

Health commitment to protection from Coronavirus and its relationship to cognitive flexibility among a sample of adults and elderly Kuwaiti society

Rashed Manea Rashed AL-Ajmi

Abdullah Hezam Ali Al-Otaib

College of Basic Education || Kuwait

Abstract: This study aims to identify the level of both Health Commitment and Cognitive flexibility among a sample of adults and elderly Kuwaiti society, and to reveal the differences in the level of both health commitment and cognitive flexibility according to the variables (Gender- Nationality- Age -Educational level), additionally to identify the relationship between Healthy commitment and between cognitive flexibility.

To achieve the objectives of the study, the study prepared two tools: the scale of health commitment, and the scale of cognitive flexibility, and extracted the indications of their validity and stability. The sample of the study consisted of (198) individuals from the Kuwaiti society.

The results of the study showed that the level of health commitment among the Kuwaiti society members was high, and there were no significant statistical differences in the level of health commitment according to the variables of sex, nationality, and educational level, while there were significant statistical differences in the level of health commitment according to the variable of age and in favor of the age group (40-50) years old.

The results also indicated that the level of cognitive flexibility among members of Kuwaiti society was high, and there were statistically significant differences in the level of cognitive flexibility, according to the gender variable and in favor of females, according to the age variable and in favor of the age group (40-49) years, while there were no significant statistical differences. Significant level of cognitive flexibility according to the variables of nationality and educational level. The results also indicated a high and positive correlation between healthy adherence and cognitive flexibility.

Keywords: Health Commitment, Emerging Coronavirus, Cognitive Flexibility, Kuwaiti Society.

الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا وعلاقته بالمرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي

راشد مانع راشد العجمي

عبد الله حزام علي العتيبي

كلية التربية الأساسية || الكويت

الملخص: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى كل من الالتزام الصحي والمرونة المعرفية لدى عينة الراشدين وكبار السن من أفراد المجتمع الكويتي، والكشف عن الفروق في مستوى كل من الالتزام الصحي والمرونة المعرفية وفقاً لمتغيرات (الجنس- الجنسية- العمر- المستوى التعليمي)، وكذلك التعرف على العلاقة بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية. ولتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحثان بإعداد أداتين: مقياس الالتزام الصحي، ومقياس المرونة المعرفية، واستخراج دلالات صدقهما وثباتهما. تكونت العينة من (198) فرداً من المجتمع الكويتي.

أظهرت نتائج الدراسة إن مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد المجتمع الكويتي مرتفع، ولا توجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى الالتزام الصحي وفقاً لمتغيرات الجنس، والجنسية، والمستوى التعليمي، بينما توجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى الالتزام الصحي وفقاً لمتغير العمر ولصالح الفئة العمرية (40-50) سنة. كما أشارت النتائج بأن مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي مرتفعة، وتوجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى المرونة المعرفية، وفقاً لمتغير الجنس ولصالح الإناث، ووفقاً لمتغير العمر ولصالح الفئة العمرية (40-49) سنة، بينما لا توجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى المرونة المعرفية وفقاً لمتغيري الجنسية والمستوى التعليمي. وأشارت النتائج أيضاً إلى وجود علاقة ارتباط عالية وموجبة بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية.

الكلمات المفتاحية: الالتزام الصحي، فيروس كورونا المستجد، المرونة المعرفية، المجتمع الكويتي.

المقدمة.

يشهد العالم اليوم استمراراً لأزمة صحية عالمية تتمثل في ظهور وباء فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)، ويمر بلحظات تاريخية فارقة في مواجهة هذه الجائحة، وبالرغم من الجهود الكبيرة التي يبذلها العالم للقضاء على هذه الجائحة؛ فإنها لا تزال قائمة، ولم يتمكن العالم إلى الآن من التوصل إلى عقار نهائي فعال للقضاء على الفيروس، على الرغم من وجود عدة محاولات في هذا الصدد، بالإضافة للآثار الصحية التي تركها، وفي إطار التعامل مع هذه الجائحة ومحاولة احتوائها، تركزت جهود الدول على تحقيق هدفين أساسيين هما؛ إبطاء الانتشار وزيادة جاهزية النظم الصحية لمواجهة تفاقم الأزمة.

أن جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19) جائحة تتعلق بالمجال الصحي بشكل أساسي، مما يتطلب من أفراد المجتمع الالتزام الصحي بقيود عديدة لم تؤخذ بالحسبان لحماية أنفسهم وأسرتهم من المرض، فأصبح على كل فرد من أفراد المجتمع مسؤولية اتباع الإجراءات الصحية الوقائية والمتمثلة بالالتزام الصحي للوقاية من المرض. ومما لا شك فيه أن مفهوم الالتزام الصحي قد اكتسب أهمية كبيرة في وقتنا الراهن تفوق أهميته التي كانت في الماضي، وهذا يعود إلى الظروف الصحية الخطيرة التي تتعرض لها الشعوب وفي مقدمتها تفشي جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19).

يعد الالتزام الصحي من المفاهيم المستخدمة في المجال الصحي والطبي، حيث يشير هذا المفهوم إلى مدى موافقة المريض على تطبيق جميع النصائح والإرشادات الطبية المتعلقة بالعقاقير، والحماية، ومراجعة الأطباء، والتقييد بالاستشارات الطبية (رفيقة، 2011)، وكما أن الالتزام الصحي عملية مبنية على علاقة المناقشة والتخطيط المشترك بين الجهات الطبية والمريض لتكون أكثر فعالية (Gonzalez , Esbitt, Schneider, Osborne, Kupperman, 2011).

وبالنسبة للمجال النفسي، فإن الالتزام الصحي يعد من المفاهيم الحديثة المتعلقة بعلم النفس الصحي، ويشير إلى جميع الأنشطة والأنماط والسلوكيات الصحية التي يتبعها الفرد من أجل الوقاية من التعرض للأمراض والأحداث الصحية الخطيرة. (أبوليلي والعموش، 2009).

إن ظهور هذا الفيروس في الشهور القليلة الماضية وانتشاره السريع في معظم دول العالم، قد ترك خلفه مئات الآلاف من الجثث، وإصابة بالملايين، إلى جانب خسائر مالية فاقت التريلونات من الدولارات، وليس ذلك فحسب بل ترك هذا الفيروس نفوساً محطمة ووضع أنماطاً جديدة للبشر، وخلق حالة نفسية تكاد تكون جماعية في العالم. (Turay, 2020)، إذ أصبح الفيروس حديث اللحظة لدى كل البشر، فاحتلت هذه الجائحة حيزاً واسعاً في الذهنية الجمعية للبشر، وفي صورة مهدد وجودي، مما يستدعي حالات الشعور بالخوف، والهلع. (Aten & Jamie, 2020).

فمنذ إعلان منظمة الصحة العالمية فيروس كورونا وباءً عالمياً، بات الحديث اليوم عن أهمية الالتزام الصحي ضرورة ملحة وخصوصاً في حال الاشتباه بأعراض الإصابة بالفيروس أو العودة من مكان أو بلد سجل العديد من الإصابات، وذلك للحد من انتشاره. (منظمة الصحة العالمية، 2020)

وفي ظل عدم توافر علاج أو لقاح مؤكد لجائحة كوفيد-19، اتجهت حكومات بعض الدول إلى فرض الإجراءات التقييدية، مثل العزل والتباعد الاجتماعي والحجر الصحي، والالتزام الصحي للحفاظ على الصحة العامة، بالإضافة إلى تدابير وقائية أخرى، كغلق المدارس والمراكز التجارية ودور العبادة، ووضع قيود على السفر، وتعليق الكثير من الأنشطة. (Jain, 2020)

وفي هذا الإطار، أجريت العديد من الدراسات حول مدى فاعلية تطبيق إجراءات الالتزام الصحي في مواجهة انتشار فيروس كورونا، فقد أظهرت نتيجة دراسة (باتل وبيكر، 2020) إلى أن الالتزام الصحي يؤدي دوراً حيوياً في الحماية من الفيروس، إذ أدى الالتزام الصحي إلى انخفاض معدل العدوى بنسبة تتراوح بين 44% و81%، ومعدل الوفيات بنسبة تتراوح بين 31% و63%. وبالمثل يشير تقرير حديث صادر عن اللجنة الأوروبية لمكافحة الأمراض والوقاية منها إلى أهمية الالتزام الصحي للحد من انتشار الوباء، ولتخفيف العبء على أنظمة الرعاية الصحية، خاصة أن نسبة 9 إلى 26٪ من الإصابات في الاتحاد الأوروبي كانت بين العاملين في المجال الصحي. (منظمة الصحة العالمية، 2020)

وعلى الرغم من إن الالتزام الصحي يعد مسؤولية إنسانية ووطنية، كما يعتبر الوسيلة الوحيدة - حتى هذه اللحظة- في مواجهة فيروس كورونا، بسبب عدم وجود العلاج المناسب، إلا أنه ليس بمقدور جميع البشر ممارسة الإجراءات الوقائية التي يتضمنها الالتزام الصحي (باتل وبيكر، 2020)، حيث يؤكد مركز الدراسات البريطاني إن الالتزام الصحي بما يشمله من تدابير وقائية قد يكون تجربة غير مرضية بالنسبة للبعض، وخاصة لدى أولئك الذين لديهم مستوى غير مناسب من الصلابة النفسية، ولا يملكون مستوى جيد من المرونة المعرفية (Lee, 2020).

وتعد المرونة المعرفية أحد المفاهيم المعاصرة التي تتناول القوة الانسانية الفعالة، والاتجاهات الوقائية نحو تحسين الحالة الصحية والنفسية للفرد، إذ تركز البحوث المهمة بالمرونة المعرفية على دراسة العوامل الوقائية والعمليات الحيوية النفسية والاجتماعية التي تعمل على تفعيل عمليات التوافق في مواجهة الظروف الحياتية الصادمة (ريان، 2006).

