم في غدة البروستاتا أما بالنسبة للمرأة فإنها تبلغ سن اليأس من 45 إلى 50 و يعد سن اليأس هو نهاية لمرحلة الخصوبة و بداية لمرحلة أخرى ينقطع فيها الحيض و تفقد فيها المرأة قدرتها على الإنجاب.

3-4-2-الجنس في مرحلة الشيخوخة: تهدأ الغريزة الجنسية بصفة عامة نظرا لضعف الجهاز التناسلي فقد تبين أن الرجل العادي يشعر بأن حياته الجنسية بدأت تفتر في الخمسين ولكن لا يعد هذا حكما على القدرة الجنسية بمجرد معرفة السن، كثيرا ما نجد شيوخا لم تذهب قابليتهم الجنسية و يعزى احتفاظهم بالقدرة الجنسية .

(رشاد عبد العزيز موسى، ط 1، 2008، ص 97- 108)

3-2-الاضطرابات الجنسية: يشكل الجنس أولى وسائل التخاطب التي عرفها الإنسان و ليزال إلى غاية اليوم يحتل الدور الأساسي في تكيف الإنسان مع بيئته و في بناء شخصية الإنسان و بالرغم من كثرة الاضطرابات الجنسية و تعقيدها فإننا نحاول حصرها و مناقشتها فيما يلي:

3-2-1-الضعف الجنسي: تشكل اضطرابات الانتصاب أكثر الشكاوى المرضية المعروضة أمام المعالج الجنسي تطلق لفظة الضعف الجنسي على حالة الشخص الذي يعجز عن تحقيق الانتصاب و الاحتفاظ به في أجواء جنسية تتناسب مع مزاجه سواء في عملية الاستمناء أو في علاقة جنسية و هناك ضعف جنسي الذي يلازم الحياة الجنسية منذ البلوغ وثانوي و هو الذي يأتي بعد فترة استطاع المريض خلالها تحقيق اكتفاء جنسي.

3-2-2-البرود الجنسي: يتميز البرود الجنسي بانخفاض شهوة لدى المرأة أو الرجل و لا يبقى لنا أن نعطي للبرودة الجنسية أبعادا تنتهي لاضطرابات أخرى مثل العجز عن بلوغ النشوة أو عدم تفاهم الزوجين ، حيث تتولد

الشهوة الجنسية من إثارة ما تحت المهاد الهيو كامب فهذه المناطق الدماغية تتلقى الإثارة الجنسية على شكل إحساس .

(جاك واينبرغ، ترجمة محمد أحمد نابلسي، بدون طبعة،1989، ص 107- 115)

3-2-3-الاستمناء: MAUVBATION: الاستمناء عند الذكور والتبضر عند الاناث و الأول هو أن يحك الذكر قضيبه بيده و يجر بها عليه لعدد من المرات مع التخيل اللازم للجماع أو المرأة بالذات و الثاني هو أن تفعل المرأة مثل ذلك ببضرها إلى أن تأتيها الهزة و يقصد أن يكون معتمدا لاستجلاب اللذة و من الاستمناء المرضي ما يسمى بالاستمناء الاحليلي و الاستمناء الشرجي و الاستمناء ألفمي و الاستمناء القهري.

3-2-4-عنانية: ONANISM: هي ما يسمى العزل و هي تعريف هافلوك إبليس بمعنى جماع غير كامل يتجنب الرجل بها القذف في المهبل و يفضي خارجه و قيل هي جماع متقطع لان الرجل يقطعه قرب الإنزال و هي أيضا جماع متحفظ.

3-2-5- كراهية النساء: MISOGYNY: قد يبدي بعض الرجال نفورا واضحا من النساء و يفصحون عن كراهية أصيلة لهن و لاشك أن هذا النفور و تلك الكراهية بمثابة ظواهر مرضية ترجع غالبا إلى

خبرات قديمة من الطفولة نتيجة العلاقة المتردية بين الأبوين و مرددوها على أطفالهما و بسبب الخلافات و الصراعات التي تحتدم بينهما.

3-2-6-كراهية الزواج: MISOGAMY: يرجع علماء التحليل النفسي الكراهية للزواج و النفور منه إلى تأثير الموقف الاديبي من الطفولة و استمرار مشاعر الطفل اتجاه أمه إلى البلوغ و ما بعده و تثبته على هذه المشاعر حتى يستحيل عليه أن يستبدل بأمه أية امرأة أخرى فيعاف الزواج و ينفر من فكرته و كراهية الزواج مصدرها خبرات الطفولة الصادمة.

3-2-7-السلوك الجنسي المضطرب عند الإناث:

3-2-8-الاسترجال: قد تظهر علامات الرجولة على بعض الفتيات بسبب اضطرابات تعتري الغدة الكضرية يطلق عليها أحيانا اسم المتلازمة الكظرية التناسلية.

3-2-9-المهبل المسنن: الشعور بالنقص عند اكتشاف أن الأولاد يمتلكون ما لا يمتلكه البنات وهو القضيب نافيات هذا النقص فيهن و متحججات بان القضيب الذي يزهو به الأولاد موجود لديهن بداخل فروجهن.

3-2-10-قمطة المهبل:VAGINISMUG : قد يحدث أن تتزوج الفتاة و لكن زوجها كلما حاول أن يجامعها يجد أنه لا يستطيع أن يولج فيا و إذا استطاع فإنه قد يعجز عن الاستمرار بسبب ضيق في المهبل يتبين في الفحص الطبي أنه نفسي المنشأ و هذا الاضطراب يدعى اعتقال المهبل أو قمطة المهبل أو قمطة الفرج .

(عبد المنعم الحنفي، ط3 ، 2000، ص 650.-705)

3-2-11-اضطرابات القذف: تمثل عملية القذف ظاهرة عصبية ارتكاسية ذات طبيعة نفسية جسدية و القذف عند الرجل يمر بخطوات عديدة هي إفراز المني ثم تجمعه ثم خروجه من القضيب و هذه الخطوات تترافق مع تجربة انفعالية من خلال عمل جنسي مؤدي لبلوغ النشوة و يتمثل في:

أ- **عدم القذف** : ANEJACUTION: يتمثل عدم القذف استحالة الوصول إلى ذروة الجماع و إلى قذف المني حتى في حالة اللجوء إلى الاستمناء.

ب-**القذف الرجعي:**EJACULACTION RETROJADE : يتم قذف كمية من المني تتراوح بين 2 و5 ملي لتر من خلال فتحة الاحليل و ذلك نتيجة تأخر الانقباضات الارتعاشية الطاردة للسائل المنوي و الناشئة عن انقباض الجيوب المنوية.

ج-القذف السريع: EJACVLATION PREMATURE: يوصف القذف بالسريع من قبل المريض عندما يكون حدوثه عاجلا بحيث يؤثر على العملية الجنسية و هذا التقدير الذاتي يختلف من مريض لأخر تبعا لتجاربه و صورته عن ذاته و موقف الشريكة من العملية الجنسية، إن ما يقارب 30بالمائة من الرجال الذين يزورون العيادة الجنسية إنما يفعلون ذلك بسبب سرعة القذف.

د- السلس البولي: الفقدان اللاإرادي للبول

هـ-القذف المؤجل: EJACVLATIOM DIFFEREE: هو دليل على البنية العضامية و القيقة أن مقاومة القذف و تأخيره لتعكس صراعا لا واعيا تتوافق بطريقة تفكير و بسلوك معين في الحياة اليومية لهذا المريض .

(جاك واينبرغ، ترجمة محمد أحمد نابلسي، بدون طبعة،1989، 125-136)

3-3-الصحة الجنسية: يعود عمل منظمة الصحة العالمية في مجال الصحة الجنسية إلى عام 1974 على الأقل و في اجتماع عقدته المنظمة في جنيف أدت المداولات بين المهنيين ذوي الخبرة في مجال الحياة الجنسية إلى وضع تقرير تقني بشأن تدريب المهنيين الصحيين على التثقيف و العلاج في مجال الحياة الجنسية للإنسان وعرف هذا التقرير الصحة الجنسية على النحو التالي: تكامل الجوانب الجسدية والانفعالية والفكرية والاجتماعية للكائن الجنسي ، على نحو يثري الشخصية و التواصل و الحب و يعززها بإيجابية وبعد مرور عشرون عاما أدرجت الصحة الجنسية في التعريف الموضح للصحة الإنجابية في تقرير المؤتمر الدولي للسكان و التنمية لعام 1994 ،الصحة الإنجابية هي حالة من اكتمال العافية البدنية و النفسية و الاجتماعية لا مجرد انعدام المرض أو العجز في كل الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه و عملياته و إقرار بالحاجة إلى تعريف الصحة الجنسية على نحو أكثر وضوحا ، دعت منظمة الصحة العالمية مجموعة من الخبراء العالميين لتولي هذه المهمة في عام 2002 و من ضمن التعريفات العملية لمنظمة الصحة العالمية: ما يلي "الصحة الجنسية" هي حالة من العافية البدنية والانفعالية والنفسية والاجتماعية المتعلقة بالحياة الجنسية لمجرد انعدام المرض أو الخلل أو العجز و تتطلب الصحة الجنسية نهجا ايجابيا و محترما للحياة الجنسية و العلاقات الجنسية بالإضافة إلى إمكانية الحصول على تجارب جنسية ممتعة و أمنة و بدون إكراه و تمييز و عنف و من أجل التمتع بالصحة الجنسية و الحفاظ عليها ينبغي احترام الحقوق الجنسية لجميع الأشخاص و حمايتها و تحقيقها.

(منظمة الصحة العالمية، بدون طبعة ، 2017، ص 03)

3-4-المشاكل الجنسية الشائعة: يعاني الزوجان من هموم أو مشاكل جنسية متعددة خلال حياتهم و قد تتكون هذه المشاكل نتيجة تراكمات نفسية أو قلق أو عمل مضني:

- تراجع أو انعدام الرغبة الجنسية
- اختلاف مستوى الرغبة الجنسية بين الزوجين
- الشعور بالانزعاج أو القلق من ممارسة الجنس
- عدم القدرة على الشعور بالرغبة الجنسية أو عدم القدرة على المحافظة على هذه الرغبة
- عدم القدرة على الانتصاب عند الرجل
- سرعة القذف عند الرجال بمعنى أن يحدث القذف بعد – دقائق من بدء الممارسة الجنسية
- تراجع أو انعدام حصول النشوة الجنسية عند الرجل أو المرأة
- الشعور بالألم أثناء الممارسة الجنسية عند النساء
- الشعور بالألم نتيجة طول وقت الانتصاب عند الذكر .

3-5-أخطاء العلاقة الجنسية:

- لا للكذب في العلاقة الحميمة، عدم تزييف المشاعر و الخداع مثلا: الشعور بالتعب و الإرهاق تقولي بأنك تشعرين بالرضي
- لا للحديث عن رجال آخرين سواء كان زوجك أو خطيبك أو ممثلك المفضل
- لا للإهمال الزوج و تفضيل الأطفال لا تهتمي كثيرا بالأطفال و تمهلي الزوج الرجل يصب طفلا صغيرا في وجود الأطفال
- لا تعامليه كصديقك

-لا تتبولي أمام الشريك مهما كنت مرتاحة في علاقتك مع الشريك لا تتركي باب حمامك مفتوحا أمامه لأي سبب سواء التبول أو نزع الشعر غير المرغوب فيه أو حتى وضع الرموش

- سريرك حديقة حيوانات محشوة بالقطن فمن اللطيف أن يكون لديك دببد على سريرك ولكن حديقة حيوانات كاملة ستجل الحياة على سريرك تبدو مزعجة و محبطة
- قضاء وقت الفراغ أمام جهاز التلفاز وفقا لدراسة ايطالية تبين أن الأزواج الذين يمتلكون جهاز تلفاز في غرفة النوم يمارسون الجنس أقل بالنصف تقريبا من الأزواج الذين ليمتلكون جاز تلفاز

– استخدام الجنس للحصول على أشياء أخرى فالعديد من النساء يستخدمن الجنس قبل إخبار أزواجهن الأخبار السيئة مثلا استعمال مصروف البيت لشراء حقيبة يد جلدية جديدة أو للحصول على شيء ما، كذلك الحال بالنسبة لاستخدام الجنس كعقاب أو جائزة للرجال.

(كريمة البهجوري، 2010 ، ط1، ص 223-224- 225)

3-6-مشكلة التهيج الجنسي: لم نفسر إلى الآن من أين يأتي التوتر الجنسي الذي يصاحب اللذة عند إشباع المناطق الشهرية و ماذا يمكن أن تكون طبيعته و أول فرض يمثل للذهن أن هذا التوتر ناجم على نحو ما عن اللذة عينها على أنه من المحال القبول به لأنه لا يظهر أي توتر على الإطلاق بل أن كل أثر للتوتر يزول عند بلوغ اللذة العظمى المرتبطة بإفراغ المنتجات التناسلية و هذا يسلمنا إلى افتراض بأن اللذة و التوتر الجنسي لا يرتبطان فيما بينهما إلا بصورة غير مباشرة

- دور المنتجات الجنسية على أن إفراغ المنتجات التناسلية يضع في العادة حدا للتهيج الجنسي فثمة قرائن أخرى يتيح لنا أن نقيم صلة بين التوتر و المنتجات التناسلية فهي حالة من يحيا حياة عفيفة يفرج الجهاز التناسلي عن نفسه على فترات متفاوتة لا تخلو من الانتظام ففي السل يحدث تفريغ مصحوب بإحساس من اللذة في أثناء هلوسة الحلم التي تمثل فعلا جنسيا حيث أن تهيج المناطق الشهوية يؤدي إلى زيادة التوتر الجنسي فهذه واقعة لا سبيل لتفسيرها في هذه الحال ما لم نسلم بأن بهذه المناطق الشهوية ترتبط بالمراكز بروابط تشريحية سابقة الوجود.
- إن ما يثبت أن التهيج الجنسي مستقل إلى حد لا يستهان به عن تشكيل المنتجات التناسلية ، على التجارب التي أجريت على الذكور الذين يحافظون أحيانا على الليبي دو كاملا غير منقوص رغم عملية خصائهم كما أن تجارب استئصال الغدد التناسلية (المبيض و الخصيتين) لدى الحيوانات و زرع أعضاء مماثلة جديدة لدى الفقاريات لقد سلطت الضوء على أصل التهيج الجنسي: كيف ينشا التهيج الجنسي عن تنبيه المناطق الشهوية المسبوق بتوتر في الجهاز المركزي و ما مضاعفات التنبيهات السمية و الفيزيولوجية الخالصة التي تنجم عن هذه العمليات و حسبنا أن نتخلص من مثل هذا التصور فكرة تولد مواد معينة من نوع خاص عند الأيض الجنسي ذالك أن هذه النظرية التي قد تبدأ و للوهلة الأولى تعسفية تتركز إلى واقعة عظيمة الأهمية فما يمكن إرجاعه من الاعصبة إلى اضطرابات الحياة الجنسية يتم عن شبه سريري عظيم بظاهرات التسمم و بحالة الحاجة التي يولدها التناول المألوف لبض السموم المولدة للذة .

(سيغم وند فرويد، ترجمة جورج طرابيشي، 1981/1/1،ط1 ، ص 86- 87-88 - 89- 90)

خلاصة:

للسلوكيات الصحية تأثير بالغ على حياة الفرد من جوانب عدة حيث أن عواملها تزيد من تنظيم و تبيان نهج سليم وصحي في حياة الأشخاص فجل ما إستخلصناه مما سبق هو أن للتربية الجنسية و السلوك الصحي وقع وأثر شديد الأهمية حيث أن عامل الصحة لا يقتصر على مجال محدد و يدخل أيضا في الحياة الجنسية للشخص و يتبع خطواته من الطفولة حتى سن العجز إضافة إلى معالجة الاضطرابات الجنسية وكذا المشاكل الجنسية وغيرها للتوصل إلى مفهوم الصحة الجنسية وإتباع نضام سلوك جنسي صحي وقائي سليم.

الفصل الرابع:

السلوك الجنسي الآمن

تمهيد

1: علم الجنس

1- تاريخ العلاقات الجنسية

2- طبيعة الدافع الجنسي

3- سيكولوجيا الجنس

4- بيولوجيا الجنس

5- فيزيولوجيا الجنس

2-السلوك الجنسي الآمن:

1- تعريف السلوك الجنسي

2- تعريف السلوك الجنسي الآمن

3- تعريف الجنس الغير الآمن

4- وسائل ممارسة الجنس بطريقة آمنة

3: الأمراض الجنسية

1- تعريف الأمراض الجنسية

2- الأمراض التناسلية الناتجة عن الاتصال الجنسي الغير امن

3- أنواع الأمراض المنقولة جنسيا

4- الممرضات الرئيسة المسببة للعدوى المنقولة جنسيا و الأمراض التي تسببها

5- أسباب انتشار الأمراض الجنسية

6- برامج تعليم الجنس في المدارس

خلاصة

تمهيد:

إذا طرحنا مفهوم الجنس بوجه عام فهو يعتبر العلاقة الجنسية لدى الكثير من الناس في حين أنه هو الدراسة المنظمة العقلانية و ذالك بدراسة الخصائص البيولوجية و دراسة السلوك الجنسي العام فيذكر في تاريخ العلاقات الجنسية أن الإنسان الأول لم تكن لديه مبادئ و لا قوانين جنسية تنظم طبيعة الدافع الجنسي لديه و سيكولوجيته و بيولوجيته إضافة إلى أن السلوك الجنسي بوجه العموم و الآمن و الغير امن بوجه الخصوص يكتسبه الفرد نتيجة خبراته الشخصية و أثناء تفاعله مع الآخرين فالسلوك الجنسي الآمن يعتبر كل ممارسة جنسية تتخذ إجراءات وقائية صحية تجنب الوقوع أو الإصابة بالأمراض التناسلية الجنسية و هذا ما سنتطرق إليه في فصلنا هذا الذي يربط بين السلوك الجنسي الآمن و المعتقدات الصحية.

