

التثقيف الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة

م.م. وصال صالح شذر

وزارة التربية

wessalsalih78@gmail.com

الملخص

استهدف البحث الحالي التعرف على التثقيف الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة. ولتحقيق أهداف البحث الحالي، تبنت الباحثة مقياس التثقيف الصحي (أوزبورن ريتشارد وآخرون 2007)، المكون من (43) فقرة بعد ترجمته وأستخراج الخصائص السايكومترية له، من صدق وثبات، إذ بلغ ثباته بطريقة الفا كرونباخ (0,783)، وللحصول على الثبات المطلق تم تربيع قيمة الثبات إذ بلغ (0,613)، وهو بذلك يعد معامل ثبات جيد يمكن الركون اليه، وقد بلغت فقرات المقياس بصورته النهائية (43) فقرة، وبلغت عينة البحث (689) مريض ومريضة وبواقع (280) مريض (409) مريضة، وبعد معالجة البيانات إحصائياً من خلال الحقيبة الإحصائية (SPSS)، أشارت نتائج البحث الحالي الى أن افراد مجتمع البحث لديهم تثقيف صحي ضعيف، وان عينة البحث من الأناث أعلى درجة في التثقيف الصحي منه لدى الذكور. وفي ضوء النتائج التي أشير لها قدمت الباحثة عدداً من التوصيات والمقترحات التي توسع من مديات البحث لبحوث لاحقة.

الكلمات المفتاحية: التثقيف الصحي - مرضى الأمراض المزمنة - الأمراض السارية.

Health education for chronic disease patients

Abstract

The research aims to identify health education, and the significance of the differences in health education, according to the gender variable (male - female) .

In order to achieve the objectives of the current research. The researcher used the health education scale, which consists of (43) items, where the research verifies the psychometric properties such as scarcity and reliability for scale .

Then the scale were applied to a sample of (687) patients, and the research sample amounted to (689) male and female patients, and a total of (280) patients (409) female patients

The results of the current research indicated, based on the use of a number of statistical methods in light of the shown result:

that health education was below average, In the sense that respondents have poor health education, and females have a higher degree of health education than males

In light of the indicated results, a number of recommendations and suggestions were presented for subsequent research.

chronic disease patients- Communicable diseases Health education

الفصل الأول : مشكلة البحث : Problem of the Research

تمثل الأمراض المزمنة - الأمراض السارية - المصدر الرئيسي للوفاة والعجز وتمثل غالبية تكاليف الرعاية الصحية في العالم الصناعي، بما في ذلك الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة ، والتي تكون مسؤولة عن ما يقرب من ثلثي الوفيات في جميع أنحاء العالم (Pozza et al.,2020,p.13).

ترتبط أسباب العديد من الأمراض المزمنة الشائعة بالنظام الغذائي والنشاط البدني وعوامل نمط الحياة الأخرى، إذ غالبًا ما تحدد سلوكيات الإدارة الذاتية والمراقبة الذاتية أعراض المرض وتطوره (Kawaguchi, 1993, pp. 31-41). لمواجهة هذا التحدي، بدأت العديد من البلدان المتقدمة في تبني برامج تعليم الإدارة الذاتية، وهي تكتسب شعبية بسبب قدرتها على تحسين صحة أولئك المصابين بأمراض مزمنة بالإضافة إلى قدرتها على تقليل التكاليف الطبية (Newman et al., 2004,p364 ; Osborne et al., 2011,p255).

على الرغم من تطوير العديد من خيارات العلاج الجديدة للأفراد المصابين بأمراض مزمنة ، لا يزال المرضى يعانون من تأثير كبير لمرضهم على حياتهم اليومية (Kiebert et al., 2002,p.151). تفرض الطبيعة المزمنة للمرض تحديات يومية ويجب على المرضى اتخاذ العديد من القرارات حول الطريقة التي يديرون بها حياتهم (Salaffi et al, 2009,p.1). إنها ليست مسألة ما إذا كان المرضى يديرون أنفسهم بمرضهم (المزمن) ، ولكن كيف يفعلون ذلك ، تم تطوير العديد من التدخلات لتحسين الإدارة الذاتية للمرضى المصابين بأمراض مزمنة ، بينما كان الهدف الأولي من هذه التدخلات هو زيادة معرفة المريض حتى يتمكن من تغيير سلوكه ، أثبت الدليل بعد ذلك أن المعرفة المتزايدة لم تكن كافية. المناهج النظرية الأخرى ، المستمدة في الغالب من العلوم السلوكية ، شجعت حركة تدخلات التنقيف الصحي نحو تضمين المناهج المعرفية السلوكية وغيرها من المناهج (Iversen et al., 2010,p.955).

إذ يعد التنقيف الصحي أداة لتعزيز الصحة، إنه ضروري لإحداث تحسينات في صحة أفراد المجتمع وتعزيز رأس المال الصحي، لم يحظ باهتمام الأفراد عند الاقتضاء، إذ يمتلك الأفراد اهتمامًا محدودًا في هذا المجال، والسبب هو أن الأفراد ما زالوا يفتقرون إلى المعلومات وفهم التنقيف الصحي، وبناءً على ذلك

يواجه اختصاصيو التوعية الصحية مشكلات وتحديات في إظهار الكفاءة وإظهار نتائج ملموسة في تنفيذ هذا المجال (2012, World Health Organization).

بالرغم من تصميم قطاع الرعاية الصحية لغرض تحديد ومعالجة الأفراد وأندماجهم مرة أخرى إلى المجتمع على أنها "لقاءات تم حلها" بطريقة سريعة. ومع ذلك ، فإن تثقيف الصحي للأفراد المصابين بأمراض مزمنة أكثر تعقيداً من تلك الخاصة بالمشكلات الحادة بسبب مجموعة من عوامل الخطر المصاحبة واحتياجات الرعاية والظروف الاجتماعية على مدى العمر للعديد من الأفراد المصابين بأمراض مزمنة، كما أن المواجهات في مجال الرعاية الصحية تكون تفاعلات قصيرة ومتفرقة وغير مجدبة نوعاً ما. وبالتالي، فإن الغالبية العظمى من رعاية الأمراض المزمنة وإدارتها تحدث في مكان إقامة الفرد المصاب (و / أو مقدم الرعاية) ، وغالباً ما يكون هذا بعيداً تماماً عن المتخصصين في الرعاية الصحية. نتيجة لذلك، برز التثقيف الصحي كمكون حاسم لرعاية الأفراد المصابين بأمراض مزمنة، من خلال برامج تثقيف المرضى التي يتم الحصول عليها من خلال الاستشارات، ووضع تلك الاستشارة في سياق أوسع، واقتراح المزيد من مصادر المعلومات، ومساعدة المتلقي على الاستفادة بشكل أكبر من نظام الرعاية الصحية المتضمنه لبرامج تحسين المعرفة الصحية ومحو الأمية الصحية، التي تزيد من قدرة الفرد على الحصول على المعلومات والخدمات الصحية الأساسية ومعالجتها وفهمها اللازم لاتخاذ القرارات المناسبة المتعلقة بالصحة، التي تؤكد الأديبات الحديثة لهذه المبادئ كعناصر أساسية لأزمة للتغلب على العبء المتزايد للأمراض المزمنة (Overman et al., 2014,p.671).

وبالنظر إلى الموارد المحدودة في قطاع الرعاية الصحية، تتطلب الأمر مجموعة واسعة من المختصين بمعلومات واضحة حول قيمة برامج تثقيف المرضى. مع ذلك ، لا يوجد حالياً استبيان محلي محدد وموثق وشامل لغرض التقييم، من شأنه إطلاع المهنيين الصحيين وصانعي السياسات والباحثين على نتائج برامج التثقيف الصحي، وأن يكون الاستبيان مناسباً لمجموعة واسعة من الأمراض المزمنة، وسهل الاستعمال وقويًا من الناحية النفسية.

وبناءً على ما تقدم تتضح مشكلة البحث الحالي بالأجابة عن التساؤل التالي: **ما هو مستوى التثقيف الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة ؟**

أهمية البحث : importance of the research

من المتفق عليه بصورة شاملة أن التعليم هو الأداة التي توفر المعرفة للأفراد، وهو أمر ضروري للتمييز بين المناسب وغير المناسب، وغرس سمات الأخلاق والمعايير والقيم والمبادئ والاجتهاد والضمير وتحقيق الشخصية ومهنية الأهداف، وإثراء المستويات المعيشية، والظهور لدى الأفراد الصالحين والمنتجين منهم في البلاد، وبالطريقة نفسها، ينقل التثقيف الصحي المعرفة للأفراد، وهو أمر ضروري للحفاظ على صحة

جيدة، من المفهوم بشكل شامل أن جميع الأفراد يركزون على تحقيق الأهداف الشخصية والمهنية، إذ يقوم جميع الأفراد بأنواع مختلفة من المهام والأنشطة، من أجل تنفيذها بطريقة مناسبة، ونتيجة لذلك يحتاج الأفراد إلى الحفاظ على صحة جيدة، جسمياً ونفسياً على حد سواء، فعندما يتمتع الأفراد بصحة جيدة، يكونون قادرين على تشغيل مهامهم وأنشطتهم بطريقة مرضية وتحقيق النتائج المرجوة (Kapur, 2018).