وهنا يمكن القول إن حرص أفراد أي مجتمع على تطبيق إجراءات الالتزام الصحي لمواجهة فيروس كورونا، يستدعي تمتع أولئك الأفراد بسمة المرونة المعرفية، إذ أننا بحاجة ماسة إلى وجود المرونة المعرفية في وقتنا الحالي أكثر من أي وقت مضى، وذلك لما للمرونة من فاعلية في التصدي لجائحة فيروس كورونا. فالشخص الذي يتصف بالمرونة، يستطيع إدراك أي مشكلة بشكل أكثر وضوحاً وتحديداً في موقف اتخاذ القرار فإن الأمر يتطلب منه أن يتابع جميع تلك التغيرات وأن يطور فهمه للمشكلة تبعاً لتطورها، في حين أن الشخص المتصلب يتميز بالعجز عن التغيير، ولا يملك الاستجابات المناسبة التي تساعد في تحقيق الأهداف الحالية أو حل المشكلات الراهنة (خزعل، 1998).

وبذلك تؤكد الدراسات والبحوث على أهمية موضوعي الالتزام الصحي والمرونة المعرفية، لما لهما من آثار إيجابية على شخصية الإنسان، حيث يجعلان الفرد قادراً على التغيير في الأفكار والعادات والسلوكيات التي تضطلع بمهمة مواجهة أحداث الحياة ومن ضمنها مواجهة فيروس كورونا، وفي هذا السياق، كشف مسح أجراه منتدى الاقتصاد العالمي قبل فترة الإغلاق على عينة من السكان البلجيكيين، أن 32% من السكان لا يعانون من أي قلق بسبب فايروس كورونا، وذلك يرجع لتمتعهم بمستوى عالي من المرونة المعرفية.

ومجتمعنا الكويتي كغيره من المجتمعات التي تعرضت لجائحة كورونا (كوفيد 19)، فمنذ بداية ظهور الوباء في الكويت في 24 فبراير 2020، حتى تاريخ 16 أغسطس 2020، سُجل في الكويت 76,205 حالة مؤكدة، منها 7,569 حالة نشطة، فيما بلغ عدد المتعافين 68,135 حالة، وعدد الوفيات 501 حالة، وتتلقى بقية الحالات النشطة الرعاية في العزل الصحي (وزارة الصحة الكويتية، 2020).

وقد لوحظ انتشار حالات الهلع في مجتمعنا الكويتي، ليشكل الفيروس حالة من التهديد الجماعي والوجودي، فأدى ذلك إلى تغيير جذري في سلوكيات الأفراد والجماعات، وتغيير شامل في مجالات الحياة واحتياجات الناس، ضمن سعيهم لتجنب الخطر ومواجهة هذا الفيروس، ممزوجة بشعور بالعجز والقلق على حياتهم وحياة المهمين لهم، وانعكس ذلك على أفكارهم ومشاعرهم وانفعالاتهم وبالتالي سلوكياتهم، فأصبح الأفراد أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والأمراض العقلية والجسدية، بعضها مرحلي والبعض الآخر قد تكون آثاره طويلة المدى إذا افتقد الفرد لآليات المواجهة الفاعلة وامتلاك صلابة نفسية كافية (جريدة الجريدة الكويتية، 2020).

ووفقاً لذلك، واستناداً إلى ما سبق ارتأى الباحثان القيام بهذه الدراسة التي تسلط الضوء على موضوع الالتزام الصحي لدى المجتمع الكويتي للحماية من فيروس كورونا وعلاقته بالمرونة المعرفية.

مشكلة الدراسة:

يعد استناداً إلى ما تم عرضه في المقدمة، فإن جائحة كورونا المستجد لم تستثني دولة من الدول، بل انتشرت هذه الجائحة في كل دول العالم، ومجتمعنا الكويتي كغيره من دول العالم التي انتشر فيها فيروس كورونا المستجد مع الاختلاف في نسبة الانتشار. وهذا ما تأكده الإحصائيات والأرقام العالمية على أن جائحة كورونا المستجد أصبحت شبحاً يهدد الجميع، في كل دول العالم، ومنها الإحصائيات الصحية الكويتية التي أكدت على انتشار الفيروس في الكويت كغيرها من دول العالم، وما تبع ذلك من خوف وقلق كبيرين.

ونظراً لعجز جميع دول العالم في إيجاد العلاج المناسب لهذا الفيروس، فقد عمدت الدول إلى اتخاذ العديد من التدابير الوقائية الصحية من قبيل العزل، والحجر الصحي، وعدم مخالطة المصابين، والاهتمام بالنظافة الشخصية، والحرص على لبس الكمامات، وغسل اليدين، وتناول الطعام الصحي، واستخدام مواد التطهير، والبقاء في المنازل، وغيرها من الإجراءات الوقائية.

وعلى الرغم من أن الالتزام الصحي بتلك الأساليب والإجراءات الوقائية - حتى هذه اللحظة تعد السبيل الوحيد للحماية من فيروس كورونا، إلا أن الباحثين قد لاحظوا بأن العديد من الأفراد عامة والراشدين وكبار السن خاصة من المجتمع الكويتي لا يلتزمون بتلك الإجراءات الوقائية بسبب ما تتطلبه من تغيير في الروتين اليومي للأشخاص وتغيير عاداتهم وسلوكياتهم وخصائصهم الشخصية والعقلية، وهذا التغيير من الصعوبة بمكان تطبيقه بسهولة إلا لدى الأشخاص الذين يمتلكون سمة المرونة.

واستناداً لذلك، يسعى الباحثان إلى دراسة موضوع العلاقة بين الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا وبين المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية بالتساؤلات الآتية:

- 1- ما مستوى الالتزام الصحي لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الالتزام الصحي لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغيرات (الجنس-الجنسية-العمر-المستوى التعليمي)؟
- 3- ما مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي؟

- 4- هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغيرات (الجنس-الجنسية-العمر-المستوى التعليمي)؟
- 5- هل توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

- 1- التعرف على مستوى الالتزام الصحي لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي.
- 2- التعرف على الفروق في مستوى الالتزام الصحي لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغيرات (الجنس-الجنسية-العمر-المستوى التعليمي).
- 3- التعرف على مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي.
- 4- التعرف على الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغيرات (الجنس-الجنسية-العمر-المستوى التعليمي).
- 5- التعرف على العلاقة بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي.

أهمية الدراسة:

تنبع الأهمية العلمية للدراسة من خلال جانبين؛ وهما على النحو الآتي:

أولاً: الأهمية النظرية: تبرز أهمية الدراسة من خلال الكشف عن مستوى كل من الالتزام الصحي، والمرونة المعرفية، لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي، كما تكمن أهميتها فيما تضيفه من معلومات وأدب نظري حول الالتزام الصحي، المرونة المعرفية، والتي قد يستفيد منها باحثون آخرون ضمن هذا المجال، وتعد هذه الدراسة- على حد علم الباحثين- الدراسة الأولى على الصعيد الكويتي حول هذا الموضوع، وهذا يعني أن الدراسة الحالية تعد الأولى في المجتمع الكويتي ومن هنا اكتسبت الدراسة الحالية أهميتها بكونها أول دراسة تتناول موضوع الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا وعلاقته بالمرونة المعرفية، كما تكمن أهميتها فيما ستوفره من نتائج لقاعدة البيانات المتعلقة بمدى ممارسة أفراد المجتمع الكويتي للالتزام الصحي ومدى تمتعهم بسمعة المرونة المعرفية، وستمثل الدراسة رفقاً معرفياً للمكتبة الكويتية، وخطة أولى لانطلاق العديد من الباحثين في إجراء العديد من الدراسات والأبحاث ذات العلاقة بهذا الموضوع، وإمكانية الاستفادة من نتائجها التي قد تساعد في انطلاقة دراسات أخرى تتناول العلاقة بين الالتزام الصحي والمرونة المعرفية وعلاقتهما بمتغيرات أخرى تتعلق بالراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي.

ثانياً: الأهمية العملية: تكمن الأهمية العملية للدراسة بالتوصيات والمقترحات التي ستخرج بها والتي ستساهم في وضع العديد من الاستراتيجيات والتدابير والخطط الوقائية، والتي من شأنها التأكيد على أهمية الالتزام الصحي وكذلك رفع مستوى المرونة المعرفية لدى الأفراد، الأمر الذي يجعلهم قادرين على مواجهة فيروس كورونا وغيره من أزمات الحياة وأحداثها الصادمة بشكل إيجابي ومثمر. كما تبرز أهمية الدراسة العملية كونه قد يمهّد لتطوير وبناء البرامج الإرشادية من قبل المختصين والمهتمين، موجّهة للراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي، وذلك لتسهم في تعزيز مستوى الالتزام الصحي والمرونة المعرفية لديهم، كما توفر هذه الدراسة مقياس لقياس مستوى الالتزام الصحي آخر لقياس المرونة المعرفية.

حدود الدراسة:

- الحدود الموضوعية: موضوع الالتزام الصحي وعلاقته بالمرونة المعرفية وبالمقاييس المعدة في الدراسة الحالية.
- الحدود البشرية: عينة من أفراد المجتمع الكويتي من الذكور والإناث.
- الحدود المكانية: وتقتصر على دولة الكويت.
- الحدود الزمانية: وتقتصر على العام 2019-2020م.

2- الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً- الإطار النظري:

الالتزام الصحي

إن مصطلح الالتزام الصحي هو في الأساس مصطلح طبي يستخدم للدلالة على مدى استجابة المريض لمفاهيم الامتثال أو الالتزام أو الاتفاق، والتي تستخدم جميعها للدلالة على إتباع المريض للنصيحة الطبية بطريقة صحيحة. (رفيقة، 2011)، وقد اتسع مفهوم الالتزام الصحي في العصر الراهن ليشمل جميع الأساليب والإجراءات الصحية، والسلوكيات التي يمارسها الفرد من أجل لحفاظ على مستوى صحي مناسب، على اعتبار صحة الفرد هي نتاج تكامل جوانب النمو الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية (الطحان، 1996).

العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة (World Health Organization, 2003) العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي ومنها: العوامل المتعلقة بالمريض؛ يعتبر المريض الحجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيرورة جيدة للعملية العلاجية، وتعد معتقدات المريض وانفعالاته وكذلك سوابقه من العوامل التي تؤثر على سيرورة الالتزام، ومن العوامل المتعلقة بالمريض فيما يخص التزامه الصحي السن، فقد أشار فينشام (Fincham, 2007) بأن الالتزام الصحي ينخفض مع التقدم في السن، وعلى العكس يكون مرتفعاً لدى الأطفال وصغار السن يمكن أن ترجع أسباب الالتزام الصحي لدى الأطفال الصغار إلى حرص الأولياء والدعم الاجتماعي المقدم لهم، وعلى العكس نجد أن المسنين قد يعانون من أمراض عضوية أخرى، أو من النسيان، أو عدم وجود المتكفلين بهم على عكس الأطفال الصغار. العوامل المتعلقة بالمرض؛ تؤثر طبيعة المرض على الالتزام الصحي لدى المرضى بطرق مختلفة، فقد يزيد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حسب طبيعة المرض ودرجة خطورته التي يتصورها المريض، وكيف يعيشها، وتشير دراسة جيلسون وبالمر وشنايدر (Gilsonab, Palmerb, Schneidera, 2005, 2005) بأن أسباب عدم الالتزام الصحي بسبب المرض يكون نتيجة عدم ظهور الأعراض أو استمرارها، تحسن الحالة الصحية للمريض (دون شفائه التام). العوامل الاجتماعية والاقتصادية؛ يعد الوضع الاجتماعي، والاقتصادي، وكذلك المستوى التعليمي، والدخل كلها عوامل تؤثر على الالتزام الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهماً بإيجابية في التزامه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي، أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم امتلاك التأمين الصحي يجعل مستوى الالتزام الصحي ينخفض. العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض؛ يهتم المريض كثيراً بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب، إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة، حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين

بالرعاية الصحية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدام مصطلحات علمية معقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان.

ولقد ظهرت العديد من الاستراتيجيات التي يمكن أن توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية، سواء كانت تعليمية تنظيمية أو سلوكية التي من شأنها تعزيز الالتزام الصحي، منها: تعليم المرضى؛ يجب أن تشمل التدخلات التعليمية تقييماً لمستوى المريض التعليمي، الثقافي وتحديد أهداف محددة. تحسين المعرفة والفهم؛ يجب أن تكون الأهداف التربوية أوسع من اكتساب المعرفة وحدها، فالالتزام يعتمد على مشاركة المتعلم وليس فقط الاستماع، والقراءة، واستيعاب المعلومات (رفيقة، 2011).

أنماط الالتزام الصحي:

- 1- ممارسة التمرينات الرياضية.
- 2- تناول الغذاء الصحي.
- 3- المحافظة على النمط السوي في النوم.
- 4- الاهتمام بسلوك الرعاية أو العناية الذاتية (الدوق، 2007).

المرونة المعرفية

يشير مفهوم المرونة إلى القدرة على التغيير السريع والسهل للمواقف العقلية والسلوكية وفقاً للمقتضيات الجديدة المتغيرة، ويقابلها على العكس صلابة أو جمود التفكير الذي يعني الإبقاء على الحالات الجديدة على وضعها السابق، والبقاء في إطار المشكلات المحلولة مسبقاً دون البحث عن جديد، حيث لا يستطيع الفرد أن يرى بعيداً بتبديل الحل أو تغييره (روشكا، 1989).

النماذج والنظريات المفسرة للمرونة المعرفية

- 1- أنموذج مرازيك ومرازيك (Mrazek & Mrazek, 1987):
قدم مرازيك ومرازيك نموذجاً للمرونة، يتضمن مهارات وعادات الحياة التي تساعد الفرد على مواجهة مخاطر البيئة، وتنطوي هذه المهارات والقدرات على الاستجابة السريعة للخطر، والنضج المبكر، والبحث عن المعلومات، والقدرة على خلق علاقات جديدة، والقدرة على تحمل المسؤولية الشخصية من أجل اتخاذ قرارات ناجحة، والقدرة على إعادة البناء المعرفي للأحداث من أجل معالجة الأحداث المؤلمة بطريقة تجعلها أكثر قابلية من وجهة نظر الفرد (Mrazek & Mrazek, 1987).
- 2- إنموذج كوفي (Covey, 1990):
قدم كوفي (Covey, 1990) نموذجاً يقوم على الاعتقاد بأن المرونة تنبع من مجموعة من المبادئ الدائمة المستقرة، وتتمحور هذه المبادئ حول التمتع بالنشاط وتحمل الفرد مسؤولية اختياراته وتصرفاته، وتوضيح القيم والأولويات قبل اختيار الأهداف، والعمل على إنشاء الاتصال والتواصل الفاعلين مع الآخرين بشكل يضمن التعاون معهم واحترام حقوقهم (Covey, 1990: 51-53).
- 3- أنموذج ويكس (Wicks, 2005):
تري ويكس أن المرونة تركيب معقد يتضمن بعدين، البعد الأول، ويتمثل بالرؤية الشخصية، أي الطريقة التي يدرك بها الفرد العالم ومكانته فيه، وهذه الرؤية تشمل القدرة على فهم الهدف والمعنى من الحياة، وأن يمتلك الفرد مبادئ وقيم دائمة مستمرة، وتبني الفرد أهداف واضحة في الحياة. أما البعد الثاني، فيتمثل بتوقع المشكلات

ومحاولة حلها، بمعنى قدرة الفرد على توقع الخطر، والاستعداد المسبق للتعامل مع التهديد المدرك نحو الذات أو نحو الآخرين، وذلك من خلال التفكير والاستجابة السريعة للخطر، والبحث عن المعلومات الصحيحة، والقيام بمخاطرة حاسمة موجهة بعمليات اتخاذ قرارات فعالة وحاسمة، لمواجهة المواقف المختلفة (Wicks, 2005: 17).

ثانياً- الدراسات السابقة

- أ- دراسات سابقة عن الالتزام الصحي:
- أجرى الرزامي (1999) دراسة هدفت إلى الوقوف على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في اليمن، وتكونت العينة من 987 طالباً وطالبة، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة متدنٍ جداً، وأن مستوى الوعي الصحي يختلف وفقاً للجنس لصالح الطالبات.
 - وفي دراسة قام بها خطايبه ورواشدة (2003) هدفت إلى الكشف عن مستوى الوعي الصحي لدى الطالبات في الأردن على عينة مكونة من 678 طالبة، توصلت النتائج إلى انخفاض مستوى الوعي الصحي، وكان مستوى الوعي الصحي لدى ذوي مستوى المعيشة المرتفع أعلى من ذوي المستوى المتوسط والمنخفض.
 - وفي دراسة قام بها الأحمدى (2003) هدفت إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي والاتجاهات الصحية لدى تلاميذ الصف الثاني الثانوي في المدينة المنورة، تكونت العينة من 83 طالباً من طلاب الصف الثاني ثانوي، وتوصلت النتائج إلى أن مستوى الوعي الصحي لدى العينة كان متدنٍ ولكن مقارباً للمستوى المقبول حيث كان 75.8%، كما كانت اتجاهات الطلبة الصحية ايجابية.
 - كما أجرى محمد (2007) دراسة هدفت إلى التعرف على الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية، اختيرت عينة عشوائية ممثلة لطلبة بلغت (149) طالباً، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة في مجالي التربية الغذائية والتربية الإنجابية بين أقسام كلية التربية ولصالح قسمي الفيزياء وعلوم الحياة، بينما لا توجد فروق بين أقسام كلية التربية في مجالي العناية الصحية والوقاية من الأمراض.
 - وفي دراسة قام بها عبد الحق وآخرون (2012) هدفت إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح وجامعة القدس، تكونت العينة من 800 طالباً، أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي لدى أفراد العينة كان متوسطاً، كما تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الوعي الصحي لتغزى لمتغير الجامعة ولصالح جامعة القدس ولصالح الكليات العلمية ولتغير الجنس ولصالح الطالبات ولتغير المعدل التراكمي ولصالح المعدل التراكمي الأعلى.
 - كما أجرى الصمادي (2013) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي لطلبة جامعة اليرموك ومدى اختلافه باختلاف الجنس والكلية والدخل الاقتصادي والمستوى الدراسي للطالب والأسرة ومستوى تعليم الأب، تكونت العينة من 955 طالباً وطالبة من طلبة جامعة اليرموك تم اختيارهم عشوائياً من جميع التخصصات، وأظهرت النتائج أن السلوك الصحي لدى طلبة جامعة اليرموك كان ضمن المتوسط وكان هناك فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث وبتغير مستوى تعليم الأب لصالح الطلبة الذين كان تعليم آبائهم دبلوم أو بكالوريوس أو ماجستير فأكثر مقارنة مع من كان مستوى تعليم آبائهم توجيهي فما دون.
 - وفي دراسة قام بها خلفي (2013) هدفت إلى معرفة أثر الضبط على مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة في الجزائر، تكونت العينة من 252 طالباً وطالبة، وقد أشارت النتائج إلى أن مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة

عالي، كما تبين وجود فروق في مستوى الوعي الصحي ولصالح الإناث، ووجود فروق لدى الأفراد الذين يزيد عمرهم عن 25 سنة عن الأفراد الذين يقل عمرهم عن 25 سنة.

- كما أجرى الحارثي (2014) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي ومدى تأثيره على الكلية والمستوى الدراسي والاقتصادي ومستوى تعليم الوالدين لطلبة جامعة أم القرى، تكونت العينة من 1200 طالباً، وأوضحت النتائج أن مستوى السلوك الصحي كان ضمن المتوسط، ولا توجد فروق في مستوى السلوك الصحي تعزى للكلية أو المستوى الدراسي، في حين تبين وجود فروق تعزى لمتغير دخل الأسرة الشهري لصالح الأسر التي دخلها الشهري أكثر من 5000 ريالاً شهرياً.