1: علم الجنس

1-1- تاريخ العلاقات الجنسية:

لا نعرف على وجه التأكيد طبيعة العلاقات الجنسية لإنسان الأول ولكن من المرجح أنه لم يكن يهتم بما نعرفه اليوم بالزواج ولا حتى بالإخلاص و الوفاء و يعتقد عالم السلالات باتشوفين batchofen أن الإنسان الأول كان يشيع غريزة طبيعية مثل الحيوان دون روابط دائمة مع أنثى معينة و يجب أن نضع في الاعتبار أن أحدا لم يكن يعلم آنذاك، العلاقة بين الفعل الجنسي و إنجاب الأطفال ، كان الذكر القوي و هو أكثر الصيادين نجاحا يحتكر أجمل إناث القبيلة ،ب الضبط كما كان يسح له بأن يختار أفضل قطع اللحم ولكن لم يكن ذلك يتم كل يوم حيث أن هناك الكثير من الصيادين المهرة في القبيلة فالحظوظ تتفاوت بالنسبة للرجل و المرأة و في تبادل الشركاء من يوم لأخر و افترض الإنسان الأول أن الأطفال يأتون عن طريق السحر وبعض الفضل الآلهة و لذا شاعت عبارة أن الأطفال هبة من الله و مازال سكان استراليا الأصليين لا يرون حتى الآن علاقة بين المعاشرة الجنسية و إنجاب الأطفال ،تعتبر الغيرة الجنسية قضية مسلم بها في مجتمعنا اليوم و نجد من الصعب أن نفهم كيف استطاع الإنسان البدائي التحرر منا و مع ذلك فمازال الاسكيمو يمارسون عادة إعارة زوجاتهم إلى الضيوف و بعض القبائل من سكان أستراليا الأصليين يمارسون عادة تبادل الزوجات فيما بينهم.حيث تعتبر قضية اجتماعية بالرغم من أننا قد لانرى العلاقة من أول نظرة و قد أدرك علماء الحيوان في السنوات الأخيرة أن الجنس عند الحيوان هو جزء من الحافز الاجتماعي المتعلق بالمكان فأقوى فرد في قبيلة القرود يستاء من أية محاولة لسرقة أنثاه ،لأن في ذلك تعد لسلطته الاجتماعية و ليس لأن يثير غيرته الجنسية، و حين كان البشر البدائيين كانوا أيضا واقعي فهم يختطفون ما يمكنهم الحصول عليه أقرب امرأة مثلا و يسعدون في الحصول عليها، حيث برزت فكرة الملك أو القائد بالتدريج و اختراع الإنسان الآلهة – رهبة أو رجاءا ثم عين الكهنة لخدمتها و هكذا تحولت العلاقات القبلية من علاقات دافئة وودية تتقاسم طعامها و نساءها إلى مجتمعات مقسمة إلى طبقات و أصبح القادة فخورين بواقعهم حذرين ممن يتحدونهم و أصبحت إناثهم ملكا لهم : من الصعب أن نتخيل الحالة العقلية لإنسان البدائي فلم يكن لديه علوم و فنون و حين تكون الطبيعة خبيرة معم لم يكن لديهم ما يفعلونه سوى ملء عقولهم بالمعارك و الأعمال الفذة للبطولة و الثأر للاهانة التي تلحق بهم.

وهكذا جاءت الخطوة الكبيرة الثانية في تقدم الجنس البشري الخطوة الأولى كانت في البداية قبل مليون في السنة حين استطاع الإنسان الأول أن يتعلم استخدام قطع العظم كأدوات للدفاع عن نفسه و للصيد مما

أدى إلى اختراع الأدوات وبدء عصر البشرية الحقيقي هنا تلفت نظرنا ملاحظة مهمة هذه الشعوب التي كانت مسؤلة عن مولد العلوم والرياضيات كانت أول الشعوب التي اعتبرت اللواط قضية مسلما بها اليونانيون على سبيل المثال كانوا يعتبرونه أمرا طبيعيا، أن يكون للجل المتزوج رفيقا من الغلمان يهتم به حتى أكثر من زوجته كان الهدف من الزواج أن ذاك هو إنجاب الأطفال أما من ناحية أخرى كانت الفتاة أقل حظا فقد كان يتوقع من الفتاة أن تحافظ على عذريتها حتى الزواج ثم تكون بعد ذلك مخلصة تماما لزوجها كما نلاحظ أن هذه الحضارات الأولى التي أنتجت الفلسفة و الأدب كانت تنظر إلى الانحرافات الجنسية كأمر طبيعي فاليونانيون لم يعتبروها انحرافات، لم يصل الأمر عند المصريين القدماء و العرب إلى هذه الدرجة في قبول اللواط لكنه كان موجودا و يعتبر أمرا مفروغا منه حين نأتي لروما القديمة فإننا ندخل في جو أكثر حداثة فالمثال اليوناني للحب الروحي السامي قد اختفى و أصبت كلمة حب تعني الرغبة الجنسية و الشعراء و الرومان– هوراس و اوفيد و آخرون راو في الحب نشوة و تعذيب و الدين الروماني كان ذا علاقة وثيقة بالجنس و رمز القضيب المنتصب كان حاضرا في معظم الرسومات الرومانية و كانت ممارسة الجنس مع الحيوان منتشرة و تعد أمرا عاديا، لكن الأمر الطريف في كل هذه الحضارات القديمة أن الزواج كان يعتبر أمرا مقدسا و كان الهدف منه أن يستمر وجود الجنس البشري، من ناحية أخرى كانت الدعارة مقبولة من كل الحضارات القديمة، اليونان و الرومان حتى العبرانيون كانت لديهم عاهرات المعابد بمعنى كاهنات يقدمن أنفسن لطالب المتعة مقابل نقود للآلهة و المعابد، فالجنس ينقسم إلى قسمين المتعة و الإنجاب ،العشيقة ، والزوجة ، الجنس المنحرف و الجنس العادي و كلها متصلة بعضها ببعض ثم جاءت الثورة الجنسية التي أوجدتها المسيحية فالإنسان البدائي سواء عاش في مصر أو اليونان أو المكسيك اعتبر القضيب مقدسا و المعابد القديمة مملوءة بالرموز القضيبية لم يعد الجنس وسيلة لزيادة النسل فقط ولدى النساء اليوم حرية أكثر من نساء اليونان أو روما القديمة حيث أنهن متعلمات بشكل أفضل.

(كولون ولسون،ترجمة أحمد عمر شاهين، بدون طبعة، ص 14– 17)

1-2- طبيعة الدافع الجنسي:

الدافع الجنسي الخام cervidé sex – drive هو حاجة بيولوجية تمثل الغريزة instinct ومشروط بتغيرات كيميائية ضمن العضوية و يعتمد الحافز verge على إفرازات داخلية و هدفه هو التخلص من توتر فيزيائي و يتم تفعيل التنبيهات الدخيلة بالتغيرات الكيميائية التي تنزع إلى إحداث تفريغ dis chargeأو إطلاق release تمكن مقارنته بالاطراح تلك هي طبيعة الدافع الجنسي الخام و لقد سبق للسيكولوجي

الألماني هرميك أن وصف المشاعر على نحو ملائم بأنها الجانب الانوي من الإحساسات ذلك أنه ليس للسيكولوجيين أو المحللين النفسانيين ما يتعدى وصف و تصنيف المشاعر و الإحساسات فيما يتعلق ببحث الدافع الجنسي الخام فهذا الدافع تعبير عن حافز بيولوجي هو في شكله الأصلي بدئي و أولي شأن الجوع أو الحاجة لاطراح و طبيعة هذا الحافز في الأصل ليست أكثر تعقيدا من هذه الغرائز و هو نزوة خام و لا يبدأ التعقيد السيكولوجي إلا بعد أن يتضافر الدافع الجنسي أو يتعارض مع دوافع الأنا – ego drives . تلك الحوافز الأقدم لدى الفرد و نحن عندما نفكر بالدافع الجنسي أو نكلم عنه نأخذ كمسلمة ماهو في الحقيقة صلة غير مبررة بين حافزه الداخلي و التنبيه الذي يتلقاه من الموضوع الخارجي انه لمن مصلحة الوضوح السيكولوجي أن نستطيع التفريغ بين حالة الحافز الجنسي العام و حالة الرغبة بموضوع جنسي محدد و أن أقترح لإيضاح هذا الفارق التمييز بين هاتين الحالتين بأن نطلق على الأول اسم " الاحتياج" و على الأخر اسم "الرغبة" فالشخص المحتاج يستشعر ضغطا جنسيا قويا دون أن يتخيل موضوعا محددا أما الرغبة فتدل على تمني الاتصال الجنسي مع شخص محدد و يمكن مقارنة هذا الفارق بين شخص جائع جدا يشتر لأي طعام، و أخر يختار شرائح اللحم ليتناولها بكل هدوء و بالطبع فان هناك انتقالات ممكنة من حالة أولى إلى حالة ثانية، دعونا نتصور اللحظة أن الاتصال الجنسي فعل ينجز دون تمييز بين الأشخاص كإجراء صحي محض أو كفرصة للتخلص من توتر فيزيائي أن مثل هذا التصور يكون مستحيلا لدى المثقفين في هذه الحالة يكون الاتصال الجنسي محل إشباع خالي من المتعة ليس فيه المتعة أكثر من قذف يزيل التوتر الفيزيائي في بعض الأحيان توفر الحياة ذاتها شروطا قريبة من تلك التي نود توفرها في الاختيارات السيكولوجية و على سبيل المثال فقد نقلت سيدة شابة التجربة التالية أثناء التحليل النفساني في إحدى أمسيات الصيف الحارة و حين كانت في مزاج قلق و هو مزاج يكون قبل الطمث ذهبت إلى السينما كان الفلم قد بدأ و في الظلمة جلست في أول مقعد حتى شعرت بيد رجل تداعب باطن ذراعها العاري و بالطبع غيرت المكان لكنها شعرت بتهيج جنسي متعدد مع أنها لم ترى الرجل و بما أن الدافع الجنسي البشري يظهر للمراقب السيكولوجي في هيئة معقدة مسبقا فإن من العبث أن تتوقع من معطيات الاستبيانات ما يمكن أن يسعفنا حيث أن الدافع الخام هو ذاته بالطبع و لكن تظاهر أنه خضع لكثير من التغيرات و قد كان الدافع الجنسي طابع دوري صرف مقتصرا على فصول الحر و هكذا فإن الجنس كان له في الأصل طابع العراك و كان يتم فيه اغتصاب المرأة أكثر من معانقتها،نحن لم نعد نأكل مثل إنسان كروما نيون لسنا من أكلة لحوم البشر لا نأكل الجذور من الأرض كما في القديم و لقد تغيرت شهية الإنسان للطعام من شدتها وهكذا ما حصل لشهيته الجنسية .

(ثيودور رابك،ترجمة ثائر ديب، ط 1،1992، ص 19- 24)

1-3-سيكولوجيا الجنس:

الدارسة المقارنة بين المرأة و الرجل لما شرع علماء النفس في تطبيق الحقائق التي وصلوا إليها في دراساتهم المختلفة اعترضتهم صعوبة جديدة و هي وجود فوارق بين الأشخاص حتى بين الذين يعيشون في بيئة واحدة و من أبرز عوامل التفرقة هي العامل الجنسي و بصدد وضع الفوارق الجنسية يوجد تياران متطرفان في الرأي ففريق يؤكد أن الاختلافات التي نشاهدها في المجتمع بين الرجل و المرأة و فريق أخر يقول أن الطبيعة البشرية تمتاز بالمرونة ولنضرب مثلا لبعض الدراسات المقارنة التي تتناول نسب توزيع الذكاء بين الذكور والإناث فقد دلت بعض البحوث على أن مدى توزيع درجات الذكاء أوسع في الذكور من عند النساء أما بالنسبة للخصائص الجسمية لسنا في حاجة لأن نثبت وجود فوارق جسمية بين الجنسين فان الاختلافات القائمة بينهما واضحة، هناك اختلافات أدق من حيث الوظائف الفسيولوجية و التركيب الكيميائي للسوائل العضوية أما فيما يخص في طول القامة فالنمو يسير وفقا لسير النمو في وزن الجسم وكذلك نجد الصبي يفوق البنت من حيث القوة العضلية أما فيما يخص بسرعة النمو و السير نحو اكتمال النضج نلاحظ أن البنت تفوق الصبي في هذا المجال و هناك إخلاف واضح بين الجنسين من حيث التعرض للأمراض و من حيث القدرة على مقاومة أسباب الموت أما بالنسبة للوظائف الحسية و الحركية تكاد تكون محاولة بين الجنسين و تفوق المرأة الرجل في القدرة على تمييز الألوان و درجات الألوان أما بالنسبة للقدرة اللفظية و اللغوية دائما نجد البنات تتفوق على البنين أما فيما يختص بالقدرة على التذكر فالفرق بين الجنسين ضئيل .

(يوسف مراد، ط2، 1119، ص 14- 33)

1-3-1-الأعضاء التناسلية عند الرجل و المرأة:

أ-**الأعضاء التناسلية عند الرجل:** يوجد السائل المنوي في الخصيتين و هما عضوان بيضوي الشكل يوجدان في كيس يسمى (الصفن) و ينتقل السائل المنوي من الخصيتين بواسطة القناتين الناقلتين إلى الحويصلتين حيث يبقى هناك حتى موعد استعماله.

رسم تخطيطي:



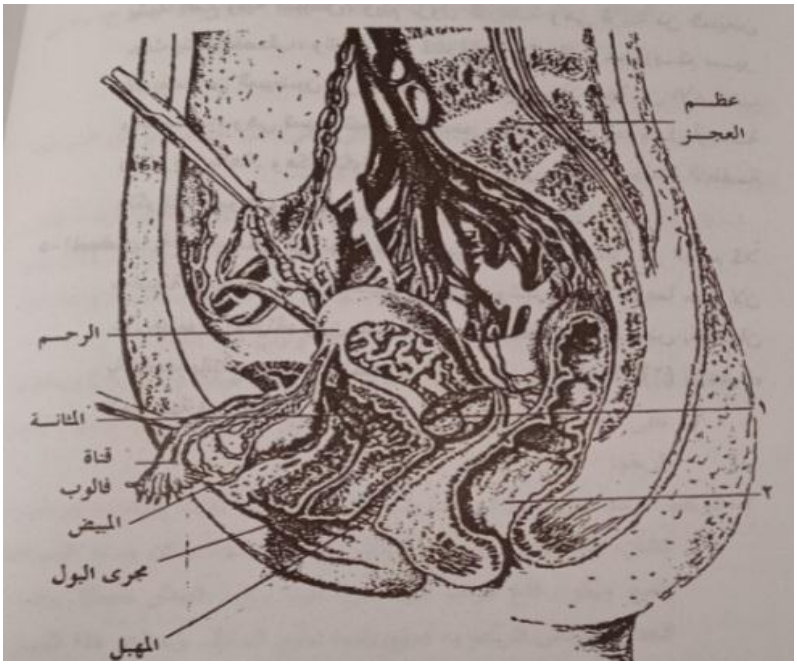
الشكل رقم 05: الأعضاء الحويضية في الذكر

(رشاد عبد العزيز موسى، ط 1، 2008، ص 37)

وعند حدوث الاتصال الجنسي وتحت تأثير الاحتكاك يترك السائل المنوي الحويصلتين بواسطة قنوات الإفراز إلى قناة أخرى هي مجرى البول التي تقذف به إلى الخارج و العضو الذي ترافقه قناة البول حتى أخره يسمى (القضيب) وهو الذي يحمل السائل المنوي و يدفع به إلى ملاقاة البويضة وهو مملوء بالأجسام التجويفية و فيه النسيج الأسفنجي الذي ينتفخ باندفاع الدم إليه و ينتهي القضيب بقطة لحمة تسمى (الحشفة) في مغطاة بثنية من الجلد تدعى (الغلفة) وقد جرت العادة عند الشرقيين باستئصالها وهي من حيث الطب ذات فائدة صحية هذا بالإضافة إلى أنها تزيد من اللذة والاحتكاك و يضاف إلى هذا الجهاز التناسلي بعض الغدد التي تفرز سوائل عدة مهمتها تشحيم قناة مجرى البول أو تسهيل إفراز السائل المنوي و دفعه للخارج.

ب-الأعضاء التناسلية عند المرأة: يتألف جهاز المرأة التناسلي من العانة و تسمى(جبل الزهرة) وهو في أسفل البطن و الموضع الذي ينبت فيه الشعر وقت البلوغ ثم الشفرتان الكبيرتان و هما ثنيتان جلديتان تمتدان من الخط الفاصل للأعضاء الداخلية في الجهاز حتى الزهرة، و هما بحكم وضعهما يحميان أعضاء الجهاز الداخلية و داخل الشفرتين الكبيرتين يوجد شفرتان صغيرتان أقل صلابة من الشفرتين الكبيرتين يطوقان مدخل الجهاز التناسلي و يأتي بعد ذلك (البظر) الذي يقع في النهاية الخلفية للشفرتين الكبيرتين و يشبه القضيب عند الرجل و هو مركز الحساسية عند المرأة و يختلف عن القضيب بصغر حجمه و خلوه من أي قناة

رسم تخطيطي:



الشكل رقم 06: الأعضاء الحويضية في الأنثى

(رشاد عبد العزيز موسى، ط 1، 2008، ص 42)

ويتألف الجهاز من قناة تسمى المهبل لها فتحة تقع في أسفل الجهاز ويتجه المهبل حتى عنق الرحم وطوله يتراوح بين وسنتمترات وبواسطة المهبل دماء الطمث (الحيض) وهو الذي يستقبل القضيب عند الجماع و عن طريق المهبل يخرج الطفل عند الولادة و في نهايته يقع الرحم وهو عضو أجوف مركزه في الحوض و فيه تنمو البويضة عند حدوث التلقيح و لذا نراه يكبر من الجنين وتمتد من أعلى الرحم قناة تدخل بواسطتها الحيوانات المنوية لتلقيح البويضة ويجب أن يعلم القارئ أن أعمال هذه الأعضاء التناسلية كلها خارجة عن الإرادة ثم هناك ثديان وهما عضوا التغذية لدى الطفل ويجب اعتبارهما من الأعضاء المتممة للجهاز التناسلي للمرأة نظرا لما لها من تأثير كبير لإثارة الرغبة الجنسية و تأجيج الرغبة لمجرد لمس حلمتي الثديين و أثناء الجماع بين الذكر والأنثى.

