قلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية المنبئة بسلوك الامتثال للنصح الطبي فى ضوء جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩)

د. مريم صوص فهمى صوص

المدرس بقسم علم النفس- كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي

الملخص

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف الارتباط بين قلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية كمنبئات بسلوك الامتثال للنصح الطبي لدى عينات متباينة من أفراد الشعب المصرى فى ظل الظروف الراهنة بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩)، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٤٠) ذكر وأنثى، بمدى عمرى يتراوح بين ١٦ إلى ٦٠ سنة، وقد طبقت على العينة استمارة البيانات الديموجرافية ومقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي (من اعداد الباحثة)، ومقياس قلق الموت(زينب شقير،٢٠٠٢)، كما روعي التحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات، وجاءت أهم النتائج بأنه توجد علاقة ارتباطية ايجابية جزئياً ذات دالة إحصائية بين قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي لدى عينة الإناث، فى حين توجد علاقة ارتباطية سلبية بين قلق الموت والمجال الجسمي فقط بين الذكور، ولم تظهر أى ارتباطات بين العينة الكلية، كما وجدت فروق دالة إحصائية فى متغيرات الدراسة تبعاً لبعض المتغيرات الديموجرافية، فى حين أظهرت بعض المتغيرات الديموجرافية قدرتها على التنبؤ بقلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي.

Death anxiety and some demographic variables that predict Medical Adherence in the light of the emerging corona virus (Covid-١٩):

Maryam Souse Fahmy

Abstract

The current study aims to explore a correlation between death anxiety and some demographic variables as predictors of the behavior of Medical Adherence among different samples of the Egyptian people in the light of the current conditions with the new Corona virus (Covid-١٩). The study sample consisted of (٢٤٠) male and female, With an age range between ١٦ to ٦٠ years, a demographic data form and a measure of the behavior of Medical Adherence (prepared by the researcher) and a measure of death anxiety (Zainab Shoucair, ٢٠٠٢) were applied to the sample, and verification was made of the psychometric efficiency of the tools, and The most important results were that there is a positive, partially statistically significant correlation between death anxiety and behavior of Medical Adherence for the female sample, while there is a negative correlation between death anxiety and the physical field only among males, and no correlations have emerged between the total sample, as found Significant differences in the study variables according to some demographic variables, while some demographic variables showed their ability to predict death anxiety and behavior of Medical Adherence.

المقدمة:

تقوم الدراسات الوبائية بتوفير دليل يحتوى على العديد من الأسباب المحتملة للصحة والمرض؛ وذلك لأنه من خلال تحديد الأسباب يمكن التعرف على طرق الوقاية، أما فى الآونة الحديثة فقد انصب تركيز اهتمامات هذه الدراسات نحو تأثير أسلوب الحياة والسلوك والتدخل الوقائي فى تعزيز الصحة (هناء أحمد،٢٠١٢، ٢٥).

وقد أعلنت منظمة الصحة العالمية تفشي فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) وتسميته بلقب جائحة فى ١١ مارس٢٠٢٠(Zgeub et al. ,٢٠٢٠). ومع تزايد المخاطر التي أصبح يمثلها فيروس كورونا أو الالتهاب الرئوي التاجي المستجد أو كوفيد ١٩ طبقًا للاسم العلمي، أصبح لزاماً على كل فرد أن يتبع أقصى درجات الوقاية الصحية حتى لا يُعرض نفسه ومن حوله لخطر الإصابة بهذا الفيروس الذي لا يوجد له علاج حتى الآن، وعندما كانت أكثر المخاطر تتمركز في أماكن التجمعات والعمل التي تضم العديد من الأفراد، كان اتباع إجراءات الوقاية الذاتية بها هي الأكثر ضرورة وإلحاحاً (أميمة مصطفى،٢٠٢٠، ص١، مترجم).

ولقد أوضح " أدلر" ١٩٩٩، و "جارد داون " ٢٠٠٧ أن موضوع سلوك الامتثال للنصح الطبي مشكلة متكررة بشكل ملح لدى القائمين على الرعاية الصحية ، حيث وُجد بعد عرض ووصف التعليمات الطبية التي يجب على المريض تنفيذها واتباعها بكل دقة، أن هناك تباينات ظاهرة بوضوح فى سلوكيات المرضى، فمنهم من ينفذ هذه التعليمات المطلوبة بطريقة منضبطة، ومنهم من ينفذ جزءًا منها، وآخرون يتجاهلونها نهائياً، وربما يتوقفون نهائياً عن تنفيذها(هناء أحمد،٢٠٠٨).

كما قد ذكر تقرير لمنظمة الصحة العالمية أنه نظراً لمقدار سلوك عدم الامتثال للنصح الطبي[١] والآثار المقلقة من وراء ذلك، فإن العديد من الفوائد الصحية في جميع أنحاء العالم قد تظهر بوضوح عن طريق الالتزام بالتعليمات الطبية الحالية أكثر من أي علاجات طبية جديدة، حتى لو بشكل طفيف قد تحسن الصحة العامة بشكل ملموس (Bosworth,٢٠١٠,p٧٠).

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أن قلق الموت يتأثر بوعى الفرد وتفكيره فى الموت، لذلك تسعى التقديرات الذاتية عن الأفراد حول قلق الموت الى اكتشاف أعراض القلق كجزء من التقييم السريرى، وقد يعمل هذا على توجيه مناهج العلاج؛ لذا أصبح الاهتمام بقلق الموت الذى يواجه الأفراد المعرضين للموت مصدر اهتمام النهج المعاصر فى الرعاية الطبية (Tong et al.,٢٠١٦) .

كما تشير دراسة (Eindhoven, Hilt, Zwaan, Schalij and Borleffs,٢٠١٨) إلى وجود اختلافات واضحة تبعاً لبعض المتغيرات الديموجرافية فى الامتثال الطبي وتظهر هذه الاختلافات بكل فئة عمرية وفى الجنس أيضاً، ولقد أشارت الدراسة الى أن كبار العمر والإناث من مرضى احتشاء عضلة القلب أقل فى الامتثال الطبى مقارنة بالآخرين، كما أشارت دراسة (هناء أحمد،٢٠٠٨) أن الامتثال الطبي بوجه عام ينبئ به العمر، ومستوى التعليم، ودرجة خطورة المرض.

ونظراً لأن جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) مركز اهتمام الدراسات والبحوث بكل مجالات العلم، لذلك تأتى الدراسة الراهنة بما يتفق مع التوصيات للعديد من المنظمات العالمية والدراسات المختلفة، ومن ثم يدور محورها حول التعرف على قلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية كمنبئات بسلوك الامتثال للنصح الطبي لدى عينات متباينة من أفراد الشعب المصري .

مشكلة الدراسة:

من كل ما سبق تتحدد التساؤلات التى تعنى بها الدراسة الراهنة فى :

١. هل توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متغيرات الدراسة (قلق الموت، وسلوك الامتثال الطبي) وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (الجنس- الصحة- المسكن) ؟
٣. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متغيرات الدراسة (قلق الموت، وسلوك الامتثال الطبي) وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر- العمل- الحالة الاجتماعية- المؤهل التعليمى- المستوى الاقتصادى) ؟
٤. هل يمكن التنبؤ بسلوك الامتثال للنصح الطبي تبعاً لقلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية ؟

الاطار النظرى للدراسة:

١. قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنظمة القلق والتى تعتبر أساس كل قلق، ويرى العالم " كارل يونج" أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خاصة فى النصف الثانى من حياة الشخص (فاروق السيد،٢٠٠١، ص٧٤). فالقلق هو حالة من الإحساس الذاتى يدركها الفرد على شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح مع توقع وشيك لحدوث الضرر أو السوء، وهى حالة تشبه فى طبيعتها الشعورية وفى انفعالاتها جسم الفرد المصاحب لها بحالة الخوف، ولكن

الفارق الوحيد بينهما أن للخوف مصدراً واضحاً بالنسبة للخائف، بينما يعتبر مصدر القلق غير واضح بالنسبة للذى يعانيه (محمود كاظم، ٢٠١٢، ص١٣٣).

كما تعرف (زينب شقير،٢٠٠٢) قلق الموت بأنه حالة من الخوف الغير واضح المعالم يتعلق بكل ما يخص موضوع الموت وما ينتظره الفرد من مصيره بعد الموت لذلك فهو يعتبر حالة انفعالية غير جيدة نتيجة استجابة الفرد بخوف شديد تجاه موضوع الموت وما ينتظره بعده . بينما يعرفه "ديكستاين" بأنه التأمل الشعورى فى حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة (أحمد محمد،١٩٨٧، ص٤١).

ويشير قلق الموت إلى المشاعر السلبية الناشئة عن إدراك الفرد لعدم وجوده التام ولقائه مع الموت ويصبح هذا مصدر رعب بالنسبة له لأن الموت ينهى الحياة ويهدد معنى الوجود، لذلك من المتوقع أن يزداد قلق الموت مع تقدم العمر(Hui &Coleman,٢٠١٢).

كما أشار(Cai,Tang,Wu,& Li,٢٠١٧) أن قلق الموت هو عبارة عن ردود فعل سلبية لمجموعة من التهديدات غير المحددة أو الحقيقية والبعيدة الأمد، ويؤدى سوء إدارة الفرد لمواجهة القلق من الموت إلى تفاقم أعراض الاضطرابات النفسية لدى الفرد، وعلى وجه التحديد يتضمن أربعة أبعاد رئيسية :

١-أعراض عصبية فسيولوجية.

٢-أفكار متكررة عن الموت.

٣-الخوف من التفكير فى الموت.

٤-تجنب الأفكار المرتبطة بالموت .

كما ميز" ليستر" بين جوانب أربعة لقلق الموت تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي:

١- الخوف من موت الذات.

٢- الخوف من احتضار الذات.

٣- الخوف من موت الآخرين.

٤- الخوف من احتضار الآخرين(أحمد محمد،١٩٨٧، ص٤٦).

وترى **الباحثة** أن قلق الموت هو عبارة عن حالة انفعالية تنتج عن مشاعر سلبية أو تهديدات غير واضحة تخص وجود الفرد وحياته وحياة أحبائه من حوله، ويمكن التعرف على مدى هذه الحالة من خلال تطبيق مقياس قلق الموت والتعرف على درجة الفرد عليه الذى بحيث إذا ارتفعت أشارت إلى قلقه الشديد والعكس ويعرف **إجرائيا** بأنه تلك الدرجة التى يحصل عليها الفرد من تطبيقه على مقياس قلق الموت .

١) النظريات المفسرة لقلق الموت:

أ- نظرية التحليل النفسي:

يرى "فرويد" أن غريزتى الحياة والموت أساس الحياة عند الفرد رغم أن كل منهما تعمل نقيض الأخرى(محمد أبراهيم وأسامة سعيد،٢٠١٥). كما يرى أن الخوف من الموت كامن وراء كافة المخاوف وأن معظم أنواع القلق الأخرى ما هى ألا مظهر من مظاهر قلق الموت (أحمد محمد،١٩٨٧، ص٤٨). ويستنتج من ذلك أن شعور الفرد بخطر فيروس كورونا المستجد يثير لديه الصراع بين غريزتى الحياة والموت مما يولد لديه القلق من الموت الذي قد يكون كامن وراء مخاوف أخرى.

ب- النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من عقاب أو ألم يتوقع أن يحدث والقلق ينزع إلى الأزمات، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، وقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدى إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب درجة الانفعال(أريج خليل،٢٠١٦). ويستنتج من خلال تحليل النظرية وربطها بالواقع أن مشاهدة الأفراد للصعوبات التى يواجهها مريض فيروس كورونا المستجد من صعوبات بالتنفس وما شابه ذلك والتى قد تؤدى لنهاية حياتهم تولد لديهم خوفاً من الألم الذى قد يرتبط بالموت .

ج- النظرية المعرفية:

ترى أن قلق الموت هو عبارة عن تصورات التهديد المرتبطة بالموت وهى تندمج مع العمليات المعرفية فى تشكيل مفاهيم فى ذاكرة الفرد، لذلك يعتبر قلق الموت سلوك انفعالى ناتج عن الأفكار التى يكونها الفرد عن نفسه (Lehto &Stein,٢٠٠٩). وبربط النظرية السلوكية بالمعرفية فى توضيح تأثر العمليات المعرفية بما يراه الفرد فيما تمر به حالات فيروس كورونا المستجد وتشكيل مفاهيم عن الموت والقلق منه والتى تؤثر على حياة الفرد فيما بعد.

٢. سلوك الامتثال للنصح الطبي:

يرى " ريش" ٢٠٠٦ أن سلوك الامتثال للنصح الطبى قائم على فكرة مفادها أن الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هى نتيجة للوعى والتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذى يعانون منه (حمدى محمد، هيام صابر ورنا على، ٢٠١٦).

ويعرفه (Bosworth,٢٠١٠,p p١-٢) بأنه مدى التزام الفرد سلوكياً بتناول الدواء واتباع نظام غذائي وتغيرات واضحة فى نمط الحياة تتفق مع التوصيات المقدمة من مقدمى الرعاية الطبية.

كما يشير إليه (Wahass,٢٠٠٥) أن السلوك المتبع من قبل الفرد سواء بشكل إيجابي أو سلبي يؤثر على الجسم من خلال أنماط الحياة المتبعة، ويرتبط ارتباطا مباشرا بالصحة والمرض كما تؤثر طريقة تفكير الفرد فى تطوير سلوكياته الصحية وغير الصحية ومدى اتباعه لنصائح ذوى الرعاية الصحية .

فالامتثال للنصح الطبي هو محور أساسي من الرعاية الصحية الأساسية للجميع، وربما يكون العامل الأكثر مسئولية عن عدم الامتثال هو الخوف الناتج عن الإجراءات الطبية الشائعة، كما أنه يمكن الوقاية من العديد من الأمراض أو تحسين فرصة العلاج إذا تعاون المرضي مع الاجراءات المقدمة من الرعاية الطبية حولهم (Allan &Kupzyk,٢٠١٦,٢١-٢٣).

وقد أوضح (Ho, Bryson and Rumsfeld, ٢٠٠٩) أن سلوك الامتثال الطبي يتضح من خلال مدى تناول المريض للأدوية على النحو الموصوف له(علي سبيل المثال: مرتين يومياً) وكذلك إذا ما كانوا يتناولون الدواء الموصوف أم لا، ويعد عدم الامتثال الطبي مصدر قلق الكثير من الأطباء وأنظمة الرعاية الصحية بسبب الأدلة المتزايدة على انتشاره وارتباطه بنتائج سلبية وزيادة تكاليف الرعاية.

ويشير " بروس" أن هناك مقابلاً لسلوك الامتثال للنصح الطبى وهو سلوك عدم الامتثال للنصح الطبي يتمثل فى سلوك المريض فى عدم اتباع النصائح الطبية المتفق معه عليها، وقد ميز بين طرفين لعدم الامتثال الأول يكون بقصد حيث يوازن المريض بين فوائد العلاج وتأثيره عليه ويقرر عليه مدى التزامه بالنظام الطبي الموصوف له، والثانى لا يحدث بقصد ويكون فيه عدم الامتثال الطبي غير متعمد نتيجة إهمال المريض ونسيانه الالتزام بنظامه العلاجى. (Bosworth,٢٠١٠,p p٧٤-٧٨).

كما أوضح (Lakatos,٢٠٠٩) أن تأثير عدم الامتثال الصحي يمثل خطراً على تكاليف الرعاية الطبية فى الحالات المزمنة مثل مرض السكرى وارتفاع ضغط الدم، وقصور القلب المحتقن[٢] حيث قد تصل الخسائر إلى ١٠٠ مليار دولار فى الولايات المتحدة سنويا ويمثل ١٠% من الحالات المترددة على المستشفيات.

فى حين أشار (Bosworth,٢٠١٠,p p١-٢) الى أن العديد من فوائد العلاج المختلفة تضيع دون جدوى نتيجة عدم التزام المريض بالمطلوب منه سواء طبياً أو سلوكياً فمثلا عن التزام المريض بالحضور فى المواعيد وتناول الأدوية واتباع الإجراءات الطبية المطلوبة أما سلوكياً من خلال متابعة النظم العلاجية على المدى الطويل والنظام الغذائي والجسدي والحد من استهلاك الكحول والكف عن التدخين، وقد تتراوح معدلات عدم الامتثال

للعلاج بشكل عام من ٢٠ إلى ٤٠٪ لأنظمة الأمراض شديدة الخطورة، ٢٠ إلى ٦٠٪ لأنظمة الأمراض المتوسطة الخطورة، و٥٠ إلى ٨٠٪ للأنظمة الوقائية من الأمراض المتنوعة البسيطة.

وقد لخص "بيكر" و"مايمان" ١٩٧٤مجموعة من العوامل المسئولة عن انخفاض امتثال المرضى للنصح الطبي، منها:

١. عوامل مرتبطة بالتفكير لدى المريض ومنها ما يحدث بقصد حيث يوازن المريض بين فوائد العلاج وتأثيره عليه ويقرر عليه مدى التزامه بالنظام الطبي الموصوف له، وأخرى لا تحدث بقصد ويكون فيها عدم الامتثال الطبي غير متعمد نتيجة إهمال المريض ونسيانه الالتزام بنظامه العلاجى.