تعلق على الدراسات السابقة:

في ضوء مطالعة الدراسات السابقة التي تناولت الالتزام الصحي، يتضح أن بعضها هدف إلى الكشف عن مستوى الوعي الصحي لدى الأفراد؛ كدراسة الرزامي (1999)، خطايبة ورواشدة (2003)، وعبد الحق وآخرون (2012)، وتناول بعضها الآخر كدراسة الحارثي (2014) التعرف مستوى السلوك الصحي ومدى تأثيره على الكلية والمستوى الدراسي والاقتصادي ومستوى تعليم الوالدين، بينما هدفت بعضها إلى الكشف عن مستوى السلوك الصحي؛ كدراسة الصمادي (2013)، وتناولت دراسات كدراسة الأحمدى (2003) مستوى الوعي الصحي والاتجاهات الصحية، وهدفت بعض الدراسات إلى معرفة أثر الضبط على مستوى الوعي الصحي؛ كدراسة خلفي (2013).

كما يلاحظ تباين النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، فقد أظهرت بعض الدراسات إلى أن مستوى الوعي الصحي منخفضاً؛ كدراسة الرزامي (1999)، خطايبة ورواشدة (2003)، الأحمدى (2003)، بينما أظهرت بعض الدراسات أن مستوى الوعي الصحي متوسطاً؛ كدراسة عبد الحق وآخرون (2012)، الصمادي (2013)، وأشارت بعضها الآخر مستوى الوعي الصحي مرتفعاً كدراسة خلفي (2013). وبينت بعض الدراسات مستوى الوعي الصحي لدى ذوي مستوى المعيشة المرتفع أعلى من ذوي المستوى المتوسط والمنخفض كدراسة خطايبة ورواشدة (2003)، كما أشارت بعض الدراسات المتعلقة التربية الغذائية والتربية الإنجابية كدراسة محمد (2007) إلى وجود فروق ذات دلالة في مجالي التربية الغذائية والتربية الإنجابية بين أقسام كلية التربية ولصالح قسي الفيزياء وعلوم الحياة في مجالي العناية الصحية والوقاية من الأمراض.

ب- دراسات سابقة عن المرونة المعرفية:

- أجرى تركي (1980) دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق في بعض سمات الشخصية منها المرونة بين الطلاب الكويتيين والطلاب العرب غير الكويتيين، تكونت العينة من (74) طالباً، وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين الكويتيين وغير الكويتيين في المرونة ولصالح الطلاب العرب غير الكويتيين.

- وفي دراسة أجراها الكبيسي (1989) هدفت إلى التعرف على علاقة الأسلوب المعرفي (التصلب - المرونة) بحل المشكلات، والكشف عن الفروق في كلا المتغيرين على وفق متغير الجنس، وتألقت العينة من (432) طالباً وطالبة من جامعة بغداد، وكشفت الدراسة عن وجود علاقة ضعيفة بين الأسلوب المعرفي (التصلب - المرونة) وحل المشكلات، كما كان الذكور أكثر مرونة من الإناث.

- وفي دراسة أجراها سيلس وآخرون (Sills et al, 2006) هدفت إلى بحث العلاقة بين المرونة وبين سمات الشخصية وأسلوب مواجهة الضغوط والأعراض النفسية لطلبة الجامعة، وتكونت العينة من (132) طالباً وطالبة من جامعة ولاية سان دياكو، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة بين المرونة وبين الأعراض النفسية

وأسلوب مواجهة الضغوط. كما توصلت إلى أن المرونة المعرفية تربطها علاقة سلبية بالعصاب، وعلاقة ايجابية بالانبساطية والوعي وصحة الضمير.

- كما أجرى جعفر (2012) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى المرونة لدى المراهقين النازحين وغير النازحين، وكذلك التعرف على دلالة الفروق في المرونة لدى كل من النازحين وغير النازحين تبعاً لمتغيري العمر، والنوع الاجتماعي، وتكونت العينة من (160) مراهقاً ومراهقة من النازحين في محافظة بغداد، وقد أظهرت النتائج أن المراهقين النازحين وغير النازحين (ذكور واث) لديهم مرونة ايجابية ولكل الاعمار المشمولة بالبحث، وأنه لا يوجد أثر لمتغير العمر، وأن الإناث أكثر مرونة من الذكور.

في ضوء مطالعة الدراسات السابقة التي تناولت المرونة المعرفية، يتضح أن بعضها هدف إلى الكشف عن مستوى مستوى المرونة؛ كدراسة جعفر (2012)، وتناول بعضها الأخر كدراسة سيلس وآخرون (Sills et al, 2006) إلى الكشف عن العلاقة بين المرونة وبين سمات الشخصية وأسلوب مواجهة الضغوط والأعراض النفسية، بينما هدفت بعضها إلى التعرف على علاقة الأسلوب المعرفي (التصلب - المرونة) بحل المشكلات؛ الكبيسي (1989)، بينما هدفت كدراسة تركي (1980) إلى الكشف عن الفروق في بعض سمات الشخصية منها المرونة.

يلاحظ تباين النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، فقد أظهرت بعض الدراسات إلى أن مستوى المرونة مرتفعاً؛ كدراسة جعفر (2012)، وأشارت نتائج الدراسات عن وجود فروق بين الكويتيين وغير الكويتيين في المرونة؛ كدراسة تركي (1980)، وأشارت بعضها الأخر إلى وجود علاقة ضعيفة بين الأسلوب المعرفي (التصلب - المرونة) وحل المشكلات؛ كدراسة الكبيسي (1989). كما أظهرت بعض النتائج وجود علاقة بين المرونة وبين الأعراض النفسية وأسلوب مواجهة الضغوط؛ كدراسة سيلس وآخرون (Sills et al, 2006).

وبمقارنة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة، يتضح اهتمامها بتناول متغيري الدراسة، ولكن لم تتناول هذه الدراسات، إن كانت العربية أو الأجنبية موضوع الالتزام الصحي والمرونة المعرفية، بالرغم من أهمية هذه المتغيرات لدى أفراد المجتمع في ظل الظروف الراهنة، ولم تأتي أية دراسة متضمنة المتغيرين مجتمعة - على حد علم الباحثين. وبالتالي فإن ما يميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات السابقة أنها تتناول موضوع على درجة من الأهمية تمثل في التعرف إلى مستوى الالتزام الصحي وعلاقته بالمرونة المعرفية، وهذا ما لم تتناوله، أو تتطرق له الدراسات السابقة، وبخاصة في البيئة العربية، الأمر الذي يعزز من إجراء هذه الدراسة.

3- منهجية الدراسة وإجراءاتها.

أ- منهجية الدراسة:

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة (ملحم، 2002)، وفيما يتعلق بالدراسة الحالية فقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي لملاءمته لموضوع الدراسة.

ب- مصادر البيانات:

1- مجتمع الدراسة: يشير مجتمع الدراسة إلى جميع الأفراد، أو الأشياء، أو العناصر التي لها خصائص واحدة يمكن ملاحظتها، والتي يسعى الباحثان لدراستها (عودة وملكاوي، 1987)، ويتألف مجتمع الدراسة الحالي من أفراد المجتمع الكويتي.

2- عينة الدراسة: العينة هي ذلك النموذج من الأفراد أو الوحدات التي يختارها الباحث من مجتمع الدراسة، والتي تمثل وحدات الدراسة البحث بالصفات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمهنية التي يهتم بها الباحث (أبو علام، 2007). وقد تكونت العينة في الدراسة الحالية من (198) فرداً، تمَّ اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة، ويمثلون جميع متغيرات الدراسة.

أدوات الدراسة

قام الباحثان بإعداد مقياسين هما: مقياس الالتزام الصحي، ومقياس المرونة المعرفية، وذلك في ضوء عدداً من الاعتبارات والقواعد المنهجية. وفيما يلي عرضاً تفصيلياً لتلك الإجراءات:

أولاً: مقياس الالتزام الصحي:

من خلال الاطلاع على ما ورد في التراث النظري، والأدبيات السابقة المتعلقة بموضوع الالتزام الصحي، تمكَّن الباحثان مبدئياً من صياغة (35) فقرة لتشكّل الصورة الأولية لمقياس الالتزام الصحي.

صدق مقياس الالتزام الصحي:

يُقصد بالصدق مدى قدرة الاختبار أو المقياس على قياس السمة التي أُعد لقياسها، أي أن تقيس الأداة فعلاً ما أُعدت لقياسه (فرج، 2007). وقد قام الباحثان بإجراء نوعين من أنواع الصدق هما:

1- صدق تمييز فقرات مقياس الالتزام الصحي:

وفيه يتم الاعتماد على الدرجة الكلية للمقياس كمحك، وعلى أساسها يصنف أفراد العينة إلى مجموعتين هما: المجموعة العليا والمجموعة الدنيا، وذلك بنسبة (27%) لكل مجموعة، ثم حساب الفروق بين المجموعتين بواسطة اختبار (T.test) لعينتين متطرفتين. فإذا فشلت الفقرة في التمييز بين المجموعتين دلَّ ذلك على ضعفها ومن ثم وجب حذفها، أو تعديلها (عبد الحفيظ وباهي، 2000) (الأنصاري، 2009). وللتحقق من صدق التمييز لفقرات مقياس الالتزام الصحي، قام الباحثان بتطبيق المقياس على عينة عشوائية من أفراد المجتمع الكويتي بلغ حجمها (100) فرد، واعتماد نسبة (27%) لكل مجموعة، بحيث أصبح عدد الاستمارات الخاضعة للتحليل (54) استمارة، بواقع (27) فرداً لكل مجموعة، ولاستخراج الفروق بين المجموعتين (العليا والدنيا) استخدم الباحثان اختبار (T.test) لعينتين متطرفتين، عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (1) يوضح ذلك.