(مجموعة من الأطباء و علماء النفس، بدون طبعة، 2010/2/5، ص 11-12- 13-14)

1-4-بيولوجيا الجنس:

كان كل شيء سهلا في النضريات الباكرة لعلم الجنس فالهدف الطبيعي و الوحيد للحياة الجنسية التي زودتنا بها طبيعة، استمرار النوع و لأجل ذلك يبتلى الناس و كذلك الحيوانات بالغريزة الجنسية و الحاجات الجنسية و إن كمية الطاقة الجنسية عند الفرد محدودة و كلما بدأت الحياة الجنسية باكرا و كانت أكثر توترا كلما انتهت باكرا بالعنانة فبالنسبة لعلم الجنس البيولوجي المعاصر فانه يضع أمثلة أكثر

ملموسة، ماهي الآليات الفيزيولجية النفسية للتهيج الجنسية ? و على ماذا يتوقف مستوى رد الفعل الجنسي عند الذكر و الانثى ? ، ماهية الإشارات الصوتية و الكيماوية و غيرها التي تثير عند الإنسان و الحب أن الرغبة في شريك جنسي معين في بحوث متعددة على القدرة من نوع (ألسامري) على حيوانات أخرى وجد العالم الأمريكي ولماك لين و مساعدوه بأن تنبيه بعض أقسام الدماغ بسبب ردود أفعال جنسية مختلفة أحيانا النهوض و أحيانا الدفق و في حالة ثالثة الاستمناء و يؤدي التنبيه الكهربائي للفص الجبهي من دماغ الإنسان إلى حدوث أحاسيس شبقية شبيهة بالايغاف و من الطريف كذلك أن المراكز العصبية المنظمة لردود الفعل الفموية مرتبطة بشكل وثيق مع المراكز المشرفة على ردود الفعل التناسلية، حيث أن تشمع و لحس المنطقة التناسلية هما جزء من طقوس التعارف و التحية عند أغلب الحيوانات و يربط الفيزيولوجيين هذا بتأثير الفيرمونات و هي عبارة عن مواد ذات رائحة تفرز من الأعضاء التناسلية وان وجود هذه الفيرمونات عند الإنسان مازال افتراضيا حيث تدخل محلها إحساسات بصرية مع أن بعض الروائح تبدي تأثيرات شبقية لا تربط ردود الفعل الجنسية المنعزلة فيزيولوجا عصبيا مع بعضها البعض فقط، بل ومع ردود فعل أخرى قد حقن ألان فيشه دماغ الجزء المذكر بهرمون التستسرون متوقعا حدوث سلوك عدواني و تهيج جنسي ولكن الذكر أبدى غريزة أمومة بدل أن يمارس الجماع وأوضحت انجازات الفيزيولوجيا العصبية بشكل جلي عدم إمكانية التفسير الوحيد السبب للجنس حيث أن مقارنة مستوى النشاط الجنسي تواتر الاتصالات الجنسية وغيرها من الاهتمامات الشبقية عند بعض المجموعات من الرجال الشباب مع كمية هرمون التستيرون في المصور(البلازما) الدموية لم تسفر عن وجود ارتباطات هامة وإن التباين في مستويات التستيرون الموجود ضمن الحدود الطبيبعية لايفسر الاختلافات في مستوى النشاط الجنسي و الاهتمامات الشبقية وكشفت مقارنات ديناميكية السلوك الجنسي مع كمية من التستيرون عند من الازواج ،خلال تلاقي دورات طمثية عند وجود ارتباطات متبادلة أكثر دقة و تعقيدا ايضا على ما يبدو يمكن للعوامل الهرمونية أن تكون حاسمة لأجل نشوء بعض ردود الفعل الجنسية المنعزلة من النوع الانعكاسي وبإفصاح من علماء النفس فان ردود الفعل الجنسية هي عبارة عن استجابات جنسية بيولوجية وفيزيولوجية نفسية يمكن تسجيلها بوسائل فيزيولوجية موضوعية

(إ- س. كون- ترجمة منير شحوذ، ط1، 1992،ص 73- 88)

1-5-فزيولوجيا الجنس PHYSIOLOGIEDU SEXE:يقسم العلماء فيزيولوجيا الجنس، آلية الجماع الى أربع مراحل أساسية هي: مرحلة التهيج الجنسي، مرحلة الهضبة، مرحلة الشبق، ومرحلة التصريف

1-5-1-مرحلة التهيج الجنسي EXCITEMEMT PHASE: تبدأ هذه المرحلة في القشرة المخية و ذلك عندما يفكر الشخص بالجنس، و بالطبع فان وجود الشريك أو الشريكة المناسبة يسرع من اليات تطور العمليات المختلفة من هذه المرحلة و باختصار شديد في الذكر يزداد ورود الدم في الأنسجة الكهفية للقضيب فتنتفخ جيوبه الوريدية بالدم وينتصب القضيب و تتصلب بنيته، و يزداد حجم الخصيتين لزيادة ورود الدم إليهما أيضا و ترتفع الخصيتان إلى الأعلى كنتيجة مباشرة لقصر الحبل المنوي أما في الأنثى فيزداد وورود الدم إلى المهبل، و زيادة وورود الدم إلى المهبل تسبب احتقان وعائي ينتج عنه إفرازات مهبلية غزيرة تسهل وجود طريق زلق لدخول القضيب ويزداد وورود الدم في البظر CLITORIS وإلى شفرتي الفرج فتمتلئ أوعيتهما الدموية ويحقنان بالدم و يزداد حجمهما وتتصلب حلمة الثدي و تنتصب و في كلا الجنسين يزداد معدل خفقان القلب و يزداد معدل ضغط الدم و يساهم في الوصول إلى قمة هذه المرحلة من التهيج الجنسي التحضير الذهني الجيد و المداعبات والملامسات الجسدية مع الشريك، ويتم تنظيم هذه المرحلة والإشراف على آلياتها من قبل الجهاز العصبي الذاتي وتعصيبه للأعضاء التناسلية المختلفة.

1-5-2- مرحلة الهضبة PLATEAU PHASE: وفي أثناء هذه الرحلة تزداد كثافة التهيج الجنسي مع استمرار وجود المشاعر الجنسية المتنامية، و يزداد الاحتقان في الأعضاء التناسلية و يزداد التوتر في العضلات MYOTONIA و يرتفع الضغط الدموي أكثر من ذي قبل و يرتفع أيضا كل من معدل التنفس و معدل خفقان القلب و في الانثي يتم توسع الثلثين الأماميين من المهبل كما يستطيل المهبل قليلا، و لكن الثلث الأخير من المهبل يضيق، أما في الذكر فيصل حجم القضيب إلى أقصى حد له.

1-5-3- مرحلة الشبق ORGASM PHASE: في أثناء الجماع يتم إيلاج القضيب في المهبل و يتم تتابع عملية الإيلاج و الانسحاب بحركات إيقاعية يزيد من درجة احتكاك حشفة القضيب مع جدران المهبل الأمر الذي يصل بعملية التهيج الجنسي إلى ذروة توهجها و يتوجها حدوث الشبق حيث تبلغ النشوة الجنسية ذروتها و يزول التوتر الجنسي فجأة و في الفكر يحدث الشبق لحضة انقباض القنوات الناقلة للسائل المنوي و لحظة تدفق هذا السائل في مهبل الأنثى و هي فترة تمتد لبضع ثواني، وفي أثناء الشبق يتضاعف كل من عدد مرات التنفس و معدل خفقان القلب كما يصل ضغط الدم إلى أعلى قيمه الطبيعة له، و في المرأة يحدث الشبقORGASM بطريقة مماثلة لما يحدث عند الرجل إذ تحدث انقباضات إيقاعية في جدار المهبل ولاسيما العضلة العانية العصعصية PUDCCOCCYGEVS و كذلك عضلات الرحم والقناة الرحمية و كما في الحال عند الرجل يرتفع معدل التنفس و معدل خفقان القلب و

ضغط الدم بشكل حاد و يشير علماء الجنس إلى أن تنبيه البظر يعتبر أحد مفاتيح وصول المرأة إلى حد الشبق كما دلت الأبحاث على أن الانقباضات العضلية عند المرأة في أثناء الجماع تساعد في نقل المني باتجاه الرحم.

1-5-4- مرحلة التصريف RESOWCTION PHASE: و في هذه المرحلة تتراجع الأعضاء المنتصبة و يزول التوتر العضلي و يعقب هذه الفترة فترة راحة إجبارية عند الذكر إذ يصعب عليه الدخول في مرحلة تهيج جنسي جديد، و تختلف فترة هذه الراحة اذ يمكن استجابة المرأة للدخول في تجربة جديدة لممارسة الجنسية تقود الى الشبق بشكل متكرر طالما هي لديها الرغبة في ذلك .

(خشاب سعاد ، 2011/2010، ص62 - 63)

2: السلوك الجنسي الآمنLADEFINICTIOD DU COMPORGEMENT SEXVEL:

2-1-تعريف السلوك الجنسي:

-هو الحركات و الاستجابات التي تمكن من الإخصاب وهذا يشمل التعريف القديم الناتج من ملاحظته أن هذه الحيوانات تنقسم إلى إناث و ذكور تتكاثر جنسيا و لكن التزاوج في الإنسان مبرمج مثل غيره من الحيوانات و يعتمد عنده على اكتفاء الفرد وهو هدف اجتماعي بغض النظر عن طبيعة وظيفة الإخصاب.

-أو هو كل تصرف أو إثارة تؤدي إلى استجابة تظل غامضة ولذلك فمن المستحسن الكلام عن السلوك الجنسي بدون إشارة عن معناه .

2-2- **تعريف السلوك الجنسي** الآمن **SEXUL** DEFINIDTION DUN COMPORTEMENT SECERISE: هو مجموع من الممارسات الجنسية التي من شأنها أن تحمي أو تحافظ على صحة الأزواج كاستخدام الواقي الجنسي، الانسحاب قبل القذف ، الخضوع للفحوصات و الاختبارات الدورية للتأكد من الخلو من الأمراض التناسلية للالتزام بشريك جنسي أحادي و التي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية الجنسية التي تنتج عن طريق ممارسة عملية جنسية و لممارسة الجنس الآمن و تجنب الإصابة بأمراض الاتصال الجنسي يجب:

-اللجوء إلى إجراء الفحوصات و الاختبارات للتأكد من أن الشريك لا يعاني من أية أمراض لأنه قد لا تظهر أية أعراض تنبئ بالإصابة.

-عدم ممارسة الاتصال الجنسي إذا كان الشريك الأخر يعالج من الأمراض التناسلية.

-غسيل الأعضاء التناسلية جيدا بالماء و الصابون مع التبول بعد ممارسة الاتصال الجنسي مباشرة فهذا يساعد على التخلص من أي عدوة قبل أن تصيب.

-تجنب استعمال العقاقير و الكحوليات لأنها تذهب بالعقل و تجعل الشخص لايفكر بل لايعي ما يقوم به من تصرفات .

(خشاب سعاد، 2011/2010، ص 74- 75)

2-3-تعريف الجنس الغير آمن RAPPORTS SEXUELSRON PROTEJES: يعرف الجنس الغير امن على أنه اتصال جنسي غير محمي بدون استخدام الواقي الذكري أو الأنثوي بشكل مستمر أو بصورة صحيحة، لذلك لا يمكن استخدام مصطلح الشرعية للجنس للدلالة إلى الجنس المحمي لأن العلاقة الشرعية ليست خالية من الخطورة.

(سعاد خشاب، 2011/2010، ص 74- 75- 78)

2-4-وسائل ممارسة الجنس بطريقة أمنة: طرق الحواجز الوقائية مفيدة جدا بالإضافة إلى منع الحمل فإنها وقاية من انتقال الأمراض المنقولة جنسيا أثناء الجماع:

2-4-1-الواقي الذكري: الواقي الذكري أو الووكوندوم أو المطاط أو البالون، يعد في نفس الوقت أيضا مع الواقي الأنثوي الوسيلة الوحيدة لتجنب كل من الحمل الغير مرغوب فيه، و انتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة(فيروس السيدا) و غيرها من الأمراض المنقولة جنسيا هو طريقة تسمى بالحاجز لأنه يمنع مرور الحيوانات المنوية داخل المهبل و هو عبارة عن غشاء من المطاط يتناسب مع القضيب عندما يكون منتصبا فالواقي يستعمل فقد لمرة واحدة و هو فعال جدا لتجنب حدوث الحمل و عدوى الأمراض المنقولة جنسيا و ذلك عندما يستعمل بشكل صحيح.

2-4-2-الواقي الأنثوي: هو عبارة كيس أو غشاء (عادة من البولي اليوريثي) على غرار الواقي الذكري و لكنه أكبر حجما و الذي يتم إدخاله في المهبل على غرار التمباكس يحمي من حدوث الحمل الغير مرغوب فيه و عدوى الأمراض المنقولة جنسيا و فيروس نقص المناعة المكتسبة(فيروس السيدا)، يتوفر على حلقتين مرنتين فالحلقة المغلقة التي تقع في الطرف الأقصى تصلح لوضع الواقي داخل المهبل و يثبت في الطرف العلوي له و الغشاء يتكيف مع جدران المهبل و الحلقة المفتوحة تحمي جزءا من الفرج، الواقي الأنثوي هو أقل انتشارا واستعمالا من الواقي الذكري و ذلك لارتفاع سعره و صعوبة استعماله.

(اتحاد جمعية الأسر UNAF،بدون طبعة ،2011، ص 35- 39)

2-4-3-الواقي الفموي PRESER VATIFORAL: يتم استخدامه مع الجنس الفموي و هو عبارة عن رقاقة من مادة "اللاتكس" يستعمل كعازل أمان للفم و قد تم اختبارها من قبل الهيئة الأمريكية للعقاقير و

ثبتت فعاليتها في منع انتقال العدوى بجزيئات الفيروسات إلى الفم نرى من خلال تعريفنا لهاته الواقيات ماهي إلا عازلات تعمل كوسيلة لمع الحمل و الوقاية من الأمراض التي تنتقل هن طريق الاتصال الجنسي بما فيها عدوى فيروس نقص المناعة الادامي (MINISTERE DES SOLIDARI TES DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE 2008) كما توجد بعض الطرق تجنب الشريكين تبادل سوائل الجسم، منها المني و إفرازات المهبل أثناء ممارسة الاتصال الجنسي أثبتت فعاليتها منها:

-الانسحاب قبل القذف RETRAITAVAT LE JA CULATION و هو من الوسائل الطبيعية لمنع تبادل سوائل الجسم للتعديل من انتقال العدوى.

2-4-4-الزواج الأحادي MONOJAMIEMIE:و هو من أكثر الوسائل أمانا للحفاظ على صحة الإنسان من التعرض لأية عدوى وأن يكون للشخص شريك واحد يمكنه السيطرة ان ذاك على أي مشاكل صحية قد تظهر.

(سعاد خشاب، 2011/2010، ص76 - 77)

2-4-5-مبيدات الحيوانات المنوية: هي عبارة عن مواد كيماوية توقف نشاط وتقتل الحيوانات المنوية والى حد ما فإنها أيضا تكون عازلا فوق عنق الرحم و ليس هناك دليل على أن مبيدات الحيوانات المنوية محتوية على "النون وكسيول" تعطي أي حماية ضد الإصابة بفيروس نقص المناعة الآدمي و أنواع العدوى الأخرى المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية فلا يوصى به باستخدام مبيدات الحيوانات المنوية للحماية ضد فيروس نقص المناعة الآدمي بدرجة كبيرة .

(فتيحة تركي و أوشا مالهوترا، ط 3، 2004،ص 192)

3- الأمراض الجنسية:

3-1-تعريف الأمراض الجنسية: هي الأمراض التي تنتقل من شخص لأخر من خلال علاقة جنسية محرمة مثل الزنا و الشذوذ الجنسي و يوجد أكثر من مرض جنسي تم اكتشافهم حتى الان في مختلف دول العالم و مازال هناك العديد من الأمراض الجنسية التي يتم الكشف عنها .

(عبد الخالق حسن يونس،1ط، 2004، ص 11)

-**مفهوم الأمراض الجنسية:** الأمراض الزهرية أو الجنسية الواقع أن هذا الاسم غير دقيق، فليست هذه الأمراض مرتبطة بالجنس في كل صوره بل هي مرتبطة بالزنا و اللواط و بقية العلاقات الجنسية الشاذة فالزواج لايؤدي مطلقا إلى أي نوع من الأمراض الجنسية طالما كانت العلاقة بين الزوجين فقط ولم يتدنس أحدهما بالزنا و اللواط أو غيره من العلاقات الجنسية الشاذة بغير حليله أو حليلته .

- وكذلك اسم الأمراض التناسلية اسم غير دقيق فهو غير متعلق بالتناسل في صورته النقية التي شرعها الله سبحانه و تعالى للبشر و هو الزواج فلا يوجد في الزواج مهما طالت مدته و مهما تعدد كأن يتزوج الرجل بأكثر من واحدة سواء طلق زوجته الأولى أم لم يطلقها فان الزواج لا يأتي مطلقا بأي مرض جنسي إلا إذا كان أحد الزوجين قد أصيب بذلك المرض من جراء الزنا أو اللواط من قبل الزواج أو بعده، و الاسم العلمي الذي سنبغي أن يطلق على هذه الأمراض هو(أمراض الزنا و اللواط)

(محمد علي البار، ط 2، 1986م، ص 25- 26)

3-2-الأمراض التناسلية الناتجة عن الاتصال الجنسي غير الآمن:

هناك أكثر من PM مرض (عامل مسبب للمرض) بكتيري و فيروسي و طفيلي تنتقل عن طريق الممارسة الجنسية، و على الرغم من أن الأمراض المنقولة جنسيا تنتقل في معظم الأحوال أثناء الجماع إلا أن السراية تحدث أيضا من الأم إلى الجنين أثناء فترة الحمل أو أثناء فترة ولادة الطفل، و عن طريق مشتقات الدم أو نقل الأنسجة و في بعض الأحيان من وسائل أخرى غير مرتبطة بممارسة الجنس و هذه الأمراض المنقولة جنسيا التي تشمل أيضا العدوى بفيروس العوز المناعي البشري و التي تؤدي إلى الإصابة بمرض الايدز و العدوى بفيروسه، أصبح ينظر إليها كمشكلة رئيسية من مشاكل الصحة العمومية و ذلك منذ سنوات عديدة و على الصعيد العالمي نجد أنه بالرغم من وجود العديد من أنماط انتقال فيروس الايدز إلى أن النمط الجنسي هو نمط السائد للسراية و من ثم يعتبر فيروس الايدز بمثابة مرض منقول جنسيا فعلى مدى السنوات قدمت الدراسة البيولوجية و الدراسات الخاصة بالوبائيات قرائن على أن الأمراض المنقولة جنسيا لدى الشخص تكون بمثابة عوامل معززة لاكتساب العدوى بفيروس الايدز و سرايته .

(جمعية الصحة العالمية التاسعة و الخمسون، الملحقة -18ايار/ مايو 2006، ص 82- 83)

3-3-أنواع الأمراض المنقولة جنسيا: تشهد نسبة انتشار الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي بفتحة الشرج ارتفاعا في العقدين الأخيرين ومن الأنواع الشائعة نجد مايلي:

3-3-1-داء السيلان GONORRHEA: جرثومة قادرة على إصابة الأعضاء الجنسية، تؤدي للحكة الم و جروح و إفرازات قيحية موضعية يصاب الرجل بالعدوى نتيجة للقيام بعلاقة جنسية شرجية أما النساء فقد تصبن بالعدوى الموضعية نتيجة للقيام أيضا بعلاقة جنسية عن طريق المهبل يتم تشخيص المرض عن طريق الزرع ومن المهم البقاء تحت الإشراف الطبي وذلك لمنع تكرار لإصابة بالعدوى معالجته في حال حدوثه لدر القرين و القرينة .

(سيد أحمد أمين، بدون طبعة،6 /2020/5 ، ص 3)

3-3-1-1-أعراضه عند الرجل: تعلم الأعراض بفترة زمنية تسمى مدة الحضانة تختلف حسب نوع المكروب المسبب فتبلغ 3 إلى 5 أيام فالسيلان الجونوكوكي وأسبوعا إلى أسبوعين في حالات الإصابة بالكلاميديا تبدأ الأعراض بالشعور بالألم أثناء التبول (حرقان) مع خروج إفراز مستمر من فتحة قناة مجرى البول و خلال اليوم الأول تكون كمية الإفراز قليلة مخاطية القوام ثم تزيد كميته اعتبارا من اليوم الثاني فيصبح غزيرا غليظ القوام ذا لون أصفر مائل للاخضرار و إذا لم تعالج الحالة تستمر الأعراض بنفس الشدة لمدة عشرة أيام ثم تبدأ في النقصان تدريجيا معديا لغيره بالرغم من قلة الأعراض التي يشعر بها و تسمى تلك المرحلة مرحلة الكمون.

3-3-2-أمراض السيلان عند المرأة: يصيب السيلان في المرأة قناة مجرى البول و عنق الرحم في البداية و من ثم ينتقل فيما بعد إلى باقي أجزاء الأعضاء التناسلية مثل قناة فالوب و غدد بار تولين تمثل الأعراض الأساسية في إفراز مهبلي أصغر اللون غليظ القوام و إفراز مماثل يخرج بصفة عادية عند معظم الإناث و تختلف بينهن كميته و طبيعته من حيث اللون و القوام و الرائحة .

(عبد الرحيم عبد الله، ط 1، 2009،ص 81- 82)

3-3-3-مرض الزهري LA SYPHILIS:

المكروب المسبب للمرض يعرف باسم تريبونيميا بالدم و هو من الميكروبات الخطيرة يصعب السيطرة عليه بسهولة و يحتاج إلى فترة طويلة للقضاء على البكتيريا المسببة للمرض و قد يتم الشفاء من المرض ثم يعاود الظهور مرة أخرى عند التعرض لظروف مرضية أو نفسية تقلل من مناعة الجسم.