٢. العوامل البيئية باعتبارها تنبؤاً بالالتزام بالأدوية. وتشمل هذه العوامل البيئية الطقس والدعم الاجتماعي والفقر والهجرة التي تم اعتبارها عوامل تؤثر على الالتزام (Bosworth,٢٠١٠,p p٧٤-٧٨).

٣. عوامل مرتبطة بالفريق الطبي المعالج، وتختص بالتوافق فى العلاقة بين الطبيب والمريض، والكفاءة العلاجية للأطباء (Lakatos,٢٠٠٩).

٤. عوامل مرتبطة بالخصائص الشخصية والديموجرافية للمريض مثل (الجنس، والعمر،، والحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي).

٥. عوامل تتصل بالمرض وما يتعلق به، ويشمل نوع المرض، وأعراض المرض، ومستوى خطورته، والمعتقدات الصحية المرتبطة به، والفترة الزمنية للإصابة به .

٦. عوامل مرتبطة بالنظام الطبي: مثل نوع العلاج، وكفاءته، وتكاليفه المادية، وطول فترة الالتزام به، ودرجة تعقيده، ومدى توافره) Moralejo, Ines, Marcos, Fuertes & (Luna, ٢٠٠٦).

وقد قسم " سارفينو" سلوك الامتثال للنصح الطبى إلى أربعة أبعاد، بعد خاص بتناول الدواء وأخر بالنظام الغذائى والأخر بممارسة التدريبات الخاصة بتنشيط الجسم والحفاظ عليه رياضياً وأخيرا بعد التعليمات الطبية الخاصة بالمتابعة والتوجيهات العامة المطلوبة (Sarafino, ٢٠٠٢, pp.٢٨٨-٢٨٩).

وتشير دراسة (هناء أحمد، ٢٠٠٨) أنه لم يعد من الأهمية الآن تقدير درجة كلية للامتثال الطبي، بل أصبح التركيز متمثل فى درجات أبعاده الفرعية، وكذلك معدل السلوكيات النوعية لكل بُعد، وكل هذه الدرجات والمعدلات تعطى صورة واضحة عن أي الأبعاد يكون فيها المريض أكثر امتثالًا من غيرها.

وترى **الباحثة** أن سلوك الامتثال للنصح الطبى فى وقت جائحة كورونا يتركز حول أتباع التعليمات الطبية المتمثلة فى الاجراءات الوقائية فى التباعد الاجتماعى والنظافة بشتى أشكالها، بالإضافة إلى ممارسة التدريبات الرياضية لتنشيط الجسم وتقوية المناعة وأيضا الاهتمام بالنظام الغذائى ونظراً لأنه لم يصدر دواء معتمد رسمياً حتى الآن فيمكن ضم بعد تناول الدواء مع بعد التعليمات الطبية لأن الموضوعات الخاصة بالدواء فى هذا التوقيت هى عبارة عن تعليمات دوائية فقط وليست نتائج مؤكدة، ويعرف **إجرائيا** بأنه تلك الدرجة التى يحصل عليها الفرد من تطبيقه على مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي.

٣. فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩):

تعد فيروسات كورونا فصيلة كبيرة من الفيروسات التي تسبب اعتلالات تتنوع بين الزكام وأمراض أكثر وخامة، مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV)، ومتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم (سارس) (SARS-CoV). ويُمثِّل فيروس كورونا المستجد (nCoV) سلالة جديدة لم يسبق تحديدها لدى البشر من قبل، وتعد فيروسات كورونا حَيَوانِيّة المَصْدَر، ويعني ذلك أنها تنتقل بين الحيوانات والبشر(Bagca &Avci,٢٠٢٠). وقد تم وصفه بأنه فيروس قاتل، مما أدى إلى إدامة الشعور بالخطر وعدم اليقين بين العاملين في مجال الصحة والجمهور (Xiang,٢٠٢٠).

وتتمثل الأعراض الأكثر شيوعاً لمرض كوفيد-١٩ في الحمى والإرهاق والسعال الجاف. وتشمل الأعراض الأخرى الأقل شيوعاً ولكن قد يُصاب بها بعض المرضى :الآلام والأوجاع، واحتقان الأنف، والصداع، والتهاب الملتحمة، وألم الحلق، والإسهال، وفقدان حاسة الذوق أو الشم، وظهور طفح جلدي أو تغير لون أصابع اليدين أو القدمين. وعادة ما تكون هذه الأعراض خفيفة وتبدأ بشكل تدريجي.،ويصاب بعض الناس بالعدوى دون أن يشعروا إلا بأعراض خفيفة جداً. تنتشر عدوى كوفيد-١٩ أساساً عن طريق القطيرات التنفسية التي يفرزها شخص يسعل أو لديه أعراض أخرى مثل الحمى أو التعب، ولكن العديد من الأشخاص المصابين بعدوى كوفيد-١٩ لا تظهر عليهم سوى أعراض خفيفة جداً، وينطبق ذلك بشكل خاص في المراحل الأولى من المرض، ويمكن بالفعل التقاط العدوى من شخص يعاني من سعال خفيف ولا يشعر بالمرض، وتشير بعض التقارير إلى أن الفيروس يمكن أن ينتقل حتى من الأشخاص الذين لا تظهر عليهم أي أعراض. وليس معروفاً حتى الآن مدى انتقال العدوى بهذه الطريقة. وتواصل المنظمة تقييم البحوث الجارية في هذا الصدد وستواصل نشر أي نتائج محدّثة بهذا الشأن (World Health Organization (WHO),٢٠٢٠/A).

وتوصى منظمة الصحة العالمية بارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة والعمل على وضعها وارتدائها بشكل صحيح والالتزام بنظافة اليدين والتدابير الوقائية الأخرى لتقليل خطر الاصابة (WHO,٢٠٢٠/B).

وفيما يلي التوصيات النموذجية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية للأفراد من أجل الحدّ من التعرض لمجموعة من الأمراض ونقلها، بما يشمل نظافة اليدين والنظافة التنفسية وممارسات الغذاء الآمنة:

١. نظف اليدين باستمرار بفركهما بمطهر كحولي أو غسلهما جيداً بالماء والصابون.
٢. عند السعال والعطس، احرص على تغطية الفم والأنف بمرفقك المثني أو بمنديل ورقي، وتخلص من المنديل بعد ذلك فوراً واغسل يديك.
٣. تجنب الاقتراب من الأشخاص المصابين بالحمى والسعال.
٤. إذا كنت مصابا بالحمى والسعال وصعوبة التنفس، التمس العناية الطبية مبكراً .
٥. عندما تزور أسواق المنتجات الحية في مناطق تشهد حالات عدوى بفيروس كورونا المستجد، تجنب اللمس المباشر للحيوانات الحية والأسطح التي تلامس تلك الحيوانات.
٦. تجنب تناول المنتجات الحيوانية النيئة أو غير المطهوة جيداً، وينبغي التعامل مع اللحوم النيئة أو الحليب الخام أو أعضاء الحيوانات بعناية تامة لتفادي انتقال الملوثات من الأطعمة غير المطهوة، وفقاً لممارسات السلامة الغذائية الجيدة (WHO & Regional Office For The Eastern Mediterranean,٢٠٢٠).

كما وضعت منظمة الصحة العالمية مجموعة من الضوابط البيئية خلال الحجر الصحي للأفراد بمنازلهم:

١. تطهير الأسطح التى يتكرر لمسها كالمناضد باستعمال كحول يحتوى على الايثانول بنسبة ٧٠%.
٢. تنظيف أسطح الحمام وتطهيرها مرة واحدة على الأقل يومياً باستعمال مطهر منزلي.
٣. تنظيف الملابس وأغطية السرير باستخدام أغطية السرير الشائعة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠).

ويتعافى معظم الناس (نحو ٨٠%) من المرض دون الحاجة إلى علاج خاص، ولكن الأعراض تشتد لدى شخص واحد تقريباً من بين كل ٥ أشخاص مصابين بمرض كوفيد-١٩ فيعاني من صعوبة في التنفس. وتزداد مخاطر الإصابة بمضاعفات وخيمة بين المسنين والأشخاص المصابين بمشاكل صحية أخرى مثل ارتفاع ضغط الدم أو أمراض القلب والرئة أو السكري أو السرطان، وينبغي لجميع الأشخاص أيا كانت أعمارهم التماس العناية الطبية

فوراً إذا أصيبوا بالحمى أو السعال المصحوبين بصعوبة في التنفس وضيق النفس وألم أو ضغط في الصدر أو فقدان القدرة على النطق أو الحركة، ويوصى قدر الإمكان بالاتصال بالطبيب أو بمرفق الرعاية الصحية مسبقاً ليتسنى توجيه المريض إلى العيادة المناسبة (WHO,٢٠٢٠/A).

ويرجع الاهتمام بهذه الفئة المرضية (فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩)) على وجه الخصوص إلى سببين رئيسين، هما:

الأول: أن هذا المرض يمثل متلازمة من مجموعة من الأعراض والظواهر المرضية، التي يتأثر بها كل عضو فى جسم الفرد فى حالة عدم الالتزام بالعلاج.

الثاني: زيادة انتشار هذا المرض كجائحة اجتاحت العالم ليصل فى ١٧ يونيو ٢٠٢٠ مجمل حالات الإصابة في جميع أنحاء العالم حوالي ٨ ملايين، ويبلغ العدد الإجمالي للوفيات حوالي ٤٥٠,٠٠٠، ونسبة الوفيات الإجمالية ٥,٤٨ في المائة، لا يوجد لقاح وقائي أو طريقة علاج معتمدة أو دواء حتى الآن (Bagca &Avci,٢٠٢٠)، وفى ٢٠٢٠/٧/٨ يصل مجمل الإصابات إلى ١١٨٦٤٠٩٢ حالة إصابة و ٥٤٥٢١٣ حالة وفاة، وقد نالت مصر جزء منها إلى هذا الوقت طبقا لبعض الإحصاءات المنشورة، وقد أعلنت وزارة الصحة المصرية عن أول حالة في البلاد بمطار القاهرة الدولي تتعلق بمواطن صيني في ١٤ فبراير، ومع تتبع حالات كورونا بمصر منذ ١٤ فبراير٢٠٢٠ تضاعفت حجم الإصابات فبلغت فى أول ابريل ٧٧٩ مصاب لتصل فى أول مايو الى ٥٨٩٥ مصاب وفى ٢٩ يونيه ٢٠٢٠ وصلت الحالات إلى ٦٥١٨٨ مصاب من بينهم ٢٧٨٩ حالة وفاة (وزارة الصحة والسكان المصرية،٢٠٢٠).

وعندما كان خط الدفاع الأول فى الوقاية من فيروس كورونا أو (كوفيد-١٩) متمركز حول سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى الفرد، فقد ركزت الدراسة الحالية حول التعرف على مدى الامتثال للنصح الطبي لدى الشعب المصري بمختلف أعماره وأجناسه من خلال التعليمات الغذائية والجسمية والطبية والدوائية الصادرة عن تقارير رسميه من منظمة الصحة العالمية والمنتشرة عبر وسائل التواصل الاجتماعي بمختلف أشكاله وطرقه.

الدراسات السابقة:

المحور الأول : الدراسات التى اهتمت بقلق الموت وعلاقته بسلوك الامتثال للنصح الطبي لدى عينات من الأمراض المزمنة.

أجرت دراسة (DiMatteo, Lepper,& Croghan, ٢٠٠٠) تحليلا لمجموعة من الدراسات المنشورة على عينات مختلفة من يناير١٩٦٩ إلى مارس ١٩٩٨ لمعرفة دور الاكتئاب والقلق كعوامل مؤثرة لعدم الامتثال للعلاج الطبي، وكشف التحليل ان المرضي

المصابين بالقلق العام والاكتئاب غير ممتثلين طبيا، ويرتبط الاكتئاب أكثر من القلق فى ذلك، وقد أشارت إلى أن المعتقدات والأفكار الإيجابية تساعد على التزام المريض بالنصائح الطبية المطلوبة منه.

كما هدفت دراسة (Safre,Gershuny and Hendriksen,٢٠٠٤) إلى التعرف على علاقة اضطراب كرب ما بعد الصدمة وقلق الموت وصعوبات الامتثال الطبي لدى الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وقد تم تطبيق مقياس قلق الموت ومقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومتابعة مدى الامتثال الطبى لديهم من خلال التقارير الدورية عنهم، وقد كشفت الدراسة أن قلق الموت مرتبط بأعراض الكرب لديهم، وكذلك ارتباطه ايجابياً بعدم الامتثال الطبي للأدوية والارشادات الطبية التى يوجهها الاطباء لديهم .

وقد سعت دراسة (Arrieta et al.,٢٠١٣) إلى التعرف على ارتباط الاكتئاب والقلق بكلا من جودة الحياة والامتثال والتشخيص العلاجى للمرضى المتقدمة حالتهم بسرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة، وقد تم استخدام المقابلات الشخصية بالمستشفى واستبيانات عن الاكتئاب والقلق تم تطبيقها على ٨٢ مريض بسرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة بطريقة قبلية ثم إعادة تطبيقها بعد ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الاكتئاب والقلق بانخفاض الامتثال الطبى وضعف التشخيص، بالإضافة لوجود فروق بالجنس على متغير الاكتئاب والقلق لصالح الإناث حيث أنهم أكثر قلقاً واكتئاباً من الذكور، وأكدت الدراسة على ضرورة التقييم الأولى لأعراض الاكتئاب والقلق وتنفيذ استراتيجيات غير دوائية ودوائية للسيطرة على هذه الأعراض التى قد تحسن الامتثال الطبى لديهم وتحسن صورة الحياة لديهم .

كما هدفت دراسة (Kretchy,Owusu-Daaku,& Danquah,٢٠١٤). إلى تقييم أعراض القلق العام والاكتئاب والتوتر والامتثال الطبي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، وطبقت الدراسة على ٤٠٠ مريض بالمستشفيات الجامعية بغانا، وقد تم جمع البيانات الخاصة بالخصائص الاجتماعية والديموجرافية وأيضاً مدى الامتثال الطبي لديهم والقلق والاكتئاب والتوتر، وقد كشفت الدراسة أن ٥٦% من المرضى يعانون من القلق و٢٠% من التوتر و٤% من الاكتئاب، وارتباط ذلك إيجابياً بعدم الامتثال الطبي لديهم وخاصة الذين يعانون من التوتر كانت نسبة عدم الامتثال لديهم أكبر.

وهدفت دراسة(Carlos et al.,٢٠٢٠) إلى كشف التأثير الإنفعالى لفيروس كورونا المستجد(كوفيد -١٩) على العاملين بالرعاية الصحية والمرضي بمستشفيات ووهان، وقد تم تطبيق مجموعة من الاستبيانات الالكترونية عن القلق والاكتئاب والتوتر، وتوصلت الدراسة

الى أن كبار السن والعاملين المهاجرين هم الأكثر عرضة لهذه الاضطرابات النفسية فى ظل الحجر الصحى وتأثر الخدمات الصحية المقدمة لهم بهذه الفترة، وقد توقعت الدراسة تزايد حدة القلق مع امتداد مدة الحجر الصحي وتأثيره السلبي على التدابير الصحية.

كما سعت دراسة (Dana etal.,٢٠٢٠) إلى التعرف على مدى الخوف من فيروس كورونا المستجد(كوفيد-١٩) لدى عينة مكونة من ٦٣٩ من المواطنين الإسرائيليين طبق عليها مقياس الخوف من تصميم الباحثين وتم التحقق من صدقه وثباته بالإضافة إلى مقاييس خاصة بالقلق والاكتئاب والتوتر، وقد توصلت الدراسة إلى أن ارتفاع الشعور بالخوف وغيره من الاضطرابات النفسية الأخرى مرتبط بوفاة احد الأشخاص المقربين بفيروس كورونا المستجد .

وقد كشفت دراسة (Lia et al. ,٢٠٢٠) عن مدى الضغوط النفسية التى يتعرض لها العاملون بمجال الرعاية الصحية والمعرضون لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩)، وقد تكونت عينة الدراسة من ١٢٥٧ من العاملين بمجال الرعاية الصحية ب٣٤ مستشفي من ٢٩ يناير إلى ٣ فبراير فى الصين، وقد طبق عليهم مقياس القلق العام ومؤشر شدة الأرق ومقياس الاكتئاب والضيق، وقد أظهرت النتائج أن العاملين بمستشفيات وهان بالصين أكثر تعرضاً للضغوط النفسية من باقى زملائهم بالبلاد نظراً لشدة الإصابة فى تلك المنطقة.

المحور الثانى: الدراسات التى أهتمت ببعض المتغيرات الديموجرافية المنبئة بسلوك الامتثال للنصح الطبي لدى عينات من الأمراض المزمنة.