جدول (1) يوضح القوى التمييزية لفقرات مقياس الالتزام الصحي بأسلوب العينتين المتطرفتين

رقم الفقرة	المجموعة العليا متوسط انحراف	المجموعة الدنيا متوسط انحراف	قيمة (ت)	رقم الفقرة	المجموعة العليا متوسط انحراف	المجموعة الدنيا متوسط انحراف	قيمة (ت)
1	4.30	0.67	2.63	19	4.78	0.51	3.56
2	4.89	0.32	3.85	20	4.41	0.69	2.63
3	4.07	1.07	3.44	21	4.78	0.42	2.70
4	4.00	1.27	3.96	22	4.30	0.99	2.85
5	4.00	0.96	2.89	23	4.85	0.60	2.89
6	4.41	0.80	3.33	24	4.70	0.87	3.37
7	4.44	0.93	3.70	25	4.59	0.93	3.81
8	3.78	1.22	2.56	26	4.81	0.40	3.26
9	4.48	0.58	2.74	27	4.48	0.58	2.89

رقم الفقرة	المجموعة العليا	المجموعة الدنيا	قيمة	رقم	المجموعة العليا	المجموعة الدنيا	قيمة	رقم الفقرة	المجموعة العليا	المجموعة الدنيا	قيمة
	متوسط	انحراف	(ت)		متوسط	انحراف	(ت)		متوسط	انحراف	(ت)
10	4.78	0.42	3.15	28	4.41	0.80	3.19	10.77	0.66	3.15	5.21
11	4.70	0.54	2.96	29	4.81	0.48	3.67	7.62	1.06	2.96	4.93
12	4.67	0.48	3.44	30	4.81	0.40	3.44	6.05	0.93	3.44	6.77
13	4.93	0.27	3.22	31	4.85	0.36	3.56	7.47	1.15	3.22	5.88
14	4.33	0.78	3.33	32	4.81	0.40	3.19	3.91	1.07	3.33	7.86
15	4.78	0.51	3.30	33	4.96	0.19	3.63	7.96	0.82	3.30	8.50
16	4.85	0.36	3.19	34	4.81	0.40	3.19	8.75	0.92	3.19	8.44
17	2.85	1.23	3.00	35	4.63	0.56	3.19	0.47**	1.07	3.00	6.94
18	3.85	1.03	2.89					3.61	0.93	2.89	

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (52) = (2.01) تقريباً.

** الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن هناك (2) فقرتين غير مميزة عند مستوى دلالة (0.05)، وتلك الفقرتين هما ذات الأرقام: (4-17)، حيث كانت قيمتهما التائية المحسوبة أقل من قيمة (ت) الجدولية البالغة (2.01) عند مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي توجب حذف الفقرتين.

2- صدق بناء مقياس الالتزام الصحي:

وفي هذا النوع يتم إيجاد العلاقة بين درجة كل فقرة وبين الدرجة الكلية للمقياس (الجلي، 2005) (فريج، 2007) وللتحقق من صدق بناء مقياس الالتزام الصحي، قام الباحثان باستخراج العلاقة بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس، وذلك بالاعتماد على درجات أفراد عينة التحليل البالغ حجمها (54) فرداً، وباستخدام معامل ارتباط (بيرسون)، عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2) يوضح معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس الالتزام الصحي

رقم الفقرة	الارتباط						
1	0.695	10	0.860	19	0.563	28	0.643
2	0.550	11	0.743	20	0.701	29	0.635
3	0.278	12	0.669	21	0.752	30	0.744
4	0.062**	13	0.766	22	0.600	31	0.694
5	0.467	14	0.513	23	0.725	32	0.762
6	0.531	15	0.713	24	0.644	33	0.809
7	0.280	16	0.749	25	0.389	34	0.802
8	0.516	17	0.060	26	0.816	35	0.749
9	0.733	18	0.444	27	0.647		

* قيمة (بيرسون) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (52) = (0.275) تقريباً.

** الفقرة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن هناك (1) فقرة واحدة غير متجانسة، حيث كان معامل ارتباطها بالدرجة الكلية أقل من قيمة بيرسون الجدولية البالغة (0.275) عند مستوى دلالة (0.05)، وهي الفقرة رقم (4)، وبالتالي توجب حذفها من المقياس.

وتأسيساً على نتائج جدولي صدق التمييز وصدق البناء فقد تم حذف (2) فقرتين من فقرات من المقياس لعدم قدرتها على التمييز، ولعدم اتساقها وتجانسها ليصبح عدد فقرات المقياس بصورته النهائية (33) فقرة وبخمس بدائل للاستجابة على كل فقرة (ملحق-1).

ثبات مقياس الالتزام الصحي:

يُعد مفهوم الثبات من الشروط التي يجب توافرها في المقاييس والاختبارات؛ لأنه يزود الباحث بمعلومات أساسية للحكم على نوعية تكتيك الاختبار ومدى الاتساق في نتائجه (مجيد، 2013). وقد قام الباحثان باستخراج ثبات مقياس الالتزام الصحي بطريقة الاتساق الداخلي للمفردات (ألفاكرونباخ)، وذلك بالاعتماد على عينة الصدق البالغة (54) فرداً، وقد بلغ الثبات بهذه الطريقة (0.948) وهو معامل ثبات عال وفقاً لما ذكره (كرونباخ) والذي يشير إلى أن المقاييس الجيدة هي التي تعطي ثباتاً لا يقل عن (0.80) (عبد الهادي، 2002).

ثانياً: مقياس المرونة المعرفية:

من خلال الاطلاع على ما ورد في التراث النظري، والأدبيات السابقة المتعلقة بموضوع المرونة المعرفية، تمكّن الباحثان مبدئياً من صياغة (20) فقرة لتشكيل الصورة الأولية لمقياس المرونة المعرفية.

صدق مقياس المرونة المعرفية:

ولغرض التحقق من صدق فقرات مقياس المرونة المعرفية، قام الباحثان بإجراء نوعين من أنواع الصدق هما: صدق التمييز وصدق البناء، وفيما يلي عرضاً لذلك:
1- صدق تمييز فقرات مقياس المرونة المعرفية:

وللتحقق من صدق تمييز فقرات مقياس المرونة المعرفية، قام الباحثان بتطبيق المقياس على نفس العينة الخاصة بتحليل فقرات مقياس الالتزام الصحي والبالغ حجمها (54) استمارة، بواقع (27) فرداً لكل مجموعة، ولاستخراج الفروق بين المجموعتين (العليا والدنيا) استخدم الباحثان اختبار (T.test) لعينتين متطرفتين، عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (3) يوضح ذلك.

جدول (3) يوضح القوى التمييزية لفقرات مقياس المرونة المعرفية بأسلوب العينتين المتطرفتين

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		رقم الفقرة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		قيمة (ت)
	متوسط	انحراف	متوسط	انحراف		متوسط	انحراف	متوسط	انحراف	
1	4.07	99.0	4.26	0.59	11	5.30	0.44	2.96	0.71	6.88
2	4.52	0.64	4.63	0.49	12	8.94	0.51	3.11	0.72	8.84
3	4.78	0.42	4.52	0.58	13	10.61	0.70	3.11	0.78	8.09
4	4.63	0.49	4.70	0.47	14	10.10	0.56	3.19	0.71	8.82
5	3.78	1.31	4.67	0.55	15	2.89	0.65	2.96	0.58	9.37
6	4.63	0.74	4.37	0.84	16	8.37	0.82	2.85	0.81	5.95
7	4.78	0.42	4.56	0.64	17	9.75	0.74	3.19	0.78	8.38
8	4.59	0.50	4.44	0.85	18	8.51	0.81	3.04	0.75	7.14
9	4.41	0.69	4.48	0.64	19	6.55	0.72	3.15	0.80	8.62
10	4.56	0.51	4.30	0.78	20	7.12	0.73	3.33	0.80	6.56

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (52) = (2.01) تقريباً.

نلاحظ من الجدول السابق أن جميع الفقرات كانت مميزة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث كانت قيمها التائية المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية البالغة (2.01) عند مستوى دلالة (0.05).
2- صدق بناء مقياس المرونة المعرفية:

قام الباحثان باستخراج العلاقة بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس، وباستخدام معامل ارتباط (بيرسون) عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4) يوضح معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس المرونة المعرفية

رقم الفقرة	الارتباط						
1	0.587	6	0.743	11	0.073	16	0.658
2	0.78	7	0.807	12	0.819	17	0.746
3	0.831	8	0.792	13	0.787	18	0.719
4	0.818	9	0.698	14	0.797	19	0.768
5	0.332	10	0.717	15	0.797	20	0.723

* قيمة (بيرسون) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (52) = (0.275) تقريباً.

نلاحظ من الجدول السابق أن جميع فقرات المقياس كانت متجانسة، حيث كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية أكبر من قيمة بيرسون الجدولية البالغة (0.275) عند مستوى دلالة (0.05).
وتأسيساً على نتائج جدول صدق التمييز وصدق البناء فقد استقر المقياس كما هو بصورته النهائية بعدد (20) فقرة وبخمس بدائل للاستجابة على كل فقرة (ملحق-2).

ثبات مقياس المرونة المعرفية:

وللتحقق من ثبات مقياس المرونة المعرفية، قام الباحثان باستخراج الثبات بطريقة الاتساق الداخلي للمفردات (ألفاكرونباخ)، وذلك بالاعتماد على عينة الصدق البالغة (54) فرداً، وقد بلغ الثبات بهذه الطريقة (0.953) وهو معامل ثبات عال.

الوسائل الإحصائية:

- 1- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (T-test) لعينة واحدة، لاستخراج مستوى كلاً من الالتزام الصحي والمرونة المعرفية لدى أفراد العينة بشكل عام.
- 2- اختبار (T-test) لعينتين مستقلتين، لاستخراج القوى التمييزية لفقرات مقياسي الالتزام الصحي والمرونة المعرفية بطريقة المجموعتين المتطرفتين، واستخراج الفروق في مستوى الالتزام الصحي والمرونة المعرفية لدى أفراد العينة وفقاً لمتغيري (الجنس-الجنسية).
- 3- تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لاستخراج الفروق في مستوى الالتزام الصحي ومستوى المرونة المعرفية لدى أفراد العينة وفقاً لمتغيري (العمر-المستوى التعليمي).
- 4- معامل ارتباط بيرسون، لاستخراج صدق البناء لمقياسي الالتزام الصحي والمرونة المعرفية (ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس)، واستخراج العلاقة بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية.

5- معادلة ألفا كرونباخ، لاستخراج ثبات مقياسي الالتزام الصحي والمرونة المعرفية بطريقة الاتساق الداخلي للمفردات.