الهدف الأساسي للتثقيف الصحي هو نقل المعلومات للأفراد من حيث الأساليب والنهج، والتي تعد ضرورية للحفاظ على صحة جيدة، وللحفاظ على صحة جيدة، هناك عوامل مختلفة، من حيث يحتاج الأفراد إلى زيادة الوعي، وتشمل هذه الإجراءات، تدابير الحفاظ على وزن الجسم، وتدابير الوقاية من الأمراض والمشكلات الصحية، والمعلومات المتعلقة بالنظام الغذائي والتغذية، وطرق التغلب على اضطرابات الأكل والنوم، وأهمية التمارين والأنشطة البدنية، وتقنيات اليوجا والتأمل، وإجراءات التكيف مع المشكلات النفسية من الغضب والاكتئاب والقلق والتوتر والصدمة والوحدة وخلق بيئة نظيفة وممتعة داخل وخارج المنزل، هذه العوامل لا تقدم فقط مساهمة كبيرة في الحفاظ على صحة جيدة، ولكن الأفراد قادرون أيضاً على إثراء نوعية حياتهم بشكل عام، في الوقت الحاضر، فعندما يشعر الأفراد أن هذه التدابير كانت مفيدة لهم إلى حد كبير، فإنهم قادرون على إدراك أهمية التثقيف الصحي.

إذ ترتبط أسباب العديد من الأمراض المزمنة الشائعة بالنظام الغذائي والنشاط البدني وعوامل نمط الحياة الأخرى، إذ غالباً ما تحدد سلوكيات الإدارة الذاتية والمراقبة الذاتية أعراض المرض وتطوره (pp. , 31-41 Kawaguchi, 1993). ولمواجهة هذا التحدي، بدأت العديد من البلدان المتقدمة في تبني برامج تعليم الإدارة الذاتية، وهي تكتسب شعبية بسبب قدرتها على تحسين صحة أولئك المصابين بأمراض مزمنة بالإضافة إلى قدرتها على تقليل التكاليف الطبية (Newman et al., 2004, p. 1523 ; Osborne et al., 2011, p. 255).

كما أن هناك اهتمام متزايد على الصعيدين الوطني والدولي بتثقيف المرضى وبرامج الإدارة الذاتية (1775 Bodenheimer et al., 2002, p.). إذ تقدم مجموعة متنوعة من المنظمات، بما في ذلك المستشفيات والمرافق المجتمعية، تثقيفاً للمرضى من خلال برامج إعادة التأهيل، تتضمن مناهج البرامج معلومات عن عوامل الخطر السلوكية، والامتثال للأدوية، بالإضافة إلى تقنيات لتقليل الأعراض والتغلب على الضيق وتحسين التكيف، وقد كانت النتيجة النهائية المتوقعة للأفراد الذين يحضرون هذه البرامج هي تحسين نوعية الحياة، كما تم العثور على تمكين المريض، والكفاءة الذاتية والإدارة الذاتية لتكون نتائج وسيطة رئيسية ولكن حتى الآن كانت صعبة إلى حد ما للتشغيل والقياس والإبلاغ عن بعد، من حيث تأثير المريض (Newman et al., 2004, p. 1523)، يعد برنامج الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة أحد أكثر برامج الإدارة الذاتية لمساعدة الأفراد المصابين بمرض مزمن على اكتساب الثقة في قدراتهم. "القدرة على التحكم في الأعراض وتأثير حالتهم على حياتهم" (Jöreskog, 2004).

أثارت هذه البرامج اهتمامًا كبيرًا وتبعها العديد من دراسات المتابعة والبرامج الحكومية، مع تزايد الفرص واستعمال الإنترنت، تم تطوير برامج الإدارة الذاتية عبر الإنترنت للمرضى الذين يعانون من حالات طويلة الأجل، في التقييم الطولي غير المنضبط لبرنامج الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة عبر الإنترنت، لوحظ في اثني عشر شهرًا تحسينات صغيرة إلى معتدلة في المحنة الصحية والتعب والألم والكفاءة الذاتية. في الربو، لقد ثبت أن دعم الإدارة الذاتية عبر الإنترنت ينتج عنه تحسن مستدام في السيطرة على المرض ونوعية الحياة المرتبطة بالربو (Nolte et al, 2007,p.351).

توضح هذه أن تدخلات الإدارة الذاتية يمكن أن تحسن نوعية الحياة والرفاهية ولكن نتائجها متنوعة وتشمل مقياس الرفاه الجسمي والنفسي والاجتماعي، وبالتالي، فإن تنوع مجموعات المرضى، مثل الأسس النظرية المختلفة لتدخلات الإدارة الذاتية وكذلك المحتوى التعليمي المتنوع على نطاق واسع لبرامج التنقيف الصحي، يجعل من الصعب إثبات الفعالية باستعمال المقاييس المشتركة (Jordan & Osborne, 2007,p.84).

تُمكن الإدارة الذاتية الفعالة المرضى من "مراقبة حالة الفرد والتأثير على الاستجابات المعرفية والسلوكية والأنفعالية اللازمة للحفاظ على جودة الحياة المصنّعة"، تم تصميم استبيان تأثير التنقيف الصحي (HeiQ) لقياس فعالية برامج التنقيف الصحي بناءً على وجهات نظر المرضى، إذ أسس على مجموعة من الحالات المزمنة مثل التهاب المفاصل، وارتفاع ضغط الدم، والقلق أو الاكتئاب، والربو، والإصابة، ومرض السكري وأمراض القلب، ويقدم استبيان تأثير التنقيف الصحي HeiQ نهجًا جديدًا لقياس الاستجابات المعرفية والسلوكية والأنفعالية وملء مهمة فجوة في تقييم النتائج المتمحورة حول المريض لتنقيف المريض. كما وجدت الدراسات التي تستخدم استبيان تأثير التنقيف الصحي HeiQ أنها التقطت جوانب مختلفة من المقاييس المستعملة عادةً لتقييم تأثير تنقيف المريض (Schuler et al., 2013,p.1391) إذ خلصت الدراسات أيضًا إلى أن هياكل استبيان تأثير التنقيف الصحي HeiQ هي مقاييس صالحة وموثوق بها للأبعاد الرئيسية للسلوك العام المتعلق بالصحة وقد تعزز تقييم النتائج من خلال العمل أيضًا كأهداف لبرامج الإدارة الذاتية (Maunsell et al, 2014,p. 3228).

وبناءً على ما تقدم تتضح أهمية الدراسة الحالية في جانبها النظري والتطبيقي فيما يلي:

• الأهمية النظرية :

- تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية من متغير التي تناول متناول في الدراسة الحالية، وهو التنقيف الصحي.
- عدم وجود دراسة محلية - حسب علم الباحثة - تناولت دراسة طبيعة متغير البحث الحالي.
- أهمية دراسة التنقيف الصحي في تحقيق الصحة النفسية للأفراد .

- أهمية النتائج التي سيسفر عنها البحث الحالي التي من خلالها ستوضح الخصائص التي يتسم بها مرضى الأمراض المزمنة .
 - تشجيع القائمين والمختصين في الصحة النفسية على زيادة جهودهم لتطوير الكفاءة الصحية المستندة على افكار الصحة النفسية وفق عملية التنقيف الصحي المقبولة مهنيًا واجتماعياً.
 - تتبع أهمية البحث الحالي من أهمية مجتمع البحث الحالي مرضى الأمراض المزمنة, تلك الفئة التي لها خصوصيتها للزيادة العددية المسجلة في احصائيات وزارة الصحة العراقية .
- **الاهمية التطبيقية :**

- تحديد مستوى التنقيف الصحي في المجال الصحي من خلال تسليط الضوء على متغير مهم للاستفادة منه في تعزيز الصحة النفسية, وذلك من أجل ايجاد مناخ صحي لدى مرضى الأمراض المزمنة .
- ومن خلال تحديد مستوى التنقيف الصحي يتم التعرف على نقاط القوة والضعف إن وجدت ليتم معالجتها لدى مرضى الأمراض المزمنة.
- تأهيل المرض المصاب بالأمراض المزمنة ليكون ناجحاً في عمله المستقبلي ليس فقط على المستوى الصحي, وإنما من خلال استثمار التنقيف الصحي وتقويم العملية الصحية لديه.
- فيما تسفر عنه نتائج البحث الحالي في مساعدة مرضى الأمراض المزمنة وذوي الاختصاص في مجال التطبيق النفسي .

أهداف البحث Aims of the research:

يستهدف البحث الحالي التعرف الى:

- 1- التنقيف الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة.
- 2- دلالة الفروق في التنقيف الصحي تبعا لمتغير الجنس (ذكور - أناث).

حدود البحث Limits of the Research:

يتحدد البحث الحالي بدراسة التنقيف الصحي لدى مرضى الامراض المزمنة المراجعين في دائره مدينه الطب في مستشفى الشهيد غازي الحريري, ومستشفى دار التمريض الخاص, والمركز العراقي لأمراض القلب, ومستشفى بغداد التعليمي ، في مدينة بغداد للعام 2022.