سعت دراسة (Smith& Wood, ٢٠٠٧) إلى معرفة العوامل النفسية المؤثرة على المصابين بالتليف الكيسى، ووجدت أن عدم الامتثال الطبى هو أحدى العوامل الوسيطة لتأثير العوامل النفسية على مرضى التليف الكيسي، كما توصلت الدراسة أن حوالى ٥٠% من المرضى غير ممتثلين طبيا للعلاج والتعليمات الطبية المطلوبة منهم وأغلبهم من المراهقين، وأوصت الدراسة بعمل استراتيجيات فردية لمواجهة عدم الامتثال الطبى .

كما تهدف دراسة (هناء أحمد،٢٠٠٨) إلى استكشاف دور المتغيرات الديموجرافية والعيادية والمعتقدات الصحية فى التنبؤ بدرجة الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثاني من مرض السكرى، وقد أجريت الدراسة الراهنة على ٦٠ مريضا بالنوع الثاني من مرض السكرى، وكان متوسط أعمارهم (٣٩,٥٥) سنة، وقد طبقت عليهم بطارية من الأدوات النفسية اشتملت على استخبار الامتثال للتعليمات والنصح الطبي، واستخبار المعتقدات الصحية، واستمارة بيانات الحالة، وأظهرت النتائج أن المتغيرات الديموجرافية والعيادية لها تأثير فى تشكيل كل من امتثال المرضى للنصح الطبي والمعتقدات الصحية، وأن الامتثال

الطبي بوجه عام ومجال التعليمات الطبية بوجه خاص ينبئ بهم مستوى التعليم، والحالة الاجتماعية والإقامة، ودرجة خطورة المرض، أما عن العمر والجنس فهم ليسوا من الخصائص الديموجرافية المساهمة فى تشكيل درجة الامتثال الطبى.

فى حين أوضحت دراسة (Van, McLaws, Crimmins, MacIntyre and Seale,٢٠١٠)أنه فى حالة الوباء يكون الشباب هم أكثر عرضة للإصابة خلال جائحة انفلونزا الخنازير بأستراليا عام٢٠٠٩، وقد تكونت العينة من ٢٨٨٢ شخص، وكان من بينهم ٢٠,٨% فقط من المتبعين لسلوك الامتثال الصحى منهم والبقية فى حاله عدم امتثال للسلوكيات الصحية التى طلبت بهذه الفترة، وأوصت الدراسة بتعزيز سلوكيات الصحة العامة الايجابية بين الشباب استطلاع عبر الإنترنت استمر من ٢٩يونيه إلى ٣٠ سبتمبر ٢٠٠٩.

وعلى عكس نتائج الدراسة السابقة لـــــــ " فان وأخرون" ٢٠١٠ فقد طبقت هذه الدراسة أثناء جائحة أنفلونزا الخنازير بأستراليا عام٢٠٠٩ على ٤٠٢ من طلاب الفرقة الأولى بجامعة اسطنبول بتركيا بين ١: ٣٠ نوفمبر ٢٠٠٩ تم تطبيق استبيان الكترونى يشمل البيانات الديموجرافية وكيفية اتباع التدابير الوقاية تجاه الجائحة، وتوصلت الدراسة إلى أن ٨٥,٣% من العينة الأساسية للذين على علم بمدى خطورة الجائحة ينفذون الاجراءات الوقائية من غسل الايدى وقناع الوجه والحجر الصحى، وكانت هذه التدابير فعالة فى وقايتهم من المرض، وأوصت الدراسة بوضع استراتيجيات جديدة لتعزيز إيجابية السلوك الصحى بين طلاب الجامعة تتوافق مع الإرشادات الدولية(Akan et al. ,٢٠١٠).

كما تقيم دراسة (Eindhoven, Hilt, Zwaan, Schalij and Borleffs,٢٠١٨) مدى الاختلافات فى العمر والجنس فى الامتثال الطبي بعد الاصابة باحتشاء عضلة القلب[٣] بسنة واحدة، وقد تم التطبيق على جميع الأفراد الملتزمون بالتأمين الصحى والبيانات المركزية المسجلة بهولندا لعام٢٠١٢و ٢٠١٣ المقدر عددهم ٥٩٥٣٤ فرد من خلال التشخيص الحالى للمريض، ومراجعة المعلومات عن الأدوية المسترجعة ومعلومات من سجل المرضى، وتوصلت الدراسة أن نسبة الالتزام الطبى لديهم ٦٠% وأنها أقل عند الإناث والشباب والمرضى المسنين.

وقد أشارت دراسة(Bacon &Corr,٢٠٢٠) إلى التغيرات السلوكية العامة لاحتواء انتشار فيروس كوفيد-١٩، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠٢ فرد من المقيمين بالمملكة المتحدة، طبق عليهم استبانة الشخصية ومقياس الخوف من المرض، ومقياس العزلة الذاتية، وقد توصلت النتائج إلى وجود تغيرات سلوكية نتيجة الصراع بين البقاء بأمان منعزلين

والرغبة فى الحفاظ على الوضع الطبيعي، وأن كبار السن أكثر مرونة نفسياً فى عزل أنفسهم بالمنزل.

كما سعت دراسة (Hao et al.,٢٠٢٠) إلى مقارنة شدة الضغط النفسي بين مرضى الصرع والأصحاء ومدى التزامهم بالضوابط الصحية وذلك خلال تفشي فيروس كوفيد-١٩ فى جنوب غرب الصين، وقد تم عمل دراسة حالة مقطعية مستعرضة للمرضى الذين تزيد أعمارهم عن ١٥ عام وقد عولجوا فى مستشفي الصرع غرب الصين ما بين ١: ٢٩ فبراير٢٠٢٠، وقد تم أيضاً تسجيل الزوار الأصحاء المتطابقين فى السن والجنس مع عينة المرضي وليسوا بعلاقة شخصية مع المرضي، وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٥٢ مريض صرع ومثلهم من الأصحاء وقد طبق عليهم مقياس الضغط النفسي، وقد توصلت الدراسة إلى أن مرضي الصرع كانوا أكثر التزاما بالضوابط الصحية عن عينة الأصحاء.

التعقيب على الدراسات السابقة:

١. ندرة الدراسات العربية بصفة عامة والمصرية بصفة خاصة التى أهتمت بسلوك الامتثال الطبى والذى يعتبر فى وقت هذه الجائحة المفهوم الوقائى الامثل ضد هذه الجائحة.
٢. أن أغلب المرضي بمختلف الأمراض حتى المزمنة منها غير ممتثلين طبياً طبقاً للدراسات السابقة التى تم الاستعانة بها.
٣. تشير الدراسات التى ربطت بين القلق وسلوك الامتثال الطبي إلى ارتباط القلق بوجه عام لدى المرضي بعدم الامتثال الطبى لديهم .
٤. أن البيانات الديموجرافية هى أحدى المؤشرات على تباين سلوك الامتثال الطبى وقلق الموت بين الأفراد، وخاصة المستوى التعليمى كما ورد بدراسة Akan et al) (٢٠١٠, حيث أن طلاب الجامعة كان لديهم درجة أكبر فى الالتزام بسلوك الامتثال الطبى.

ومن خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن **صياغة الفروض** التى تسعى الدراسة للتحقق منها، كما يلى:

١. توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت و سلوك الامتثال للنصح الطبي.
٢. توجد فروق دالة إحصائية بين متغيرات الدراسة (قلق الموت، وسلوك الامتثال الطبي) وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (الجنس- الحالة الصحية- المسكن) .
٣. توجد فروق دالة إحصائية بين متغيرات الدراسة (قلق الموت، وسلوك الامتثال الطبي) وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر- العمل- الحالة الاجتماعية- المؤهل التعليمى- المستوى الاقتصادى).

٤. يمكن التنبؤ بسلوك الامتثال للنصح الطبي تبعاً لقلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية(الجنس- الحالة الصحية- المسكن - العمر- العمل- الحالة الاجتماعية- المؤهل التعليمى- المستوى الاقتصادى).

المنهج وإجراءات الدراسة:

أولاً: المنهج: قامت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن الذى يقوم على وصف الظاهرة موضوع الدراسة قلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية كمنبئات بسلوك الامتثال للنصح الطبي لدى عينات متباينة من أفراد الشعب المصرى فى ظل الظروف الراهنة بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) أثناء التعرض للجائحة، وكذلك مقارنة هذه المتغيرات بين متغيرات الدراسة(قلق الموت وسلوك الامتثال الطبي) تبعاً لبعض المتغيرات الديموجرافية المستخدمة بالدراسة.

ثانياً: خصائص العينة:

اشتملت الدراسة على عينة التقنين لعمل صدق وثبات لمقياس سلوك الامتثال الطبي المعد بالدراسة، وهى مكونة من٦٥ فرد(٢٣ ذكر، ٤٢ أنثى) كان متوسط العمر مقداره ٣٠,٩٢ سنة وانحراف معيارى يقدر بـــــ(±١١.٨٤)، كما تكونت العينة الأساسية للبحث من (٢٤٠) ذكر وأنثى من من أفراد الشعب المصرى بمختلف المحافظات المصرية كان متوسط العمر مقداره ٢٠.٥٠ سنة وانحراف معيارى يقدر بـــــ(±١.٥٠)،، وقد تم التطبيق في ضوء إنتشار جائحة فيروس كورونا المستجد حول العالم وإصابات العديد من المصريين به عن طريق عمل استبيان الكترونى باستخدام Google Drive على حساب ال Gmail لأدوات الدراسة المستخدمة وإعلانه على مواقع التواصل الاجتماعي للإجابة عليه بحرية واستمر التطبيق لمدة شهر من ٢٠٢٠/٤/١٢ حتى ٢٠٢٠/٥/١٢.

ويوضح جدول(١) توزيع افراد العينة الاساسية طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية.

الجنس		العمر			الحالة الاجتماعية			السكن		الحالة المهنية				الحالة الصحية	
أنثى	ذكور	١٨-١٦	٢٢-١٩	٢٣-٢٠	أعزب	متزوج	مطلق	بحرى	قبلى	طالب	يعمل	متقاعد	لا يعمل	لا يعانى	يعانى
١٥٧	٨٣	١٩	١٧٠	٥١	١٧١	٦٦	٣	٤٨	١٩٢	٩٨	٨٨	٧	٤٧	٢١١	٢٩
المستوى التعليمي								المستوى الاقتصادي							

ابتدائي	إعدادي	ثانوي	متوسط	جامعي	فوق الجامعي	يكفي ويفيض	يكفي الضروريات والكماليات	يكفي لسد ضروريات فقط	لا يكفي
٣	١٠	٣٩	١٤	١٤٩	٢٥	٣٥	٩٨	٨٤	٢٣

وفى إطار توزيع أفراد العينة الأساسية على مجموعة من المتغيرات الديموجرافية فقد أمكن توزيع مجموعات فرعية على كل متغير منها حتى يسهل عملية استكشاف مدى علاقة كل متغير بالمفهوم الأساسي للدراسة وهو سلوك الامتثال الطبي لدى عينات متباينة من الشعب المصرى.

ثالثاً: أدوات الدراسة

١. قائمة البيانات الديموجرافية (إعداد الباحثة) :

تضمنت مجموعة من البيانات المتطلبة بالدراسة ومن أبرزها (الجنس، والعمر، ومكان السكن، والحالة الصحية، والحالة الاجتماعية، والحالة المهنية، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للفرد) وقد تنوعت الاختيارات على كل بيان ما بين اختيارين لستة اختيارات، بالنسبة للجنس كان اختيارين فقط ذكر وأنثى، واما العمر فكان ثلاث اختيارات ١٦: ١٨، و١٩: ٢٢، و٢٣: ٦٠ سنة، لتشمل من المرحلة الثانوية حتى الخريجين وما فوق القادرين على تفهم مفاهيم الدراسة والتفاعل معاها، أما بخصوص مكان السكن تراوحت الاختيارات بين اثنين : المحافظات بالوجه البحرى والمحافظات بالوجه القبلى، وأما الحالة الصحية فكانت اختيارين لا أعانى من مرض، وأعانى من أمراض مزمنة كالحساسية أو السكرى أو أمراض القلب والشرايين، وأما بخصوص الحالة الاجتماعية فكانت ثلاث اختيارات أعزب ومتزوج ومطلق، أما عن الحالة المهنية طالب ويعمل ومتقاعد ولا يعمل، وأما المستوى التعليمي فتراوح بين خمسة اختيارات بداية من (ابتدائي) وانتهاء بالاختيار السادس (حاصل على مؤهل فوق الجامعي)، وأما الحالة الاقتصادية فكانت أربعة اختيارات وهما الدخل يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض، الدخل يكفي لسد الضروريات والكماليات، الدخل يكفي لسد الضروريات فقط، الدخل لا يكفي لسد الضروريات.

٢. مقياس قلق الموت (زينب شقير،٢٠٠٢)

تم إعداد مقياس قلق الموت ليطبق بصورة فردية أو جماعية، وقد تم تطبيق المقياس على ١٠٠٠ فرد من الذكور والاناث تراوحت أعمارهم من ١٦: ٢٣ سنة فما فوق، وتكون المقياس في صورته النهائية من ٣٦ بند تتطلب الإجابة عليهم اختيار أحد الاختيارين موافق

أو غير موافق، وقد شمل المقياس عدة بنود عكسية وهى (٥، ١٤، ٢٠، ٢٥، ٢٨، ٢٩)، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من صفر إلى ٣٦ درجة بواقع درجة لكل بند، وقد تم حساب ثبات المقياس بعدة طرق : طريقة التجزئة النصفية بطريقة سبيرمان- براون، وطريقة إعادة الاختبار وقد بلغ دلالة قيم الثبات ٠,٠١، أما بخصوص صدق المقياس قد تم استخدام ثلاث طرق وهى صدق المحتوى وصدق المحك وصدق التكوين الفرضي وبصدق المحك تم استخدام مقياس قلق الموت للدكتور محمد عيد ومقياس سمة القلق للدكتور عبد الرقيب البحيرى وتراوحت مقدار الارتباطات على صدق المحك في كلاهما ما بين (٠,٤١ : ٠,٨٢) بدلالة ٠,٠١ ، أما بخصوص صدق التكوين الفرضي فقد تراوحت الدلالة ما بين ٠.٠٥ إلى ٠.٠٠١ .

٣. **مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي (إعداد الباحثة)** وذلك بما يتناسب مع الدراسة ومتغيراتها المستهدفة بالقياس، وبما يلائم الثقافة المصرية وتوجيهات منظمة الصحة العالمية بخصوص فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) وتم تكوين هذا الاستخبار علي ضوء استعراض عدد كبير من المقاييس الأجنبية والعربية ذات الصلة، منها علي سبيل المثال: استخبار سلوك الامتثال للتعليمات والنصح الطبى(هناء أحمد شويخ،٢٠٠٨) المكون من أربعة مجالات (المجال الدوائي، المجال الغذائى، المجال الجسمي، التعليمات الطبية)، ومقياس تقرير الامتثال الطبى لمرضى الربو(Mora et al,٢٠١١)، واستبيان التقرير الذاتى عن الامتثال الطبى المكون من ثلاث أبعاد تدور كلها حول تناول الدواء (Wilson et al,٢٠١٦)، ومقياس السلوك الصحى لـــــ(راية بنت مسلم،٢٠١٧)، كما اعتمدت العديد من الدراسات على فرز التقارير الذاتية للمرضي بالمستشفيات لمعرفة مدى الامتثال الطبى لدى المرضى بالمستشفيات.

ويتكون المقياس فى صورته النهائية من ٣٧ بند تعكس مدى التزام الفرد بالتوصيات الطبية الموصوفة له من قبل القائمين بالتوعية الصحية، وتكتشف هذه السلوكيات فى المجالات الآتية : مجال النظام الغذائي، وقد شمل ٩ بنود، ومجال ممارسة النشاط الجسمي وشمل ٦ بنود، وقد تم شمل مجال تناول الدواء الطبي ومجال التعليمات الطبية لأنه حتى الأن لم يصدر دواء رسمى لفيروس كورونا المستجد، وإنما هى بعض الإرشادات بخصوص الدواء لذا تم ضمهم فى مجال التعليمات الطبية والدوائية ليشمل ٢٢ بند وكل بنود المقياس هى عبارة عن عبارات تقريرية تعكس مدى قيام الفرد بما تم توعيته به من قبل الهيئات العامة للرعاية الطبية، وتتطلب الإجابة عن المقياس ككل أن يحدد الفرد مدى انطباق كل بند عليه باختيار واحد من ثلاثة بدائل (لا تنطبق- تنطبق بدرجة متوسطة – تنطبق بدرجة كبيرة)، وتتطلب

الإجابة أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس الشدة يتراوح بين واحدة إلى ثلاث درجات، أما في حالة البنود العكسية (بند رقم ٨، ٩ بمجال النظام الغذائي، بند رقم٣ بمجال ممارسة النشاط الجسمي، وبند رقم ١١ بمجال التعليمات الطبية والدوائية، وهذه البنود يتم تقديرها في الاتجاه العكسي لمقياس التدريج السابق، وتبلغ الحد الأقصى للدرجة على المقياس ككل ١١١ درجة (٣٧ بند × ٣ درجات) .