3-3-3-1-أعراضه: أعراض الزهري قد تتشابه مع الأمراض الجنسية الأخرى لوجود الإصابة في أماكن حدوث العدوى نفسها ولكن ما يميز مرض الزهري هو وجود عرض يعرف بالشن كر يظهر في صورة قرحة واضحة المعلم على الأعضاء التناسلية الخارجية الذكرية للرجال و المهبلية للسيدات مما يتسبب في حدوث ألام شديدة في هذه الأماكن بمجرد حدوث لمس أو احتكاك لها.

3-4-هربس الأمراض التناسلية THERPESGE NITAL: هو أحد الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي و الذي يسبب قروح مؤلمة على الأعضاء التناسلية أو حولها و هذا المرض من نفس نوع الفيروس الذي يسبب قرح البرد أو يثور الحمى التي تظهر فوق الفم أو حوله و يمكن الإصابة بمرض الهر بس عن طريق ممارسة الجنس عن طريق الفم.

3-4-1-أعراضه: الشعور بوخز خفيف أو حكة في منطقة الأعضاء التناسلية لبضعة أيام تصل إلى أسبوع بعد ممارسة الجنس ثم تظهر مجموعة من البثور الصغيرة و من ثم تفجر هذه البثور لتصبح تقرحات مؤلمة و يمكن أن تستمر من أسبوعين أو أربعة أسابيع و بعدها الإصابة بالحمى و الصداع.

(خشاب سعاد، 2011/2010، ص 80- 81)

3-5-فيروس الايدز VIRUS DU SIDA: يسبب فيروس الايدز نقص المناعة الآدمية الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة(الايدز) وللشخ الذي يظهر نتيجة ايجابية لفيروس نقص المناعة الآدمية يصاب بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (الايدز)، المرحلة المتأخر من فيروس المناعة الآدمية بعد سنوات من الإصابة بالعدوى و تسبب ملازمة نقص المناعة المكتسبة الايدز فقدان وظيفة النظام المناعي حيث تصاب خلايا CD4 بالعدوى ويتم تدميرها مما يؤدي لاستسلام الجسم للأنواع المختلفة من العدوى(مثل الالتهاب الرئوي المسبب للتكيس الرئوي وداء المقوسات) و التي لاتشكل خطرا بصورة عامة للأشخاص العاديين اللذين يتمتعون بجهاز مناعي سليم يمكن لفيروس نقص المناعة الآدمية أن يمر مباشرة من شخص لأخر عن طريق الجنسية، نقل الدم و مشتقاته من الأم إلى الجنين واستخدام ابر و حقن ملوثة .

(فتيحة تركي و أوشا مالهوترا، ط 3،2004، ص 357)

3-5-1-أعراض الايدز: تضخم الغدد اللمفاوية وتعبا شديدا و حمى و فقدان الشهية و فقدان الوزن والإسهال و العرق الليلي و التهاب اللثة و قرح الفم و العلل الجلدية و تضخم الكبد والطحال أو كليهما فإذا صارت هذه الأعراض مزمنة فإن الشخص الذي يعانيها يعتبر مصاحبا بما يس-مى مركب الحالات المتعلقة بالايدز و من أعز الحالات شيوعا في الحالة التي يكون فيها اللسان مغطى بنتوءات بيضاء وهو ما يسمى القلاع الفمي أو الإصابة بخطر الكانديا.

(السيد أحمد أمين، بدون طبعة، 2020/5/6،ص 16)

3-4-الممرضات الرئيسية المسببة للعدوى المنقولة جنسيا و الأمراض التي تسببها:

3-4-1-الممرض الرئيسي: العدوى الجرثومية (البكتيرية)

3-4-2-المظاهر السريرية و الأمراض المرتبطة به: - داء السيلان

أ-الرجال: إفراز احليلي (التهاب الاحليل)التهاب البربخ، التهاب الخصية، العقم

ب-النساء: التهاب عنق الرحم، التهاب النفير، مرض التهابي حوضي، عقم، تمزق الغشاء، قبل موعد الولادة، التهاب حوائط الكبد

ج– كلا الجنسين: التهاب المستقيم، التهاب البلعوم، عدوى منتثرة بالمكورات البنية

د–الولدان: التهاب الملتحمة، تندب القرنية و العمى

3–4 –1–الممرض الرئيسي: المتدثرة الحثرية

3–4–2–المظاهر السريرية و الأمراض المرتبطة به: عدوى المتدثرات

أ–الرجال: إفراز إحليلي (التهاب الإحليلي)، التهاب البربخ ، التهاب الخصبة ، عقم

ب–النساء: التهاب عنق الرحم، التهاب بطانة الرحم، التهاب النفير، مرض التهابي حوضي، عقم، تمزق الغشاء قبل موعد الولادة، التهاب حوائض، الكبد و الذي يكون عديم الأعراض بصفة عامة.

ج–كلا الجنسين: الالتهاب المستقيم، التهاب البلعوم، متلازمة رايتر

د–الولدان: التهاب الملتحمة، الالتهاب الرئوي

–**المتدثرة الحثرية(الذراري ل 1– ل 3) اللولبية الشاحبة:** ورم حبيبي لمفي منقول جنسيا

أ–كلا الجنسين: قرحة تورم الاربيتان (الادبان) الالتهاب المستقيم

–الزهري

أ–كلا الجنسين: قرحة أولية(تقرحات) مع تضخم موضعي في العقد اللمفاوية، طفح جلدي ، أورام لقمية (لاتا) أضرار بالعظام و أضرار قلبية وعائية و عصبية

ب–النساء: فقدان الحمل(الإجهاض أو موت الجنين) الولادة قبل الأوان

ج–الولدان: موت الجنين الزري الخلقي

3–4–1–الممرض الرئيسي: المستديمة الدوكرية: قريح

3–4–2–المظهر ألسريري و أمراض أخرى:

أ–كلا الجنسين: تقرحات تناسلية مؤلمة قد تكون مصحوبة بتقرحات

3–4–1–الممرض الرئيسي: الكب سيلا(المغمدة)الحبيبومية: ورم حبيبي إربي (داء الدون وفانيات)

3–4–2–المظهر ألسريري و أمراض أخرى مرتبطة بها:

أ–كلا الجنسين: تورمات عقدية و أفات تقرحية في المناطق الاربيةو الشرجية التناسلية

3–4–1–الممرض الرئيسي: المفطورة الجيبية:

أ–الرجال: إفرازات احليلية (التهاب احليلي لا سيلاني

ب–النساء: التهاب مهبلي جرثومي و احتمال مرض التهابي حوضي

3–4–1–الممرض الرئيسي: الميورة الحالة فليوريا

3-4-2-المظهر السريري والأمراض المرتبطة بها:

أ-الرجال: إفرازات الحليلة، التهاب احليلي لاسيلاني.

ب-النساء: التهاب مهبلي جرثومي و احتمال مرض التهاب حوضي

3-4-1-الممرض الرئيسي: العدوى الفيروسية فيروس العوز المناعي البشري

3-4-2-المظهر السريري والأمراض المرتبطة بها

-متلازمة العوز المناعي المكتسب الايدز.

أ-كلا الجنسين: أمراض مرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري، الايدز

3-4-1-الممرض الرئيسي: فيروس الهر بس البسيط، النمط رقم 2: فيروس الهر بس البسيط النمط 1(أقل انتشارا):

3-4-2-المظهر ألسريري و الأمراض المرتبطة بها:

-الهر بس التناسلي.

أ-كلا الجنسين: آفاق وتقرحات حويصيلة في المنطقة الشرجية التناسلية.

ب-الولدان: هربس وليدي غالبا ما يكون مميتا.

3-4-1-الممرض الرئيسي:فيروس الورم ألحليمي البشري

3-4-2-المظهر السريري و الأمراض المرتبطة به:

-الثأ ليل التناسلية.

أ-الرجال: الثأليل قضيبية و شرجية سرطانية القضيب.

ب-النساء: ثأليل قرية و شرجية و عنق رحمية، سرطانية عنق الرحم، سرطانه قرحية و شرجية.

3-4-1-الممرض الرئيسي فيروس التهاب الكبد "البائي":

3-4-2-المظهر السريري و الأمراض المرتبطة به:

-التهاب الكبد الفيروسي.

أ-كلا الجنسين: التهاب كبدي حاد، تلقيح الكبد، سرطان الكبد، العدوى بالفيروسة المضخمة للخلايا.

3-4-1-الممرض الرئيسي الفيروسة المضخمة للخلايا

3-4-2-المظهر السريري و الأمراض المرتبطة به:

أ-كلا الجنسين: حمى تحت السريرية أو غير نوعية، تورمات عقدية لمفية منتشرة، أمراض كبدية ..الخ

3-4-1-الممرض الرئيسي فيروس الملسياء المعدية:

3-4-2-المظهر السريري والأمراض المرتبطة به:

-المليساء المعدية.

أ-كلا الجنسين: عقد جلدية مسررة جامدة في المناطق التناسلية أو عامة في الجسم

3-4-1-الممرض الرئيسي سار كومة كابوزي المرتبطة بفيروس الهر بس (أو فيروس الهر بس البشري نمط 8)

3-4-2-المظهر السريري و الأمراض المرتبطة به:

-سار كوما كابوزي.

أ-كلا الجنسين: نوع نشط من السرطان لدى الأشخاص الذين يعانون من مناعة مكتسبة

3-4-1-الممرض الرئيسي العدوى بالا والى الحيوانية: المشعرة المهبلية

3-4-2-المظهر السريري و الأمراض المرتبطة به:

-داء المشعرات

أ-الرجال: إفرازات احليلة "التهاب احليلي غير سيلاني "غالبا ما يكون عديم الأعراض

ب-النساء: التهاب مهبلي مصحوب بإفرازات زبدية غريزية، ولادة قبل الأوان، نقص وزن المولود عند الولادة.

ج-الولدان: نقص الوزن عند الولادة

3-4-1-الممرض الرئيسي: العدوى بالفطريات

3-4-2-المظهر السريري و الأمراض المرتبطة به:

-المبيضة البيضاء.

أ-الرجال: عدوى سطحية على حشفة القضيب

ب-النساء: التهاب قرحي مهبلي مع إفرازات ثخينة رائبة مع حكة و قرحان فرجي

3-4-1-الممرض الرئيسي: العدوى بالطفيليات قمل العانة، القارمة الجربية:

3-4-2-المضهر السريري و الامراض المرتبطة به:

-عدوى قمل العانة، جرب.

(جمعية الصحة العالمية التاسعة و الخمسون، للحقبة 2006- 2015 ،ص 83- 84)

3-5-أسباب انتشار الأمراض الجنسية:

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم" لم تظهر الفاحشة في قوم حتى يعلنو بها إلا فشى فيهم الطاعون و الأوجاع التي لم تكن في أسلافهم الذين مضوا " رواه الحاكم و ابن ماجة و البزار

-إن وسائل الإعلام تدعو و تحث على الإباحة باعتبارها أمرا طبيعيا بيولوجيا و هناك سعادة وهمية بأن المضادات الحيوية ستقضي على أي أمراض جنسي هي الإباحة و بوب منع الحمل و هم المضادات الحيوية ، الدكتور أندروريج أستاذ طب الأطفال و جامعة جورج واشنطن بالولايات المتحدة.

قال رسول الله صلى الله عليه و سلم "إذا ظهر الزنا و الربا في قرية فقد أحلو بأنفسهم عذاب الله" أرجه الحاكم عن ابن عباس و قال صحيح الإسناد.

و كلما شاعت الفاحشة في قوم ظهرت فيهم الأمراض و الأوجاع و الطواعين(يطلق لفض طاعون تجاوزا على كل مرض وبيل معدي) التي لم تكن في أسلافهم الذين مضوا.

إن من أسباب زيادة الأمراض في المجتمعات الغربية رغم التقدم الطبي الباهر مايلي:

-تساهل و تسامح المجتمع اتجاه الجنس قبل و بعد الزواج (إباحة الزنا) و اللواط.

-ازدياد السفر و الانتقال سواء كان من أجل العمل (يبلغ عدد العمال المهاجرين كل من ستة ملايين عامل، و من أجل السياحة 215مليون سائح عام 1975.

-انتشار استعمال وسائل منع الحمل وبما أن خوف الحمل كان أحد العوائق أمام ممارسات المرأة الجنسية، فان تفشي هذا العامل أدى إلى زيادة كبيرة في ممارسات المرأة الجنسية بدون خوف.

-انتشار الإباحية وتعدد الرفاق إذ لم يعد الرجل أو المرأة تكتفي بخليل أو عشيق واحد بل يجامع الرجل أو المرأة عددا كبيرا من النساء كما أن الشذوذ الجنسي والممارسة الشاذة تزداد انتشارا في المجتمعات الغربية.

-تخلق أنواع من المكروبات لا تنفع فيها المضادات الحيوية و انتشار مرض الهر بس.

-انتشار الأمراض الجنسية يرجع إلى انتشار الإباحة PROMISCUITY و تعدد العلاقات الجنسية و يرجع هذا الانتشار إلى: انتشار المادية و البعد عن الدين و الأخلاقيات ، انتشار استعمال وسائل منع الحمل، كثرة السفر والانتقال سواء للعمل أو للسياحة، تساهل المجتمع اتجاه الزنا و اللواط و غيرهما من العلاقات الجنسية الشاذة، نشر المعلومات الجنسية بوسائل الإعلام و في الغالب بصورة مثيرة، استخدام المخدرات والخمور، سرعة نمو الفتيان و الفتياة حيث أصبح سن البلوغ 12/11 عاما بدلا من 15/14، عمل الأم خارج المنزل مما أدى إلى الحرمان العاطفي لدى الأولاد رغم الوفرة المادية.

ويقول الدكتور شوفي لد: وقد انتشر تساهل المجتمع اتجاه كافة الممارسات الجنسية و لا يوجد أي إحساس بالخجل من الزنا و اللواط و أي علاقة جنسية شاذة أو محرمة بل إن وسائل الإعلام جعلت من العار على الفتى أو الفتاة أن يكون محصنا.

-إن وسائل الإعلام تدعو وتحث على الإباحة باعتبارها أمرا طبيعيا بيولوجيا كما أن هناك سعادة وهمية بأن المضادات الحيوية ستقضي على أي أمراض جنسية تنشأ عن هذه الممارسات.

-انتشار الشذوذ الجنسي و ما يصاحبه من أمراض خطيرة.

-انتشار البغاء في مناطق متعددة من أسيا و إفريقيا ويعتبر البغاء السبب الرئيسي في انتشار الأمراض الجنسية في البلدان النامية على عكس البلدان المتقدمة ومن العوامل التي تؤدي إلى البغاء: الفقر، المهن الخطيرة، البحارة، القوات المسلحة ، عمال و موضفي الفنادق و أماكن اللهو و البارات، شركات الطيران و خاصة المضيفات ، السياحة، وسائل منع الحمل ، تكاليف الزواج المرتفعة، وسائل الإعلام، الشذوذ الجنسي.

- الوهم بأن البنسيلين و المضادات الحيوية كفيلة بالقضاء على أي مرض جنسي وهذه الأمراض لاتنتقل في الأساس إلا عن طريق الزنا و اللواط، أو العلاقات الجنسية الشاذة الأخرى و نكاح المحرمات ومع هذا فان المجتمعات الإسلامية سوا كانت في إفريقيا أو آسيا في بلاد العرب أو العجم في أوروبا أو أمريكا هي أقل المجتمعات إصابة بالأمراض الجنسية ويقول أن منع الاختلاط أو الحجاب يؤدي إلى انخفاض الأمراض الجنسية في هذه المجتمعات و لذا فان نسبة الإصابة في النساء المسلمات قليلة جدا بالمقارنة مع نساء العالم

(محمد علي البار، ط2،1986، ص 111- 125)

3-6-برامج تعليم الجنس في المدارسsex évocation program sin the schéol: بالرغم من وجود تناقض بين مناهج تعليم الجنس أحيانا فإن المدارس أصبحت هي المصدر الرئيسي لتعليم الجنس (كوتش 1991) ولسوء الحظ فإن نوعية هذه البرامج متنوعة بشكل واسع من مدرسة إلى أخرى ففي كثير من المدارس في الولايات المتحدة الهدف الرئيسي من تعليم الجنس هو نقل معلومات فيما يتعلق بالأمراض الجنسية الانتقالية STDS أكثر من تعليم الجنس بذاته و كثير من الولايات تصنع تشريعات بأن الامتناع أو التقشف هو التركيز الأساس في مناهج تعليم الجنس في المدارس العامة و تتجاهل الجوانب الأخرى للجنس لدى المراهق مثل التوجهات الجنسية.

-**مقتطفات من كتاب** BOOK EXCKTS

تعليم الجنس للمراهقين ACBLESCEMT SEX EDECATION

الجنس في الإنسان في كتاب بعنوان المنحنى المس ؤول الذي وضعته ليندا برن (1988) و هو كتاب تم استخدامه في تعليم الجنس للمراهقين بالمدارس و فيما يلي أحد المقتطفات من جزء بعنوان تطور مهارات الرفض DE VE LOPING REFUSA SKILLS أحيانا تضمن الضغوط التي يمارسها القرين على طلب النشاط الجنسي و الشخص قد يستعمل طريقة لإقناع صديقته أو صديقها أن يكونا على صلة جنسية وخلال هذا الكتيب يجب أن تتعلم أن التدريب على الامتناع أو قد نقول لا للمشاركة في النشاط الجنسي، هو الطريق اليقين لتفادي أخطاء معينة بما في ذلك الأمراض الجنسية الانتقالية STDS والايدز وكذلك الحمل وهؤلاء الذين يمارسون التقشف و الامتناع يمكن أن يحدو من الضغوط الجنسية من الأقران عن طريق الاستجابة السلبية لأي طريقة قد يستخدمها أحد ما و قد قدمت (برن)بعد ذلك أمثلة للطرق التي يمكن أن يقال بها لا للضغوط السلبية، ممارسة مهارات الرفض:

-أسلوب هيا كل الناس يفعلون ذلك

الاستجابة: أنا لست مثل الجميع أنا شخص معين

-أسلوب إذا كنت تحبني حقا ستفعل ذلك من أجلي

الاستجابة: إذا كنت تحبني حقا ستتوقف عن الضغط علي

-فعل يحاول رفيقك أن يضمك أو يلمسك بطريقة لا تعجبك

الاستجابة: أبعد يديه بعيدا و قل له أرجوك نوقف أنا لست مرتاحة لذلك

والامتناع هو موضوع متكرر في كتاب (برن) و كذلك في كتب أخرى لتعليم الجنس و مع ذلك يقدر الباحثون أن استخدام مثل هذه الكتب في دورات تعليم الجنس لاتمنع بالضرورة النشاط الجنسي قبل الزواج **(كاجا و بارث و كوربي و اخرون 1997)** إن النتائج المأخوذة من الدراسات التي تفحص كفاءة أسلوب الامتناع فقط تعد غير متسقة والدليل يشير إلى أنها غير ناتجة فعلى سبيل في إحدى الدراسات التي أجريت في كاليفورنيا والتي تمت على1316 تلميذ من الصف السابع و الثامن الدراسي لتحديد مدى كفاءة برنامج الامتناع فقد وجد كاجا و زملاءه أن هذا البرنامج لايحتوي على تأثير قياسي نحو أي من السلوك الجنسي أو استخدام موانع الحمل و يعتقد ثلثا المراهقين في هذه الدراسة أن مجرد الامتناع بأن نقول "لا" يعد أسلوبا غير فعال في إيقاف النشاط الجنسي للمراهقين(مجلس التعليم و المعلومات الجنسية في الولايات المتحدة 1994) و بالفعل فإن برامج التعليم الجنسي الأخرى كان لها تأثير ايجابي في التلاميذ وقد قام كل من كاسري KASSERI وجوزي فين1997 بدراسة تأثير البرنامج الجنسي المسؤل و

هدف إلى زيادة معلومات التلاميذ عن الجنس و تقديم السلوك الجنسي الصعب و الآمن وقد حدد الباحثان التغيرات الجوهرية في اتجاهات و سلوك ومعلومات التلاميذ الذين تلقو هذه الدورة الدراسية و قد أعلن كثير من التلاميذ أن هذا البرنامج كان له التأثير الايجابي على سلوكاتهم و أنه رفع من مستوى المسؤولية لديهم ويعد تعليم موانع الحمل جزءا مهما من تعليم الجنس.