تحديد المصطلحات Definition the Term :

التثقيف الصحي The Health Education

- تعريف كولين وآخرون (2004) Koelen et al

مجموعة من خبرات التعلم المصممة لتسهيل العمل التطوعي المؤدي إلى الصحة، المتمثلة بخطوات سلوكية التي يتخذها فرد أو جماعة أو مجتمع لتحقيق تأثير صحي مقصود، والتأكيد على أهمية مطابقة محددات متعددة للسلوك مع خبرات التعلم المتعددة أو التدخل التربوي، مع خلق ظروف مواتية مثل الاستعداد ، التمكين ، التعزيز (Koelen et al., 2004,p.30).

التعريف النظري : اعتمدت الباحثة تعريف (Koelen et al., 2004) تعريفا نظريا للبحث.

التعريف الاجرائي : الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب -المريض- من خلال أجابته على مقياس التثقيف الصحي المعتمد في هذا البحث.

الفصل الثاني: الأطار النظري

تتمثل مهمة معظم برامج التثقيف الصحي والصحة العامة وإدارة الأمراض المزمنة في مساعدة الأشخاص في الحفاظ على صحتهم وتحسينها ، وتقليل مخاطر الأمراض ، وإدارة الأمراض المزمنة، الهدف النهائي هو تحسين الرفاهية والاكتفاء الذاتي للأفراد والأسر والمنظمات والمجتمعات. غالبًا ما يتطلب ذلك تغييرًا في السلوك على كل مستوى.

يمكن لممارسي التثقيف الصحي اللجوء إلى العديد من نماذج التخطيط الاستراتيجي التي تستند إلى نظريات السلوك الصحي. (21)

• النموذج العقلاني The rational model

ضمن هذا النموذج ، تستهدف استراتيجيات التعليم الأفراد والجماعات وتسعى جاهدة لتشجيع الخيارات الإيجابية والسلبية للسلوك الصحي، يتم ذلك من خلال تقديم معلومات غير متحيزة نسبيًا. يعتمد هذا النموذج ، المعروف أيضًا باسم نموذج المعرفة والمواقف والممارسات (attitudes, practices model) (KAP) ، على فرضية أن زيادة معرفة الفرد ستؤدي إلى تغيير السلوك. يفترض أن العقبة الوحيدة أمام التصرف "بمسؤولية" وعقلانية هي الجهل ، وأن المعلومات وحدها يمكن أن تؤثر على السلوك من خلال "تصحيح" هذا النقص في المعرفة:

تغيير في المعرفة ← تغيير في المواقف

المعتقدات ← تغيير في السلوك

مثال: النموذج العقلاني

الجهود المبذولة لتشجيع الأفراد على تبني الممارسات الصحية تعتمد بشكل كبير على الاتصالات المقنعة في حملات التثقيف الصحي. في مثل هذه الرسائل الصحية ، غالبًا ما تستخدم نداءات الخوف من خلال تصوير ويلات المرض كمحفزات ، ويتم توفير الممارسات الوقائية الموصى بها كدليل للعمل. يحتاج الأفراد إلى معرفة كافية بالأخطار المحتملة لتبرير اتخاذ إجراء ، لكن لا يتعين عليهم أن يخافوا من ذكائهم للتصرف. بدلاً من ذلك ، ما يحتاجه الأفراد هو معلومات صحيحة عن كيفية انتقال المرض ، وإرشادات حول كيفية تنظيم سلوكهم ، وإيمان راسخ بفعاليتهم الشخصية لتحويل المخاوف إلى إجراءات وقائية فعالة. تتطلب الاستجابة لهذه الاحتياجات تحولاً في التركيز من محاولة تخويف الأفراد إلى سلوك صحي إلى تمكينهم بالأدوات اللازمة لممارسة السيطرة الشخصية على عاداتهم الصحية.

هذا النموذج له نقاط ضعف ، ومع ذلك. "المعرفة عامل ضروري ولكنه في العادة ليس كافياً لتغيير السلوك الفردي أو الجماعي." يجب أن يأتي الدافع عادة من مصادر أخرى غير المعرفة الواقعية أو بالإضافة إليها. على سبيل المثال ، يدرك معظم المدخنين المخاطر المرتبطة بتدخين السجائر ، ومع ذلك يستمرون في هذا السلوك. الحقائق ليست ما يجده الناس محبباً أو مملاً ، بل بالأحرى الأخلاق والتغطية السطحية للموضوع وتكتيكات التخويف والمصطلحات وأساليب العرض المملة. (Glanz, 1997)

• نموذج المعتقد الصحي The health belief model

كان نموذج المعتقد الصحي أحد أقدم نماذج تغيير السلوك لشرح عملية صنع القرار المتعلقة بصحة الإنسان والسلوك اللاحق. أراد علماء النفس الاجتماعي خلال الخمسينيات تفسير سبب رفض بعض الأفراد إجراء تصوير الصدر بالأشعة السينية للكشف عن مرض السل على الرغم من أن الخدمة كانت مجانية. ما اكتشفوه هو أن معتقدات الأفراد حول شدة المرض وقابليتهم له أثرت على استعدادهم لاتخاذ إجراءات وقائية. على مدى السنوات القليلة التالية ، تم تعديل هذه النظرية لتشمل ستة بنيات للمساعدة في التنبؤ بما إذا كان الأفراد سيتخذون إجراءات للوقاية من المرض والكشف عنه والسيطرة عليه. تم وصف هذه التركيبات وتعريفها واستراتيجيات العينة في الجدول (1).

جدول (1) نموذج المعتقدات الصحية

مفهوم	تعريف المفهوم	أمثلة	استراتيجيات التغيير المحتملة
القابلية الملموسة Perceived susceptibility	المعتقدات حول فرص الحصول على حالة	غالبًا ما تختلف الأدراكات الفردية عن القابلية الشخصية للإصابة بأمراض أو حوادث معينة بشكل كبير عن التقييم الواقعي لاحتمالها الإحصائي. قد تؤثر	• تحديد المجتمع المعرضين للخطر ومستويات مخاطرتهم • تخصيص معلومات المخاطر بناءً على خصائص الفرد أو سلوكه • مساعدة الفرد على تطوير تصور دقيق للمخاطر الخاصة به

	طبيعة وشدة هذه الإدراكات بشكل كبير على استعدادهم لاتخاذ إجراءات وقائية		
• تحديد نتائج والإجراء الموصى به	قد لا يستجيب الأفراد للاقتراحات المتعلقة بالحصول على لقاحات الإنفلونزا لأنهم لا ينظرون إلى الإنفلونزا على أنها مرض خطير. يجب أن يدرك الفرد الخطورة المحتملة • تحديد نتائج الشرط والإجراء الموصى به للحالة من حيث الألم أو الانزعاج ، والوقت الضائع من العمل ، والصعوبات الاقتصادية، وما إلى ذلك.	المعتقدات حول خطورة الحالة وعواقبها	الشدة المدركة Perceived severity
• اشرح كيف وأين ومتى تتخذ الإجراءات وما هي النتائج الإيجابية المحتملة	يجب أن يعتقد الأفراد عمومًا أن الإجراءات الصحية الموصى بها ستؤدي في الواقع إلى بعض الخير إذا أرادوا الامتثال. يبدو أن بعض مدخني السجائر منذ فترة طويلة ، على سبيل المثال ، يعتقدون ، "لقد دخنت لسنوات عديدة واصبح وقت متأخر على الإقلاع. لا يمكن المساعدة الآن على أي حال ، فلماذا الأهتمام؟	المعتقدات حول فعالية اتخاذ الإجراءات لتقليل المخاطر أو الجدية	الفوائد المرجوة Perceived benefits
• تقديم الطمأنينة والحوافز والمساعدة. المعلومات الصحيحة	إذا كان يُنظر إلى التغيير على أنه صعب أو غير سار أو غير مريح ويفوق الفوائد المدركة، فمن غير المرجح أن يحدث	المعتقدات حول المواد والتكاليف النفسية لاتخاذ الإجراءات	الحواجز المدركة Perceived barriers
• توفير "كيفية" المعلومات ، وتعزيز	قد تكون ملاحظة تذكير	العوامل التي تنشط	الإشارات للتحرك Cues to action

الوعي واستخدام أنظمة التذكير	من طيبب الأسنان بأن الوقت قد حان لإجراء الفحص كافية للحث على اتخاذ إجراء	"الاستعداد للتغيير" - آلية تحريك	
• توفير التدريب والتوجيه في أداء العمل • استخدام تحديد الهدف التدريجي • إعطاء التعزيز اللفظي • إظهار السلوك المطلوب	يعتمد رأي الفرد فيما هو قادر على فعله إلى حد كبير على الخبرة مع الإجراءات أو الظروف المماثلة التي تمت مواجهتها أو ملاحظتها في الماضي	الثقة في قدرة الفرد على اتخاذ الإجراءات	الكفاءة الذاتية Self-efficacy

مثال: نموذج المعتقدات الصحية

تعد حمى الضنك / حمى الضنك النزفية مشكلة صحية وبائية متنامية، يعد تقليل مصدر مواقع تكاثر بعوض الزاعجة أمراً بالغ الأهمية لمكافحته، تشمل مواقع تكاثر يرقات البعوض هذه العديد من الأشياء التي من صنع الإنسان (القمامة) مثل العلب والإطارات، ويرتبط تقليل مصادر مواقع تكاثر البعوض بالسلوك البشري، ويمكن استخدام نظرية السلوك الصحي كإطار عمل لتصميم تدخل لتغيير السلوك الصحي للتعقيم الصحي، أو كوسيلة لاختبار أو تقييم ما إذا كان البرنامج يعمل أم لا ، كما تُستخدم أيضاً لإنشاء مواد تعليمية ورسائل صحية. (L Lennon, 2005)

• نموذج العملية المتوازية الممتدة (EPPM) The extended parallel process model

تحاول بعض الاستراتيجيات المقنعة أن تتخذ قرارات أو سلوكاً صحياً معيناً من خلال تقديم رسالة متحيزة أو محملة عاطفياً. قد تستخدم مثل هذه الاستراتيجيات التفكير والحث والإغراء ، وتبني رسالتها على النداءات العقلانية و / أو العاطفية. تستخدم الاتصالات المقنعة أيضاً بشكل شائع "تكتيكات الخوف" لرفع مستوى الإثارة لدى المتلقين وجعلهم يشعرون بأنهم أكثر عرضة لمخاطر معينة. معظم الإعلانات الجماعية مقنعة بطبيعتها.