6- معادلة شيفيه، لاستخراج اتجاه الفروق في كلاً من الالتزام الصحي والمرونة المعرفية وفقاً لتغيري (العمر- المستوى التعليمي).

4- عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

تشير نتائج دراسة الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا وعلاقته بالمرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي إلى النتائج التالية:

• الهدف الأول: التعرف على مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي.

ولأجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الالتزام الصحي، ثم مقارنتها بالمتوسط الفرضي للمقياس، واستخراج الفروق باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة عند مستوى دلالة (0.05)* والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5) يوضح الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة والمتوسط الفرضي لمقياس الالتزام الصحي

عينة البحث	العدد	الوسط الحسابي		الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
		المحسوب	الفرضي			
المجتمع الكويتي	198	128.75	99	14.60	**28.68	0.000

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (197) = (1.96).

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق بأن قيمة (ت) المستخرجة قد بلغت (28.68) درجة وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة (1.96) درجة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق إحصائية ذات دلالة معنوية بين المتوسط النظري لمقياس الالتزام الصحي وبين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة. ونلاحظ أن المتوسط الحسابي المحسوب أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي مما يعني أن تلك الفروق لصالح المتوسط الحسابي لدرجات الأفراد، أي أن أفراد المجتمع الكويتي لديهم مستوى مرتفع في الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا.

وهذه النتيجة قد تشابهت مع نتائج دراسة خلفي (2013) التي توصلت إلى أن مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بالجزائر كانت عالية، بينما اختلفت مع نتائج كل من دراسة الرزامي (1999)، ودراسة خطايبية ورواشدة (2003)، ودراسة الأحمدى (2003) والتي توصلت جميعها إلى أن مستوى الالتزام الصحي متدنٍ جداً، كما اختلفت هذه النتيجة أيضاً مع نتائج كل من دراسة عبد الحق وآخرون (2012)، ودراسة الصمادي (2013)، ودراسة الحارثي (2014) والتي توصلت جميعها إلى أن مستوى الالتزام الصحي كان في المستوى المتوسط.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى كون الوقاية الصحية من أهم الجوانب التي يجب توفيرها للإنسان في حياته، من منطلق أن العقل السليم والجسم السليم والصحة النفسية والاجتماعية السليمة أوجه متكاملة من النمو للشخصية الإنسانية، وانطلاقاً أيضاً من أهمية أن يتمتع الإنسان بأعلى مستوى من الوعي الصحي، حتى يتمكن الفرد من حماية نفسه وأسرته ومجتمعه المحلي من مختلف الصدمات مثل اعتلال الصحة وظهور بعض الفيروسات كفيروس كورونا والأحداث المتطرفة وغير ذلك، كان من الطبيعي أن مستوى الالتزام الصحي يكون مرتفعاً لدى أفراد المجتمع الكويتي، فبذلك هم يهدفون إلى الحدّ من انتشار الإصابة بالمرض من فيروس كورونا ويهتمون أيضاً

بالجوانب الوقائية. فضلاً عن قناعاتهم بان الأمراض المعدية الناتجة عن فيروس كورونا تنتقل حتى من الأشخاص الذين لا تظهر عليهم أي أعراض، وهي تكثر بين أفراد المجتمع الذين لا يلتزمون ولا يسلكون سلوكاً صحيحاً.

• الهدف الثاني: التعرف على الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغيرات الجنس، الجنسية، العمر، المستوى التعليمي.

أ- التعرف على الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنس.

ولتحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للذكور والإناث، واستخراج الفروق بينهما باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين عند مستوى دلالة (0.05)* والجدول (6) يوضح ذلك.

جدول (6) يوضح نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
ذكور	141	127.65	13.62	**1.67	0.093
إناث	57	131.49	16.59		

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (196) = (1.96).

** القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) المستخرجة قد بلغت (1.67) درجة وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية البالغة (1.96) درجة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني انه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا.

وهذه النتيجة لم تتفق مع نتائج الدراسات السابقة، بينما اختلفت عن نتائج دراسات كل من دراسة الرزامي (1999)، ودراسة عبد الحق وآخرون (2012)، ودراسة الصمادي (2013)، ودراسة خلفي (2013)، والتي توصلت جميعها إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الالتزام الصحي وفقاً لمتغير الجنس ولصالح الإناث. ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن عينة الدراسة من المجتمع الكويتي تتشابه لديهم أساليب التنشئة والمعايير والمعتقدات الاجتماعية وأنماط التعامل والعادات الصحية والأفكار وأساليب الحياة وأنماط التواصل والتوازن الانفعالي وحب الاستطلاع ومدى التحكم بالذات بين الذكور والإناث، مما يقلل من حدوث فروق في درجات الالتزام الصحي على متغير الجنس.

ب- التعرف على الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنسية.

ولأجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من الكويتيين وغير الكويتيين، ولمعرفة دلالة الفروق بينهما تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين عند مستوى دلالة (0.05)* والجدول (7) يوضح ذلك.

جدول (7) يوضح نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنسية.

الجنسية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
كويتي	159	129.29	14.71	**1.06	0.292

الجنسية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
غير كويتي	39	126.54	14.09		

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (196) = (1.96).

** القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) المستخرجة قد بلغت (1.06) درجة وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية البالغة (1.96) درجة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني انه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الكويتيين وغير الكويتيين في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا.

وهذه النتيجة قد اختلفت مع نتائج جميع الدراسات السابقة، حيث وتلك الدراسات لم تتناول متغير الجنسية ضمن أهدافها.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن الأسلوب الرئيسي لتطوير النظم الصحية القائم على المساواة والعدالة الاجتماعية المتبع في دولة الكويت، فضلاً عن إيتاء خدمات الرعاية الصحية الأولية التي يمكن أن تحقق التغطية الشاملة بخدمات رفيعة الجودة سواء للأفراد الكويتيين أو غير الكويتيين دون تمييز، كل ذلك ولد القناعات بالالتزام الصحي بشكل فعال، وجعل الأفراد الكويتيين وغير الكويتيين في مستوى واحد من الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا، ولم تختلف الأنماط السلوكية المتعلقة بالصحة للإنسان، وفقاً لاختلاف الجنسية، وبالتالي لم يختلف الالتزام الصحي باختلاف الجنسية.

ج- التعرف على الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير العمر.

ولتحقيق هذا الهدف تم تقسيم أفراد العينة إلى خمس فئات عمرية، واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل فئة، ثم استخراج الفروق بين الفئات العمرية باستخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8) يوضح نتائج تحليل التباين لمعرفة الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المستخرجة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	5764.658	4	1441.165	**7.681	0.000
داخل المجموعات	36212.216	193	187.628		
الكل	41976.874	197			

* قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (4، 197) = (2.42).

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ف) المستخرجة تبلغ (7.681) وهي أكبر من قيمة (ف) الجدولية البالغة (2.42) عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير العمر.

ولمعرفة اتجاه تلك الفروق تم استخدام اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية بين متوسطات أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر، والجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9) يوضح نتائج اختبار شيفيه لتحديد اتجاه الفروق في مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير العمر

المتغير التابع	الفئات العمرية (i)	الفئات العمرية (j)	متوسط الفروق	مستوى الدلالة
الالتزام الصحي	18-29 سنة	30-39 سنة	10.122*	0.014
		40-49 سنة	18.938*	0.000
		50-59 سنة	15.828*	0.000
		60 سنة فأكثر	15.382*	0.008
	30-39 سنة	40-49 سنة	8.816*	0.001
		50-59 سنة	5.707*	0.050

* متوسط الفروق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من مؤشرات الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الالتزام الصحي بين الفئة العمرية (18-29) سنة وبين جميع الفئات الأخرى، ولصالح الفئات العمرية الأخرى، أي أن مستوى الالتزام الصحي لدى الفئة العمرية (18-29) سنة أقل من مستوى الالتزام الصحي لدى باقي الفئات العمرية.
 - وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الالتزام الصحي بين الفئة العمرية (30-39) سنة وبين الفئتين العمريتين (40-49) سنة و(50-59) سنة ولصالح الفئتين المذكورة، أي أن مستوى الالتزام الصحي لدى الفئة العمرية (30-39) سنة أقل من مستوى الالتزام الصحي لدى الفئتين العمريتين (40-49) سنة و(50-59) سنة. وهذه النتيجة قد تشابهت مع نتائج دراسة خلفي (2013) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام الصحي ولصالح الأفراد الذين يزيد عمرهم عن 25 سنة، بينما اختلفت مع نتائج باقي الدراسات السابقة، حيث وتلك الدراسات لم تتناول متغير العمر ضمن أهدافها.
- ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن الخبرة والثقافة والوعي التي يتلقاها الكويتيين وفقاً لزيادة أو تقدم مراحلهم العمرية قد ساعد كل ذلك على تكوين استراتيجية متكاملة من حيث التخطيط والإدارة ورعاية الجوانب الصحية والاجتماعية والتعليمية والتشريعية والثقافية، من خلال إكسابهم وتوعيدهم على العادات الصحية السليمة ومراعاة النظافة والوقاية من الأمراض، مما جعل منهم أكثر محافظة والتزاماً باستراتيجية الرعاية الصحية والممارسات الصحية الإيجابية للحماية من الإصابة بفيروس كورونا. فالتقدم بالعمر يؤدي إلى تحسين الوعي الصحي من حيث خدمات التثقيف واستخدام شبكة الانترنت ووسائل الإعلام التي تبث الرسائل الصحية. وفهم المعلومات المناسبة المتعلقة بالسلوكيات الصحية الخطرة، انطلاقاً من قدرتهم على الأداء المرتفع في المجالات العقلية والإبداعية والفنية والقيادية والأكاديمية الخاصة، كما أن الفرق في المرحلة العمرية يؤثر في التطور العقلي للإنسان والوعي والالتزام في العادات الصحية السليمة والاستفادة من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ومدى تأثر الفرد في المعايير الخلقية والسلوكية للمجتمع الذي ينتمي إليه، كل ذلك ساعد على الأداء المرتفع على مقياس الالتزام الصحي عند الفئات العمرية الأكثر من (18-29) سنة.
- التعرف على الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.