3-6-1-مصادر أخرى لتعليم الجنس: إن تورط المراهق في المواقف الخطيرة تقل مع وجود اتصالات مفتوحة مثل الوالدين(بروكس جون وفراتن بورج 1989 ليلان وبارث 1993)وأقل من ثلث المراهقين في أعمار 13 إلى17 سنة يتعلمون معظم الذي يعرفونه عن الجنس من الوالدين 1993، و عندما سأل هاس 1979 HASS المراهقين الصغار ما إذا كانوا حاولوا مناقشة موضوعات جنسية مع الوالدين فقد أجاب النصف بأنهم فعلو ذلك ولكن القليل من الوالدين هو الذي استجاب بلطف لهذه الأسئلة وهناك سبب ممكن لرفض أو ممانعة مناقشة الجنسين هو الارتباك وسوء الحظ فإن المراهقين الصغار يستقبلون استجابات ولديه سلبية تصف التجنب أو الترويح كعلاقة على عدم الموافقة الشخصية و هذا الإدراك في المقابل يزيد من احتمالية أن يتجنب المراهقين المناقشة عن الجنس مع والديهم في المستقبل.

-وقد أشار كل من موور ودافيد سون (1999) أن مصادر الإعلام تقدم معظم المعلومات الخاصة بالجنسين إلى الشباب الصغار متبوعة بشكل أقرب إلى الأمهات و الأشقاء يعدون الإعلام بشكل مميز كمصدر عام للمعلومات الجنسية (جولدمان وجولدمان 1981) وطبقا للدراسة السابقة قد لايكون الموضوع الرئيسي ما إذا كان يجب على المدرسة تقديم التعليم الجنسي ولكن على الأخرى كيف تتعاون المدرسة و الإعلان الخارجي و النشرات الإعلانية في هذه المنطقة الحساسة وعلى الأخص كيف تقدم الأمهات و بالمثل الآباء الرافضون المساعدة ليصبحوا معلمين إلغاء للجنس بالنسبة لأولادهم، حيث أن المصدر الأول للمعلومات الخاصة بالجنس هو الإقران.

(باربارا سميث، ترجمة سامح وديع الخفش و محمد صبري سليط، ط 1 ، 2009 ،ص500 - 505) .

4- علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن.

. Relation entre les croyances de santé et comportements sextettes

المعتقد أو المعتقدات الصحية بشكل أدت إنه ليس بالأمر الهين ، ربط المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي، والوصول إلى رؤية واضحة تجمع بين هذين المتغيرين ، بحيث أن النشاط الجنسي من أكثر الجوانب خصوصية في حياة كل فرد ، ذلك قد لا يترجم بالضرورة إلى عملية تغيير فعلية، في السلوك في حال كان السلوك الجنسي التلقائي جزءا من الهوية الشخصية للفرد ، فبالنسبة للعديد من الجنسيين

المثليين على سبيل المثال، من الضروري أن يكون الشخص الجنسي جزء من ممارسة ما يريد من السلوك الجنسي، وبالتالي فإن تعديل النشاط الجنسي قد يشكل تهديدا لهويته، ولأسلوب حياته.

وفي إحدى دراساته وجد ماكوزاك أن الرجال الذين يمارسون الجنس ، للتخلص من التوتر أو بهدف التعبير عن هويتهم المثلية، كانوا أكثر تورطا في ممارسة الجنس المثلي دون استخدام الواقي، كما وجدوا أنه حتى الرجال الذين استخدموا الواقي بنسبة عالية، يمكن لسلوكهم الجنسي الخطر، أن يتباين مع الوقت ومع تغير الظروف الشخصية .

(خشاب سعاد ، 2010/ 2011، ص 84) .

لذلك فغن نموذج المعتقدات الصحية . يعتبر من أهم السبل التي تتخذ من الممارسة الجنسية الغير آمنة، باعتبار أن العامل الثقافي والتوعية الصحية، يساهمان وبشكل فعال في نقص تفشي الأمراض التناسلية كالإيدز وغيرها .

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

(خشاب سعاد ، 2010/ 2011، ص 85) .

وبالتالي فإنه يتوجب على كل فرد الأخذ بعين الاعتبار لمدى خطورة الأمراض المنتقلة، عن طريق الجنس وعدم التهاون والتساهل مع مثل هذه الأمور، وأخذ الاحتياطات الآزمة دون التراخي، حتى مع الشريك الجنسي الأصلي (الزوج) ، لأنه في مفهوم البعض أن الممارسة مع الشريك الأصلي من دون واقيات ولا احتياطات لا غبار عليها ، وبالطبع فإن هذا المعتقد خاطئ ولا يجب الأخذ به .

علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن.

Relation entre les croyances de santé et comportements sextettes .

المعتقد أو المعتقدات الصحية بشكل أدت إنه ليس بالأمر الهين، ربط المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي ، والوصول إلى رؤية واضحة تجمع بين هذين المتغيرين، بحيث أن النشاط الجنسي من أكثر الجوانب خصوصية في حياة كل فرد، ذلك قد لا يترجم بالضرورة إلى عملية تغيير فعلية ، في السلوك في حال كان السلوك الجنسي التلقائي جزءا من الهوية الشخصية للفرد ، فبالنسبة للعديد من الجنسيين المثليين على سبيل المثال، من الضروري أن يكون الشخص الجنسي جزء من ممارسة ما يريد من السلوك الجنسي، وبالتالي فإن تعديل النشاط الجنسي قد يشكل تهديدا لهويته، ولأسلوب حياته .

وفي إحدى دراساته وجد ماكوزاك أن الرجال الذين يمارسون الجنس ، للتخلص من التوتر أو بهدف التعبير عن هويتهم المثلية، كانوا أكثر تورطا في ممارسة الجنس المثلي دون استخدام الواقي، كما وجدوا أنه حتى الرجال الذين استخدموا الواقي بنسبة عالية، يمكن لسلوكهم الجنسي الخطر ، أن يتباين مع الوقت ومع تغير الظروف الشخصية .

(خشاب سعاد ، 2010/ 2011، ص 84) .

لذلك فغن نموذج المعتقدات الصحية . يعتبر من أهم السبل التي تتخذ من الممارسة الجنسية الغير آمنة، باعتبار أن العامل الثقافي والتوعية الصحية، يساهمان وبشكل فعال في نقص تفشي الأمراض التناسلية كالإيدز وغيرها .

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

(خشاب سعاد ، 2010/ 2011، ص 85) .

وبالتالي فإنه يتوجب على كل فرد الأخذ بعين الاعتبار لمدى خطورة الأمراض المنتقلة، عن طريق الجنس وعدم التهاون والتساهل مع مثل هذه الأمور ، وأخذ الاحتياطات الآزمة دون التراخي، حتى مع الشريك الجنسي الأصلي (الزوج)، لأنه في مفهوم البعض أن الممارسة مع الشريك الأصلي من دون واقيات ولا احتياطات لا غبار عليها ، وبالطبع فإن هذا المعتقد خاطئ ولا يجب الأخذ به .

خلاصة الفصل:

يتمحور جل ما توصلنا إليه في هذا الفصل هو أن للسلوك الجنسي أنماط تعتبر مقدمة لصحة أفضل للأفراد و بما أن السلوك الجنسي الآمن هو ممارسة الجنس بطريقة أمنة وذلك باتخاذ الإجراءات اللازمة من الواقيات و غيرها وكذلك عامل النظافة حيث تعتبر هذه الآليات من الاستراتيجيات الأولية لتغيير السلوك الجنسي ولمنع انتشار عدوى الأمراض التناسلية أو الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي فتبدأ الوقاية أولا من ناحية أساسية وهي نشر الوعي بتلك الأمراض و مدى خطورتها و تقديم أساليب الوقاية و الوعي بأسباب نشر هذه الأمراض أي الأسباب الحقيقية وذلك للحد منها أو التقليل منها دون زيادتها.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج الدراسة.

3- حدود الدراسة.

3-1- الحدود الزمانية.

3-2- الحدود المكانية.

3-3- الحدود البشرية.

3-3-1- مجتمع الدراسة الأصلي.

3-3-2- عينة الدراسة و خصائصها.

4- أدوات الدراسة.

5- الأساليب الإحصائية.

1-الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث وذلك بعد تحديد الاستبيانات ننتقل إلى الخطوة التالية وهي تجريب الاستبيان، حيث واجهنا صعوبات ومشاكل كثيرة في عدم تجاوب الأفراد معنا خاصة النساء، حيث كان الأمر محرج جدا بالنسبة لنا خاصة و أننا نعيش في مجتمع متحفظ لا تتوافق لا معاييره مع مثل هذه الدراسات حيث تلقينا بعض الانتقادات من بعض العينات بالنسبة لاستبيان السلوك الجنسي الآمن وقمنا بإعادة صياغة عبارات المقاييس بسبب عدم فهم العبارات فلجئنا إلى الشر لهم، وتهدف دراستنا كذلك إلى التأكد من صلاحية أدوات البحث من حيث سهولة ووضوح العبارات والصدق و الثبات.

2-منهج الدراسة:

للقيام بإجراءات الدراسة تم الاعتماد على المهج الوصفي باعتباره الملائم لطبيعة دراستنا حيث يعرف النهج الوصفي "و الذي يهدف إلى جمع أوصاف دقيقة علمية لظاهرات الاجتماعية في وضعها الراهن وإلى دراسة العلاقات التي توجد بين هذه الظاهرات"

(مصباح الهلي، 2006/7/4، ص80)

3-حدود الدراسة:

3-1-الحدود الزمانية: تمت هذه الدراسة ابتداءا من نوفمبر 2021 إلى جوان 2022 حيث جمعت فيه المعلومات عن متغيرات الدراسة في كلتا الجانبين النظري والميداني.

3-2-الحدود المكانية: تمت هذه الدراسة في كل من ولاية المدية و ولاية إليزي و ولاية الجزائر العاصمة هذا بالنسبة للدراسة الأساسية أما بالنسبة للدراسة الاستطلاعية فقد كانت على مستوى وهيبة قبايلي و جامعة يحي فارس و بلدية البواعيش و دائرة الشهبونية و _الدويرة.

3-3-الحدود البشرية:

3-3-1-مجتمع الدراسة الأصلي: اعتمدنا على مجتمع يتكون من متزوجين في ولاية المدية و إليزي و الجزائر العاصمة، حيث قدر عدد مجتمع الدراسة ب 40 متزوج و متزوجة.

3-3-2-عينة الدراسة و خصائصها: بعد ما تم تحديد مجتمع الدراسة، بالاضاقة إلى تحديد العدد الإجمالي لعينة الدراسة فقد تم تصنيف العينة حسب بعض الخصائص التي تناولت الدراسة و هي: الجنس، السن، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي.

فقد تكونت العينة المختارة من في هذه الدراسة من 40 فرادا متزوج 20 الرجال و 20نساء وزعت عليم المقاييس بطريقة عشوائية ثم قمنا بتوزيع أداة الدراسة على جميع أفراد العينة وتم استرداد جميع الاستجابات، وذلك لاختيار مدى صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية، حيث تميزت خصائص العينة فيما يلي:

-خصائص العينة من حيث السن:

السن	العدد	النسبة المئوية
18 ← 25	10	%25
26 ← 35	12	%30
36 ← 43	11	%27,5
44 ← 53	07	%17,5

الجدول رقم (1) يبين خصائص عيينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1) أن سن أفراد العينة تتراوح بين18 و53 بمدى عمري قدره 7 و 9 سنوات.

-خصائص العينة من حيث الجنس:

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	20	50%
الأنثى	20	50%

-الجدول رقم(2): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس

-خصائص العيينة من حيث المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
إعدادي	08	%20
ثانوي	08	%20
جامعي	24	%60

الجدول رقم(3) يبين خصائص عيينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (3) أن المستوى التعليمي قد تمايز بين أفراد العينة حيث وجدنا النسبة الضئيلة من الإعدادي تقدر ب متساوية مع نسبة الأفراد ذوي التعليم الثانوي وأخيرا نسبة الأفراد ذوي المستوى الجامعي التي قدرت ب و هي أعلى نسبة.

-خصائص العينة من حيث المستوى الاقتصادي:

المستوى الاقتصادي	العدد	النسبة المئوية
متدني	**06**	**%15**
متوسط	**31**	**%77 ,5**
جيد	**03**	**%7,5**

الجدول رقم(4): يبين خصائص عيينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الاقتصادي

4-أدوات الدراسة:

4-1-الأداة الأولى: مقياس المعتقدات الصحية

4-1-1-وصف المقياس: أعد المقياس بهدف قياس درجة المعتقدات الصحية لدى الأفراد المتزوجين، وذلك بالاعتماد على التراث العلمي وتفحص مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لمؤسسيه "كنوبر رابيو وكوهن"، ويتضمن المقياس المعد من طرفنا من 19 بندا.

(أنظر الملحق رقم 01).

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

بدرجة معدومة – بدرجة ضعيفة – بدرجة متوسطة – بدرجة كبيرة – بدرجة كبيرة جدا.

و تصحيح البنود كالتالي:

بدرجة معدومة (1) – بدرجة ضعيفة (2) – بدرجة متوسطة (3) – بدرجة كبيرة (4) – بدرجة كبيرة جدا (5) حيث تعد الدرجة 19 أقل درجة و95 أكبر درجة، حيث كلما ارتفعت الدرجات على هذا المقياس كلما كانت المعتقدات الصحية تتجه في الاتجاه الايجابي للسلوك الصحي.

ويهدف هذا المقياس إلى معرفة المعتقدات الصحية العامة حيث يعتمد عليها الفرد للمحافظة والارتقاء بصحته.

(خشاب سعاد، 2010-2011، ص 94)

4-1-2-الخصائص السيكو مترية لمقياس المعتقدات الصحية:

بعد تفريغ البيانات المتحصل عليها من طرف أفراد العيينة، يتم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية وذلك أجل التأكد من ثبات و صدق المقياس.

-ثبات المقياس:

بعد القيام بترتيب الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، تم حساب الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ، و التجزئة النصفية.

1-الثبات بطريقة (α) لكرونباخ: و الجدول التالي يوضح الدرجة الكلية للثبات.

البنود	الفاكرونباخ
19	0,84

الجدول رقم (5) : يمثل قيم معامل الثبات (α) كرونباخ الكلي لمقياس المعتقدات الصحية.

من خلال الجدول رقم (5) نلاحظ أن المقياس يمتاز بدرجة مقبولة من الثبات مما يدل على أن المقياس يمتاز بنوع من الثبات النسبي، أي أنه يمكن تطبيق هذا المقياس على عيينة الدراسة الأساسية.

2-طريقة التجزئة النصفية:

بعد تقسيم البنود إلى بنود فردية و بنود زوجية تم حساب معامل الارتباط بينهما **بمعادلة بيرسون**،حيث بلغت قيمة الثبات و ذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (0,81) و هي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0,01) .

قيمة الثبات	مستوى الدلالة
0,81	0,01

-الجدول رقم (6): يمثل قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس المتقدات الصحية.

(خشاب سعاد، 1010-2011، ص 94- 95)

-صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس بطريقتين هما: صدق الاتساق الداخلي و الصدق الذاتي.

1-صدق الاتساق الداخلي:

تم تقدير الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، و ذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي لكارل بيرسون بين البنود و الدرجة الكلية للمقياس،

وقد كانت النتائج على النحو الموضح في الجدول التالي:

-معامل صدق الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية:

	البنود	المجموع	مستوى الدلالة
01	تدخين السجائر يعرضني للإصابة بسرطان الرئة.	0,57	0,01
02	الاكثار من المشروبات المنبهة يعرضني للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية.	0,38	0,05
03	أستعمل الواقي الجنسي بهدف الحماية من الأمراض التناسلية خاصة السيدا.	0,38	0,05
04	ألجا إلى الحمية الغذائية للوقاية من السمنة.	0,67	0,01
05	عدم التزامي بقوانين المرور يعرضني للوقوع في حوادث مميتة.	0,70	0,01
06	أحافظ على صحتي بالإقبال على الأكل قليل الدسم	0.60	0,01
07	عدم تناولي للدواء الموصوف لي في موعده يعرضني إلى حدوث مضاعفات.	0,44	0,05
08	اقتنائي دواء بدون وصفة طبية يعرضني إلى مشاكل صحية.	0,39	0,05
09	عدم غسل أسناني بعد كل وجبة يعرضها للتسوس.	0,51	0,01
10	ألجا لمراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية لتجنب الوقوع في المرض.	0,54	0,01
11	قلة الحركة والجلوس المطول يعرضني للإصابة بسكتة دماغية.	0,46	0,05
12	ألجا إلى استخدام المواد الواقية من الشمس للحماية من سرطان الجلد.	0,69	0,01
13	أسعى للحصول على تلقيح ضد مرض معين.	0,54	0,01
14	الافراط في استهلاك الكحول يعرضني للعديد من المشكلات الصحية "كارتفاع ضغط الدم- تليف الكبد...."	0,53	0,01
15	أتناول كمية كبيرة من الماء للتخلص من الاملاح الزائدة.	0,40	0,05
16	أغسل يداي قبل كل وجبة غذائية للحماية من الجراثيم المنتشرة.	0,73	0,01
17	عدم انصياعي للتوصيات العلاجية يعرضني للإصابة بالعديد من الامراض.	0,40	0,05
18	استنشاقي للدخان المنبعث من سجائر المدخنين يتسبب لي في حدوث مشاكل صحية "كالتهاب الشعبي-إنتفاخ الرئة".	0,65	0,01
19	أمارس الرياضة بانتظام لتفادي مشكلات صحية عدة" كأمراض القلب-ضغط الدم-السكري".	0,71	0,01

الجدول رقم: (7): يمثل قيم معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية.

يتضح من خلال هذا الجدول أنه كل بنود المقياس دالة إحصائيا حيث أن:

-البند رقم: 1,4،5،6،9،10،12،13،14،16،18، 19هي بنود دالة عند مستوى الدلالة (0,01).

-البند رقم: 7،8،11،15،17،2،3 هي بنود عند مستوى الدلالة (0,05).

و عليه فان مقياس المعتقدات الصحية يتميز بصدق اتساق داخلي.

2-الصدق الذاتي:

بما أن المقياس تحصل على نسبة مقبولة من الثبات فقد اعتمدنا في حساب الصدق على الصدق الذاتي و القائم على القاعدة التالية: الصدق الذاتي= الجذر التربيعي للثبات حيث كانت النتيجة تساوي (0,09).

و هذه النتائج توضح ارتفاع الصدق، مما يدل على إمكانية تطبيقه على عينة الدراسة.

(خشاب سعاد، 1010-2011، ص 95-96- 97)

4-2-الأداة الثانية: مقياس السلوك الجنسي الآمن.