تعود جذور (EPPM) إلى نموذج المعتقدات الصحية. يقترح أن ينخرط الأشخاص ، عند تقديمهم برسالة مخاطر ، في عمليتين للتقييم (Murray-Johnson et al,2004,p.741).

• أولاً ، يدركون ما إذا كانوا عرضة لتهديد محدد وما إذا كان التهديد خطيراً. (القابلية المدركة هي مدى شعور المرء بخطر تهديد صحي معين. والخطورة المدركة هي الدرجة التي يعتقد فيها المرء أن التهديد خطير أو ضار.) إذا تم اعتبار التهديد على أنه تافه أو غير ذي صلة ، فإنهم يتجاهلون عموماً رسالة المخاطر والحث على اتخاذ الإجراء الموصى به.

ثانياً ، إذا اعتقد الأفراد أنهم معرضون لتهديد خطير وأثار مستوى خوفهم، فإنهم يكونون متحفزين لتقييم ما إذا كان الإجراء الموصى به يمكن أن يقلل من هذا التهديد (أي فعالية الاستجابة) وما إذا كان بإمكانهم تنفيذ الإجراء الموصى به (أي ذاتي- فعالية). عندما يشعرون بأنهم قادرين على اتخاذ إجراء، فإنهم سيتحكمون في المخاطر وفقاً لذلك (على سبيل المثال "أنا معرض لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكنني أعرف أنني قادر على استخدام الواقي الذكري الذي سيحميني من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية"). ومع ذلك، عندما يشكون في قدرتهم على تقليل التهديد، ربما بسبب الحواجز الشخصية أو الاجتماعية أو المادية، فإنهم يركزون بدلاً من ذلك على السيطرة على مخاوفهم (على سبيل المثال "أنا معرض لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ولكن لا أعتقد أنني أستطيع استخدام الواقي الذكري" ولا أعتقد أن الواقي الذكري يعمل على أي حال"). سوف يدخلون أيضاً في حالة من الإنكار أو التجنب الدفاعي (على سبيل المثال ، "لن أفكر في الأمر"). باختصار ، التهديد المتصور (أي ، القابلية المدركة والشدة) تحفز على العمل. الفعالية المدركة (أي موصى بها فعالية الاستجابة والكفاءة الذاتية) يحدد ما إذا كان الأفراد يتحكمون في الخطر ويقومون بتغييرات سلوكية أو يتحكمون في خوفهم من خلال آليات الدفاع النفسي. يقدم الجدول (2) ملخصاً للتركيبات الرئيسية لهذا النموذج.

جدول (2) نموذج العملية المتوازية الممتدة

مفهوم	تعريف المفهوم	أمثلة	استراتيجيات التغيير المحتملة
التهديد (الخطر) / الضرر Threat (danger/harm)	القابلية (الاحتمالية)	هل أنا معرض لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية؟"	التأكيد على شدة التهديد وقابلية الجمهور أو العملاء للتهديد
	شدة (حجم أو جدية)	"هل عدوى فيروس نقص المناعة البشرية تشكل تهديداً خطيراً على الصحة؟"	يجب أن تؤكد الرسائل أو توضح كيفية حدوث التهديد الصحي للأفراد الذين يتشابهون ديموغرافياً مع الجمهور أو الهدف
فعالية- تأثير Efficacy (effectiveness)	فعالية الاستجابة (الفعالية المدركة في تجنب التهديد)	"هل يعمل الواقي الذكري في الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية؟"	أكد على أن الاستجابة الموصى بها تعمل وفعالة في تجنب التهديد أو تقليل فرص المرء في مواجهة التهديد الصحي
	الكفاءة الذاتية القدرة المدركة على أداء السلوك الموصى به	"هل يمكنني استخدام الواقي الذكري؟"	إنجازات الأداء (مثل لعب الأدوار ، ونمذجة المشاركين) ، والخبرة غير المباشرة (مشاهدة النمذجة الحية أو الرمزية)

مثال: نموذج العملية المتوازنة الممتدة

تم تصميم التدخل القائم على الكمبيوتر لتغيير التهديد المدرك، والفعالية المدركة، والمواقف، والمعرفة فيما يتعلق بالحمل، والأمراض المنقولة جنسياً، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في المراهقين الريفيين. التدخل، الذي استرشد بشكل كبير بنموذج العملية المتوازنة الممتدة، تم تنفيذه وتقييمه في تسع مدارس ثانوية ريفية باستخدام دورة مؤسسية للاختبار القبلي - البعدي - تصميم المجموعة الضابطة. أكمل ثمانمائة وسبعة وثمانون طالباً في الصف التاسع المسح في كلتا النقطتين الزمنيتين. أشارت نتائج تقييم العملية إلى أن التدخل تم تنفيذه على النحو المنشود ، وأن أكثر من 91% من الطلاب في مجموعة العلاج أكملوا واحداً على الأقل من الأنشطة الستة المعتمدة على الكمبيوتر ($M = 3.46$ ، $SD = 1.44$ لأولئك الذين يقومون بنشاط واحد على الأقل) . كشف تحليل المقاييس المتكررة للنموذج المختلط ثنائي الاتجاه أن الطلاب في مجموعة العلاج تفوقوا على الطلاب في المجموعة الضابطة فيما يتعلق بالمعرفة، والكفاءة الذاتية للوقاية الذكري، والموقف تجاه انتظار ممارسة الجنس، والاستعداد المدرك لفيروس نقص المناعة البشرية، تشير هذه النتائج إلى أن البرامج المستندة إلى الكمبيوتر قد تكون وسيلة فعالة من حيث التكلفة ويمكن تكرارها بسهولة لتزويد المراهقين بالمعلومات الأساسية والمهارات اللازمة لمنع الحمل والأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية (Roberto et al., 2007,p.115).

• نموذج التغيير النظري The transtheoretical model of change

أحد أكثر نماذج التغيير السلوكي التي تم بحثها على نطاق واسع والتي تم تطويرها في السنوات الأخيرة هو النموذج transstheoretical للتغيير. (28) يُنظر إلى تغيير السلوك على أنه تقدم عبر سلسلة من خمس مراحل: التأمل المسبق (precontemplation) ، والتأمل (contemplation) ، والإعداد (preparation) ، والعمل (action) ، والصيانة (maintenance) يدرك هذا النموذج أن الأفراد لديهم احتياجات إعلامية محددة في كل مرحلة من مراحل التغيير السلوكي، وهو قادر على تقديم استراتيجيات التدخل الأكثر فاعلية في كل مرحلة من هذه المراحل. تعتبر الكفاءة الذاتية واتخاذ القرار المتوازن من الأمور المركزية للنظرية. يقدم الجدول (3) وصفاً لكل مرحلة من المراحل واستراتيجيات التغيير المحتملة التي يمكن أخذها في الاعتبار (Glanz, 1997).