إجراءات تقدير الكفاءة السيكومترية للأدوات:

- **صدق الأدوات:**

اعتمد الباحث في تقدير صدق الأداة المعدة على أساليب الصدق التالية :

١. حساب **صدق الاتساق الداخلى** : من خلال ارتباط البند بالدرجة الكلية ثم ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية.
٢. حساب **الصدق التمييزى** : عن طريق حساب الفروق بين المنخفضين والمرتفعين من أفراد العينة على سلوك الامتثال للنصح الطبي.
٣. حساب **صدق المحك** : عن طريق ارتباط الابعاد والدرجة الكلية بالمقياس المعد للأبعاد والدرجة الكلية لاستخبار سلوك الامتثال للتعليمات والنصح الطبى(هناء أحمد شويخ،٢٠٠٨).

وفيما يلى نعرض نتائج هذه الاجراءات :

١. إذا بدأنا بصدق الاتساق الداخلى من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة على كل بند والدرجة الكلية على المقياس، ثم ارتباط كل درجة على حدة بالبعد الخاص بها، وأخيرا ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية وفيما يأتي نتائج هذه الإجراءات مبينة في الجداول رقم (١، ٢، ٣) على التوالي :

جدول(١)

معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية على مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي (ن= ٦٥)

المجال الغذائى		المجال الجسمي		مجال التعليمات الطبية والدوائية			
البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية
١	,٦٦	١	,٤١	١	,٧٧	١٢	,٧٨
٢	,٣٩	٢	,٥٨	٢	,٧٣	١٣	,٧٥
٣	,٦٢	٣	,٣١	٣	,٦٥	١٤	,٧٠

٤	,٥٢	٤	,٥٩	٤	,٧٢	١٥	,٦١
٥	,٦٠	٥	,٦٥	٥	,٧٢	١٦	,٦٧
٦	,٥٣	٦	,٤٧	٦	,٦٨	١٧	,٦٤
٧	,٣٢			٧	,٥٨	١٨	,٦٣
٨	,٣٨			٨	,٧١	١٩	,٧٦
٩	,٤٢			٩	,٦٦	٢٠	,٧٣
				١٠	,٥٦	٢١	,٣٥
				١١	,٣٩	٢٢	,٥٤

يتضح من جدول(١) أن معاملات الارتباط "ارتباط البند بالدرجة الكلية" تتراوح ما بين (,٣١ : ,٧٨) وهى قيم دالة عند مستوى٠.٠١ .

جدول(٢)

معاملات ارتباط البند بالبعد على مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي (ن= ٦٥)

المجال الغذائى		المجال الجسمي		مجال التعليمات الطبية والدوائية			
البند	ارتباط البند بالبعد	البند	ارتباط البند بالبعد	البند	ارتباط البند بالبعد	البند	ارتباط البند بالبعد
١	,٦٧	١	,٤٨	١	,٧٧	١٢	,٨٣
٢	,٤٨	٢	,٧٤	٢	,٨٠	١٣	,٨٠
٣	,٧٦	٣	,٤٣	٣	,٧٢	١٤	,٦٧
٤	,٤٦	٤	,٧٩	٤	,٧٨	١٥	,٥٩
٥	,٧٤	٥	,٧٥	٥	,٧٩	١٦	,٧٢
٦	,٥٢	٦	,٧٣	٦	,٧٨	١٧	,٧٢
٧	,٥٤			٧	,٦٤	١٨	,٦٧
٨	,٥٩			٨	,٧١	١٩	,٨٢
٩	,٦٥			٩	,٧٣	٢٠	,٧١
				١٠	,٦١	٢١	,٤٠
				١١	,٤٠	٢٢	,٥١

يتضح من جدول(٢) أن معاملات الارتباط "ارتباط البند بالبعد" تتراوح ما بين (,٤٠ : ,٨٣) وهى قيم دالة عند مستوى٠.٠١.

جدول(٣)

معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية على مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي(ن= ٦٥)

البعد	ارتباط البعد بالدرجة الكلية
المجال الغذائى	,٧٩
المجال الجسمي	,٧٧
مجال التعليمات الطبية والدوائية	,٩٤

يتضح من جدول(٣) أن معاملات الارتباط "ارتباط البعد بالدرجة الكلية" تتراوح ما بين (,٧٧ : ,٩٤) وهى قيم دالة عند مستوى٠.٠١ .

٢. وإذا انتقلنا إلى **طريقة الصدق التمييزي** عن طريق حساب الفروق بين المنخفضين والمرتفعين من أفراد عينة التقنين على سلوك الامتثال للنصح الطبي باستخدام طريقة Mann Whitney"مان ويتنى"، وقد تم تحديد الربيعى الأعلى والأدنى لسلوك الامتثال للنصح الطبي لنجده كالآتي (الربيعى الأدنى أصبح ٧٣.٥٠ والربيعى الأعلى ٩٧.٠٠)، ويوضح جدول(٤) الفروق بين المجموعتين بين البنود والدرجة الكلية.

جدول (٤)

يعرض معاملات الصدق التمييزي للبنود على مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي

سلوك الامتثال للنصح الطبي		المنخفضين(ن=١٦)	المرتفعين(ن=١٧)	قيمة " Z "	الدلالة
		متوسط الرتب	متوسط الرتب		
المجال الغذائى	١	٩.٩٧	٢٣.٦٢	-٤.٣١	,٠٠١
	٢	١٣.١٣	٢٠.٦٥	-٢.٤٣	,٠١
	٣	١٠.٧٥	٢٢.٨٨	-٣.٩٤	,٠٠١
	٤	٩.٥٦	٢٤.٠٠	-٤.٩١	,٠٠١
	٥	١١.١٩	٢٢.٤٧	-٣.٥٧	,٠٠١
	٦	١١.٤٤	٢٢.٢٤	-٣.٦٤	,٠٠١
	٧	١٢.٤٧	٢١.٢٦	-٢.٨٢	,٠٠٥
	٨	١٣.٢٥	٢٠.٥٣	-٢.٣٤	,٠١
	٩	١٢.١٩	٢١.٥٣	-٢.٩٦	,٠٠٣
المجال ا	١	١٢.٢٥	٢١.٤٧	-٢.٩٧	,٠٠٣
	٢	١١.٢٢	٢٢.٤٤	-٣.٥٤	,٠٠١

	٣	١٣.٢٥	٢٠.٥٣	-٢.٤٣	,٠١
	٤	١٠.٧٥	٢٢.٨٨	-٣.٩٠	,٠٠١
	٥	٩.٧٨	٢٣.٧٩	-٤.٤٢	,٠٠١
	٦	١٢.٨٤	٢٠.٩١	-٢.٥٤	,٠١
مجال التعليمات الطبية والدوائية	١	٨.٧٢	٢٤.٧٩	-٥.١٧	,٠٠١
	٢	٩.٥٦	٢٤.٠٠	-٤.٨٣	,٠٠١
	٣	١٠.٢٢	٢٣.٣٨	-٤.٢٣	,٠٠١
	٤	١٠.٦٣	٢٣.٠٠	-٤.٢٩	,٠٠١
	٥	٩.٥٣	٢٤.٠٣	-٤.٦٨	,٠٠١
	٦	٨.٩٤	٢٤.٥٩	-٤.٩٩	,٠٠١
	٧	١١.١٦	٢٢.٥٠	-٤.٠٤	,٠٠١
	٨	١٠.٠٩	٢٣.٥٠	-٤.٥٥	,٠٠١
	٩	٩.٥٦	٢٤.٠٠	-٤.٨٥	,٠٠١
	١٠	١١.١٣	٢٢.٥٣	-٣.٨١	,٠٠١
	١١	١٢.٥٣	٢١.٢١	-٢.٩٤	,٠٠٣
	١٢	٩.٢٢	٢٤.٣٢	-٤.٩٢	,٠٠١
	١٣	١٠.٠٩	٢٣.٥٠	-٤.٥٥	,٠٠١
	١٤	٨.٧٥	٢٤.٧٦	-٥.١٥	,٠٠١
	١٥	٩.٠٣	٢٤.٥٠	-٥.٠٩	,٠٠١
	١٦	١٠.٥٣	٢٣.٠٩	-٤.١٣	,٠٠١
	١٧	٩.٣٤	٢٤.٢١	-٤.٧٤	,٠٠١
	١٨	١٠.٦٣	٢٣.٠٠	-٤.٣٠	,٠٠١
	١٩	٩.٥٦	٢٤.٠٠	-٤.٨٣	,٠٠١
	٢٠	٩.٤١	٢٤.١٥	-٤.٧٢	,٠٠١
	٢١	١١.٦٣	٢٢.٠٦	-٣.٤٤	,٠٠١
	٢٢	١١.٠٩	٢٢.٥٦	-٣.٦٨	,٠٠١

جدول (٥)

يعرض معاملات الصدق التمييزي للأبعاد على مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي

سلوك الامتثال للنصح الطبي	المنخفضين(ن=١٦) متوسط الرتب	المرتفعين(ن=١٧) متوسط الرتب	قيمة " Z "	الدلالة
المجال الغذائى	٨.٥٠	٢٥.٠٠	-٤.٩٢	,٠٠١
المجال الجسمي	٨.٧٨	٢٤.٧٤	-٤.٧٧	,٠٠١
مجال التعليمات الطبية والدوائية	٨.٥٠	٢٥.٠٠	-٤.٩١	,٠٠١

يتضح من الجدول (٤، ٥) أن جميع الفروق جاءت دالة، وقد تراوح مستوى الدلالة (٠.٠١ : ٠.٠٠٥) مما يشير على صدق المقياس.

٣. طريقة صدق المحك :

تم حساب الصدق المحكى لمقياس الدراسة وذلك عن طريق تطبيق استخبار سلوك الامتثال للتعليمات والنصح الطبى(هناء أحمد شويخ،٢٠٠٨)، وكانت معامل الارتباط فى الابعاد والدرجة الكلية كما هو موضح بجدول رقم (٦):

جدول(٦)

معاملات ارتباط الأداتين في صدق المحك (ن= ٦٥)

	الارتباط	مستوى الدلالة
المجال الغذائى	,٦٢	,٠٠١
المجال الجسمي	,٧٥	,٠٠١
مجال التعليمات الطبية والدوائية	,٣٨	,٠٠٢
سلوك امتثال للنصح الطبى	,٦٠	,٠٠١

ويتضح من جدول رقم (٦) مدى دلالة مستوى الارتباط بين الأداتين مما يدل على صدق المقياس المعد.

- **ثبات الأدوات:** قد تم حساب الثبات للمقياس بالأساليب التالية:

أ- ألفا لكرونباخ :

يرى " جليفورد " Guilford (١٩٦٥) معامل ثبات ألفا أداة إحصائية حساسة لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم فيها حساب أتساق وتجانس المقياس الواحد، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد (من خلال: هناء أحمد، ٢٠٠٧، ص٢٣٣). ويوضح جدول(٧) معاملات الثبات بطريقة ألفا للمقياس المعد.

ب- التجزئة النصفية :

أما الطريقة الثانية لحساب الثبات فهي التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان ــبراون، وهى تعتبر مقاساً للثبات الداخلي حيث يكون النصفين متضمنين داخل اختبار واحد، وفى هذه الطريقة يتم تطبيق اختبار واحد فقط ثم يجزأ إلى نصفين، ويتم تقدير درجات النصف الفردى، وتقدير درجات النصف الزوجي، وقد بين "سبيرمان" و "بروان " عام ١٩١٠ أنه يمكن التنبؤ بمعامل ثبات أي اختبار إذا عرف معامل ثبات نصفه أو أي جزء منه بشرط أن تكون الأجزاء متكافئة (أحمد الرفاعى ونصر محمود، ٢٠٠٠، ص٢٩٥). ويوضح جدول(٧) معاملات الثبات بطريقة ألفا للمقياس المعد.

جدول (٧)

معاملات الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان تبعاً لبنود وأبعاد مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي

مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي	معاملات الثبات	
	ألفا لكرونباخ	التجزئة النصفية
المجال الغذائى	,٧٩	,٦٩
المجال الجسمي	,٧٣	,٥٢
مجال التعليمات الطبية والدوائية	,٩٤	,٨٤
الدرجة الكلية	,٩٤	,٧٧

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان، وتراوحت بين (٠,٥٢ و ٠,٩٤)، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجات ثبات مقبولة، بما يسمح بإمكانية الاعتماد عليه في جمع بيانات الدراسة.

رابعاً: أساليب التحليل الإحصائي

عرض النتائج:

١. **نتائج الفرض الأول:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبى

جدول(٨)

معاملات الارتباط بين قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبى

قلق الموت / مقياس سلوك الامتثال للنصح الطبي	العينة الكلية(ن=٠		أناث(ن=١٥٧)		ذكور(ن=٨٣)	
	الارتباط	الدلالة	الارتباط	الدلالة	الارتباط	الدلالة
المجال الغذائى	,٠٠٩	,٨٨	,٠٥٢	,٥٢	-,١٨١	,١٠
المجال الجسمي	,٠٢٥	,٦٩	,١٦١*	,٠٤	-,٢٢٢*	,٠٤
مجال التعليمات الطبية والدوائية	,٠٦١	,٣٥	,١٦٥*	,٠٣	-,٠٤٤	,٦٩
الدرجة الكلية	,٠٤٤	,٥٠	,١٥٨*	,٠٤	-,١٢٦	,٢٥

يتضح من الجدول رقم (٨) عدم وجود ارتباط بين قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي فى العينة الكلية، بينما يوجد ارتباط دال وإيجابي بين قلق الموت وسلوك الامتثال بوجه عام والمجال الجسمي ومجال التعليمات الطبية والدوائية لدى عينة الإناث يتراوح ما بين (٠.٠٣: ٠.٠٤) مما يشير إلى أن ارتفاع قلق الموت مصاحب بانخفاض الامتثال للنصح الطبى بوجه عام وخاصه المجال الجسمى ومجال التعليمات الطبية والدوائية لديهم، فى حين لا يوجد ارتباط بين قلق الموت والمجال الغذائي لدى الإناث، أما فى عينة الذكور فقد وجد ارتباط دال وسلبي بين قلق الموت والمجال الجسمي وهى بهذا تشير إلى أن ارتفاع قلق الموت يصاحبه ارتفاع الاهتمام بالسلوكيات الجسمية لتحسين الصحة لدى الذكور لديهم، فى حين لم يوجد لدى الذكور ارتباط فى باقى الأبعاد وسلوك الامتثال بوجه عام.

٢. **نتائج الفرض الثانى:** توجد فروق دالة إحصائية بين متغيرات الدراسة(سلوك الامتثال الطبي وقلق الموت) وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية(الجنس- الصحة- المسكن) .

وقد تم استخدم اختبار " ت " لدلالة الفروق بين متوسطى عينتين كالذكور والإناث والأصحاء والمرضى والمحافظات بوجه بحرى وبوجه قبلى بالعينة الأساسية، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (٩، ١٠،١١)

جدول (٩)

نتائج الفروق بين الذكور والإناث على متغيرات الدراسة (سلوك الامتثال الطبي وقلق الموت)

المتغيرات	ذكور(ن=٨٣)		أناث(ن=١٥٧)		قيمة "ت"	دلالة
	متوسط	انحراف معيارى	متوسط	انحراف معيارى		
المجال الغذائى	١٩.٤٩	٣.١٤٨	١٨.٧٥	٣.٧٩٢	١.٥٢٧	,١٢
المجال الجسمي	١١.٣٣	٢.٥٥٧	١١.٥٨	٢.٧٠١	,٧٠٦	,٤٨
مجال التعليمات الطبية والدوائية	٥٠.٤٢	٨.٢٣٢	٥٤.٤٨	٨.٠٧٣	٣.٦٧٧	,٠٠١***
سلوك الامتثال للنصح الطبى	٨١.٢٤	١١.٨٩٠	٨٤.٨١	١٢.٤١٥	٢.١٤٨	,٠٣*
قلق الموت	٥٦.١٨	٧.٧٨٩	٥٤.٣٦	٧.٤٧٣	١.٧٧٢	,٠٧

جدول (١٠)

نتائج الفروق بين الحالة الصحية(الأصحاء والمرضى) على متغيرات الدراسة (سلوك الامتثال الطبي وقلق الموت)

المتغيرات	الأصحاء(ن=٢١١)		المرضى(ن=٢٩)		قيمة "ت"	دلالة
	متوسط	انحراف معيارى	متوسط	انحراف معيارى		
المجال الغذائى	١٩.٠٠	٣.٧٧٠	١٩.٠١	٣.٥٧٨	,٠١٣	,٩٨
المجال الجسمي	١١.٤١	٢.٨٢٢	١١.٥٠	٢.٦٣٢	,١٦٨	,٨٦
مجال التعليمات الطبية والدوائية	٥١.٤١	٨.٠٦٩	٥٣.٣٠	٨.٣٦٧	١.١٤٥	,٢٥
سلوك الامتثال للنصح الطبى	٨١.٨٣	١٢.٢٦٨	٨٣.٨٢	١٢.٣٤٧	,٨١٣	,٤١
قلق الموت	٥٢.٣٤	٩.٠٢٢	٥٥.٣٤	٧.٣٥٨	١.٩٥٢	,٠٥*

جدول (١١)

نتائج الفروق بين مكان السكن (المحافظات بوجه بحرى وبوجه قبلى) على متغيرات الدراسة (سلوك الامتثال الطبي وقلق الموت)

المتغيرات	المحافظات بوجه بحرى(ن		المحافظات بوجه قبلى(ن=		قيمة "ت"	دلالة
	متوسط	انحراف معيارى	متوسط	انحراف معيارى		

المجال الغذائى	١٩.١٧	٢.٨٦	١٨.٩٧	٣.٧٦	,٣٤١	,٧٣
المجال الجسمي	١٢.١٩	٢.٥٤	١١.٣٢	٢.٦٥	٢.٠٤٨	,٠٤*
مجال التعليمات الطبية والدوائية	٥٤.٣٨	٦.٩٨	٥٢.٧٥	٨.٦٣	١.٢٠٩	,٢٢
سلوك الامتثال للنصح الطبى	٨٥.٧٣	١٠.٠٥	٨٣.٠٤	١٢.٨٠	١.٣٥٦	,١٧
قلق الموت	٥٥.٤٢	٨.٣٨	٥٤.٨٨	٧.٤٣	,٤٣٦	,٦٦

*** تشير إلى أن مستوى الدلالة فيما وراء ٠,٠٠١

* تشير إلى أن مستوى الدلالة فيما وراء ٠٥,

ويتضح لنا من خلال الجداول السابقة (٩، ١٠،١١) عدة نقاط وهى :

١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوى الذكور والإناث على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية وسلوك الامتثال للنصح الطبى بشكل عام وكان أتجاه هذه الفروق لصالح الإناث، في حين لم توجد فروق في باقى متغيرات الدراسة(قلق الموت، والمجال الغذائى، والمجال الجسمي) .