4-2-1-وصف المقياس: أعد المقياس بهدف قياس السلوك الجنسي الآمن لدلى الأفراد المتزوجين وذلك بالاعتماد على التراث العلمي والنظري المتعلق بمجال السلوك الصحي والجنسي والصحة الجنسية ويتضمن المقياس المعد من طرفنا من 29 بند. (أنظر إلى الملحق لرقم 02).

بحيث تقدم الإجابة على كل بند باختيار أحد البدائل الخمسة بوضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة وهي كالتالي: أبدا، نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما.

وتصحيح البنود كالتالي: -مطلقا (1).

-نادرا (2).

-أحيانا (3).

-كثيرا (4).

-دائما (5).

حيث روعية عند التصحيح عكس البنود السلبية في الاتجاه الايجابي للسلوك الجنسي.

مع الإشارة إلى أن البند:2 -3-4-5-7-8-10-11-14-16-18-19-23-27-28-29، كانت طريقة طرحها ايجابية.

في حين أن البنود: 1-6-9-12-13-15-17-20-21-22-24-25-26، كانت طريقة طرحها سلبية.

-و تعد الدرجة 29أقل درجة و145 أكبر درجة، حيث كلما زادت الدرجة على سلوك جنسي معين زادت نسبة أمان هذا السلوك الجنسي.

و يهدف هذا المقياس الى معرفة السلوكيات الجنسية الآمنة التي يعتمد عليها الفرد للمحافظة و الارتقاء بصحته.

(خشاب سعاد، 2010-2011، ص98)

4-2-2-الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الجنسي الآمن:

بعد تفريغ البيانات المتحصل عليها من طرف أفراد العيينة، يتم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الجنسي، و ذلك من أجل التأكد من ثبات و صدق المقياس.

-ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بطريقتين هما: حساب معامل() لكرونباخ، و التجزئة النصفية.

1-الثبات بطريقة (α) لكرونباخ: الجدول التالي يوضح الدرجة الكلية للثبات.

البنود	كرونباخ
29	0 ,77

الجدول رقم(8): يمثل قيم معامل ثبات (α) كرونباخ الكلي لمقياس السلوك الجنسي الآمن.

من خلال الجدول رقم (8) نلاحظ أن المقياس يمتاز بدرجة مقبولة من الثبات مما يدل على أن المقياس يمتاز بنوع من الثبات النسبي، أي أنه يمكن تطبيق هذا المقياس على عيينة الدراسة الأساسية.

2-طريقة التجزئة النصفية:

بعد تقسيم البنود إلى بنود فردية وبنود زوجية تم حساب معامل الارتباط بينهما بمعادلة برسون، حيث بلغت قيمة الثبات وذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (0,79) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01)، وهذا دليل على ثبات المقياس.

قيمة الثبات	مستوى الدلالة
0,79	0,01

الجدول رقم (9): يمثل قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس السلوك الجنسي الآمن.

(خشاب سعاد، 2010-2011، ص 99-100)

-صدق المقياس:

و قد استخدمنا في دراستنا هذه نوعين من الصدق هما: صدق الاتساق الداخلي و الصدق الذاتي.

1-صدق الاتساق الداخلي:

تم تقدير الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي لكارل بيرسون بين البنود والدرج الكلبة للمقياس، وقد كانت النتائج على النحو الموضح في الجدول التالي:

-معامل صدق الاتساق الداخلي لمقياس السلوك الجنسي الآمن:

	البنود	المجموع	مستوى الدلالة
01	أقتني مجلات أو شرائط فيديو تعرض مشاهد فاضحة جنسيا.	0,293	غير دال
02	أنا مكتفي (ة) بالشريك الجنسي الأصلي.	0,659	0,01
03	أحرص على استخدام الواقي الجنسي.	**0**,296	غير دال
04	أخضع للتطعيم ضد الأمراض الفيروسية التي يمكن أن تنتقل بالاتصال الجنسي.	**0**,390	**0**,05
05	نحرص على إستراتيجية الانسحاب قبل القذف قصدا للحماية من أي عدوى تناسلية محتملة.	**0**,437	**0**,05
06	**أتناول** أدوية منشطة للقوة الجنسية.	**0**,596	**0**,01
07	أمارس الرياضة للمحافظة على قدرتي الجنسية.	**0**,380	**0**,05
08	أقوم بالنوم الكافي قبل ممارستي للعملية الجنسية.	**0**,456	**0**,05
09	ألجأ إلى ممارسة العادة السرية " الاستمناء ".	**0**,408	**0**,05
10	دث وأن فرض علي الشريك الأصلي ارتداء الواقي الجنسي قصدا للحماية من الأمراض السرطانية.	**0**,584	**0**,01
11	أستعمل الواقي الجنسي كسلوك حماية من الأمراض التناسلية.	**0**,622	**0**,01
12	أقوم بسلوكات جنسية شاذة " الجنسية المثلية ..." من شأنها أن تصيبني بأمراض تناسلية خطرة.	**0**,463	**0**,05
13	ألجا إلى عدة شركاء في ممارستي للعملية الجنسية.	**0**,619	**0**,01
14	أتفادى تعاطي المواد المخدرة أثناء ممارستي للجنس.	**0**,279	غير دال
15	حدث و أن قمت بممارسة الجنس مع الحيوانات.	**0**,657	**0**,01
16	اخضع مع الشريك الجنسي الأصلي لاختبارات و فحوصات دورية للتأكد من خلونا من وجود أي مرض تناسلي.	**0**,401	**0**,05

17	تورطت في ممارسات جنسية غير أمنة وخطرة رغم معرفتي أنها قد تسبب لي الضرر الصحي.	**0**,522	**0**,01
18	أتناول غذاء صحي للحفاظ على قدراتي الجنسية.	**0**,396	**0**,05
19	أتثقف مع الشريك الأصلي في قضايا الجنس من خلال القراءة والسؤال العلمي في هذا المجال.	**0**,486	**0**,05
20	قمت بدفع المال مقابل ممارستي للجنس مع شريك أخر.	**0**,597	**0**,01
21	مارست الجنس مع شخص ما بمجرد أني شعرت بالإثارة معه.	**0**,402	**0**,05
22	أقوم بتعاطي الكحول أو المخدرات أثناء ممارستي للعملية الجنسية.	**0**,565	**0,01**
23	أحمل الغشاء الواقي معي بصفة دائمة وهذا تحسبا لكل علاقة جنسية مباغتة.	**0**,447	**0**,05
24	الممارسة الجنسية الخطرة والغير أمنة تعتبر جزءا من أسلوب حياتي.	**0**,654	**0**,01
25	قمت بزيارة بيوت خاصة بممارسة الجنس.	**0**,523	**0**,01
26	أدت ممارستي للجنس الغير أمن إلى إيذاء الشريك الأصلي بنقله أمراض تناسلية.	**0**,603	**0**,01
27	أعتقد أن الأمراض المنقولة جنسيا ناتجة عن سلوك جنسي خطر وغير شرعي.	**0**,702	**0**,01
28	أصارح الشريك الجنسي الأصلي في حال إصابتي بمرض تناسلي لأخذ الاحتياطات اللازمة.	**0**,657	**0**,01
29	أسعى للمحافظة على صحتي البدنية والجنسية بممارسة العادات الصحية.	**0**,401	**0**,05

الجدول رقم (10): يمثل قيم معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس السلوك الجنسي الآمن

يتضح من خلال هذا الجدول أنه 26 يوجد بندا دال من مجموع 29 بندا في هذا المقياس حيث أن:

-البنود رقم 2،6،10،11،13،15،17،20،22،24،25،26،27،28 . هي بنود دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05) .

-البنود رقم 5،7،8،9،12،14،16،18،19،21،23، 29. هي بنود دالة عند مستوى الدلالة (0,05) .

- وأما البنود 1،3 ،14 هي بنود غير دالة عند أي مستوى دلالة.

- ومن خلال نتائج الجدول رقم (10)، نلاحظ أن المقياس يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي، وعليه يمكننا اعتبار أن هذه الأداة (مقياس السلوك الجنسي الآمن)، صادقة.

2-الصدق الذاتي:

بما أن المقياس تحصل على نسبة مقبولة من الثبات فقد اعتمدنا في حساب الصدق على الصدق الذاتي والقائم على القاعدة التالية: الصدق الذاتي = الجذر التربيعي للثبات حيث كانت النتيجة تساوي (0,87) وهذه النتائج توضح ارتفاع الصدق، مما يدل على عينة الدراسة.

(خشاب سعاد، 2010-2011، ص100-101-102- 103)

5-الأساليب الإحصائية:

من أجل حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة "للصدق، الثبات"، وللتحقق من فرضيات الدراسة الأساسية تم الاستعانة بما يلي:

النظام الإحصائي (SPSS) وهو نظام إحصائي يستخدم في المعالجات الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد تم استخدام الإصدار(14,0) أما الأساليب الإحصائية المستخدمة من خلال هذا البرنامج تمثلت فيما يلي:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- اختبار(T) للعينة المستقلة (INDEPENDENT SAMPLE T -TEST).
- تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA ONE WAY).
- معامل الانحدار.

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض و تحليل نتائج الدراسة

2- مناقشة و تفسير نتائج الدراسة

3- استنتاج عام

تمهيد:

قبل عرض النتائج نشير إلى أننا حرصنا أن تتم الإجابة على المقاييس في أحسن الظروف الممكنة، كما تأكدنا من فهم أفراد العينة لتعليمة المقاييس، خصوصاً ما تعلق بالهدف من عملية القياس بمعنى ضرورة أن تعكس إجابة المبحوث المطلوب في كل بند من بنود المقياس ما هي عليه الأمور في الواقع لا كما يتمنى أن تكون عليه، ولا كما يتوقع أننا ننتظره. وبعد الانتهاء من عملية التطبيق والتأكد من احترام أفراد العينة للتعليمة في شطرها المتعلق بالإجابة على كل بند من بنود المقياس، وضرورة تفادي الإجابة النمطية كاختيار الخيار الأوسط في الإجابة عن كل البنود مثلاً، أو الإجابات الناقصة غير المكتملة، قمنا بعملية التصحيح، ثم شرعنا في المعالجة الإحصائية لكافة البيانات المجمعة للتحقق من صحة فرضيات الدراسة. وعليه سنتناول في مايلي تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بكل فرضية من فرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري الذي يُفسر متغيرات الدراسة.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة :

لقد تم تخصيص هذا الفصل لعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وهذا بعد قيام بتطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة على عينة من المتزوجين بغية التوصل الى نتائج تثبت الفرضيات المقترحة أو تدحضها، وعليه فقد توصلنا الى النتائج، التي سوف نوردها تباعا.

1-1-عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

لفحص ودراسة الفرضية الثانية التي مفادها "توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين."، حيث تم بحيث تم الاعتماد على معامل الارتباط المتعدد وهذا لقياس الارتباط وكذلك معامل التأثير، لمعرفة طبيعة العلاقة ومقدار الأثر بين النتائج المتحصل عليها في مقياس المعتقدات الصحية، ومقياس السلوك الجنسي الآمن المستخدمين في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالي، والتي يمكن تمثيلها في الجدول التالي :

جدول رقم (11): دلالة الارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن

السلوك الجنسي الآمن					
المتغير	الارتباط	R-deux ajusté	R-deux	مستوى الدلالة	القرار
المعتقدات الصحية	0,41	%57,5	%50,4	0,01	دالة

نلاحظ من الجدول رقم (11) بأنه توجد علاقة إرتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، حيث أن قيمة معامل الإرتباط بيرسون (0,41)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وجاء العلاقة موجبة بمعنى أنه كلما زاد مستوى إدراك المعتقدات الصحية إرتفع السلوك الجنسي الآمن، والعكس بمعنى أنه كلما قل مستوى إدراك المعتقدات الصحية قل مستوى إدراك السلوك الجنسي الآمن، كما تبين ان قيمة تأثير المعتقدات الصحية بلغت (50,40)، على السلوكات الصحية الآمنة.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص بأنه توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، ونرفض فرضية البحث البديلة التي تنص على أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

لفحص ودراسة الفرضية الثالثة التي مفادها " توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين" ولتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في مقياس المعتقدات الصحية، ومقياس السلوك الجنسي الآمن المستخدمين في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم(12) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق في مقايس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس (ذكور. اناث).

الجنس	ذكور ن=20		إناث ن=20		درجة الحرية	ت المحسوبة	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
مقياس المعتقدات الصحية	43,35	14,05	58,20	15,09	38	-3,219	0.01 دالة
مقياس السلوك الجنسي الآمن	57,70	25,10	98,75	29,25		-4,763	0.01 دالة

نلاحظ من الجدول رقم (12) بأنه توجد فروق بين الجنسين في مستوى المعتقدات الصحية لدى المتزوجين، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة =3,219-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاءت الفروق لصالح الإناث المتزوجات، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي لديهم بلغت (58,20)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الذكور الذي بلغ (43,35)، وعليه يمكننا القول بأن الإناث أكثر إدراكا للمعتقدات الصحية الإيجابية من الذكور.

كما نلاحظ من الجدول بأنه توجد فروق بين الجنسين في مستوى السلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة =4,763-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاءت الفروق لصالح الإناث المتزوجات، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي لديهم بلغت (98,75)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الذكور الذي بلغ (57,70)، وعليه يمكننا القول بأن الإناث أكثر إدراكا للسلوكات الجنسية الآمنة من الذكور.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص بأنه توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين، ونرفض فرضية البحث البديلة التي تنص على أنه لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين.

1-3-عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن لدى المتزوجين " وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (13): يبين دلالة وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة حسب متغير السن.

	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المعتقدات الصحية	ما بين المجموعات	766,552	3	255,517	0,966	0,419 غير دال
	داخل المجموعات	9524,423	36	264,567		
	المجموع	10290,975	39			
السلوك الجنسي الآمن	ما بين المجموعات	10737,560	3	3579,187	3,752	,019 دال
	داخل المجموعات	34341,415	36	953,928		
	المجموع	45078,975	39			

نلاحظ من الجدول رقم (13) بأنه لا توجد فروق في مستويات المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين وهذا لأن قيمة (F=0.966)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في مستوى السلوك الجنسي الآمن تعزي لمتغير السن، وهذا لأن قيمة (F=3.752)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، ولتبيان الفروق فيما يخص متغير السلوك الجنسي الآمن حسب المستوى التعليمي، تم إستخدام الفروق في المتوسطات الحسابية والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (14): يبين الفروق في المتوسطات الحسابية حسب المستوى التعليمي في متغير السلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

المستوى التعليمي		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
من 18 إلى 25 سنة	2	42,45*	13,22	0,003	1
	3	29,51*	13,49	0,035	
	4	14,98	15,22	0,331	
من 26 إلى 35 سنة	1	-42,45*	13,22	0,003	4
	3	-12,93	12,89	0,323	
	4	-27,46	14,68	0,070	
من 36 إلى 43 سنة	1	-29,51*	13,49	0,035	3
	2	12,93	12,89	0,323	
	4	-14,53	14,93	0,337	
من 44 إلى 53 سنة	1	-14,98	15,22	0,331	2
	2	27,46	14,68	0,070	
	3	14,53	14,93	0,337	

نلاحظ من الجدول رقم (14) بأن أكثر فئة إدراكا للسلوك الجنسي الآمن هم الفئة العمرية (من 18 إلى 25 سنة)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر من الفئات السنية الأخرى، وكذلك، وجاء في المرتبة الثانية الفئة العمرية (من 44 إلى 53) سنة، وجاءت في المرتبة الثالثة الفئة العمرية التي تتراوح من (36 إلى 43 سنة)، في حين جاءت الفئة السنية (من 26 إلى 35 سنة) في المرتبة الأخيرة في إدراك السلوكات الجنسية الآمنة، وهذه النتيجة المتوصل إليها تعبر على أنه كلما كان المتزوجون أصغر سنا كلما كان لهم التزام بالسلوكات الجنسية الآمنة، وهذا لأنهم يخوضون تجارب جنسية في بداياتها.

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين ونقبلها في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين، ونقبل فرضية البحث البديلة في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين، ونرفض فرضية البديلة في جزئها المتعلق لا توجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين.

1-4-عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الثانية على أنه: توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين " وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (15): يبين دلالة وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المعتقدات الصحية	ما بين المجموعات	671,267	2	335,633	1,291	0,287 غير دال
	داخل المجموعات	9619,708	37	259,992		
	المجموع	10290,975	39			
السلوك الجنسي الآمن	ما بين المجموعات	3793,600	2	1896,800	1,700	0,197 غير دال
	داخل المجموعات	41285,375	37	1115,821		
	المجموع	45078,975	39			

نلاحظ من الجدول رقم (12) بأنه لا توجد فروق في مستويات المعتقدات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين وهذا لأن قيمة (F=1.291)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).وتم التوصل إلى أنه لا توجد فروق في مستوى السلوك الجنسي الآمن تعزي لمتغير المستوى التعليمي، وهذا لأن قيمة (F=1.700)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث التي تنص غلى بأنه توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين، ونقبل بفرضية البحث البديلة في بأنه لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين.

1-5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الجامسة على أنه: توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المتزوجين " وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق،حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (16): يبين دلالة وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى الإقتصادي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المعتقدات الصحية	ما بين المجموعات	729,255	2	364,627	1,411	0,257 غير دال
	داخل المجموعات	9561,720	37	258,425		
	المجموع	10290,975	39			
السلوك الجنسي الآمن	ما بين المجموعات	3828,056	2	1914,028	1,717	0,194 غير دال
	داخل المجموعات	41250,919	37	1114,890		
	المجموع	45078,975	39			

نلاحظ من الجدول رقم (13) بأنه لا توجد فروق في مستويات المعتقدات الصحية تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المتزوجين وهذا لأن قيمة (F=1.411)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01). وتم التوصل إلى أنه لا توجد فروق في مستوى السلوك الجنسي الآمن تعزي لمتغير المستوى الاقتصادي، وهذا لأن قيمة (F=1.717)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث في بأنه توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين، ونقبل بفرضية البحث البديلة في بأنه لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المتزوجين.

2-مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

2-1-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: "توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين".

وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب الارتباط من متوسطي درجات مقياس المعتقدات الصحية ودرجات مقياس السلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين باستخدام معامل الارتباط بيرسون المبين في الجدول حيث كانت تساوي (0,41) فهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0,01) .

وبناءا على نتائج هذا الجدول: يتضح أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بمعنى أنه كلما زاد مستوى إدراك المعتقدات الصحية قل مستوى إدراك السلوك الجنسي الآمن وعليه فقد تحققت نتائج الفرضية التي تنص

بأنه توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، وجاءت مطابقة كما كنا نتوقعه، ونرفض فرضية البحث البديلة التي تنص على أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين .

كما جاءت مؤيدة لبعض الدراسات كدراسة كيربي جاكسون حول استخدام نموذج المعتقدات الصحية (HBM) للتنبؤ بنوايا المراهقين حول تبنيهم سلوكيات ممارسة الجنس الآمن، حيث أكدت هذه الدراسة على أهمية استخدام النماذج النظرية التي من بينها نموذج معتقدات صحية فب اجراء البحوث الصحية والتعليمية مما يشير ضمنيا إلى وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية واتباع سلوك جنسي أمن

(خشاب سعاد، 2011/2010، ص119)

حيث أن كل ما نصبوا إليه هو أن المعتقدات الصحية تهدف إلى تغيير الفكر حول اتخاذ سلوكات جنسية صحية أمنة فربط المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن يساهم في التنبؤ بسلوكيات الأفراد المتعلقة بجانب الممارسة الجنسية الأكثر أمانا ومن الاستناد على العناصر الرئيسية الأربعة لنموذج المعتقدات الصحية (أنظر إلى الفصل الثاني – المعتقدات الصحية).