جدول (3) نموذج التغيير النظري

مرحلة	تعريف	أمثلة	استراتيجيات التغيير المحتملة
ما قبل التأمل	ليس لديها نية لاتخاذ إجراءات في غضون الأشهر الستة المقبلة	"ليس الأمر أنني لا أستطيع رؤية الحل. أنا فقط لا أستطيع رؤية المشكلة"	زيادة الوعي بالحاجة إلى التغيير ؛ إضفاء الطابع الشخصي على المعلومات حول المخاطر والفوائد

التأمل	تعزز اتخاذ إجراءات في الأشهر الستة المقبلة	"أريد أن أتوقف عن الشعور بأنني عالق لل غاية"	تحفيز؛ تشجيع وضع خطط محددة
تحضير	تعزز اتخاذ إجراءات في غضون الثلاثين يومًا القادمة وقد اتخذت بعض الخطوات السلوكية في هذا الاتجاه	"لقد حصلت للتو على عضوية في منشأة للياقة البدنية"	المساعدة في تطوير وتنفيذ خطط عمل ملموسة؛ تساعد في تحديد أهداف تدريجية
عمل	تغير السلوك لمدة تقل عن ستة أشهر	"لقد بدأت في ممارسة الرياضة وبينما أستمتع بها، أجد أحيانًا عمل روتيني"	المساعدة في التغذية الراجعة وحل المشكلات والدعم الاجتماعي والتعزيز
اعمال المحافظة	تغير السلوك لأكثر من ستة أشهر	"أصبحت ممارسة الرياضة ثلاث مرات في الأسبوع جزءًا من نمط حياتي"	المساعدة في التأقلم والتذكير وإيجاد البدائل وتجنب الانزلاق / الانتكاسات (حسب الاقتضاء)

مثال: نموذج التغيير النظري Transtheoretical model of change:

لا تزال إدارة مرض السكري تمثل تحديًا كبيرًا للصحة العامة، أجرت دراسة تجريبية لمراحل نموذج التغيير لتفسير استعداد مرضى السكري للتغيير وتصميم التدخلات بناءً على العمليات النفسية للتغيير، تم تدريب مجموعة من المختصين الصحيين على كيفية دعم جهود المرضى في الإدارة الذاتية والتخطيط لأنشطة مناسبة ثقافيًا توفر للمرضى فرصة لتحقيق الأهداف، تم تقييم مرضى السكري بناءً على حركتهم خلال مراحل التغيير على ما يلي:

• النظام الغذائي: اتباع خطة وجبات من اختيار المريض

• التمرين: 30 دقيقة من التمارين المعتدلة الشدة لمدة خمسة أيام في الأسبوع

• الأدوية: تناولها 90% من الوقت

• المراقبة الذاتية لنسبة السكر في الدم: مرة واحدة على الأقل كل يوم

لذلك خدم النموذج هدفين: تم استعماله للمساعدة في فهم المرحلة التي تم فيها تحديد موقع كل مشارك وتم استعماله لتطوير برنامج شامل للحد من مخاطر مرض السكري لمساعدة المرضى على تغيير نظامهم الغذائي وسلوك النشاط البدني والحفاظ على هذا التغيير. على سبيل المثال، شارك الأفراد في مرحلة ما

قبل التأمل في مناقشات حول أهمية التخطيط للوجبات والحواجز التي تحول دون تغيير بينما تم تشجيع أولئك في مرحلة الإعداد على القيام بذلك (أي تناول وجبات صحية ، وبدء برنامج المشي بنشاط بدني) وانتقلوا إلى المرحلة التالية ، "العمل".

أظهرت النتائج أنه يمكن دمج النموذج التغيير النظري بنجاح في الإدارة الطبية لمرض السكري، يحتاج التدخل إلى أن يكون مخصصًا لمرحلة استعداد المريض، والمختصون الصحيون ناجحون في تنظيم المرضى وتسهيل الحركة خلال مراحل التغيير (Thompson 2005) .

• نموذج التنقيف الصحي المفعّل The activated health education model

نموذج التنقيف الصحي المفعّل هو نموذج ثلاثي المراحل. (30،31) مراحل النموذج هي كما يلي.

• المرحلة التجريبية تشرك الأفراد بنشاط في تقييم صحتهم. من خلال أنشطة مثل الدراسة الميدانية والاختبارات المعملية / الفحص والمسوحات للسلوك المستهدف ، يصبح الأفراد على دراية بسلوكهم الصحي الفعلي. تحدد هذه المرحلة مقاييس أساسية وتحدد السلوكيات التي يمكن ملاحظتها لتحديد الأهداف المستقبلية.

• تقدم مرحلة الوعي المعلومات التي توفر الأساس المنطقي لتضمين النشاط التجريبي المكتمل مسبقاً وخلق الوعي بالسلوك المستهدف. تركز هذه المرحلة على زيادة مشاعر القابلية للتأثر وخلق توتر بين السلوك الفعلي والمثالي. (Dennison & Golaszewski, 2002,p.23).

• تتضمن مرحلة المسؤولية المشاركين في عملية التغيير ، وتسهل تحديدهم وتوضيح قيم الصحة الشخصية، وتضع خطة مخصصة لتغيير السلوك. يتم تقديم استراتيجيات الإدارة الذاتية ويطور المشاركون خطط العمل الخاصة بهم مثل: المراقبة الذاتية ، وتحديد أهداف قابلة للقياس ، والتحكم في التحفيز ، واستخدام أنظمة الدعم الاجتماعي والصور المرئية في تحقيق الهدف (Kaplan et al, 1993).

يفترض النموذج ، كما هو موضح في الشكل 4 ، أن المرحلة الأولى تسبق المراحل الأخرى وأن المرحلة الثانية ستخفض في التركيز مع زيادة التركيز على المرحلة الثالثة.

تفعيل نموذج التنقيف الصحي

يحتاج كبار السن إلى نفس العناصر الغذائية التي يحتاجها الشباب، ولكن بكميات مختلفة، مع تقدم الشخص في السن ، يكون عدد السعرات الحرارية اللازمة عادة أقل مما كان عليه عندما كان أصغر سناً، وذلك لأن عمليات الجسم الأساسية تتطلب طاقة أقل عندما يكون هناك انخفاض في النشاط البدني وفقدان العضلات. ومع ذلك، خلافاً للاعتقاد السائد، لا تقل الاحتياجات الغذائية الأساسية مع تقدم العمر. في

الواقع، هناك حاجة لبعض العناصر الغذائية بكميات متزايدة، يكمن التحدي في تطوير خطة غذائية توفر الكثير من العناصر الغذائية ولكن ليس الكثير من السعرات الحرارية.

استهدفت دراسة ميتيك (Mitic) 1985 تطوير واختبار فعالية وحدة تعليم التغذية (NIM) بناءً على نموذج التنقيف الصحي المنشط لتحسين العادات الغذائية لمجموعة من كبار السن. تألفت عينة البحث من 34 من كبار السن الذين تتراوح أعمارهم بين (67-74) لم يشارك في الدراسة سوى الأفراد المصنفين على أنهم يتناولون وجبات غير كافية (نقص في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية الرئيسية على أساس الاسترجاع الغذائي لمدة 24 ساعة).

تضمنت المرحلة الأولى (خبرات المهارات) من النموذج قيام المشاركين بتقييم عاداتهم الغذائية الحالية من خلال تصنيف مدخولهم الغذائي إلى أربع مجموعات. عند إتقان ذلك، تم إطلاع أفراد العينة على طرائق لإعداد وجبات متوازنة من الناحية التغذوية، إذ تضمنت المرحلة الثانية (التعليم النوعي المعرفي) وزيادة وعي المشاركين بعلاقة التغذية بالصحة وأهمية العادات الغذائية الإيجابية، كذلك تم تعريف أفراد العينة بالعناصر الغذائية المختلفة التي يحتاجها الجسم، والأساطير والمفاهيم الخاطئة المتعلقة بالتغذية، والأساليب الاقتصادية للتسوق، فيما تضمنت المرحلة الثالثة (التعليم العاطفي) إشراك أفراد العينة في مناقشات جماعية صغيرة كان الهدف منها تشجيعهم على الكشف عن عاداتهم الغذائية ومناقشة العوائق التي تحول دون تغيير النظام الغذائي.

في الاختبار البعدي الأول، كان 62% من مجموعة التجريبية مقابل 9% من المجموعة الضابطة يأكلون بشكل كافٍ وباختبار بعدي ثاني (بعد 6 أسابيع)، كان 73% من مجموعة التجريبية مقابل 9% من المجموعة الضابطة كانوا يأكلون بشكل كافٍ لمستويات جميع العناصر الغذائية (Mitic, 1985,p.7).

الفصل الثالث: منهجية البحث

منهج البحث: اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي كأفضل الطرق في دراستها، إذ يعد المنهج الوصفي من المناهج الرئيسية التي تستعمل في البحوث السلوكية ويعتمد عليها اعتماداً كبيراً في البحوث الوصفية والتحليلية، (عبيدات، 1996، ص 286).

مجتمع البحث : population of the search

يشمل مجتمع البحث الحالي على المرضى المصابين بالأمراض المزمنة مستشفيات مجمع مدينة الطب للعام (2020)، من الذكور والإناث، والبالغ عددهم (7133) مريض ومريضة، إذ بلغ عدد الذكور

(3596) مريض بنسبة (50,413%) في حين بلغ عدد الإناث (3537) مريضة بنسبة (49,586%) (كما موضح في الجدول (4).

جدول (4) يمثل توزيع أفراد مجتمع البحث حسب المرضى الذكور والإناث في مستشفيات مدينة الطب

المستشفى	اعداد الذكور	اعداد الاناث	المجموع
م.بغداد التعليمي	1003	1071	2074
م دار التمريض الخاص	360	690	1050
م.الجراحات التخصصية	428	668	1096
المركز العراقي لأمراض القلب	1805	1108	2913
المجموع الكلي	368	221	7133

عينة البحث sample of the search: لأختيار عينة البحث اختيرت عينة العشوائية البسيطة للبناء والتطبيق النهائي، إذ بلغت (689) مريض ومريضة وبواقع (280) مريض (409) مريضة، للتأكد من تمثيل العينة تمثيلاً حقيقياً للمجتمع استخرجت الباحثة فيه معادلة ستيفن ثامبوس (Thom psosk, 2012, p.40)، كما موضح في الجدول (5) وهي نفسها كانت عينة التطبيق النهائي.