٢) أما عن الفروق بين الأصحاء والمرضى فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على متغير قلق الموت وكان اتجاه هذه الفروق لصالح المرضى الذين يعانون من أحدى الأمراض المزمنة، في حين لم توجد فروق في باقى متغيرات الدراسة (سلوك الامتثال الطبي ومجالاته).

٣) وبالنسبة للفروق بين مكان السكن فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على متغير المجال الجسمى وكان اتجاه هذه الفروق لصالح الأفراد الساكنين بمحافظات وجه بحرى، في حين لم توجد فروق في باقى متغيرات الدراسة(قلق الموت، والمجال الغذائى، والمجال التعليمات الطبية والدوائية، وسلوك الامتثال للنصح الطبى بشكل عام) .

٣. **نتائج الفرض الثالث:** توجد فروق دالة إحصائياً بين متغيرات الدراسة(سلوك الامتثال الطبي وقلق الموت) وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر–العمل– الحالة الاجتماعية– المؤهل التعليمى– المستوى الاقتصادى).

تم استخدام تحليل التباين الأحادى للمقارنة بين أكثر من متوسطين في آن واحد وذلك لأن اختبار "ت " لا يصلح للمقارنات من هذا النوع بسبب زيادة الخطأ من النوع الأول الاستخدام المتكرر لاختبار " ت " وللتأكد من مصدر هذه الفروق على الباحث استخدام اختبار " شيفيه"، و" توكى"، و" نيومان كولز" ويفضل استخدام اختبار توكى في حالة تساوى

المجموعات الفرعية، ويمكن استخدام اختبار شيفيه في الحالتين لذا فالأفضل استخدام اختبار شيفيه في الحالتين (جلال، ٢٠٠٨، ١٤٦-١٤٧).

جدول (١٢)

نتائج تحليل التباين الأحادى لتوضيح أثر بعض المتغيرات الديموجرافية في كل من سلوك الامتثال للنصح الطبي وقلق الموت

المتغير التطبيقي	المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية "ف "	الدلالة الإحصائية
العمر	المجال الغذائي	بين المجموعات	١٣.٢٦٧	٢	٦.٦٣٣	٠.٥١٢	٠.٦٠
		داخل المجموعات	٣٠٧٢.٧١٦	٢٣٧	١٢.٩٦٥		
		المجموع	٣٠٨٥.٩٨٣	٢٣٩			
	المجال الجسمي	بين المجموعات	٤.٦٦٣	٢	٢.٣٣٢	٠.٣٣٠	٠.٧١
		داخل المجموعات	١٦٧٣.٣٢٠	٢٣٧	٧.٠٦٠		
		المجموع	١٦٧٧.٩٨٣	٢٣٩			
	مجال التعليمات الطبية والدوائية	بين المجموعات	٤٩١.٧٦٩	٢	٢٤٥.٨٨٥	٣.٦١٤	٠.٠٢
		داخل المجموعات	١٦١٢٤.٨٨١	٢٣٧	٦٨.٠٣٧		
		المجموع	١٦٦١٦.٦٥٠	٢٣٩			
	سلوك الامتثال للنصح الطبي	بين المجموعات	٧٥٤.٩٧٢	٢	٣٧٧.٤٨٦	٢.٥١٥	٠.٠٨
		داخل المجموعات	٣٥٥٧٥.٦٧٨	٢٣٧	١٥٠.١٠٨		
		المجموع	٣٦٣٣٠.٦٥٠	٢٣٩			
	قلق الموت	بين المجموعات	٣٣٥.٧٦٦	٢	١٦٧.٨٨٣	٢.٩٤٠	٠.٠٥
		داخل المجموعات	١٣٥٣١.١٩٧	٢٣٧	٥٧.٠٩٤		
		المجموع	١٣٨٦٦.٩٦٣	٢٣٩			
العمل	المجال الغذائي	بين المجموعات	٦٨.٣٦٢	٣	٢٢.٧٨٧	١.٧٨٢	,١٥
		داخل المجموعات	٣٠١٧.٦٢١	٢٣٦	١٢.٧٨٧		
		المجموع	٣٠٨٥.٩٨٣	٢٣٩			
	المجال الجسمي	بين المجموعات	٢٧.٣٣٤	٣	٩.١١١	١.٣٠٣	,٢٧
		داخل المجموعات	١٦٥٠.٦٥٠	٢٣٦	٦.٩٩٤		
		المجموع	١٦٧٧.٩٨٣	٢٣٩			

	مجال التعليمات الطبية والدوائية	بين المجموعات	٣٩٨.٨٢١	٣	١٣٢.٩٤٠	١.٩٣٥	,١٢
		داخل المجموعات	١٦٢١٧.٨٢٩	٢٣٦	٦٨.٧٢٠		
		المجموع	١٦٦١٦.٦٥٠	٢٣٩			
	سلوك الامتثال للنصح الطبي	بين المجموعات	٧١٧.٣٤٥	٣	٢٣٩.١١٥	١.٥٨٥	,١٩
		داخل المجموعات	٣٥٦١٣.٣٠٥	٢٣٦	١٥٠.٩٠٤		
		المجموع	٣٦٣٣٠.٦٥٠	٢٣٩			
	قلق الموت	بين المجموعات	٧٥٣.٩٥١	٣	٢٥١.٣١٧	٤.٥٢٣	,٠٠٤
		داخل المجموعات	١٣١١٣.٠١٢	٢٣٦	٥٥.٥٦٤		
		المجموع	١٣٨٦٦.٩٦٢	٢٣٩			
الحالة الاجتماعية	المجال الغذائي	بين المجموعات	١.٥٠٦	٢	,٧٥٣	,٠٥٨	,٩٤
		داخل المجموعات	٣٠٨٤.٤٧٨	٢٣٧	١٣.٠١٥		
		المجموع	٣٠٨٥.٩٨٣	٢٣٩			
	المجال الجسمي	بين المجموعات	,٦٩٣	٢	,٣٤٦	,٠٤٩	,٩٥
		داخل المجموعات	١٦٧٧.٢٩١	٢٣٧	٧.٠٧٧		
		المجموع	١٦٧٧.٩٨٣	٢٣٩			
	مجال التعليمات الطبية والدوائية	بين المجموعات	٥٨٣.٣٣٧	٢	٢٩١.٦٦٨	٤.٣١١	,٠١
		داخل المجموعات	١٦٠٣٣.٣١٣	٢٣٧	٦٧.٦٥١		
		المجموع	١٦٦١٦.٦٥٠	٢٣٩			
	سلوك الامتثال للنصح الطبي	بين المجموعات	٦٤٢.١٧٠	٢	٣٢١.٨٥	٢.١٣٢	,١٢
		داخل المجموعات	٣٥٦٨٨.٤٨٠	٢٣٧	١٥٠.٥٨٤		
		المجموع	٣٦٣٣٠.٦٥٠	٢٣٩			
	قلق الموت	بين المجموعات	٤٢١.٨٩٥	٢	٢١٠.٩٤٧	٣.٧١٨	,٠٢
		داخل المجموعات	١٣٤٤٥.٠٦٨	٢٣٧	٥٦.٧٣٠		
		المجموع	١٣٨٦٦.٩٦٣	٢٣٩			
المؤهل التعليمي	المجال الغذائي	بين المجموعات	١٩٦.٧٧٢	٥	٣٩.٣٥٤	٣.١٨٧	,٠٠٨
		داخل المجموعات	٢٨٨٩.٢١١	٢٣٤	١٢.٣٤٧		
		المجموع	٣٠٨٥.٩٨٣	٢٣٩			
	المجال الجسمي	بين المجموعات	١٠٤.١١٣	٥	٢٠.٨٢٣	٣.٠٩٦	,٠١
		داخل المجموعات	١٥٧٣.٨٧١	٢٣٤	٦.٧٢٦		

		المجموع	١٦٧٧.٩٨٣	٢٣٩			
	مجال التعليمات الطبية والدوائية	بين المجموعات	١١٠٩.٢٨٩	٥	٢٢١.٨٥٨	٣.٣٤٨	,٠٠٦
		داخل المجموعات	١٥٥٠٧.٣٦١	٢٣٤	٦٦.٢٧١		
		المجموع	١٦٦١٦.٦٥٠	٢٣٩			
	سلوك الامتثال للنصح الطبي	بين المجموعات	٢٩٩٥.٩٢٢	٥	٥٩٩.١٨٤	٤.٢٠٦	,٠٠١
		داخل المجموعات	٣٣٣٣٤.٧٢٨	٢٣٤	١٤٢.٤٥٦		
		المجموع	٣٦٣٣٠.٦٥٠	٢٣٩			
	قلق الموت	بين المجموعات	٦٥.٦٨٤	٥	١٣.١٣٧	,٢٢٣	,٩٥
		داخل المجموعات	١٣٨٠١.٢٧٩	٢٣٤	٥٨.٩٨٠		
		المجموع	١٣٨٦٦.٩٦٢	٢٣٩			
المستوى الاقتصادي	المجال الغذائي	بين المجموعات	٣٣.٣٩٧	٣	١١.١٣٢	,٨٦١	,٤٦
		داخل المجموعات	٣٠٥٢.٥٨٦	٢٣٦	١٢.٩٣٥		
		المجموع	٣٠٨٥.٩٨٣	٢٣٩			
	المجال الجسمي	بين المجموعات	٣١.٢٢٢	٣	١٠.٤٠٧	١.٤٩١	,٢١
		داخل المجموعات	١٦٤٦.٧٦٢	٢٣٦	٦.٩٧٨		
		المجموع	١٦٧٧.٩٨٣	٢٣٩			
	مجال التعليمات الطبية والدوائية	بين المجموعات	٢٢٣.٨٣٨	٣	٧٤.٦١٣	١.٠٧٤	,٣٦
		داخل المجموعات	١٦٣٩٢.٨١٢	٢٣٦	٦٩.٤٦١		
		المجموع	١٦٦١٦.٦٥٠	٢٣٩			
	سلوك الامتثال للنصح الطبي	بين المجموعات	٥٤٨.٣٣٠	٣	١٨٢.٧٧٧	١.٢٠٥	,٣٠
		داخل المجموعات	٣٥٧٨٢.٣٢٠	٢٣٦	١٥١.٦٢٠		
		المجموع	٣٦٣٣٠.٦٥٠	٢٣٩			
	قلق الموت	بين المجموعات	٤٣٥.٠١٧	٣	١٤٥.٠٠٦	٢.٥٤٨	,٠٥
		داخل المجموعات	١٣٤٣١.٩٤٥	٢٣٦	٥٦.٩١٥		
		المجموع	١٣٨٦٦.٩٦٣	٢٣٩			

وبالنظر في الجدول السابق (١٢) نجد كالآتى:

١) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات مجموعات العمر الثلاثة (١٦: ١٨ سنة، ١٩: ٢٢ سنة، ٢٣: ٦٠ سنة) على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية وقلق الموت فقط، أما عن باقى المتغيرات فلا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات العمر لديهم.

٢) كما أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات مجموعات العمل(طالب- يعمل- متقاعد- لا يعمل) على متغير قلق الموت فقط، أما عن باقى المتغيرات فلا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات العمل لديهم.

٣) في حين نجد الفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الحالة الاجتماعية (أعزب – متزوج- مطلق) على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية وقلق الموت فقط، أما عن باقى المتغيرات فلا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات الحالة الاجتماعية لديهم.

٤) أما عن الفروق بين متوسطات المؤهل التعليمي (ابتدائي- إعدادي- ثانوى- متوسط- جامعى- فوق جامعى) فقد نتجت فروق دالة إحصائية على متغير سلوك الامتثال للنصح الطبي بوجه عام ومجالاته المختلفة في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية على متغير قلق الموت لدي أفراد العينة.

٥) وبالنسبة للفروق في متوسطات المستوى الاقتصادي (الدخل يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض-الدخل يكفي لسد الضروريات والكماليات- الدخل يكفي لسد الضروريات فقط- الدخل لا يكفي لسد الضروريات) فقد جاءت دالة إحصائية على متغير قلق الموت فقط، أما عن باقى المتغيرات فلا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات المستوى الاقتصادي لديهم.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدم اختبار" شيفيه " كما هو مبين بالجداول التالية رقم(١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧) على التوالى :

جدول (١٣)

متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاثة لدرجة العمر(١٦: ١٨ سنة، ١٩: ٢٢ سنة، ٢٣: ٦٠ سنة) على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية ومتغير قلق الموت باستخدام "شيفيه"

المتغير		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
	مجال التعليمات الطبية والدوائية	(١) ١٦: ١٨ سنة		-٥.٠٩٩ (٠.٠٥٩)*	-٥.٣٦٩ (٠.٠٣٠)*	-٠.٢٧٠ (٠.٩٧٤)
		(٢) ١٩: ٢٢ سنة				
		(٣) ٢٣: ٦٠ سنة				
	قلق الموت	(١) ١٦: ١٨ سنة		٢.٢٥٢ (٠.٥١٥)	-٠.٣٧٢ (٠.٩٨٠)	-٢.٦٢٤ (٠.٠٥٧)*
		(٢) ١٩: ٢٢ سنة				
		(٣) ٢٣: ٦٠ سنة				

ويتبين من الجدول (١٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعمار (١٦: ١٨ سنة، ١٩: ٢٢ سنة) وبين الأعمار (١٦: ٢٢ سنة، ٢٣: ٦٠ سنة) على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية بدلالة (٠.٠٠٥ : ٠.٠٠٣) ، وتشير هذه الفروق أن الأعمار الأكبر سناً أكثر التزاماً بالتعليمات الطبية والدوائية من الأعمار الأصغر منها، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية، أما بالنسبة للفروق على متغير قلق الموت فقد جاءت الفروق ذات دلالة إحصائية بين الأعمار (١٩: ٢٢ سنة، ٢٣: ٦٠ سنة) بدلالة (٠.٠٠٥)، وتشير هذه الفروق أن الأعمار(٢٣: ٦٠ سنة) أكثر قلقاً للموت من الأعمار(١٩: ٢٢ سنة)، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات على متغير قلق الموت.

جدول (١٤)

متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الأربعة لدرجة نوعية العمل(طالب-يعمل-متقاعد- لا يعمل) على متغير قلق الموت باستخدام "شيفيه"

المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
قلق الموت	(١) طالب	٩٨	-٢.٧٩٨ (٠.٠٩١)	٣.٤٦٩ (٠.٧٠٢)	١.٣٤٨ (٠.٧٩٢)	٦.٢٦٨ (٠.٢٠٨)	٤.١٤٦ (٠.٠٢٥)*	-٢.١٢٢ (٠.٩٢٠)
	(٢) يعمل	٨٨						
	(٣) متقاعد	٧						
	(٤) لا يعمل	٤٧						

ويتبين من الجدول (١٤) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعملوا والذى لا يعملوا على متغير قلق الموت بدلالة ٠.٠٢٥، وتشير هذه الفروق أن الذين يعملون لديهم قلق للموت بصورة أوضح من الذين لا يعملون، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات.