حيث أن الأمراض المنقولة جنسيا بكثرتها وشدة خطورتهما تكاد تجتاح أرجاء العالم، خصوصا مرض الايدز و هذا راجع بالنسبة للذين يتخذون سلوكات جنسية شاذة مليئة بالمخاطر وغير صحية حيث أن هذه الأمراض لا تختار في طبيعتها لا صيرا ولا كبيرا كونها أمراض معدية تنتقل بصورة أساسية عن طريق الاتصال الجنسي من خلال الشريك المصاب إلى الشريك السليم.

فلذا يتوجب على المتزوجين اعتقادهم وتيقنهم بمدى احتمال اصابتهم بالأمراض التناسلية الجنسية يساهم بشكل كبير في ادراكهم للخطر حيث أنه كلما كانت هناك مخاوف وتفاهة اتجاه هذا السلوك الذي هو السلوك الجنسي الغير الصحي كلما قلت نسبة الممارسة الغير صحية والغير سليمة ومن كل هذا يكون لب الحديث يهدف إلى اكتساب معتقدات صحية حول السلوك الجنسي الآمن.

2-2-مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه:" توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية (T-TEST) لدلالة الفروق بد التأكد من التجانس بين المجموعتين قمنا بحساب الفروق في مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن المستخدمين في الدراسة حيث تحصلنا على هذه النتيجة بالنسبة للمعتقدات

الصحية وهذا لأن قيمة (ت–المحسوبة = 3,219-) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01) وجاءت الفروق لصالح الإناث المتزوجات، فهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي لديهم بلغ (58,20) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الذكور الذي بلغ (43,35)، وعليه يمكننا القول بأن الإناث أكثر إدراكا للمعتقدات الصحية الايجابية من الذكور أما بالنسبة في مستوى السلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين تحصلنا على قيمة (ت – المحسوبة = 4,763-) ، و هي دالة عند مستوى الدلالة (0,01) ، وجاءت الفروق لصالح الإناث المتزوجات وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي بلغت لديهم (98,75) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الذكور والذي بلغ (57,70) ، وعليه يمكننا القول بان الإناث أكثر إدراكا للسلوكيات الجنسية الآمنة من الذكور وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص بأنه نوجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين، ونرفض فرضية البحث البديلة التي تنص على أن لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين.

حيث أن هناك عديد من الدراسات السابقة ومن بينها دراسة أرتير وبليم ولوستير وآخرون حول المعتقدات الصحية المتعلقة بسلوك شرب الخمر وكان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الفعالية الذاتية وبين نتائج سلوك شرب الكحول بالاعتماد على نموذج المعتقدات الصحية ومن خلال هذه الدراسة نلاحظ أنها تلم بالدراسة المقدمة من طرفنا في أوجه الشبه لدراسة سلوك شرب الكحول ضمن نموذج المعتقدات الصحية (أنظر إلى الفصل الأول – الإشكالية) .

وفي دراسة خاصة بالسلوك الجنسي الآمن أجريت بأمريكا لمجموعة من الباحثين في جامعة بلومنت جون بإنديانا حول السلوك الجنسي والصحة في سنة 1994 حيث كان الهدف منها هو وصف الأفعال الجنسية الأكثر شعبية بين الأمريكيين والتقصي عند استخدام الواقيات الجنسية حسب السن والجنس والعرق، حيث قاموا بجمع البيانات عن طريق المسح على عينة تتكون من 5865 لطرح مجموعة من الأسئلة حول الواقي الجنسي والسلوكيات الجنسية (أنظر إلى الفصل الأول – الإشكالية).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ ان الاختلاف بين الجنسين له دور كبير وهام في تغيير أو إدراك الخطر المحدق به من الجانب الصحي فالبعض يولي أهمية للجانب الصحي والبعض الأخر يتباطؤ في التغيير والإدراك الصحي فلكل دور بالنسة للذكر أو الأنثى وبناءا على هذا تتكون المعتقدات الخاصة لدى كل منهم فكل فرد يتميز بمعتقدات خاصة به فيتبين لنا أن الإناث هم الأكثر انصياعا للأمور المتعلقة بالجانب الصحي أكثر من الذكور فالأنثى تلتزم بالقواعد أكثر من الذكر وهذا ما لاحظناه

بالنسبة للسلوك الجنسي الآمن فإن المحافظة على الصحة الجنسية وتعزيزها والارتقاء بها كاستخدام الواقي الجنسي للحماية من العدوى والأمراض التناسلية حيث أن هذه العملية تعد كمقاومة ومكافحة للأمراض والوقاية منها بدرجة أولية وهذا ما يفسر النتيجة التي توصلنا إليها .

2-3- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة : على أنه توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير السن لدى المتزوجين و للتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية ، تحليل التباين الاحادي anova one way لدلالة الفروق ، حيث تحصلنا على النتائج التالية بالنسبة للمعتقدات الصحية : تحصلنا على النتيجة (F= 0,966) و هي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01) و تم التوصل الى أنه توجد فروق في مستوى السلوك الجنسي تعزى لمتغير الجنس و هذا لأن قيمة (F= 3,752)، و هي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، أما بالنسبة للسلوك الجنسي الآمن نلاحظ من الجدول رقم (11)، بأن أكثر فئة ادراكا للسلوك الجنسي الآمن هم الفئة العمرية (من 18الى25)، و هذا لأن متوسطها الحسابي أكبر من الفئات السنية الاخرى، و كذلك جاء في المرتبة الثانية الفئة العمرية (من44 الى53 سنة) وجاءت في المرتبة الثالثة الفئة العمرية التي تتزواح (من 36الى 43سنة) في حين جاءت الفئة السنية (من26 الى35 سنة) في المرتبة الاخيرة في ادراك السلوكيات الجنسية الآمنة وهذه النتيجة المتوصل إليها تعبر على أنه كلما كان المتزوجون أصغر سنا كلما كان لهم التزام بالسلوكات الجنسية الآمنية، وهذا لأنهم يخوضون تجارب جنسية في بداياتها و عليه فإننا نرفض فرضية البحث في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين و نقبلها في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين و نرفض الفرضية البديلة في جزئها المتعلق لا توجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين .

و تبعا للدراسة الخاصة بجانب المعتقدات الصحية جاءت مناقضة للدراسة التى أجراها جون سون و ماك ليود ويليام بغرض المقارنة، بين المعتقدات الصحية وانتشار عوامل الخطر المرتبطة بهشاشة العظام عبر الفئات العمرية المختلفة و متغير الجنس حيث أسفرت النتائج على وجود فروق تعزى لمتغير السن اذ أن الافراد الاصغر سنا لديهم حساسية مدركة أقل من الافراد الاكبر سنا (C,SHANTHI JOHN SOHET ALL,2007)

و تبعا لدراسة خاصة بالسلوك الجنسي الآمن التي أجريت بلومنتجون كانت عبارة عن دراسة شاملة مسحية عن السلوك الجنسي و الصحة، حيث أسفرت النتائج على أن المراهقين هم الاكثر احتمالا لإستخدام الواقي الجنسي من البالغين مما يشير الى وجود فروق تعزى لمتغير السن (خشاب سعاد، 2011/2010،ص128).

حيث أن ما تنبأنا به تم نفيه لأن المعتقدات الصحية غالبا ما تستمد في بادئ الامر من الاباء و الاجداد الذين يحملون خبرات لا تتطور مع مرور الزمن لتصبح قيم تعبر في مجملها عن معتقدات و معايير ذات أهمية عظمى لدى البشر و التي يشترك فيها الافراد صغيرا كان أو كبيرا و هذا ما يفسر النتيجة المتحصل عليها بعدم وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

أما بالنسبة فيما يخص السلوك الجنسي الآمن نستنتج أن السن له علاقة كبيرة بالسلوك الجنسي الآمن حيث جاءت النتائج مطابقة لما توقعناه فتبين لنا من خلال النتائج أن الفئة العمرية الاقل سنا هي التي تملك فكر جنسي صحي أكثر من الكبار حيث أن الفئة الكبيرة في السن تعتبر أن هذا الموضوع فيه كثير من الاحراج لينتقل من شخص لأخر بنفس المفهوم الخاطئ، و لا تتطور إلا أن نسبة الوعي الصحي بالمخاطر الناجمة عن الاتصال الجنسي غير المحمي توجد بنسب مختلفة عبر المراحل العمرية المدروسة.

2-4-مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين و للتحقق من صحة هذه الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية، تحليل التباين الاحادي anova one way لدلالة الفروق، حيث تحصلنا على النتائج التالية: بأنه لا توجد فروق في مستويات المعتقدات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين وهذا لأن قيمة (F =1,291)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01). وتم التوصل الى أنه لا توجد فروق في مستوى السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وهذا لأن قيمة (F =1,700) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01).

و عليه نرفض فرضية البحث التي تنص على أنه توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين و نقبل بفرضية البحث البديلة على أنه لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين.

وبناءا على ما استنتجناه يتضح أن الفرضية الرابعة لم تتحقق و لم تتطابق مع ما توقعناه و حسب الدراسات السابقة فهذه النتيجة جاءت غير مؤيدة للدراسة الي أجراها "جون سون وماك ليود، وليام "...حيث أسفرت نتائجها على وجود فروق ذات دلالة احصائية لأفراد العيينة لمقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي.

(خشاب سعاد، 2011/2010،ص 124).

أما بالنسبة فيما يخص السلوك الجنسي الآمن فقد جاءت الدراسة منافية لما توقعناه و بالتالي: فالفرضية لم تتحقق حيث أشارت الدراسة السعودية لعمر المرشدي حيث تناولت السلوك الجنسي لطلاب الجامعات و ذلك بهدف اكتشاف أسباب مرض الايدز و تزايد الاصابة بيه بين الطلاب و تم اجراء هذه الدراسة على عيينة مكونة من185 طالب تروحت أعمارهم بين18 و23 سنة و قد دلت نتائج الدراسة على أن 39% من الطلاب يرون أن الايدز ينتقل بسبب العلاقات الغير شرعية من دون سائر أسباب انتقال العدوى مثل المخدرات و أبدى75% موافقتهم للتوعية باستخدام الواقي الذكري حيث أن هذه النتائج المتحصل عليها لم تأتي مطابقة لما كنا نتوقعه، اذ أن المستوى التعليمي يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الفرد وقدرة معرفته لدرجة و طبيعة أي نوع من الامراض التي يتعرض لها و أي نوع من المعتقدات يكتسب اتجاه السلوك المتبع فعلى قدر معرفة الشخص لماهية و حقيقة ما يتعرض له من مشكلات تهدد صحته على قدر ما يكتسب من مدركات صحية حيث أن للعامل الثقافي والتعليمي دور أساسي في اتخاذ سلوكات صحية وقائية تقيه من الامراض و معرفته كيفية التعامل معها.

أما بالنسبة فيما يخص السلوك الجنسي : حيث أن لمستوى التعليم العالي دور و تأثير قوي لزيادة أو نقصان أو الحد من السلوكات الخطرة، حيث أن كلما كان مستوى التعليم عالي كلما كان للجانب الصحي الجنسي أهمية بالغة ومحط اهتمام على عكس ذوي التعليم المنخفض حيث أنه من الممكن أن لا نجد صعوبة مع الاميين على عكس ما نجده مع ذوي التعليم المنخفض.

2-5-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائة تحليل التباين الاحادي anova one way لدلالة الفروق حيث تحصلنا على النتائج التالية: بأنه لا توجد فروق في مستويات المعتقدات الصحية تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين وهذا لأن قيمة (F =1,411)، و هي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01). و تم التوصل الى أنه لا

توجد فروق في مستوى السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، وهذا لأن قيمة (F =1,717) و هي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01).

و عليه فاننا نرفض فرضية البحث التي تنص على أنه توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين، ونقبل بفرضية البحث البديلة بأنه لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين.

حيث أن نتيجة هذه الفرضية جاءت منافية لما كنا نتوقعه ومناقضة للعديد من الدراسات منها دراسة "أن هاس وأندرو ستبيتو حول العلاقة بين قلة النشاط البدني و السمنة و المعتقدات الصحية باختلاف الثقافة ومستوى التنمية الاقتصادية، حيث أجرى استطلاع مستعرض يضم 19298من طلاب الجامعات وأسفرت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباطية قوية بين المعتقدات الصحية و انتشار الخمول بين البلدان (المرجع نفسه ص125).

أما بالنسبة لدراسة السلوك الجنسي الآمن فقد جمعت أحد الدراسات معلومات عن خصائص المشاركين في الدراسة المسحية لمعرفة مستوى الوعي حول الايدز و السلوك الجنسي الآمن لمنع المرض وتوصلت النتائج الى أن العائلات ذات المستوى الاقتصادي الفقير والمتوسط هم أكثر عرضة للسلوك الجنسي الخطر على عكس الاسر مرتفعي المستوى المعيشي، هم من من يمارسون الجنس الاكثر أمانا وأكثر المستخدمين للواقي الجنسي .

(خشاب سعاد ،2011/2010، ص131).

حيث أن اختلاف المستوى الاقتصادي للأفراد لا يحد من مدى معرفتهم و اكتساب المعارف في المجال الصحي على حد سواء أي أن الثقافة في المجال الصحي ليست حكرا على الاطباء فقط بل أصبح كثير من الافراد ينخرطون في النوادي ويمارسون الرياضة والحمية وغيرها باعتبارها سلوكات صحية ضرورية في الحياة.

أما بالنسبة للسلوك الجنسي الآمن فالمستوى الاقتصادي بالغ الاهمية حيث أنما كلما قل الدخل عند الفرد كلما قلت الطرق والسبل الوقائية التي يتوجب عليه اتخاذها فالحالة الاقتصادية للفرد تعتبر عامل مهم لتبني سلوك جنسي امن ف الثراء يلعب دور مهم في مثل هذه الاوضاع.

3-استنتاج عام:

من خلال مناقشة نتائج الدراسة الحالية، ومن خلال تطبيق مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين فقد توصلنا إلى تحقيق فرضيتين من أصل خمسة فرضيات إلا أن الفرضية الثالثة قد باءت بالرفض قي شقها الأول و التي تنص على أنه توجد فروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين، وتحققت في شقها الثاني الذي ينص على أنه توجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين.

حيث توصلت النتائج إلى أنه:

1- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن الجنسي لدى المتزوجين.

2- توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين.

3- لا توجد فروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين وتوجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تبعا لمتغير السن لدى المتزوجين.

4- لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين.

5- لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين.

وعليه فإن الفرضية الأولى بالنسبة لنا فقد تحققت حيث وجدنا علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين المعتقدات الصحية و السلوك الجنسي الآمن، وهو ما كان متوقع بالنسبة لنا، وعليه فإن تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية كاستخدام الواقي الجنسي راجع إلى مستوى أو نسبة اعتقادهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، حيث أن ممارساتهم الوقائية تتوقف لا المعتقدات الصحية أما فيها يخص نتائج الفرضية فقد تحققت حيث جاءت مطابقة لما كنا نتوقعه ومؤيدة للدراسات السابقة.

أما فيما يخص الفرضية الثالثة فإنها لم تأتي مطابقة لما توقعناه في شقها الاول بالنسبة للمعتقدات الصحية، وتم قبولها في شقها الثاني بالنسبة للسلوك الجنسي الآمن، أما بالنسبة للفرضية الرابعة فإنها جاءت على عكس ما توقعناه بحيث أنها لم تتحقق.

أما بالنسبة للفرضية الخامسة فقد جاءت كسابقتها وباءت بالرفض و لم تأتي مطابقة لما كنا نتوقعه ومع ذلك يمكننا القول من خلال هذه الدراسة ولو أن نتائجها جاءت مناقضة لما توقعناه، بإعتبار أن السلوك

الجنسي الآمن يعد محط اهتمام بالنسبة للمجتمعات المثقفة أو أن للعامل المعرفي دور في اكتساب مثل هذه المعتقدات حول الممارسة الجنسية السليمة فحينما يتمحور الحديث حول السلوك الجنسي فاننا هنا نربطه بالزواج و لإكتساب ثقافة جنسية يجب أن يتمتع الفرد بقدر من الوعي الكافي حيال ذلك لإتخاذ اجراءات وقائية صحية تقلل من نسبة الخطورة أو الاصابة بأية مرض فلذلك يتوجب الاستعانة بنموذج المعتقدات الصحية في مجال الخدمات الصحية،أما بالنسبة لنتائج الدراسة التي قمنا بها تبين أن للعامل المعرفي دور فعال بدرجة أولية في اتخاذ السلوكات الصحية كعادة للتخلص من مثل هذه المشكلات كالامراض الجنسية وما شابه ومن خلال ما استنتجناه في بيئتنا العربية هو أن الممارسة مع الشريك الاصلي لا حرج عليها ولا خوف أي أنه ليس من الممكن أن يحصل مثل هذه الامور ولا تؤدي الى الاصابة بأية مرض جنسي بأية حال، وهذا راجع لانعدام الوعي والثقافة وأن هذه الاجراءات الوقاية لا تعنيهم بحسب رأي البعض منهم واتخاذ الامر بشكل هزلي وعدم اعطائه الاهمية التي يستحقها دون اعتبارهم أن الوقاية خير من العلاج.

خـاتـمـة

خاتمة

تعتبر دراسة علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن، من بين أهم الدراسات التي تحتاج إلى المثابرة والاطلاع أكثر من أجل تحقيق الأهداف المرجوة، من أي دراسة، وعلى هذا الأساس تطرقنا إلى هذه الدراسة لمحاولة معرفة مدى نسبة التأثير والتأثر بينهما، إذ أن كلما كان للفرد استعداد لأي مرض معين، أو مواجهة الخطر كلما كان اقباله على السلوكات الوقائية، للتصدي لأي خطر محدق به فعال.

في حين أن بعض الأفراد المتزوجين يقومون بممارسات وسلوكات خطرة وغير آمنة، دون الإقلاع عنها، وكل هذا راجع إلى عوامل عدة كالعامل الثقافي والتعليمي وغيرها ...، لذا فقد كان الهدف من هذه الدراسة هو محاولة معرفة علاقة المعتقدات الصحية، بالسلوك الجنسي الآمن لدى عينة من المتزوجين تعزى لمتغيرات السن والجنس ، والمستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، حيث خلصت نتائج هذه الدراسة إلى أنه :

– توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية، والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين .

– توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين.

– أما بالنسبة للفرضية الثالثة، فإنها لم تتحقق في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن، وتم قبولها في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في السلوك الجنسي الآمن تبعا لمتغير السن.

– لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين.

– لا توجد فروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المتزوجين.

وبهذا فقد تحققت الفرضية الأولى والثانية، والثالثة لم تتحقق في جزئها الأول بالنسبة للمعتقدات، وتحققت في جزئها الثاني بالنسبة للسلوك الجنسي، ولم تتحقق الفرضية الرابعة والخامسة .

نستنتج من كل هذا، أن اكتسابنا معتقدات صحية، ومفاهيم حيال ذلك يجنبنا الوقوع في الأمراض واتخاذ الإجراءات الوقائية الآزمة، غير أن مثل هذه الدراسات في بلداننا العربية تبقى عقيمة ، نظرا لعدم

وجود المصداقية في الإجابات، من طرق بعض أفراد العينات لذا فهي تتطلب كثيرا من الجهد، والعناء للوصول إلى النتائج المرجوة .