جدول (5) عينة التطبيق النهائي على وفق المستشفى حسب الجنس (ذكور - إناث)

المستشفى	الجنس		المجموع
	ذكور	اناث	
م. بغداد التعليمي	100	125	225
م دار التمريض الخاص	60	100	160
م. الجراحات التخصصية	83	80	163
المركز العراقي لأمراض القلب	37	104	141
المجموع	280	409	689

search Instrument أداة البحث

مقياس التثقيف الصحي: بعد اطلاع الباحثة على الادبيات النفسية والدراسات التي تناولت التثقيف الصحي، وجدت ان معظم الدراسات قد استعملت مقياس التثقيف الصحي ل(أوزبورن ريتشارد وآخرون 2007) (Osborne Richard et al.,2007) ، وذلك لتمتعه بخصائص سايكومترية جيدة كالصدق والثبات ولكونه معد لعينة صحية محددة في دراستها، وتكيفه على البيئة العراقية المتمثلة بمرضى الامراض

المزمنة، ويتكون المقياس من (43) فقرة، موزعة على ثمانية مجالات هي: مجال النشاط موجه للصحة (4) فقرات، مجال المشاركة الإيجابية والنشطة في الحياة (5)، مجال المحنة الأنفعالية (6) فقرات، مجال المراقبة الذاتية والبصيرة (7)، مجال المواقف والمناهج البناءة (5) فقرات، مجال اكتساب المهارات والتقنيات (6) فقرات، مجال الأندماج الاجتماعي والدعم (5) فقرات، مجال الإرشاد في الخدمات الصحية (5) فقرات، على مقياس ليكرت المكون من (4) نقاط يقابل كل فقرة من فقرات المجال بدائل رباعية هي (أوافق بشدة ، أوافق، لا أوافق، لا أوافق بشدة) .

• ترجمة المقياس وصدق الترجمة:

بعد ان اطلعت الباحثة على مقياس (أوزبورن ريتشارد وآخرون 2007) (Osborne et al.,2007) Richard للتثقيف الصحي باللغة الأنكليزية، ولغرض التحقق من صدق الترجمة قامت الباحثة بترجمة فقرات المقياس والبالغ عددها (43) فقرة، مع مراعاة الأبتعاد عن الترجمة الحرفية قدر الامكان من دون الأخلال بالمعنى الاصلي، وعرض الفقرات المترجمة الى اللغة العربية مع الفقرات الاصلية (باللغة الأنكليزية) ملحق رقم (1) على مجموعة من المحكمين والمختصين في الترجمة وعلم النفس ملحق (2)، وطلب منهم ابداء رأيهم بخصوص الترجمة المقترحة، مع الاشارة الى كونها صالحة أو غير صالحة واقتراح التعديلات الملائمة إن وجدت، وقد تبين ان هناك تطابقاً كبيراً بين اعادة الترجمة والنسخة الانكليزية الاصلية للمقياس.

• التحقق من صلاحية الفقرات:

بعد التحقق من صدق ترجمة فقرات المقياس والتعليمات الخاصة به قامت الباحثة بأعداد أستبانة للمحكمين، ملحق (3) لعرض أستبيان آراء الخبراء والمختصين في علم النفس والبالغ عددهم (16) ، ملحق (3) في مدى صلاحية فقرات المقياس وبدائل الأجابة، فقد تم عرضه للخبراء مبيناً العينة والتعريف النظري وبدائل الأجابة، وبعد احتساب نسبة الاتفاق 80% تم الإبقاء على جميع الفقرات والبالغ عددها (43) فقرة، وجدول رقم (6) يوضح ذلك.

جدول (6) نسبة موافقة المحكمين على فقرات مقياس التثقيف الصحي

ت	المجالات	ارقام الفقرات	موافقون	غير موافقون	النسبة المئوية
1	مجال النشاط موجه للصحة	1، 2، 4	17	0	%100
		3	16	1	%94
2	مجال المشاركة الإيجابية والنشطة في الحياة	2، 3، 5	17	0	%100
		1	16	1	%94
3	مجال المحنة الأفعالية	3، 4، 5	17	0	%100
		1، 2، 6	16	1	%94
4	مجال المراقبة الذاتية والبصيرة	3، 4، 5، 6، 7	16	0	%100
		1، 2	16	1	%94
5	مجال المواقف والمناهج البناءة	1، 2، 3، 4، 5	17	0	%100
6	مجال اكتساب المهارات والتقنيات	3، 4، 5، 6	16	0	%100
		1، 2	16	1	%94
7	مجال الأندماج الاجتماعي والدعم	3، 4، 5	17	0	%100
		1، 2	16	1	%94
8	مجال الإرشاد في الخدمات الصحية	1، 3، 4، 5	17	0	%100
		2	16	1	%94

اعداد تعليمات المقياس: حرصت الباحثة على أن تكون تعليمات المقياس مبسطة ومفهومة، إذ أكدت الباحثة على المستحيب بضرورة اختيار البديل الذي يعبر عن رايه الصريح وعدم ترك اي فقرة دون الإجابة عليها، وبينت أن الاستجابته هي لأغراض البحث العلمي ولا يطلع عليها احد سوى الباحثة.

التطبيق الاستطلاعي: تم اجراء تطبيق استطلاعي لمقياس التثقيف الصحي لغرض التعرف على مدى وضوح تعليمات المقياس من قبل العينة وفهمهم لفقراته وقد طبق المقياس على عينة استطلاعية، بلغت (30) مريض ومريضة من عينة البحث، وطلبت الباحثة من المستجيبين قراءة تعليمات الاجابة عن المقياس وتحديد الكلمات الغامضة ان وجدت، وقراءة فقرات المقياس، وطلب منهم تحديد مدى وضوحها وتحديد الفقرات الغامضة منها، وبعد ملاحظة الاستجابات تبين انها كانت واضحة .

تصحيح المقياس: ويقصد به وضع درجة لاستجابة المفحوص على كل فقرة من فقرات المقياس و من ثم جمع هذه الدرجات لايجاد الدرجة الكلية لكل استمارة، وقد تم تصحيح الأستمارات على اساس (43) فقرة، واعتمدت الباحثة على المدرج الرباعي للتقدير ازاء كل مفهوم، وحددت الدرجات (1،2،3،4) على التوالي للاستجابة على الفقرات التي تكون باتجاه التثقيف الصحي، في ضوء اختيار المرضى لاحد بدائل المقياس (أوافق بشدة ، أوافق ، لا أوافق، لا أوافق بشدة) .

• التحليل الاحصائي لفقرات المقياس :

ولقد تحققت الباحثة من القوة التمييزية للفقرات ومعاملات ارتباط درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس وعلى النحو الآتي :

• **تمييز الفقرات :** أسلوب المقارنة الطرفية : Terminal comparison method :

ولتحقيق ذلك اتبعت الباحثة الخطوات التالية :

1 - طبقت الباحثة مقياس التثقيف الصحي بصورته النهائية (ملحق 2) على عينة التحليل الاحصائي البالغة من (689) مريض ومريضة، ثم قامت بتصحيح كل استمارة بإعطاء درجة لكل فقرة حسب الأوزان المعطاة واستخراج الدرجة الكلية لكل استمارة .

2-ترتيب الاستمارات الـ (689) تنازلياً حسب درجاتها من اعلى درجة الى ادنى درجة.

3- تعيين الـ (27%) من استمارات المجموعة العليا والبالغ عددها (186) استمارة و(27%) من المجموعة الدنيا والبالغ عددها (186) استمارة ايضاً .

وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الاستمارات التي خضعت للتحليل (372) استمارة وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلين وعند مقارنة القيم التائية المحسوبة بالقيمة الجدولية البالغة (1,96) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (370) ، والجدول (7) يوضح ذلك.

جدول (7) القوة التمييزية لمقياس التثقيف الصحي باستعمال العينتين المتطرفتين

رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
1	عليا	4.410	.77310	17.473	دالة
	دنيا	2.3859	1.07680		
2	عليا	4.4962	.74402	22.035	دالة
	دنيا	1.7954	1.16387		
3	عليا	4.6300	.72160	15.575	دالة
	دنيا	2.5749	1.30031		

دالة	21.601	.66855	4.6064	عليا	4
		1.21700	1.9450	دنيا	
دالة	5.606	.59306	4.6064	عليا	5
		1.51888	3.7954	دنيا	
دالة	22.743	.63193	4.6064	عليا	6
		1.06331	2.1103	دنيا	
دالة	29.321	.73243	4.5355	عليا	7
		.89842	1.5198	دنيا	
دالة	27.347	.91660	4.3781	عليا	8
		.81021	1.4095	دنيا	
دالة	15.603	.72211	4.5198	عليا	9
		1.28392	2.4804	دنيا	
دالة	9.380	.74377	4.4804	عليا	10
		1.47915	3.1025	دنيا	
دالة	13.361	.65895	4.5907	عليا	11
		1.33391	2.8269	دنيا	
دالة	29.785	.65999	4.5828	عليا	12
		.93088	1.5670	دنيا	
دالة	24.202	.54998	4.6694	عليا	13
		1.07779	2.0710	دنيا	
دالة	21.893	.58038	4.6615	عليا	14
		1.05937	2.3151	دنيا	
دالة	28.216	.55877	4.6379	عليا	15
		.94474	1.8899	دنيا	
دالة	23.243	.54770	4.7166	عليا	16
		1.23560	1.9292	دنيا	
دالة	10.929	.54484	4.6851	عليا	17
		1.31242	3.3072	دنيا	
دالة	14.809	.50210	4.6773	عليا	18
		1.34129	2.7954	دنيا	
دالة	33.019	.73277	4.4725	عليا	19
		.77181	1.3544	دنيا	
دالة	29.261	.76383	4.5434	عليا	20
		.87102	1.5355	دنيا	
دالة	29.010	.67367	4.5670	عليا	21
		.96606	1.5355	دنيا	
دالة	44.534	.80549	4.4962	عليا	22
		.30922	1.0867	دنيا	
دالة	36.468	.94076	4.4568	عليا	23
		.41772	1.1261	دنيا	