جدول (١٥)

متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاثة لدرجة الحالة الاجتماعية (أعزب–متزوج– مطلق) على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية ومتغير قلق الموت باستخدام "شيفيه"

المتغير		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
(أ)	مجال التعليمات الطبية والدوائية	(١) أعزب	١٧١	-٣.٤٩٥ (٠.٠١٥)*	-٠.٢٢٢ (٠.٩٩٩)	٣.٢٧٣ (٠.٧٩٧)
		(٢) متزوج	٦٦			
		(٣) مطلق	٣			
(ب)	قلق الموت	(١) أعزب	١٧١	-٠.٨٢٧ (٠.٧٥١)	١١.٢٣٤ (٠.٠٣٩)*	١٢.٠٦١ (٠.٠٢٧)*
		(٢) متزوج	٦٦			
		(٣) مطلق	٣			

ويتبين من الجدول (١٥) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعزب والمتزوج على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية بدلالة ٠.٠١، وتشير هذه الفروق أن المتزوج أكثر التزاماً بالتعليمات الطبية والدوائية من الأعزب، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية، أما بالنسبة للفروق على متغير قلق الموت فقد جاءت الفروق ذات دلالة إحصائية بين الأعزب والمطلق وأيضاً بين المتزوج والمطلق بدلالة (٠.٠٢ : ٠.٠٣)، وتشير هذه الفروق أن الأعزب والمتزوج أكثر قلقاً للموت من المطلق، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات على متغير قلق الموت.

جدول (١٦)

متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الأربعة لدرجة المستوى الاقتصادي على متغير قلق الموت باستخدام "شيفيه"

المتغير	مجموعات المقارنة		متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
قلق الموت	(١)الدخل يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض							
	(٢)الدخل يكفي لسد الضروريات والكماليات		-٠.٠١٢ (١.٠٠٠)	-١.٢٦٩ (٠.٨٧٣)	٣.٦٢٥ (٠.٣٦٣)	-١.٢٥٧ (٠.٧٤٠)	٣.٦٣٧ (٠.٢٣١)	٤.٨٩٤ (٠.٠٥٨)*
	(٣)الدخل يكفي لسد الضروريات فقط							
	(٤)الدخل لا يكفي لسد الضروريات							

ويتبين من الجدول (١٦) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذو الدخل الذى يكفي لسد الضروريات فقط وبين ذو الدخل لا يكفي لسد الضروريات على متغير قلق الموت بدلالة ٠.٠٥، وتشير هذه الفروق أن ذوى الدخل الذى يكفي لسد الضروريات فقط لديهم قلق للموت مرتفع عن ذو الدخل الذى لا يكفي لسد الضروريات، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات على متغير قلق الموت .

جدول (١٧)

متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الستة لدرجة المؤهل التعليمي على متغير سلوك الامتثال للنصح الطبي بمجالاته المختلفة باستخدام "شيفيه"

المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق											
			(٢/١)	(٣/١)	(٤/١)	(٥/١)	(٦/١)	(٣/٢)	(٤/٢)	(٥/٢)	(٦/٢)	(٤/٣)	(٥/٣)	(٦/٣)	(٥/٤)	(٦/٤)	(٦/٥)
المجال الغذائي	(١) ابتدائي	٣	٦.٠٠٠ (٠.٢٤٦)	٢.٤٦٢ (٠.٩٢٧)	١.٩٢٩ (٠.٩٨٠)	١.٧١١ (٠.٩٨٣)	١.٦٠٠ (٠.٩٩٠)	٣.٥٣٨- (٠.١٥٧)	٤.٠٧١- (٠.١٧٠)	٤.٢٨٩- (٠.٠١٨)*	٤.٤٠٠- (٠.٠٥١)*	٠.٥٣٣- (٠.٩٩٩)	٠.٧٥٠- (٠.٩٢٣)	٠.٨٦٢- (٠.٩٦٩)	٠.٢١٧- (١.٠٠٠)	٠.٣٢٩- (١.٠٠٠)	٠.١١١- (١.٠٠٠)
	(٢) أعدادي	١٠															
	(٣) ثانوي	٣٩															
	(٤) متوسط	١٤															
	(٥) جامعي	١٤٩															
	(٦) فوق الجامعي	٢٥															
المجال الجسمي	(١) ابتدائي	٣	٣.٤٣٣ (٠.٥٤٤)	١.٤٨٧ (٠.٩٦٩)	٠.٧٦٢ (٠.٩٩٩)	٠.٦٤٢ (٠.٩٩٩)	٠.١٣٣ (١.٠٠٠)	١.٩٤٦- (٠.٤٨٤)	٢.٦٧١- (٠.٢٩٢)	٢.٧٩١- (٠.٠٥٨)*	٣.٣٠٠- (٠.٠٤٥)*	٠.٧٢٥- (٠.٩٧٦)	٠.٨٤٥- (٠.٦٥٧)	١.٣٥٤- (٠.٥٢٩)	٠.١٢٠- (١.٠٠٠)	٠.٦٢٩- (٠.٩٩١)	٠.٥٠٩- (٠.٩٧٥)
	(٢) أعدادي	١٠															
	(٣) ثانوي	٣٩															
	(٤) متوسط	١٤															
	(٥) جامعي	١٤٩															
	(٦) فوق الجامعي	٢٥															
مجال التعليمات الطبية والدوائية	(١) ابتدائي	٣	١.٤٠٠ (١.٠٠٠)	٣.٨٧٢- (٠.٩٨٦)	٤.٩٢٩- (٠.٩٧٠)	٧.٠٨١- (٠.٨١٧)	٧.٨٨٠- (٠.٧٧٥)	٥.٢٧٢- (٠.٦٤٨)	٦.٣٢٩- (٠.٦٢٠)	٨.٤٨١- (٠.٠٧٥)	٩.٢٨٠- (٠.١٠٣)	١.٠٥٧- (٠.٩٩٩)	٣.٢٠٩- (٠.٤٤٣)	٤.٠٠٨- (٠.٥٩٥)	٢.١٥٢- (٠.٩٧٠)	٢.٩٥١- (٠.٩٤٦)	٠.٧٩٩- (٠.٩٩٩)
	(٢) أعدادي	١٠															
	(٣) ثانوي	٣٩															
	(٤) متوسط	١٤															
	(٥) جامعي	١٤٩															
	(٦) فوق الجامعي	٢٥															

سلوك الامتثال للنصح الطبي	(١) ابتدائي	٣	١٠.٨٣٣ (٠.٨٦٢)	٠.٠٧٧ (١.٠٠٠)	-٢.٢٣٨ (١.٠٠٠)	-٤.٧٢٧ (٠.٩٩٣)	-٦.١٤٧ (٠.٩٨٢)	-١٠.٧٥٦ (٠.٢٦٨)	-١٣.٠٧١ (٠.٢٢٥)	-١٥.٥٦٠ (٠.٠٠٨) *	-١٦.٩٨٠ (٠.٠١٥) *	-٢.٣١٥ (٠.٩٩٦)	-٤.٨٠٤ (٠.٤١٨)	-٦.٢٢٤ (٠.٥٣١)	-٢.٤٨٩ (٠.٩٩٠)	-٣.٩٠٩ (٠.٩٦٥)	-١.٤٢٠ (٠.٩٩٨)
	(٢) أعدادي	١٠															
	(٣) ثانوي	٣٩															
	(٤) متوسط	١٤															
	(٥) جامعي	١٤٩															
	(٦) فوق الجامعي	٢٥															

ويتبين من الجدول (١٧) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوى التعليم الإعدادي والتعليم الجامعي، وبين ذوى التعليم الإعدادي والتعليم ما فوق الجامعي على كل من المجال الغذائي والمجال الجسمي وسلوك الامتثال للنصح الطبي بوجه عام بدلالة تتراوح ما بين (٠.٠٠٥: ٠.٠٠٨)، وتشير هذه الفروق أن الأفراد بالمرحلة الجامعية وفوق الجامعية أكثر امتثالا عن من هم بالمرحلة الإعدادية في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات بهذه المتغيرات، أما بالنسبة للفروق على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية فلم توجد أي فروق بين المجموعات الستة لديه.

٤. **نتائج الفرض الرابع:** يمكن التنبؤ بسلوك الامتثال للنصح الطبي تبعاً لقلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينات متباينة من أفراد الشعب المصرى .

ويستخدم تحليل الانحدار الخطى المتعدد عندما يكون هناك أكثر من متغير مستقل ولدينا الرغبة في الكشف عن أثر تلك المتغيرات المستقلة على المتغير التابع نستخدم هذا الأسلوب (جلال، ٢٠٠٨، ١٦٣). ويشير الجداول التالية رقم (١٨، ١٩، ٢٠،٢١) إلى نتائج تحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات الدراسة (قلق الموت – بعض المتغيرات الديموجرافية) المنبئة بسلوك الامتثال للنصح الطبي ومجالاته المختلفة ومقدار إسهام هذه المتغيرات في التنبؤ به :

جدول (١٨)

نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى عينة الدراسة

المتغيرات المنبئة(قلق الموت، المتغيرات الديموجرافية) والمتغير التابع سلوك الامتثال للنصح الطبي (المجال الغذائي)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	المعامل البابي (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الثابت	سلوك الامتثال للنصح الطبى (المجال الغذائي)	١٩.٥١٨	ـــــــ	٧.١٠٢	٠.٠٠٠١
قلق الموت		-٠.٠١٨	-٠.٠٣٨	-٠.٥٦٨	٠.٥٧٠
الجنس		-٠.٩٦٢	-٠.١٢٨	-١.٨٧٥	٠.٠٦٢
العمر		-٠.٢٢٠	-٠.٠٣٩	-٠.٣٩٧	٠.٦٩٢
مكان السكن		-٠.٠٤٥	-٠.٠٠٥	-٠.٠٧٦	٠.٩٤٠
المؤهل التعليمي		**٠.٦٧٦**	**٠.٢٠٥**	**٢.٥٠٦**	**٠.٠١٣**
العمل		-٠.٠٧٣	-٠.٠٢٢	-٠.٢٧٥	٠.٧٨٤
المستوى الاقتصادي		-٠.١٢٤	-٠.٠٣٠	-٠.٤٣٣	٠.٦٦٦
الحالة الاجتماعية		٠.١٣٦	٠.٠١٨	٠.٢٤٢	٠.٨٠٩
الحالة الصحية		-٠.٠٨٩	-٠.٠٠٨	-٠.١٢١	٠.٩٠٤

يبين الجدول السابق رقم(١٨) أن الامتثال الغذائي ينبئ به بعض المتغيرات الديموجرافية (المؤهل التعليمي)، وهى قيم دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ٠.٠١ .

جدول (١٩)

نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى عينة الدراسة

المتغيرات المنبئة(قلق الموت، المتغيرات الديموجرافية) والمتغير التابع سلوك الامتثال للنصح الطبي (المجال الجسمي)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	المعامل البابي (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الثابت	سلوك الامتثال للنصح الطبى (المجال الجسمي)	١١.٤٨٣	ـــــــ	٥.٨٤٠	٠.٠٠٠١
قلق الموت		٠.٠٠٢	٠.٠٠٥	٠.٠٧١	٠.٩٤٣
الجنس		٠.٣٤٦	٠.٠٦٢	٠.٩٤١	٠.٣٤٨
العمر		-٠.٣٣٦	-٠.٠٨١	-٠.٨٤٧	٠.٣٩٨
مكان السكن		**-٠.٨١٨**	**-٠.١٢٤**	**-١.٩٢٥**	**٠.٠٥٥**
المؤهل التعليمي		**٠.٦١٨**	**٠.٢٥٤**	**٣.١٩٩**	**٠.٠٠٢**

العمل		-٠.٣٣٨	-٠.١٤١	-١.٧٩١	٠.٠٧٥
المستوى الاقتصادي		-٠.٣٩٥	-٠.١٢٧	-١.٩٢١	٠.٠٥٦
الحالة الاجتماعية		٠.٣٦٥	٠.٠٦٧	٠.٩٠٥	٠.٣٦٦
الحالة الصحية		٠.٠٢١	٠.٠٠٣	٠.٠٤٠	٠.٩٦٨

يبين الجدول السابق رقم(١٩) أن الامتثال الجسمي ينبئ به بعض المتغيرات الديموجرافية (مكان المسكن- المؤهل التعليمي)، وهى قيم دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠٠٥: ٠.٠٠٠٢) .

جدول (٢٠)

نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى عينة الدراسة

المتغيرات المنبئة(قلق الموت، المتغيرات الديموجرافية) والمتغير التابع سلوك الامتثال للنصح الطبى (مجال التعليمات الطبية والدوائية)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	المعامل البابي (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الثابت	سلوك الامتثال للنصح الطبى (مجال التعليمات الطبية والدوائية)	٤٢.٢٠٣	ـــــــ	٦.٩٩١	٠.٠٠٠١
قلق الموت		٠.٠٧٤	٠.٠٦٨	١.٠٧٣	٠.٢٨٤
الجنس		**٣.٦٧٩**	**٠.٢١٠**	**٣.٢٦٣**	**٠.٠٠١**
العمر		-١.٣٠٦	-٠.١٠٠	-١.٠٧٢	٠.٢٨٥
مكان السكن		-١.٨٣١	-٠.٠٨٨	-١.٤٠٣	٠.١٦٢
المؤهل التعليمي		**١.٧٤٥**	**٠.٢٢٨**	**٢.٩٤٤**	**٠.٠٠٤**
العمل		٠.١٠٨	٠.٠١٤	٠.١٨٧	٠.٨٥٢
المستوى الاقتصادي		-١.٠٧٧	-٠.١١٠	-١.٧٠٥	٠.٠٩٠
الحالة الاجتماعية		**٢.٧٧١**	**٠.١٦١**	**٢.٢٣٨**	**٠.٠٢٦**
الحالة الصحية		-١.٦٤٢	-٠.٠٦٤	-١.٠١٧	٠.٣١٠

يبين الجدول السابق رقم(٢٠) أن الامتثال للتعليمات الطبية والدوائية ينبئ به بعض المتغيرات الديموجرافية (الحالة الاجتماعية- المؤهل التعليمي)، وهى قيم دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٢: ٠.٠٠٠٤) .

جدول (٢١)

نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى عينة الدراسة

المتغيرات المنبئة(قلق الموت، المتغيرات الديموجرافية) والمتغير التابع سلوك الامتثال للنصح الطبى (الدرجة الكلية)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	المعامل البابي (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الثابت	سلوك الامتثال للنصح الطبى	٧٣.٢٠٣	ـــــــ	٨.٠٤٢	٠.٠٠٠١
قلق الموت		٠.٠٥٨	٠.٠٣٦	٠.٥٥٥	٠.٥٧٩
الجنس		٣.٠٦٢	٠.١١٨	١.٨٠١	٠.٠٧٣
العمر		١.٨٦٣-	٠.٠٩٦-	١.٠١٤-	٠.٣١٢
مكان السكن		٢.٦٩٣-	٠.٠٨٨-	١.٣٦٩-	٠.١٧٢
المؤهل التعليمي		**٣.٠٣٩**	**٠.٢٦٨**	**٣.٤٠٠**	**٠.٠٠١**
العمل		٠.٣٠٣-	٠.٠٢٧-	٠.٣٤٦-	٠.٧٣٠
المستوى الاقتصادي		١.٥٩٧-	٠.١١٠-	١.٦٧٦-	٠.٠٩٥
الحالة الاجتماعية		٣.٢٧٢	٠.١٢٩	١.٧٥٣	٠.٠٨١
الحالة الصحية		١.٧١٠-	٠.٠٤٥-	٠.٧٠٣-	٠.٤٨٣

يبين الجدول السابق رقم(٢١) أن سلوك الامتثال للنصح الطبي بوجه عام ينبئ به بعض المتغيرات الديموجرافية (المؤهل التعليمي)، وهى قيم دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) .

مناقشة النتائج:

يلقي هذا الجزء الضوء علي نتائج الدراسة الحالية، وذلك فى ضوء مدى تحقق فروضها الأربعة، واتساقها مع الاطار البحثي والنظري السابق، وما تفضي إليه من دلالات، وبدءًا **بالفرض الأول** الذي يشير إلي "ارتباط قلق الموت بسلوك الامتثال للنصح الطبي " وبالرجوع إلى النتائج المتصلة به نجد أن هذا الفرض تحقق جزئياً، حيث وجد عدم وجود ارتباط بين قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي فى العينة الكلية، بينما يوجد ارتباط دال وإيجابي بين قلق الموت وسلوك الامتثال بوجه عام والمجال الجسمي ومجال التعليمات الطبية والدوائية لدى عينة الإناث، أما عينة الذكور فقد وجد ارتباط دال وسلبي بين قلق الموت والمجال الجسمي فقط، ويتفق ذلك مع نتائج بعض الدراسات التى أشارت إلى أهمية التقديرات الذاتية عن الأفراد حول قلق الموت لاكتشاف الأعراض المرضية كجزء من التقييم السريرى للمرض، وقد يعمل هذا على توجيه مناهج العلاج (Tong et al,٢٠١٦) . كما أشارت دراسة (DiMatteo, Lepper,& Croghan, ٢٠٠٠) لدور الاكتئاب والقلق كعوامل مؤثرة لعدم

الامتثال للعلاج الطبي، وأن الأفراد المصابين بالقلق العام والاكتئاب غير ممتثلين طبيا، وأيضاً دراسة (Arrieta et al,٢٠١٣) التى أوضحت أنه توجد علاقة ارتباطية ايجابية بين الاكتئاب والقلق وسلوك الامتثال الطبى، وأنها موجودة لدى الإناث بارتباط إيجابي بمعنى أن شعورهن بقلق الموت أو الاكتئاب يجعلهم منخفضين فى الامتثال للنصح الطبي، كما اختلفت نتائج الدراسة مع ما توصل إليه بعض الدراسات إلى أن أن قلق الموت مرتبط إيجابياً بعدم الامتثال الطبي للأدوية والإرشادات الطبية التى يوجهها الأطباء لديهم بمعنى أن قلق الموت عندما يرتفع يكون مصاحبا بانخفاض فى عدم الامتثال بمعنى التزام أفضل بسلوك الامتثال للنصح الطبى.