التوصيات:

من خلال الدراسة التي أجريناها، وما تحصلنا عليه من نتائج يمكن إدراج التوصيات التالية:

– إدراج الجنس الآمن، ضمن العناصر الأساسية في مجال القطاع الصحي، وإعطائه الأهمية التي يستحقها.

– المساهمة في نشر الثقافة الجنسية الصحية، وتوضيح مدى أهمية الواقي الجنسي وآثاره الإيجابية، وبالتالي إتباع سلوكات جنسية آمنة .

– استبدال المعتقدات الخاطئة للأفراد حول الجنس، بأخرى صحية ووقائية لضمان سلامتهم .

– تحفيز الأفراد لإجراء الاختبار والفحوصات الدورية، بغرض تقليلي الإصابة بالأمراض، التي تنتقل عبر الجنس .

– إجراء اختبارات لتقييم مدى فعالية الواقيات الجنسية، لمعرفة درجة الحماية التي يمكن أن تؤمنها للأفراد المستخدمين لها .

– توفير المؤهلات لإجراء الفحص الطبي العام .

– التشهير بثقافة العازلات الطبية، للوقاية أكثر لدى الأفراد .

– تقديم العناية والدعم للأشخاص المصابين بالأمراض الجنسية، كمرض الإيدز ومنع ومكافحة انتشار العدوى.

اقتراحات:

استكمالا للجهد المبذول في الدراسة الحالية، نرى أنه من الضروري إجراء المزيد من البحوث والدراسات، لهذا الموضوع، بحيث تتناول هذه الدراسات ما يلي:

– إجراء دراسة تتناول السلوكيات الجنسية الشاذة الغير آمنة، التي تمارس على الأطفال في المجتمع الجزائري .

– إجراء دراسة تتناول علاقة المعتقدات الصحية، بالسلوكات الجنسية الغير آمنة، لدى عينة من المطلقين .

– إجراء دراسة تتناول المعتقدات الصحية، وعلاقتها بزنا المحارم لدى عينة من المتزوجين.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أ/ المصادر والمراجع باللغة العربية:

1- كتب:

- إس-كون. (1992). **الجنس في الأسطورة إلى العلم**، (ترجمة: منير شحوذ)، ط1، سوريا: دار الحوار للنشر والتوزيع اللاذقية.
- باربارا سميث. (2009). **سيكولوجيا الجنس والنوع**، (ترجمة: سامع وديع الخفش، محمد صبري سليط)، ط1، عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون، المملكة الأردنية الهاشمية.
- بلال أحمد عودة. (2010). **التربية لذوي الاحتياجات الخاصة**، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، العبدلي مقابل البنك العربي.
- ثيودور رايك. (1992). **الدافع الجنسي**، (ترجمة: ثائر ديب)، ط1، دار الحوار اللاذقية.
- جاك واينبرغ. (1989). **عيادة الاضطرابات الجنسية**. (ترجمة: محمد أحمد نابلسي)، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- رشاد علي عبد العزيز موسى. (2008). **الجنس والصحة النفسية**، ط1، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- سجموند فرويد.(1981/1/1). **ثلاثة مباحث في الجنس**، (ترجمة: جورج طرابيشي)، ط1، بيروت، لبنان: دار الطبعة للطباعة والنشر.
- سيد أحمد أمين. (2020/5/6). **الإيدز الشذوذ الجنسي**، المصدر وزارة العدل الأمريكية.
- شيلي تابلور. (2008). **علم النفس الصحي**، (ترجمة: وسام درويش بريك، فوزي شاكر طعيمه داود)، ط1، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

- عبد الخالق حسن يونس. (2004). **المشاكل الجنسية**، ط1، بيروت: المطبعة المتوسطية.
- عبد الرحيم عبد الله. (2009). **الأمراض المنقولة جنسيا**، ط1، القاهرة، مصر: دار الشروق.
- عبد المنعم الحنفي. (2000). **الموسوعة النفسية والجنسية**، ط3، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- غوشاف لوبون.**الآراء والمعتقدات**. (ترجمة: عادل زعيتر)، مصر: كلمات عربية للترجمة والنشر.
- **فراس السواح**. (2001). **الأسطورة والمعنى دراسات في ميتيولوجيا والديانات المشرقية**، ط2، دمشق: دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة.
- فراس السواح. (2002). **دفع الإنسان البحث في ماهية الدين ومنشأ الدافع الديني**، ط4، سوريا، دمشق، دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة.
- كريمة البهجوري. (2010). **الموسوعة الجنسية**، ط1، القاهرة: مكتبة الهلال للنشر والتوزيع.
- كولون ولسون. **الجنس والشباب الذكي**، (ترجمة: عمر شاهين)، المركز الحضاري العربي للأعلام والنشر.
- مجموعة من الأطباء وعلماء النفس، (2010/02/5)، **كل شيء في الجنس**، القاهرة.
- محمد الجوهري. (1978). **الدراسات العلمية للمعتقدات الشعبية**، ط1، القاهرة: دار الكتاب للتوزيع.
- محمد توفيق السهلي.حسن الباش. **المعتقدات الشعبية في التراث العربي**، دار جليل.
- محمد علي البار. (1986). **الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها**، ط2، دار المنابرة، جامعة الملك عبد العزيز جدة.
- مصطفى حلمي. (2002). **الإسلام والأديان دراسة مقارنة**، ط1، بيروت، لبنان، دار الكتب العلمية، منشورات محمد علي بيضون.
- موريس شربل. **التربية الجنسية**، بيروت، لبنان: دار المناهل للطباعة والنشر والتوزيع.

- هناء أحمد محمد. **علم النفس الصحي،** مكتبة أنجو المصرية، قسم علم النفس، كلية الآداب بقنا، جامعة جنوب الوادي.

- يوسف مراد. (1119). **سيكولوجية الجنس،** ط2، القاهرة: دار المعارف، كورنيش النيل.

2- المجلات العلمية:

- أسامة جبريل أحمد عبد اللطيف. (2020). "**فاعلية برنامج في العلوم قائم على نماذج الاقناع في تنمية السلوكيات الصحية الوقائية وتعديل المعتقدات الخطأ تجاه فيروس كورونا لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية**"، مجلة كلية التربية: العدد الرابع والأربعون (الجزء الرابع).

- سناء عيسى الداغستاني، ديار عوني المفتي، "**المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي**"، مجلة البحوث التربوية والنفسية: العددان السادس والعشرون والسابق والعشرون.

- عبد العزيز حجي العنزي، (أيلول، 2015)، "**دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي**"، المجلة الدولية التربوية المتخصصة: المجلد (4)، العدد(9).

- غادة علي محمد علي ويوسف سيد محمود، "**الأهمية النظرية والوظيفية للمعتقدات المعرفية للمعلم عن التلميذ الموهوب (بحث مستلم من رسالة دكتوراه)**"، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية: عدد خاص بأبحاث المؤتمر.

- مسعودي ظريفة. (2016/03/1)، "**المعتقدات الصحية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى شرايين القلب الناجية**"، جامعة الجزائر قسم علم النفس.

- مصباح الهلي.(2010). "**المعتقدات الخرافية الشائعة في التنشئة الاجتماعية للأبناء وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، دراسة ميدانية بمدينة ورقلة**". مجلة الواحات للبحوث والدراسات: الجزائر، العدد 9، 151-167).

- مصباح الهلي، الشايب محمد الساسي، (جوان، 2016)، "**المعتقدات الخرافية الشائعة لدى تلاميذ مرحلة المتوسط**"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، العدد 24.

3- الرسائل الجامعية:

- حمزاوي نجاة. بكيري لويزة. (2020)، **دور جودة الحياة في تكوين المعتقدات الصحية لدى مرضى السكري.** (مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي)، جامعة يحي فارس ، المدية.

- خشاب سعاد.(2011). **علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.** (مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس العيادي)، جامعة الحاج لخضر، باتنة.

- بهلول سارة أشواق. (2009). **سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية.** (مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس)، جامعة الحاج لخضر باتنة.

- بوسكرة مصطفى، بوديسة حكيمة. (2011). **المعتقدات الصحية التعويضية لدى طلبة العلوم الاجتماعية في ضوء بعض المتغيرات المختارة.** (مذكرة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس)، جامعة محمد بوضياف، مسيلة.

- بلحاج مونير. (2012). **الحق في حرية المعتقد وممارسة الشعائر الدينية.** (مذكرة لنيل شهادةالماجستير في القانون العام)، جامعة وهران.

- ديهية آيت حمودة. (2018). **علاقة المعتقدات الصحية ومصدر الضبط الصحي بنمط الشخصية د بالملائمة العلاجية لدى مرضى الربو في ضوء بعض المتغيرات السوسيو ديمغرافية.** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص علم النفس الصحة)، جامعة الجزائر-2- أبو قاسم سعد الله.

- بن الشيخ عبد الحميد. (2015). **أثر المعتقدات الشعبية في سلوك الإنسان الجزائري المعاصر دراسة ميدانية لعينة من المثقفين.**(أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه)، جامعة الجزائر -2-.

- عبد المنعم محمد حسين خطاطبة. (2015). **المعتقدات المعرفية وعلاقتها باستراتيجيات التعلم لد طلبة جامعة اليرموك في ضوء المتغيرات.** (رسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص علم النفس).

- عبد الوهاب بن شعلال.(2018). **أثر المعتقدات المعرفية وتوجهات الدافعية على استراتيجيات التعلم المنظم ذاتيا لدى طلبة الجامعة.** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس المدرسي)، جامعة الجزائر "2" أبو قاسم سعد الله.

- وليد شوقي شفيق السيد. (2009). **طرق المعرفة الإجرائية والمعتقدات المعرفية وعلاقتها باستراتيجيات التعلم المنظم ذاتيا.** (رسالة الحصول على درجة الدكتوراه في فلسفة التربية)، جامعة الزقازيق.

- نايت عبد السلام كريمة. (2014). **علاقة بعض المتغيرات النفسية والشخصية وطرق التعامل مع الضغط النفسي والاتجاه نحو السلوك الصحي بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري.** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي)، جامعة الجزائر 2.

- القص صليحة. (2016). **فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين.** (أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس)، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- بن غدنة شريفة.(2007). **السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة.** (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي بولاية سطيف)، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- راية بنت مسلم بن خميس النصيرية. (2017). **العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور.** (دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية)، جامعة تروي.

- سارة بوبكري. (2019). **مستويات الالتزام بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة استكشافية بمستشفى محمد بوضياف بورقلة.** (مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي)، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- عرعار غنية. (2021). **السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحيياة لدى الممرض، دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي.** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس تخصص علم النفس الصحة)، جامعة محمد بوضياف، مسيلة.

- صوفيا وطار، كوثر وسطاني. (2020). **السلوك الصحي وجودة الحياة عند مرضى سرطان الثدي.** (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي)، جامعة العربي بمن مهيدي، أم البواقي.

- خديجة بارزاتي، فضيلة بن طاهر. (2015). **السلوك الجنسي المنحرف وتأثيره على القيم الاجتماعية لدى المراهقين:** دراسة ميدانية بشانويات "بلكين الثاني" وسط مدينة أدرار وموسى ابن النصر بتيميمون، الجامعة الإفريقية أحمد دراية، أدرار.

- مصباح الهلي. (2006/7/4). **المعتقدات الخرافية الشائعة في التنشئة الاجتماعية للأبناء وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية.** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم النفس الاجتماعي)، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- نضال فخري طه. (2009/11/17م). **الطقوس والمعتقدات الشعبية الاجتماعية في الأدب الشعبي في محافظة رام الله.** (رسالة استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في اللغة العربية)، جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.

- سايل حدة وحيدة. (تقرير ديسمبر 2019). **صحة طلاب الجامعات تناول خاص بالمعتقدات الصحية وتأثيرها على السلوك الصحي من خلال نموذج علم النفس الصحة.** جامعة الجزائر (2) أبو قاسم سعد الله.

4- ملتقيات وتقارير علمية:

- اتحاد جمعية الأسر UNAF. (2011). **دليل الإرشاد والتوجيه الجنسي للمهاجرين.**

- جمعية الصحة العالمية التاسعة والخمسون، **الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا،** للحقبة 2006-2015، 11 الملحق 18 أيار/مايو 2006.

- فتيحة تركي، أوشامالهوترا.(2004). **الدليل الطبي لتقديم خدمات للصحة الانجابية والجنسية،** ط3، لندن.

- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، **الصحة الجنسية وارتباطها بالصحة الإنجابية**، دليل علمي، صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 2017.

5- مواقع الكترونية:

- تعليم الالكتورني، 16 مارس 2020، في موسوعة ويكيبيديا:

https://AR.M-wikipedia-ORJ.

الـمـلاحـق

الملاحق:

الملحق رقم 01: مقياس المعتقدات الصحية

من اعداد الطالبة : خشاب سعاد

بيانات عامة:

_الجنس:

_السن:

_المستوى التعليمي:

_المستوى القتصادي:

*تعليمة المقياس:

في إطار القيام بدراسة حول علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، فيما يلي مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تجيب عليها بوضع علامة (×) في الخانة المناسبة أرجو أن تجيب على كل العبارات بصراحة وصدق وأن لا تترك عبارة بدون إجابة لأن هذا يساهم في خدمة وإثراء هذه الدراسة وتأكد من أن معلوماتك ستوضف لأغراض علمية فقط، وأنها ستحظى بقدر عال من السرية والإئتمان.

الرقم	العبارة	بدرجة معدومة	بدرجة ضعيفة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	بدرجة كبيرة جدا
01	تدخين السجائر يعرضني للإصابة بسرطان الرئة.					
02	الإكثار من المشروبات المنبهة يعرضني للاصابة بالأمراض الوعائية القلبية.					
03	أستعمل الواقي الجنسي بهدف الحماية من الأمراض التناسلية خاصة السيدا.					
04	ألجأ إلى الحمية الغذائية للوقاية من السمنة.					
05	عدم التزامي بقوانين المرور يعرضني للوقوع في حوادث مميتة.					
06	أحافظ على صحتي بالإقبال على الأكل قليل الدسم.					
07	عدم تناولي للدواء الموصوف لي في موعده يعرضني لحدوث مضاعفات.					
08	إقتنائي دواء بدون وصفة طبية يعرضني إلى مشاكل					

	صحية.					
09	عدم غسل أسناني بعد كل وجبة يعرضها للتسوس.					
10	ألجأإلى لمراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوص الدورية لتجنب الوقوع في المرض.					
11	قلة الحركة والجلوس المطول يعرضني للاصابة بسكتة دماغية.					
12	ألجأ إلى استخدام المواد الواقية من الشمس للحماية من سرطان الجلد.					
13	أسعى للحصول على تلقيح ضد مرض معين.					
14	الإفراط في استهلاك الكحول يعرضني للعديد من المشكلات الصحية " كارتفاع ضغط الدم . تليف الكبد..."					
15	أتناول كمية كبيرة من الماء للتخلصمن الأملاح الزائدة.					
16	أغسل يداي قبل كل وجبة غذائية للحماية من الجراثيم المنتشرة.					
17	عدم انصياعي للتوصيات العلاجية يعرضني للإصابة بالعديد من الأمراض.					
18	استنشاقي للدخان النبعث من سجائر المدخنين يتسبب لي في حدوث مشاكل صحية" كالإلتهاب الشعب . انتفاخ الرئة " .					
19	أمارس الرياضة بانتظام لتفادي مشكلات صحية عدة" كأمراض القلب . ضغط الدم . السكري ".					

الملحق رقم 02: مقياس السلوك الجنسي الآمن

من اعداد الطالبة : خشاب سعاد

بيانات عامة:

الجنس:

السن:

المستوى الإقتصادي:

المستوى التعليمي:

*تعليمة المقياس:

في اطار القيام بدراسة علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الامن لدى المتزوجين، فيما يلي مجموعة من العبارات الطلوب منك أن تجيب عليها بوضع علامة) x(في الخانة المناسبة أرجو منك أن تجيب على كل العبارات بصراحة و صدق و أن لا تترك عبارة بدون إجابة لان هذا يساهم في خدمة و اثراء هذه الدراسة و تأكد من أن معلوماتك ستوضف لأغراض علمية فقط،و أنها ستحظى بقدر عالي من السرية و الائتمان.

الرقم	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
01	أقتني مجلات أو شرائط فديو تعرض مشاهد فاضحة جنسيا.					
02	أنا مكتفي (ة) بالشريك الجنسي الاصلي.					
03	أحرص على استخدام الواقي الجنسي .					
04	أخضع للتطعيم ضد الامراض الفيروسيةالتي يمكن أن تنتقل بالاتصال الجنسي.					
05	نحرص على وضع استراتيجية الانسحاب قبل القذف قصدا للحماية من تسرب أي عدوى تناسلية محتملة.					
06	أتناول أدوية منشطة للقوة الجنسية.					
07	أمارس الرياضة للمحافظة على قدارتي الجنسية.					

08	أقوم بالنوم الكافي قبل ممارستي للعملية الجنسية.					
09	ألجأ الى ممارسة العادة السرية" الاستمناء".					
10	حدث و أن فرض عليا الشريك الاصلي ارتداء الواقي الجنسي قصدا للحماية من الامراض السرطانية.					
11	أستعمل الواقي الجنسي كسلوك حماية من الامراض التناسلية.					
12	أقوم بسلوكات جنسية شاذة" الجنسية المثلية،..." من شأنها أن تصيبني بأمراض تناسلية خطيرة.					
13	ألجأ الى عدة شركاء في ممارستي للعملية الجنسية.					
14	أتفادى تعاطي المواد المخدرة أثناء ممارستي للجنس.					
15	حدث و أن قمت بممارسة الجنس مع الحيوانات.					
16	أخضع مع الشريك الجنسي الاصلي لاختبارات و فحوصات دورية للتأكد من خلونا عن وجود أي مرض تناسلي.					
17	تورطت في ممارسات جنسية غير آمنة و خطرة رغم معرفتي أنها قد تسبب لي الضرر الصحي.					
18	أتناول غذاء صحي للحافض على قدراتي الجنسية.					
19	أتثقف مع الشريك الاصلي في قضايا الجنس من خلال القراءة و السؤال العلمي في هذا المجال.					
20	قمت بدفع المال مقابل ممارستي للجنس مع شريك آخر.					
21	مارست الجنس مع شخص ما بمجرد أني شعرت بالاثارة معه.					
22	أقوم بتعاطي الكحول أو المخدرات أثناء ممارستي للعملية الجنسية.					

23	أحمل الغشاء الواقي معي بصفة دائمة و هذا تحسبا لكل علاقة جنسية مباغة.					
24	الممارسة الجنسية الخطرة و الغير آمنة تعتبر جزءا من أسلوب حياتي.					
25	قمت بزيارة بيوت خاصة بممارسة الجنس.					
26	أدت ممارستي للجنس الغير آمن الى ايذاء الشريك الاصلي بنقله أمراضي التناسلية.					
27	أعتقد أن الامراض المنقولة جنسيا ناتجة عن سلوك جنسي خطر و غير شرعي.					
28	أصارح الشريك الجنسي الاصلي في حال اصابتي بمرض تناسلي لأخذ الاحتياطات اللازمة.					
29	أسعى للمحافضة على صحتي البدنية و الجنسية بممارسة العادات الصحية.					