دالة	25.868	.72858	4.5828	عليا	24
		1.03936	1.6694	دنيا	
دالة	30.119	1.04230	4.4174	عليا	25
		.60474	1.1970	دنيا	
دالة	30.962	.94916	4.4568	عليا	26
		.67811	1.2521	دنيا	
دالة	33.293	.85003	4.4253	عليا	27
		.64795	1.2678	دنيا	
دالة	6.851	1.121	3.870	عليا	28
		1.152	2.811	دنيا	
دالة	7.021	1.160	3.862	عليا	29
		1.010	2.821	دنيا	
دالة	7.005	1.162	4.021	عليا	30
		1.110	2.943	دنيا	
دالة	7.742	1.091	3.872	عليا	31
		1.150	2.697	دنيا	
دالة	10.384	0.963	4.185	عليا	32
		1.062	2.753	دنيا	
دالة	8.167	1.072	4.034	عليا	33
		1.110	2.811	دنيا	
دالة	6.242	1.145	3.863	عليا	34
		1.112	2.914	دنيا	
دالة	6.800	1.240	3.805	عليا	35
		1.042	2.745	دنيا	
دالة	8.591	1.043	3.964	عليا	36
		1.162	2.683	دنيا	
دالة	10.541	0.841	4.192	عليا	37

		1.153	2.746	دنيا	
دالة	9.451	0.932	4.221	عليا	38
		1.123	2.883	دنيا	
دالة	9.329	1.032	4.183	عليا	39
		1.103	2.822	دنيا	
دالة	10.512	1.010	4.175	عليا	40
		1.087	2.680	دنيا	
دالة	8.754	1.062	4.033	عليا	41
		1.078	2.767	دنيا	
دالة	6.763	1.040	3.974	عليا	42
		1.085	3.001	دنيا	
دالة	7.755	1.171	3.966	عليا	43
		1.088	2.780	دنيا	

الخصائص السايكومترية لمقياس التنقيف الصحي:

• مؤشرات الصدق لمقياس التنقيف الصحي:

أ- الصدق الظاهري Face Validity: قامت الباحثة بتوزيع مقياس التنقيف الصحي بصيغته الاولى على مجموعة من الخبراء ملحق (3) وطلب من السادة الخبراء ابداء آرائهم العلمية في مدى صلاحية الفقرات وأجراء ما يرونه مناسباً على فقرات المقياس من تعديل واستبعاد ودمج وأضافة في قياس الظاهرة المراد قياسها .

• ب- صدق البناء Build Validity: اسلوب المجموعتين المتطرفتين Contrasted Groups Method

عُدّ مقياس التنقيف الصحي صادقاً بنائياً على وفق هذا المؤشر, حين تبين ان فقرات المقياس قادرة على التمييز بين المرضى ذوي التنقيف الصحي العالي, المرضى ذوي التنقيف الصحي المنخفض, وكما ذكر سابقاً في جدول (7).

مؤشرات ثبات المقياس معامل الفا للاتساق الداخلي: **Reliability Coefficient-Alfa** : ولحساب الثبات بهذه الطريقة استُخدمت استمارات العينة كاملةً، وبعد تطبيق معادلة الفاكرونباخ للاتساق الداخلي بلغ معامل الثبات للمقياس (0,783)، وللحصول على الثبات المطلق تم تربيع قيمة الثبات اذ بلغ (0,613)، وهو بذلك يعد معامل ثبات مقبول يمكن الركون اليه.

وصف المقياس بصيغته النهائية : تكوّن المقياس بصيغته النهائية من (43) فقرة، فإن اعلى درجة للمقياس (172) واقل درجة (43)، بمتوسط نظري مقداره (107,5) (ملحق 5) ويتكون من أربع بدائل هي (أوافق بشدة ، أوافق ، لا أوافق ، لا أوافق بشدة)، واعطيت البدائل الدرجات (4-1) على التوالي للفرقات التي تتجه مع اتجاه المفهوم.

الفصل الرابع: نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها.

الهدف الاول : التعرف على التثقيف الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة.

وللتحقق من هذا الهدف طبقت الباحثة مقياس التثقيف الصحي على أفراد عينة البحث البالغ عددهم (689) مريض ومريضة، وقد أظهرت النتائج أن متوسط درجاتهم على المقياس بلغ (97) درجة وبانحراف معياري مقداره (12) درجة، وعند موازنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي⁽¹⁾ للمقياس والبالغ (107.5) درجة، وباستعمال الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة تبين أن الفرق دال إحصائياً ولصالح المتوسط الفرضي، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة أعلى من القيمة التائية الجدولية والبالغة (1,96) وبدرجة حرية (688) ومستوى دلالة (0,05) بمعنى أن عينة البحث يتمتعون بتثقيف صحي ضعيف، والجدول رقم (8) يوضح ذلك .

جدول (8) الاختبار التائي للفرق بين متوسط العينة والمتوسط الفرضي لمقياس التثقيف الصحي

حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
689	97	12	107.5	21.8	1.96	688	0.05

تشير نتيجة الجدول (8) الى ان عينة البحث يتمتعون التثقيف الصحي ضعيف

تفسر هذه النتيجة على أن التثقيف الصحي أداة لنقل المعرفة والفهم بين الأفراد فيما يتعلق بتعزيز الصحة. الا أن هذا الأمر لم نجده لدى أفراد مجتمع البحث الحالي وهذا ما أظهر نتيجة ضعف في التثقيف الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة وكان هذا واضحا من خلال أجابات الأفراد بضعف التحسينات في صحة أفراد المجتمع وضعف في تعزيز رأس المال الصحي. كذلك انخفاض توفير المعلومات من حيث الصحة

¹ تم استخراج المتوسط الفرضي لمقياس (التثقيف الصحي) وذلك من خلال جمع أوزان بدائل المقياس الأربعة وقسمتها على عددها ثم ضرب الناتج في عدد فقرات المقياس والبالغة (43) فقرة.

كأصل للمجتمع ، وعدم الحفاظ على معايير الصحة الجيدة ، وعدم القدرة على اتخاذ تدابير وقائية ضد الأمراض المعدية، وتعزيز الصحة النفسية، وتقديم المساعدة للأطفال في فهم طبيعة وغرض خدمات الرعاية الصحية والمرافق، وتنمية الشعور بالمسؤولية المدنية، والحصول على المساعدة الطبية وعلاج الرعاية الصحية، والغذاء والتغذية، والتمارين الرياضية والأنشطة البدنية والنظافة. وفي طرق نقل التثقيف الصحي المتمثلة بالظروف البيئية للمؤسسات التعليمية، وطرائق التدريس والتعلم، ومواد التدريس والتعلم، ومحاضرات حول الصحة من قبل المتخصصين، والندوات وورش العمل، والمهام والأنشطة، والمواد المطبوعة، وطرق التقييم، والزيارات الميدانية التعليمية والمشاريع الشغل. أخيراً ، يمكن القول ، عندما يزيد الأفراد من فهمهم من حيث التدابير والاستراتيجيات لتعزيز الصحة الجيدة والرفاهية وتشغيلها بطريقة منظمة جيداً ، سيكونون قادرين على تقديم مساهمة كبيرة في تعزيز الصحة الجيدة وإثراء حياتهم.

الهدف الثاني : دلالة الفروق في التثقيف الصحي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - أناث).

بمقارنة متوسطات درجة التثقيف الصحي من الذكور مع متوسطات درجة التثقيف الصحي من الاناث، وباستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، تبين ان القيمة التائية المحسوبة اكبر من القيمة الجدولية (1,96) وبدرجة حرية (687) ومستوى دلالة (0,05) وهذا يعني ان الفرق دال ولصالح الاناث ، والجدول (9) يوضح ذلك .

الجدول (9) نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين متوسط درجات الذكور والاناث على مقياس التثقيف الصحي

مستوى الدلالة	القيمة التائية		الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	عدد العينة	الجنس
	الجدولية	المحسوبة				
دالة	1.96	2.064	10	90	280	ذكور
			14	104	409	اناث

تشير نتيجة الجدول (9) الى ان عينة البحث من الاناث أعلى درجة في التثقيف الصحي منه لدى الذكور، تفسر النتيجة الحالية من خلال ابلاغ الإناث عن سلوكيات صحية في التثقيف الصحي أكثر إيجابية، وجد أن الجنس الأنثوي تنبأ بالمشاركة في تدخلات التثقيف الصحي والمشاركة الفعلية، وأشارت نتائج الهدف عن تحفيز أعلى في التثقيف الصحي لدى النساء .