ولتحقيق هذا الهدف تم تقسيم العينة إلى أربع فئات تعليمية، واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فئة، ثم استخراج الفروق بين المستويات التعليمية باستخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (10) يوضح ذلك.

جدول (10) يوضح نتائج تحليل التباين لمعرفة الفروق في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المستخرجة	مستوى الدلالة
الالتزام الصحي	بين المجموعات	3	587.362	**1.720	0.164
	داخل المجموعات	194	796.210		
	الكل	197	41976.874		

* قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (3، 197) = (2.60).

** القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ف) المستخرجة تبلغ (1.720) وهي أصغر من قيمة (ف) الجدولية البالغة (2.60) عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني انه لا توجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.

وهذه النتيجة قد تشابهت مع نتائج دراسة الحارثي (2014) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام الصحي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي، بينما اختلفت مع نتائج باقي الدراسات السابقة، حيث وتلك الدراسات لم تتناول متغير المستوى التعليمي ضمن أهدافها.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن تعزيز الالتزام الصحي لدى أفراد العينة للحماية من فيروس كورونا لا يتطلب مستوى تعليمي بعينه، وأن الالتزام الصحي كسلوك مرتبط إيجابياً بالعملية التعليمية أياً كان مستواها، إذ أصبح جزءاً من سلوكيات الناس، مما دفعهم إلى إتباع الطرق الصحية السليمة والمحافظة على الصحة العامة دون الحاجة إلى مستوى علي معين، فمستوى تنفيذ الالتزام الصحي ليس متفاوتاً فيما بين أفراد العينة على مقياس الالتزام الصحي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي، لأن الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا يهتم الجميع فهو متعلق ببقاء الإنسان من عدمه، وهذا شيء يفقهه ذوي المستوى التعليمي المرتفع أم المنخفض على حد سواء.

• الهدف الثالث: التعرف على مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي.

ولأجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس المرونة المعرفية، ثم مقارنة تلك المتوسطات مع المتوسط الفرضي للمقياس، واستخراج الفروق بين المتوسطين باستخدام اختبار (ت) لعينة واحدة عند مستوى دلالة (0.05)* والجدول (11) يوضح ذلك.

جدول (11) يوضح الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات العينة والمتوسط الفرضي لمقياس المرونة المعرفية

عينة البحث	العدد	الوسط الحسابي		الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
		المحسوب	الفرضي			
المجتمع الكويتي	198	75.38	60	8.71	**24.84	0.000

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (197) = (1.96).

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق بأن قيمة (ت) المستخرجة قد بلغت (24.84) درجة وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة (1.96) درجة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق إحصائية ذات دلالة معنوية بين المتوسط النظري لمقياس المرونة المعرفية وبين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة. ونلاحظ أن المتوسط الحسابي المحسوب أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي مما يعني أن تلك الفروق لصالح المتوسط الحسابي لدرجات الأفراد، أي أن أفراد المجتمع الكويتي لديهم مستوى مرتفع في المرونة المعرفية. وهذه النتيجة قد تشابهت مع نتائج دراسة جعفر (2012) التي توصلت إلى أن مستوى المرونة المعرفية لدى الطلبة مرتفع، بينما اختلفت مع نتائج باقي الدراسات السابقة، حيث وتلك الدراسات لم تتناول هدف معرفة مستوى المرونة المعرفية ضمن أهدافها.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن فيروس كورونا يتصف بسرعة الانتشار، ويتسبب في وفاة الكثيرين، والمعلومات حول أعراضه متباينة وكذلك أسبابه، وقد أصبح هذا الفيروس جائحة عالمية بانتشاره في دول العالم كافة دون استثناء، وحديث اللحظة لدى كل البشر، ولا يوجد له علاج حتى الآن، ولذلك فليس أمام أفراد المجتمع سوى اتباع الطرق الوقائية والتي منها التعامل مع الفيروس من خلال التحلي بسمة المرونة المعرفية، حيث أن الأشخاص الذين يمتلكون مرونة معرفية عالية تزداد عندهم القدرة على حل المشكلات وتوظيف الاستراتيجيات المعرفية للتنظيم الذاتي، والوعي بالتفسيرات البديلة والمتعددة في المواقف الحياتية الجديدة والمتغيرة لظهور فيروس كورونا والرغبة في تكيف المعرفة وتنظيمها والميل إلى إدراك وتقبل تعقيدات هذا الحدث الصعب المؤلم، وصولاً إلى تحقيق الهدف وهو المواجهة والقدرة على إنتاج حلول بديلة ومتعددة للمشكلة حسب التغيرات والمتطلبات المناسبة مع مواجهة تفشي وباء فيروس كورونا بين الناس.

- الهدف الرابع: التعرف على الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغيرات الجنس، الجنسية، العمر، المستوى التعليمي.
- أ- التعرف على الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنس. ولأجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من الذكور والإناث، لمعرفة دلالة الفروق بينهما تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين عند مستوى دلالة (0.05) * والجدول (12) يوضح ذلك.

جدول (12) يوضح نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
ذكور	141	74.29	8.34	**2.81	0.006
إناث	57	78.07	9.11		

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (196) = (1.96).

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) المستخرجة قد بلغت (2.81) درجة وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية البالغة (1.96) درجة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى المرونة المعرفية. وبالرجوع للمتوسطات الحسابية نجد أن المتوسط الحسابي للإناث أكبر من المتوسط الحسابي للذكور وهذا يعني أن الفروق لصالح الإناث، أي أن الإناث لديهم مرونة معرفية بمستوى أكبر من الذكور.

وهذه النتيجة قد تشابهت مع نتائج دراسة جعفر (2012) التي توصلت إلى أن الإناث أكثر مرونة من الذكور، بينما اختلفت مع دراسة الكبيسي (1989) التي أوضحت أن الذكور أكثر مرونة من الإناث. ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى خصائص الشخصية لكل من الذكور والإناث، حيث أن الأنثى لديها حساسية عالية تجاه أحداث الحياة الصادمة، كما أن شخصيتها تتميز باللين الأمر الذي يجعلها أكثر شعوراً بالخوف من متغيرات الحياة بما فيها فيروس كورونا، وهذا بدوره يؤدي إلى حرص الأنثى الشديد على حماية نفسها من الإصابة، والتي تتمثل - الحماية-بتحلي الأنثى بمستوى مرونة عالي يمكنها من مواجهة الخطر.

ب- التعرف على الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنسية.

ولأجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات والانحرافات لكل من الكويتيين وغير الكويتيين، ولمعرفة دلالة الفروق بينهما تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين عند مستوى (0.05)* والجدول (13) يوضح ذلك.

جدول (13) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير الجنسية.

الجنسية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
كويتي	159	75.62	8.68	**0.78	0.438
غير كويتي	39	74.41	8.88		

* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (198) = (1.96).

** القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) المستخرجة قد بلغت (0.78) درجة وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية البالغة (1.96) درجة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني انه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الكويتيين وغير الكويتيين في مستوى المرونة المعرفية.

وهذه النتيجة قد اختلفت مع نتائج دراسة تربي (1980) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى المرونة بين الكويتيين وغير الكويتيين ولصالح الطلاب العرب غير الكويتيين.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى تشابه الظروف الحياتية، فمع التطور الحالي والتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي يمر بها المجتمع في الأونة الأخيرة، عمل على عدم وجود فروق في الظروف الحياتية، فكل من الكويتيين وغير الكويتيين يتعرضون لظروف حياتية متشابهة وفقاً للالتزام بعبادات وأنظمة وتقاليده وقوانين المجتمع، وهي ظروف مرحلة ظهور فيروس كورونا، وقد انعكس أثر كل هذا على أفراد العينة الكويتيين وغير الكويتيين بنفس الدرجة.

ج- التعرف على الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير العمر.

ولتحقيق هذا الهدف تم تقسيم أفراد العينة إلى خمس فئات عمرية، واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل فئة، ثم استخراج الفروق بين الفئات العمرية باستخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (14) يوضح ذلك.

جدول (14) نتائج تحليل التباين لمعرفة الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المستخرجة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1131.957	4	282.989	**3.950	0.004
داخل المجموعات	13826.872	193	71.642		
الكل	14958.828	197			

* قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (4، 197) = (2.42).

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ف) المستخرجة تبلغ (3.950) وهي أكبر من قيمة (ف) الجدولية البالغة (2.42) عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير العمر. ولمعرفة اتجاه تلك الفروق تم استخدام اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية بين متوسطات أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر، والجدول (15) يوضح ذلك.

جدول (15) نتائج شيفيه لتحديد اتجاه الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع وفقاً لمتغير العمر

المتغير التابع	الفئات العمرية (I)	الفئات العمرية (J)	متوسط الفروق	مستوى الدلالة
المرونة المعرفية	49-40 سنة	18-29 سنة	*4.950	0.034
		30-39 سنة	*6.048	0.000
		50-59 سنة	*3.547	0.018

* متوسط الفروق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من مؤشرات الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى المرونة المعرفية بين الفئة العمرية (49-40) سنة وبين الفئات العمرية (18-29) سنة و(30-39) سنة و(50-59) سنة، ولصالح الفئة العمرية (49-40) سنة، أي أن مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد الفئة العمرية (49-40) سنة أكبر من مستوى المرونة المعرفية لدى باقي الفئات العمرية (18-29) سنة و(30-39) سنة و(50-59) سنة. وهذه النتيجة قد اختلفت مع نتائج دراسة جعفر (2012) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى المرونة وفقاً لمتغير العمر.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن المرونة المعرفية تختلف طبقاً للمراحل العمرية التي يمر بها الفرد، إذ أن فترة العمر التي تتمحور فيها عينة البحث الحالي بين (40-49) سنة، يكون فيها الفرد أكثر اعتدالاً في معالجة الأمور وتتميز أفكاره وانفعالاته بالهدوء، والقدرة على ضبط الاستجابة وعدم الاندفاع أو التهور في اتخاذ القرارات المصيرية، فالشخص في هذه المرحلة العمرية (40-49) سنة يكون في سن الرشد ويمتلك سمات الصبر والتحدي وسرعة البديهة، والنظر إلى متغيرات وأحداث الحياة من عدة جوانب، وهذا ينعكس على سلوكياته في التعامل مع فيروس كورونا ذلك التعامل الذي يتضمن القدرة على وضع البدائل والحلول وتعديل الأفكار بما يتناسب مع تحقيق مستوى من التكيف مع المواقف الجديدة، وكذا التخلي على المعتقدات والعادات القديمة بهدف التكيف مع الموقف الجديد.