Gershuny and ,٢٠٠٤; Kretchy, Owusu-Daaku, & Danquah ,٢٠١٤) (Safre,Hendriksen

أما فيما يتعلق بالفرض الثانى والثالث الذى يشير إلى وجود فروق فى قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي تبعاً لبعض المتغيرات الديموجرافية فقد تحقق الفرضان بطريقة جزئية حيث وجد أن كل المتغيرات الديموجرافية المستعان بها بالدراسة لها تأثير فى كل من قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي بشكل جزئى ، ويدعم ذلك أن هناك من التصورات النظرية ما يتسق مع هذه النتيجة بشكل عام، ومن ذلك ما انتهي إليه بعض الباحثين من وجود عدد من العوامل المسئولة عن امتثال المرضي للنصح الطبي، منها: عوامل مرتبطة بالخصائص الديموجرافية والشخصية للمريض (كالجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية والاقتصادية).

وأما عن الفروق بين الذكور والإناث فقد جاءت دالة على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية وسلوك الامتثال للنصح الطبى بشكل عام، وكان أتجاه هذه الفروق لصالح الإناث بمعنى أنهم أكثر التزاما بسلوك الامتثال للنصح الطبي، في حين لم توجد فروق في المجال الجسمي والمجال الغذائى وقلق الموت، وقد اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة "رضوان" ٢٠٠١ التى أشارت إلى أن الإناث أكثر فى الوعى الصحي من الذكور(من خلال: حمدى محمد، هيام صابر ورنا على، ٢٠١٦). فى حين تعارض ذلك مع نتائج دراسة (Eindhoven, Hilt, Zwaan, Schalij and Borleffs,٢٠١٨) التى أشارت إلى أن نسبة الالتزام الطبى أقل عند الإناث، ودراسة (هناء أحمد،٢٠٠٨) التى أشارت إلى أن الجنس ليس من المتغيرات الديموجرافية ذات دلالة فى الفروق فى سلوك الامتثال للنصح الطبي، **أما بخصوص قلق الموت** فقد أشارت الدراسة انه لا توجد فروق بين الجنسين، وقد اتفقت مع نتائج دراسة (Cai,Tang,Wu,& Li,٢٠١٧; فاروق السيد، ٢٠٠١، ٣٣) التى

أوضحت أنه لا تجد فروق بين الجنسين يرجع لعامل الجنس والدين، فى حين توصل بعض الدراسات أنه توجد فروق لصالح الإناث حيث أنهم أكثر قلقاً من الذكور Chuin , Choo, (٢٠٠٩; Arrieta et al,٢٠١٣ ; غسان حسين، وعلى عادل، وعبد الناصر عبد الرحيم،٢٠٠٢)، ويشير (أحمد محمد، ١٩٨٧، ٨٧) إلى أن العديد من الدراسات قد توصلت إلى وجود فروق جنسية بقلق الموت لصالح الاناث، أما بخصوص الدراسات التى لم تشير إلى فروق فقد يرجع ذلك إلى الفروق العمرية بين أفراد الجنسين المشاركين فيها كانت كبيرة.

أما عن الفروق بين الأصحاء والمرضى فلم توجد فروق في سلوك الامتثال للنصح الطبي ومجالاته في حين وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على متغير قلق الموت، وكان اتجاه هذه الفروق لصالح المرضى الذين يعانون من أحدى الأمراض المزمنة،، ويدعم ذلك أن هناك من التصورات النظرية ما يتسق مع هذه النتيجة بشكل عام، حيث أوضح (Lakatos,٢٠٠٩) أن عدم الامتثال الصحي يمثل ١٠% فقط من الحالات المترددة على المستشفيات، كما أشار (Bosworth,٢٠١٠,p p١-٢) أن معدلات عدم الامتثال للعلاج بشكل عام تصل إلى ٢٠ إلى ٤٠٪ لأنظمة الأمراض شديدة الخطورة، و٢٠ إلى ٦٠٪ لأنظمة الأمراض المتوسطة الخطورة، و٥٠ إلى ٨٠٪ للأنظمة الوقائية من الأمراض المتنوعة البسيطة، وهذه مؤشرات إلى عدم التزام المرضى بسلوك الامتثال للنصح الطبي، وقد تعارضت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (بن غذفة شريفة،٢٠٠٧) التى توصلت إلى وجود فروق بين الأصحاء والمرضي فى الالتزام بالسلوك الصحى لصالح الأصحاء . **أما عن قلق الموت** فقد أتفق ما توصلت إليه الدراسة مع ما ورده (أحمد محمد،١٩٨٧، ١١٠) بأن قلق الموت يزداد مع من يعانون من أمراض جسمية، كما أشار " فرويد" أن الخوف من الموت أصل القلق الذى يصيب الأنسان فى حياته وأن أى شىء يصيب الأنسان يجعله فى ذلك القلق وفى الدراسة الراهنة تعتبر الأمراض المزمنة من مهددات الحياة لدى المرضى(محمد أبراهيم وأسامة سعيد،٢٠١٥).

وبالنسبة للفروق بين مكان السكن فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على متغير المجال الجسمى، وكان اتجاه هذه الفروق لصالح الأفراد المقيمين بمحافظات وجه بحرى، في حين لم توجد فروق في باقى متغيرات الدراسة، وقد اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة كلا من (محمد ابراهيم وأسامة سعيد،٢٠١٥ ; محمد توفيق،٢٠١٨) بأنه لا توجد فروق فى مستوى قلق الموت يرجع للسكن، فى حين اختلفت مع نتائج (هناء أحمد،٢٠٠٨) بأنه لا توجد فروق على متغير فى سلوك الامتثال للنصح الطبى بمجالاته المختلفة ومنهم المجال الجسمي.

أما بالنسبة للفروق بين متوسطات مجموعات العمر الثلاثة (١٦: ١٨ سنة، ١٩: ٢٢ سنة، ٢٣: ٦٠ سنة) فقد جاءت دالة على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية وقلق الموت فقط، وتوجهت هذه الفروق بين الأعمار (١٦: ١٨ سنة، ١٩: ٢٢ سنة) وبين الأعمار (١٦: ٢٢ سنة، ٢٣: ٦٠ سنة) على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية، وتشير هذه الفروق أن الأعمار الأكبر سناً أكثر التزاماً بالتعليمات الطبية والدوائية من الأعمار الأصغر منها، أما بالنسبة للفروق على متغير قلق الموت فقد جاءت الفروق ذات دلالة إحصائية بين الأعمار (١٩: ٢٢ سنة، ٢٣: ٦٠ سنة)، وتشير هذه الفروق أن الأعمار(٢٣: ٦٠ سنة) أكثر قلقاً للموت من الأعمار(١٩: ٢٢ سنة)، أما عن باقى المجموعات العمرية فلا توجد فروق لديهم في باقى متغيرات الدراسة، وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة "سميث وود" التى توصلت إلى أن حوالى ٥٠% من المرضى غير ممتثلين طبيا وأغلبهم من المراهقين (Smith& Wood, ٢٠٠٧)، كما أوضحت دراسة (Van, McLaws, Crimmins, MacIntyre and Seale,٢٠١٠) أنه فى حالة الوباء يكون الشباب هم أكثر عرضة للإصابة خلال جائحة انفلونزا الخنازير بأستراليا، وكان من بينهم ٢٠.٨% فقط من المتبعين لسلوك الامتثال الصحى منهم والبقية فى حاله عدم امتثال للسلوكيات الصحية، وتشير دراسة" برويز" وزوملائه ٢٠٠٦ أن نقص خبرة المراهقين فى الحياة والمعرفة يمكن أن يؤدى إلى أخطاء فى اتخاذ القرارات حول السلوك الخطر لذا فأن السن له دور فى سلوكياتنا الصحية (هناء أحمد،٢٠١٢، ٣٨). فى حين اتفقت نتائج الدراسة الراهنة جزئيا مع نتائج دراسة (Eindhoven, Hilt, Zwaan, Schalij and Borleffs,٢٠١٨) التى أشارت إلى أن نسبة الالتزام الطبى أقل عند الشباب والمرضى المسنين. **أما عن قلق الموت** فقد أتفق ما توصلت إليه الدراسة مع ما ورده (أحمد محمد،١٩٨٧، ٧٨) أن بعض الدراسات أشارت إلى ارتباط سلبي منخفض بين قلق الموت والعمر بمعنى أن ارتفاع القلق مصاحب بازدياد العمر، ودراسة (Samadifard and Narimani,٢٠١٧) التى أشارت إلى أن قلق الموت يرتفع عند كبار السن، فى حين أشارت دراسة (Chuin , Choo, ٢٠٠٩) أن مستويات القلق من الموت لن تختلف بين الشباب وكبار السن.

وإذا انتقلنا إلى الفروق بين متوسطات العمل(طالب- يعمل- متقاعد- لا يعمل) فقد جاءت دالة على متغير قلق الموت فقط، وكانت الفروق بين الذين يعملون والذى لا يعملون، وتشير هذه الفروق أن الذين يعملون لديهم قلق للموت بصورة أوضح من الذين لا يعملون، أما عن باقى المتغيرات فلا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات العمل لديهم، وتتعارض نتائج الدراسة مع (بن غذفة شريفة،٢٠٠٧) حيث توجد فروق فى درجات الالتزام بالسلوك

الصحى بين العاملين وغير العاملين لصالح العاملين، وما أشار إليه (أحمد محمد،١٩٨٧، ١١٠) بانه لا توجد فروق بين العاملين وغير العاملين على متغير قلق الموت. وترى الباحثة أنه يمكن تفسير نتائج ذلك أنه فى وقت جائحة كورونا يقلق العاملين من التقارب الاجتماعي وانتقال العدوى فى نطاق العمل.

وأما عن الفروق بين متوسطات الحالة الاجتماعية (أعزب – متزوج- مطلق) فقد جاءت دالة على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية وقلق الموت فقط، وتوجد هذه الفروق بين الأعزب والمتزوج على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية، وتشير هذه الفروق أن المتزوج أكثر التزاماً بالتعليمات الطبية والدوائية من الأعزب، أما بالنسبة للفروق على متغير قلق الموت فقد جاءت الفروق ذات دلالة إحصائية بين الأعزب والمطلق وأيضاً بين المتزوج والمطلق، وتشير هذه الفروق أن الأعزب والمتزوج أكثر قلقاً للموت من المطلق، أما عن باقى المتغيرات فلا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الحالة الاجتماعية لديهم، ويتفق ذلك جزئياً مع ما أوضحته دراسة (هناء أحمد،٢٠٠٨) بأن المتزوجين والمقيمين مع رفقاء أكثر امتثالا طبياً بشكل كلى، في حين تعارضت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (بن غذفة شريفة، ٢٠٠٧) التى توصلت إلى أنه لا توجد فروق بين الأعزب والمتزوج فى سلوك الالتزام بالسلوك الصحي بوجه عام، **أما عن قلق الموت** فقد اتفقت النتائج مع دراسة (Bibi and Khalid,٢٠١٩) التى أشارت أن المتزوجين أقل قلقاً من الموت نتيجة تلقيهم دعماً اجتماعياً ممن حولهم، فى حين تعارض ذلك مع ما أشار إليه (أحمد محمد،١٩٨٧، ١١٤) بأنه لا توجد فروق بين العزاب والمطلقين والمتزوجين وأنه لا علاقة بين قلق الموت والحالة الاجتماعية، وتشير الباحثة أن قلق الموت بهذه الدراسة فى هذا التوقيت يكون خوفاً من فقدان أحد المقربين فى هذه الجائحة أو أن يترك أحد أحبائه خوفاً عليهم وأن الأعزب كما أشارت الدراسة السابقة قلقا من قلة الدعم الاجتماعى له .

وبالنسبة للفروق بين متوسطات المؤهل التعليمي (ابتدائي- أعدادي- ثانوى- متوسط- جامعى- فوق جامعى) فقد نتجت فروق على متغير سلوك الامتثال للنصح الطبي بوجه عام ومجالاته المختلفة، وتواجدت هذه الفروق بين ذوى التعليم الإعدادي والتعليم الجامعي، وبين ذوى التعليم الإعدادي والتعليم ما فوق الجامعي على كل من المجال الغذائي والمجال الجسمي وسلوك الامتثال للنصح الطبي بوجه عام، وتشير هذه الفروق أن الأفراد بالمرحلة الجامعية وفوق الجامعية أكثر امتثالا عن من هم بالمرحلة الإعدادية، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات بهذه المتغيرات، أما بالنسبة للفروق على متغير مجال التعليمات الطبية والدوائية فلم توجد أي فروق بين المجموعات الستة لديه، في حين لم توجد فروق على متغير

قلق الموت لدي أفراد العينة، وتتفق نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة Akan et al) (٢٠١٠, بأن ٨٥.٣% من طلاب الفرقة الأولى بجامعة اسطنبول بتركيا ينفذون الاجراءات الوقائية من غسل الايدى وقناع الوجه والحجر الصحى مما يشير إلى دور التعليم فى الاهتمام بالصحة، ونتائج دراسة (بن غذفة شريفة،٢٠٠٧) التى تشير إلى وجود فروق بين الأميين والجامعيين فى السلوك الصحي لصالح الجامعيين، **أما بخصوص قلق الموت** فقد اتفقت نتائج الدراسة مع ما توصل إليه" تورسون وبيركنز" بأنه لا توجد فروق فى مستويات قلق الموت ترجع لتغير المستوى التعليمى (رحامنية وهيبة، وزيغة الويزة، وقاسمى بسمة،٢٠١٧). كما استنتج (أحمد محمد،١٩٨٧، ١١٤) من خلال تحليله للعديد من الدراسات أنه كلما زاد العمر العقلي للفرد قل قلقه من الموت.

وأما عن الفروق في متوسطات المستوى الاقتصادي (الدخل يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض–الدخل يكفي لسد الضروريات والكماليات– الدخل يكفي لسد الضروريات فقط– الدخل لا يكفي لسد الضروريات) فقد جاءت دالة إحصائية على متغير قلق الموت فقط، وتوجهت هذه الفروق بين ذوى الدخل الذى يكفي لسد الضروريات فقط وبين ذوى الدخل الذى لا يكفي لسد الضروريات على متغير قلق الموت، وتشير هذه الفروق أن ذوى الدخل الذى يكفي لسد الضروريات فقط لديهم قلق للموت مرتفع عن ذوى الدخل الذى لا يكفي لسد الضروريات، في حين أنه لا توجد فروق بين باقى المجموعات على متغير قلق الموت .أما عن باقى المتغيرات فلا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات المستوى الاقتصادي لديهم، وذلك لا يتفق مع الاطار النظرى المستعان به والذى يوضح أن إحدى العوامل المسئولة عن امتثال المرضي للنصح الطبي، منها: عوامل مرتبطة بالخصائص الديموجرافية والشخصية للمريض (كالجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية والاقتصادية)، وترى الباحثة ان ذلك الاختلاف قد يرجع إلى أن معظم عينة الدراسة الراهنة من الطلاب بالمراحل التعليمية (الإعدادي والثانوي والجامعى) ولم يتحملوا مسئولية تولى أنفسهم وعائلاتهم بالدخل المطلوب لتوليهم، **أما عن قلق الموت** فيعتقد "توينج" ٢٠٠٠ أنه من ضمن المتغيرات التى تؤثر فى ارتفاع نسبة القلق العوامل الاقتصادية وتدنى مستوى المعيشة(زقاوة أحمد، ٢٠١٧). وترى الباحثة أن المستويات الاقتصادية التى ظهرت بها قلق الموت بالدراسة شكل من أشكال تدنى مستوى المعيشة، كما أنه طبقاً للنظرية المعرفية يعتبر قلق الموت سلوك انفعالى ناتج عن الأفكار التى يكونها الفرد عن نفسه، وأن ذوى الدخل الذى يكفي لسد الضروريات فقط لديهم قلق من فقدان الدخل البسيط لديهم والذى قد يهدد وجودهم وحياتهم .