كما أعربت الاناث عن تمتعهن بشكل ملحوظ بمعلومات حول قضايا الوقاية الأولية والممارسات الصحية غير الصحية مثل التدخين، وقد يُعزى ذلك التعبير للنساء إلى وجود عيادات "صحة المرأة" ورعاية ما قبل الولادة ، التي توفر لهن خدمات الوقاية الأولية والأرشاد النفسي والصحي. إلى جانب ذلك ، فإن عيادات "صحة الطفل" وعيادات التطعيم تتم في الغالب من قبل الأمهات مع أطفالهن، وليس الآباء. بالرغم من بدأعادة "الرجل السليم" مؤخرًا بصورة قليلة جداً، ولكنها لم تعمل بكامل طاقتها بعد، أما بالنسبة للعادة غير الصحية للتدخين ، فهو في الأساس مشكلة الرجال في مجتمعنا.

كذلك من الأسباب الرئيسية هي أن النساء تميل بشكل طبيعي إلى الاختلاط الاجتماعي في مجموعات. أيضًا ، قد يستغرق ترتيب العملية وجدولتها وقتًا أطول، وهو ما لا يستطيع الرجال تحمله، ولكن يمكن للنساء اللواتي كن في الغالب ربوات بيوت.

• الاستنتاج

تناولت الدراسة موضوع التنقيف الصحي لدى مرضى الأمراض المزمنة ،وقد سمحت لنا النتائج المتحصل عليها بالأجابة على التساؤلات المطروحة، أدت تبين أنه يغلب على عينة البحث مرضى الامراض المزمنة تتمتعهم بتنقيف صحي ضعيف.

وتبين أيضا وجود فروق في التنقيف الصحي لدى عينة البحث مرضى الأمراض المزمنة تعزى لمتغير الجنس (ذكور - اناث)، وهذا ما يفتح المجال للمزيد من الأهتمام والدراسات المرتبطة لهذا الموضوع، إذ يمثل هذا البحث انطلاقة للعديد من الدراسات التي تولي الجانب النفسي للمرض المزمن أهمية كبيرة، ولسد الثغرات التي وقعت فيها هذه الدراسة لابد من إجراء دراسات أخرى تتناول متغيرات اخرى ذات صلة بمتغيرات الدراسة بموضوع الأمراض المزمنة، والتي قد سيكون لها التأثير البالغ في الدراسات المستقبلية .

وبناءً على هذه النتائج يمكن تقديم عدد من التوصيات والمقترحات التي توسع من مديات البحث الحالي لبحوث لاحقة .

التوصيات :

1. ضرورة الاهتمام والتوعية الصحية والنفسية بأهمية المتغير المتناول في البحث الحالي (التنقيف الصحي) كمتغير له أثرها على الصحة الجسمية والنفسية للمريض المزمن ، وذلك من خلال تنظيم دورات في هذا المجال لممتهمي الصحة النفسية والجسدية والعلاج تتناول متغير البحث الحالي .

2. ضرورة تعزيز الباحثين والاحصائين النفسيين المتواجدين في المستشفيات على اهمية التنقيف الصحي في تنفيذ السلوكيات الصحية المقبولة من خلال عقد الدورات الصحية والبرامج الاعلامية المختلفة .

3. توجيه وزارة الصحة بضرورة تنظيم دورات وندوات تعريفية للمرضى المزمنين حول أهمية السلوكيات الصحية التي تنظمها مجالات التنقيف الصحي في تأثيرها في السلوكيات الصحية الجيدة، ومحاولة تعديل او تنفيذ سلوكياتهم غير الصحية الى سلوكيات صحية من خلال تعديل او تغيير المفاهيم التي تكونت منها سلوكياتهم .

4. ضرورة نشر الوعي الصحي النفسي بين مرضى المزمنين للأخذ بسلوكيات الصحية التي تعزز صحتهم الجسمية والنفسية من قبل المختصين في المستشفيات والمراكز المختصة.

المقترحات :-

1. ضرورة تكيف مقياس التنقيف الصحي على عينات محددة من مرضى الأمراض المزمنة، وتبعاً لمتغيرات ديموغرافية مثل، العمر - الجنس.
2. القيام بدراسة مقارنة لمتغير البحث الحالي لمرضى يعانون من الألم المزمن وحالات لأفراد أصحاء .
4. القيام بدراسة التنقيف الصحي وعلاقته بمتغيرات أخرى (مثل تقبل المرض، توقعات النتائج ، التكيف مع الضغوط، أدراك المخاطر الصحية) .

المصادر:

- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*, 288(14), 1775-1779.
- Dennison, D., & Golaszewski, T. (2002). The activated health education model: Refinement and implications for school health education. *Journal of school health*, 72(1), 23-26.
- Iversen, M. D., Hammond, A., & Betteridge, N. (2010). Self-management of rheumatic diseases: state of the art and future perspectives. *Annals of the rheumatic diseases*, 69(6), 955-963.
- Jordan, J. E., & Osborne, R. H. (2007). Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. *Medical Journal of Australia*, 186(2), 84-87.
- Jöreskog, K. (2004). Analysis of ordinal variables. Part 2: cross-sectional data.
- Glanz, K. (1997). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice* (No. 97). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
- Kapur, D. R. (2018). Problems in the Indian Education System. *University of Delhi*.
- Kiebert, G., Sorensen, S. V., Revicki, D., Fagan, S. C., Doyle, J. J., Cohen, J., & Fivenson, D. (2002). Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *International journal of dermatology*, 41(3), 151-158.
- Koelen, M. A., & Van den Ban, A. W. (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen academic publishers.

Kaplan, R. M., Sallis Jr, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. McGraw-Hill Book Company.

Kawaguchi, T. (1993). Kanjya kyoiku to serufu-kea [Patient education and selfcare]. In: K. Sonoda, C. Kawada & T. Yoshida (Eds), *Kenko-kyoiku, Hoken-kodo [Health education and health behavior]* (pp. 31–41). Tokyo: Yushindo-kobun sya (in Japanese).

L Lennon, J. (2005). The Use of the Health Belief Model in Dengue Health Education.

Maunsell, E., Lauzier, S., Brunet, J., Pelletier, S., Osborne, R. H., & Campbell, H. S. (2014). Health-related empowerment in cancer: Validity of scales from the Health Education Impact Questionnaire. *Cancer, 120*(20), 3228-3236.

Mitic, W. (1985). Nutrition education for older adults: Implementation of a nutrition instruction program. *Health Education, 16*(1), 7-9.

Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. (2004). Self- management interventions for chronic illness. *Lancet, 364*, 1523–1537.

Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet, 364*(9444), 1523-1537.

Nolte, S., Elsworth, G. R., Sinclair, A. J., & Osborne, R. H. (2007). The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: a national patient-reported outcomes survey. *Patient education and counseling, 65*(3), 351-360.

Osborne Richard, H., & Elsworth Gerald, R. (2007). Whitfield Kathryn. *The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions*. *Patient Educ Couns, 66*(2), 192-201.

Osborne, R. H., Batterham, R. & Livingston, J. (2011). The evaluation of chronic disease self-management support across settings: The international experience of the health education impact questionnaire quality monitoring system. *Nursing Clinics of North America, 46*, 255–270.

Overman, C. L., Jurgens, M. S., Bossema, E. R., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2014). Change of psychological distress and physical disability in patients with rheumatoid arthritis over the last two decades. *Arthritis care & research, 66*(5), 671-678.

Pozza, A., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Gualtieri, G., Ferretti, F., & Coluccia, A. (2020). Evaluation of the Health Education Impact Questionnaire (heiQ), a Self-

Management Skill Assessment Tool, in Italian Chronic Patients. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 459.

Murray-Johnson, L., Witte, K., Patel, D., Orrego, V., Zuckerman, C., Maxfield, A. M., & Thimons, E. D. (2004). Using the extended parallel process model to prevent noise-induced hearing loss among coal miners in Appalachia. *Health Education & Behavior*, 31(6), 741-755.

Roberto, A. J., Zimmerman, R. S., Carlyle, K. E., Abner, E. L., Cupp, P. K., & Hansen, G. L. (2007). The effects of a computer-based pregnancy, STD, and HIV prevention intervention: A nine-school trial. *Health communication*, 21(2), 115-124.

Schuler, M., Musekamp, G., Faller, H., Ehlebracht-König, I., Gutenbrunner, C., Kirchhof, R., ... & Schwarze, M. (2013). Assessment of proximal outcomes of self-management programs: translation and psychometric evaluation of a German version of the Health Education Impact Questionnaire (heiQ™). *Quality of life research*, 22(6), 1391-1403.

Salaffi, F., Carotti, M., Gasparini, S., Intorcchia, M., & Grassi, W. (2009). The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health and quality of life outcomes*, 7(1), 1-12.

Thompson J. (2005). *Use of the transtheoretical model for change and peer support to manage poorly controlled diabetes in Mexican-Americans GP13*. Presented at the 32nd annual meeting of the American Association of Diabetes Educators, Washington DC.

World Health Organization. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*.