وانتقالا إلى الفرض الرابع والأخير بأنه يمكن التنبؤ بسلوك الامتثال للنصح الطبي تبعاً لقلق الموت وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينات متباينة من أفراد الشعب المصرى، وقد توصلت الدراسة أنه يمكن التنبؤ بسلوك الامتثال للنصح الطبي بوجه عام ومجالاته المختلفة عن طريق المؤهل التعليمي، بالإضافة إلى ذلك فقد تنبأ مكان السكن بالامتثال الجسمي، والحالة الاجتماعية بالامتثال للتعليمات الطبية والدوائية، أما عن قلق الموت وباقى المتغيرات فلم تستطع التنبؤ بسلوك الامتثال بوجه عام أو أحد مجالاته، ويتفق ذلك جزئياً مع ما أشارت إليه نتائج دراسة(هناء أحمد،٢٠٠٨) بأن الامتثال الطبي بوجه عام ومجال التعليمات الطبية بوجه خاص ينبئ بهم مستوى التعليم، والحالة الاجتماعية والإقامة، أما عن العمر والجنس فهم ليسوا من الخصائص الديموجرافية المسهمة فى تشكيل درجة الامتثال الطبى، في حين اختلفت مع نتائج دراسة (Arrieta et al,٢٠١٣) التى تشير إلى القلق والاكتئاب مؤشران على سلوك الامتثال الطبي لدى الفرد، وترى الباحثة بما أن نتائج الدراسة الراهنة لم تتوصل لوجود ارتباط بين قلق الموت وسلوك الامتثال للنصح الطبي لدى العينة الكلية فمن الصعب التوصل لوجود تنبؤ بينهم.

توصيات الدراسة:

١. أهمية وضع برامج علاجية معرفية سلوكية لتخفيف قلق الموت لدى الشعب المصرى لتحسين مدى الامتثال للنصح الطبى لديهم.
٢. زيادة الاهتمام بالتوعية الثقافية عن مخاطر عدم الامتثال للنصح الطبي بطرق تناسب كافة المؤهلات التعليمية عند الشعب المصرى، كما أشارت الدراسة أن المؤهل التعليمى مؤثر أساسي فى ارتفاع الامتثال الطبى، وذلك قد يرجع إلى أن البرامج المقدمة للتوعية من خلال مؤسسات الرعاية الصحية لا تناسب وعى وثقافة كل المستويات التعليمية.

البحوث المقترحة:

١. برنامج إرشادي لخفض القلق وأثره في إدارة الضغوط النفسية فى ضوء جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩).
٢. فاعلية برنامج قائم على استخدام استراتيجيات المواجهة فى تحسين بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من أبناء الشعب المصري فى ضوء جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩).

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

١. أحمد الرفاعى غنيم ؛ نصر محمود صبرى (٢٠٠٠). **تعلم بنفسك التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام spss** .القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

٢. أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧). **قلق الموت**. الكويت : عالم المعرفة.

٣. أريج خليل محمد القيق(٢٠١٦). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين "دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين". **رسالة ماجستير غير منشورة**. الجامعة الاسلامية بغزة، كلية التربية، تخصص الصحة النفسية والمجتمعية.

٤. أميمة مصطفى(٢٠٢٠). **دليل الوقاية من فيروس كوفيد ١٩ للموظفين وأماكن العمل.(مترجم: إعداد :مركز مكافحة الفيروسات والأوبئة بجيانغسو – الصين)**.القاهرة: بيت الحكمة للاستثمارات الثقافية.

٥. بن غذفة شريفة(٢٠٠٧) . السلوك الصحى وعلاقته بنوعية الحياة: دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة بولاية سطيف. **رسالة ماجستير غير منشورة**. جامعة محمد حيضر بسكرة، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والانسانية.

٦. جلال، أحمد سعد(٢٠٠٨). **مبادئ الإحصاء النفسى مع تطبيقات وتدريبات عملية على برنامج SPSS** . القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ش.م.م.

٧. حمدى محمد ياسين، وهيام صابر هاشم، ورنا على عاشور(٢٠١٦). الوعى الصحى والتنبؤ بإدارة الذات لدى عينة من مرضى السكرى. **مجلة الدراسة العلمى فى الآداب**،١٧(٢)، ص ص١-٤٣.

٨. راية بنت مسلم بن خميس النصيرية(٢٠١٧).العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحى لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي فى ولاية صور. **رسالة ماجستير غير منشورة**. جامعة نزوى، كلية العلوم والآداب.

٩. رحامنية وهيبة، وزيغة الويزة، وقاسمى بسمة(٢٠١٧). قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار العجزة: دراسة ميدانية بدار الاشخاص المسنين بحمام الدباغ قالمة. **مذكرة لشهادة الليسانس**، جامعة ٨ ماي١٩٤٥ قالمة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

١٠. زقاوة أحمد (٢٠١٧). الفروق فى مستوى قلق المستقبل لدى عينة من طلاب التعليم الثانوى والجامعى والتكوين المهنى . **المجلة العربية لعلم النفس**،٣، ص ص ٥٠- ٧٣.

١١. زينب شقير(٢٠٠٢). **مقياس قلق الموت**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٢. غسان حسين الحلو، على عادل عبد الشكعة، وعبد الناصر عبد الرحيم االقدومى(٢٠٠٢). أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة : دراسة تطبيقية على طلبة جامعة النجاح الوطنية بنابلس/فلسطين. **مجلة رسالة الخليج العربى**، ٨٨، ص ص ١- ٤١.

١٣. فاروق السيد عثمان(٢٠٠١) . **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. القاهرة: دار الفكر العربي.

١٤. محمد إبراهيم عسلية، وأسامة سعيد حمدونة(٢٠١٥). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة. **دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية**،٤٢ (٣٣)، ص ص ٧٣١-٧٥٠.

١٥. محمد توفيق محمود ربايعة(٢٠١٨). قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصي الشرعية ومدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم. **مجلة الفتح**،٧٧، ص ص ٢٠٧-٢٣٩.

١٦. محمود كاظم محمود التميمي(٢٠١٢). **الصحة النفسية مفاهيم نفسية وأسس تطبيقية**. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

١٧. هناء أحمد محمد شويخ (٢٠٠٧). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية. **رسالة ماجستير غير منشورة** .القاهرة : إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

١٨. هناء أحمد محمد شويخ(٢٠٠٨) . بعض منبئات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثاني من مرض السكرى. **مجلة دراسات نفسية** " **رابطة الأخصائيين النفسيين المصرين الرائم**"، ١٨، ص ص ٤٦٧- ٥٢٤.

١٩. هناء أحمد محمد شويخ(٢٠١٢). **علم النفس الصحى**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

ثانياً: المراجع الأجنبي :

٢٠. Akan, H., Gurol,Y., Izbirak,G., Ozdatlı,S., Yilmaz,G., Vitrinel,A.,& Hayran,O.(٢٠١٠). Knowledge and Attitudes of University Students Toward Pandemic Influenza: A cross-sectional Study from Turkey. **Public Health**, ١٠(٤١٣), p p ١-٨.

٢١. Allan,K.D.& Kupzyk,S.(٢٠١٦). **Behavioral Health Promotion and Intervention in Intellectual and Developmental Disabilities**. New York: Springer International Publishing.

٢٢. Arrieta,O.,Angulo,L.P, Nunez-Valencia,C., Dorantes-Gallareta,Y., Macedo, E.O., Martınez-Lopez,D., Alvarado,S., Corona-Cruz,J.,& Onate-Ocana,L.F. (٢٠١٣). Association of Depression and Anxiety on

Quality of Life, Treatment Adherence, and Prognosis in Patients with Advanced Non-small Cell Lung Cancer. **Ann Surg Oncol**,٢٠, P P:١٩٤١- ١٩٤٨.

٢٣. Bacon,A.M.,&Corr,P.J.(٢٠٢٠). Coronavirus (COVID-١٩) in the United Kingdom: A personality-based perspective on concerns and intention to self-isolate. British **Journal of Health Psychology**, P P ١-١٠.

٢٤. Bagca,B.G.& Avci,C.B.(٢٠٢٠). Overview of the COVID-١٩ and JAK/STAT Pathway Inhibition: Ruxolitinib Perspective. **Journal Pre-proof**, Available online ٢٠ June ٢٠٢٠.

٢٥. Bayati,A.,Abbasi,P.,Ziapour,A.,Parvana,E.,&Dehghan,F.(٢٠١٧). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety and Death Obsession in the Elderly. **World Family Medicine**,١٠, p p١٢٢-١٢٨.

٢٦. Biten,D.T.,Grossman-Grion,A.,Bloch,Y.,Mayer,Y.,Shiffman,N.,&Mendlovic,S. (٢٠٢٠). Fear of COVID-١٩ scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. **Psychiatry Research**,٢٨٩, P P ١١٣١٠٠.

٢٧. Bosworth,H.(٢٠١٠). **Improving Patient Treatment Adherence A Clinician's Guide**. New York: Springer.

٢٨. Cai,W.,Tang,Y.,Wu,S.,&Li,H.(٢٠١٧). Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation. **Original Resesrch**,٨, p p ١-١١.

٢٩. Carlos et al.(٢٠٢٠). The emotional impact of Coronavirus ٢٠١٩-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry Research**,٢٨٧, p p ١١٢٩١٥.

٣٠. Chuin,C.L.,& Choo,Y.C. (٢٠٠٩) Age, gender, and Religiosity as Related to Death Anxiety. **Sunway Academic Journal**, ٦, P P: ١-١٦.

٣١. DiMatteo,R.M., Lepper, H.S.,& Croghan, T.W.(٢٠٠٠). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. **Arch Intern Med**, ١٦٠(١٤), p p٢١٠١-٢١٠٧.

٣٢. Eindhoven,D.C., Hilt,A.D., Zwaan,T.C., Schalij,M.J.,& Borleffs,C.J.(٢٠١٨). Age and Gender Differences in Medical Adherence after Myocardial Infarction: Women do not Receive Optimal Treatment – The Netherlands Claims Database. **European Journal of Preventive Cardiology**, ٢٥(٢), p p ١٨١–١٨٩.

٣٣. Hao,X.,Zhou,D.,Li,Zeng,G.,Hao,N.,Li,E.,Li,W.,Deng,A.,Lin.,M.,& Yan,B.(٢٠٢٠). Severe psychological distress among epilepsy

patients during the COVID-١٩ outbreak in southwest China. **The International League Against Epilepsy**,٦١(٦). P P :١١٦٦- ١١٧٣.

٣٤. Ho,P.M., Bryson,C.L.,& Rumsfeld ,J.S.(٢٠٠٩). Medication Adherence Its Importance in Cardiovascular Outcomes. **Circulation**,(٢٣)١١٩,p p٣٠٢٨–٣٠٣٥.

٣٥. Hui,V.K.,&Coleman,P.G.(٢٠١٢). Afterlife Beliefs and Ego Integrity as Two Mediators of the Relationship Between Intrinsic Religiosity and Personal Death Anxiety Among Older Adult British Christians. **Research on Aging**,٣٥(٢), P P ١٤٤-١٦٢.

٣٦. Kretchy,I.A., Owusu-Daaku,F.T.,& Danquah,S.A.(٢٠١٤). Mental Health in Hypertension: Assessing Symptoms of Anxiety, Depression and Stress on Anti-hypertensive Medication Adherence. **Journal of Mental Health Systems**,٨(٢٥) ,p p١-٦.

٣٧. Lakatos,B.L.(٢٠٠٩). Prevalence, Predictors, and Clinical Consequences of Medical Adherence in IBD: How to improve it?. **World Journal of Gastroenterology**,١٥(٣٤),p p٤٢٣٤-٤٢٣٩.

٣٨. Lia,J.,Ma,S.,Wang,Y.,Cai,Z.,Hu,J.,Wei,N.,Wu,J.,Du,H.,Chen,T.,Li, R.,Tan,H.,
Kang,L.,Yao,L.,Huang,M.,Wang,H.,Wang,G.,Liu,Z.,&Hu,Z.(٢٠٢٠). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Healthcare Workers Exposed to Coronavirus Disease ٢٠١٩. **JAMA Network Open**,٣(٣),P P١- ١٢.

٣٩. Mora,P.A.,Berkowitz,A.,Contrade,R.J.,Wisnivesky,J.,Horna,R.,Le venthal,H.,&Halm,E.(٢٠١١). Factor structure and Longitudinal Invariance of the Medical Adherence Report Scale-Asthma. **Psychology & Health Journal** ,٢٦(٦),P P: ٧١٣-٧٢٧.

٤٠. Moralejo, L., Ines, S., Marcos, M., Fuertes, A., & Luna, G. (٢٠٠٦). Factors Influencing Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Spain. **Current HIV Research**, ٤, ٢٢١-٢٢٧.

٤١. Safren,S.A., Gershuny,B.S.,& Hendriksen,E.(٢٠٠٤). Symptoms of Posttraumatic Stress and Death Anxiety in Persons with HIV and Medication Adherence Difficulties. **AIDS Patient Care and STDs**, ١٧(١٢) ,p p ٦٥٧-٦٦٤.

٤٢. Samadifard, H. & Narimani, M. (٢٠١٧). Prediction of Death Anxiety of Elderly Based on Mindfulness and Irrational Beliefs. **Iranian Journal of Psychiatic Nursing**, ٥(٣). ١٥-٢١.

٤٣. Sarafino, E. (٢٠٠٢). **Health Psychology: Biopsychosocial interactions** (٤th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

٤٤. Smith, B.A.& Wood, B. L.(٢٠٠٧). Psychological factors affecting disease activity in children and adolescents with cystic fibrosis: medical adherence as a mediator. **Current Opinion in Pediatrics**, ١٩(٥), p p ٥٣٣-٥٥٨.

٤٥. Tong,E.,Deckert,A.,Gani,N.,Nissim,R.,Rydall,A.,Hales,S.,Rodin, G.,& Lo,C.(٢٠١٦). The meaning of self-reported death anxiety in advanced cancer. **Palliative Medicine**,٣٠(٨),P P٧٧٢-٧٧٩.

٤٦. Van,D., McLaws,M., Crimmins,J., MacIntyre,C.R.,& Seale,H.(٢٠١٠). University life and pandemic influenza: Attitudes and intended behaviour of staff and students towards pandemic (H١N١) ٢٠٠٩. **Public Health**,١٠(١٣٠), p p ١-٩.

٤٧. Wahass,S.H.(٢٠٠٥). The Role Of Psychologists in Health Care Delivery. **J Family Community Med**,١٢(٢), p p ٦٣–٧٠.

٤٨. Wilson,I.B.,Lee,Y., Michaud,J., Fowler Jr,F.,& Rogers,W.H.(٢٠١٦). Validation of a New Three-Item Self-Report Measure for Medication Adherence. **AIDS and Behavior** ,٢٠, P P: ٢٧٠٠–٢٧٠٨.

٤٩. Xiang,Y., Yang,Y., Li,W., Zhang,L., Zhang,Q., Cheung,T.,& Ng,C.H. (٢٠٢٠). Timely mental health care for the ٢٠١٩ novel coronavirus outbreak is urgently needed**. The Lancet Psychiatry** ,٧(٣),p p ٢٢٨-٢٢٩.

٥٠. Zgueb,Y.,Bourgou,S.,Neffeti,A.,Amamou,B.,Masmoudi,J.,Ghebbi ,H., Somrani,N.,& Bouasker,A.(٢٠٢٠). Psychological Crisis Intervention Response to the COVID ١٩ Pandemic: A Tunisian Centralised Protocol. **Psychiatry Research**,٢٨٩,١١٣٠٤٢.

ثالثاً : المراجع الإلكترونية:

٥١. Bibi,A.,& Khalid,M.A.(٢٠١٩). Death anxiety, perceived social support, and Demographic Correlates of Patients with Breast Cancer in Pakistan. **Death Studies**, Available at: https://www.tandfonline.com/loi/udst٢٠.

٥٢. WHO and Regional Office For The Eastern Mediterranean(٢٠٢٠). **Protect yourself and others.** Available at: http://www.emro.who.int/health-topics/corona-virus/protect-yourself-and-others.html#accordionpane٦.

٥٣. World Health Organization (WHO)(٢٠٢٠/A). **Q&A: HIV, antiretrovirals and COVID-١٩**. Available at: https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/ novel-coronavirus-٢٠١٩.

٥٤. World Health Organization(WHO).(٢٠٢٠/B). **Coronavirus disease ٢٠١٩ (COVID-١٩) Situation Report – ٨٢.** Who ١١/٤/٢٠٢٠. Available at: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus٢٠١٩/situation-reports.

٥٥. منظمة الصحة العالمية(٢٠٢٠). **الاعتبارات المتعلقة بالحجر الصحي للأفراد في سياق مرض فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩).** تقرير ٢٩ فبراير. من خلال :

https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-٢٠١٩/technical-guidance.

٥٦. وزارة الصحة والسكان المصرية(٢٠٢٠).**تقارير إحصائية عن فيروس كورونا(كوفيد-١٩)**. من خلال :https://www.care.gov.eg/EgyptCare/index.aspx .

---

[١] Medical Non- Adherence

[٢] congestive heart failure

[٣] myocardial infarction