د- التعرف على الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.

ولتحقيق هذا الهدف تم تقسيم العينة إلى أربع فئات تعليمية، واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فئة، ثم استخراج الفروق بين المستويات التعليمية باستخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (16) يوضح ذلك.

جدول (16) يوضح نتائج تحليل التباين لمعرفة الفروق في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المستخرجة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	59.925	3	19.984	**0.260	0.854
داخل المجموعات	14898.877	194	76.798		
الكل	14958.828	197			

* قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (3، 197) = (2.60).

** القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ف) المستخرجة تبلغ (0.260) وهي أصغر من قيمة (ف) الجدولية البالغة (2.60) عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني انه لا توجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي. وهذه النتيجة قد اختلفت مع نتائج جميع الدراسات السابقة، حيث وتلك الدراسات لم تتناول متغير المستوى التعليمي ضمن أهدافها.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى كون المرونة المعرفية هي العامل الذي يسرع على الفرد التكيف مع المواقف والأحداث، فارتفاع المرونة المعرفية يعزز النواحي الانفعالية الإيجابية لدى الفرد ويرفع من قدرته على التفاعل الاجتماعي السليم، في حين أن انخفاض المرونة المعرفية يقلل من قدرة الفرد على مواجهة التحديات والتي في مقدمتها تفشي فيروس كورونا، فجميع الأشخاص بغض النظر عن مستوياتهم التعليمية ينبغي عليهم التحلي بسمة المرونة المعرفية، الأمر الذي يساعدهم في مواجهة هذه الجائحة الخطيرة. فضلاً عن أن المرونة المعرفية متعلقة بخصائص شخصية الفرد وأفكاره وانفعالاته، وليست متعلقة بمستوى تعليمي معين.

• الهدف الخامس: التعرف على العلاقة بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي.

ولأجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج درجات أفراد العينة على مقياسي الالتزام الصحي والمرونة المعرفية، ثم إيجاد العلاقة بين درجات الأفراد في المقياسين من خلال معامل بيرسون، ومقارنة قيمة بيرسون المستخرجة مع قيمة بيرسون الجدولية عند مستوى دلالة (0.05)*، والجدول (17) يوضح ذلك.

جدول (17) يوضح قيمة ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي

العينة	العدد	المتغيرين	قيمة بيرسون	مستوى الدلالة
أفراد المجتمع الكويتي	198	الالتزام الصحي	**0.578	0.000
		المرونة المعرفية		

* قيمة (بيرسون) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (196) = (0.135).

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة بيرسون المستخرجة تبلغ (0.578) وهي أكبر من قيمة بيرسون الجدولية البالغة (0.135) عند مستوى دلالة (0.05) مما يعني وجود علاقة ارتباط قوية بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع الكويتي، وهي علاقة موجبة، أي بمعنى كلما زاد مستوى المرونة المعرفية لدى أفراد المجتمع كلما زاد لديهم مستوى الالتزام الصحي والعكس صحيح.

وهذه النتيجة قد اختلفت مع نتائج جميع الدراسات السابقة، حيث وتلك الدراسات لم تتناول هدف العلاقة بين الالتزام الصحي وبين المرونة المعرفية ضمن أهدافها.

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن الشخص الذي يتمتع بمرونة معرفية يبتعد كل البعد عن الجمود المعرفي، فهو يستطيع تكييف استجابته تبعاً للموقف الذي يتواجد فيه، وتعديل بنائه المعرفي وفقاً للأحداث والمثيرات الموجودة في الموقف، كما أنه يستطيع الانفتاح على مختلف الآراء وتقبلها، وكل ذلك يمكنه من تحقيق النجاح في مواجهة المواقف، مما ينعكس إيجابياً على الفرد ويسهم في زيادة الالتزام بالسلوك الصحي للحماية من فيروس كورونا، وهذا يعني أن ليس كل الأشخاص قادرين على ممارسة واتباع إجراءات الالتزام الصحي، وأن من يقدر على ممارسة الالتزام الصحي هم فقط الأشخاص الذين يمتلكون مستوى عالي من المرونة المعرفية، فعندما يتمتع الفرد بالقدرة على تغيير وجهة نظره وتنوع استجاباته وتقبل وجهة نظر الغير، وإعادة بناء المعرفة بعدة طرق وعلى نحو تلقائي، وتكييف استجابته بما يتلاءم مع الموقف، كل ذلك يؤدي إلى تمتع الفرد بالالتزام الصحي، فالقدرة على التغيير وتقبل الأفكار غير المألوفة، يجعل الفرد أكثر قدرة على الاندماج والتكيف مع المواقف فيرتفع لديه مستوى الالتزام الصحي كسلوك للحماية من فيروس كورونا.

التوصيات والمقترحات.

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها يوصي الباحثان ويقترحان بالتالي:

- 1- ضرورة تركيز الدراسات النفسية على تنمية الجوانب الإيجابية في الشخصية وعلى رأسها المرونة المعرفية، وزيادة الاهتمام بالبحث في العوامل المعرفية والنفسية التي من شأنها تنمية الشعور بالمرونة المعرفية لدى الأفراد.
- 2- ينبغي على وسائل الإعلام المختلفة أن تنشر المعلومات بسرعة وبكل شفافية، مع العمل باستمرار على تصحيح أي معلومات مغلوطة أو شائعات، وذلك لتقليل نسب الخوف والقلق لدى المواطنين.
- 3- عقد ندوات ودورات توعوية لأفراد المجتمع في كيفية التعامل مع المشكلات والأزمات الصحية، مما يكسبهم المعارف ويعزز ثقتهم بأنفسهم لتحدي الظروف الحياتية واتخاذها كفرص للإنجاز، وتدريبهم على مواجهة أحداث الحياة الصادمة.
- 4- يجب على وزارة الصحة أن تقوم بإنشاء منصة رسمية للإرشاد النفسي لتقديم الاستشارات النفسية والعقلية للمواطنين الذين هم بحاجة للمساعدة النفسية نتيجة الفزع والقلق من تفشي فيروس كورونا المستجد.
- 5- ضرورة تعزيز فكرة الإسعافات الأولية النفسية عن طريق تدريب مجموعة من المتطوعين من أفراد المجتمع للمساعدة مستقبلاً في التخفيف من الضغط النفسي للمواطنين في أوقات الأزمات.
- 6- الاهتمام بتنمية المرونة المعرفية لدى الشباب، لما لها من دور فعال في تحقيق طموحاتهم وأهدافهم في الحياة دون التعرض للإحباط أو الاستسلام لليأس.
- 7- يجب على المواطنين استغلال أوقات الفراغ خلال العزل المنزلي، وذلك بممارسة التمارين المنزلية، والأنشطة المختلفة، فضلاً عن ضرورة تقليل عدد الساعات المستغرقة في التفكير بفيروس كورونا عن طريق التركيز على

المعلومات الضرورية فقط، كالإحصائيات اليومية والبيانات حول البحث عن العلاج، مع تجنب التعرض لأي معلومات تتعلق بالفيروس قبل التعرض للنوم مباشرة وذلك لضمان تحسين جودة النوم.

المقترحات:

- 1- الاستفادة من الأدوات المطبقة في البحث الحالي وذلك من خلال استخدامها في العديد من الدراسات ذات العلاقة، وكذلك استخدامها في الكشف عن السمات الشخصية للأفراد.
- 2- إجراء دراسات مشابهة تتناول موضوع الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا المستجد وعلاقته بمتغيرات نفسية مثل: الرضا عن الذات، والتوافق النفسي، والشعور باليأس وغير ذلك.
- 3- إجراء دراسات مشابهة تتناول موضوع الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا المستجد وعلاقته بالمرونة المعرفية وفقاً لمتغيرات أخرى مثل: الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي، المنطقة الجغرافية وغيرها من المتغيرات.
- 4- إجراء دراسات مشابهة تتناول موضوع الكشف عن أهم الأعراض والاضرابات النفسية لدى الأشخاص الذين أصيبوا بالفيروس ثم تعافوا منه.
- 5- إجراء دراسات مشابهة تتناول موضوع قياس الصحة النفسية لدى الأشخاص الذين مارسوا إجراءات الالتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا وأقرانهم الذين لم يمارسوا إجراءات الالتزام الصحي.
- 6- إجراء دراسات وأبحاث تتناول موضوع بناء البرامج النفسية الإرشادية والعلاجية التي تهدف إلى زيادة مستوى المرونة المعرفية والتخفيف من شدة الأعراض النفسية الناتجة عن انتشار فيروس كورونا.

قائمة المراجع

أولاً- المراجع بالعربية

- أبوعلام، رجاء محمود. (2007). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. ط6، دار النشر للجامعات، القاهرة.
- أبو ليلى، يوسف والعموش، أحمد. (2009). *السلوك الصحي في المجتمع الإماراتي*. مجلة الشؤون الاجتماعية، العدد (102)، أبو ظبي، ص 137-198.
- الأحمدى، علي بن حسن. (2003). *مستوى الوعي الصحي لدى طلاب الصف الثاني الثانوي وعلاقته بالاتجاهات الصحية في المدينة المنورة*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- الأنصاري، بدر محمد. (2009). *قياس الشخصية*. دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- باتل، نيميشا وبيكر، ديفيد. (2020). *دليل العناية بأنفسنا وبالآخرين أثناء جائحة كورونا (كوفيد-19)*. ترجمة أياذ زقوت، منظمة التعاون، ألمانيا.
- تركي، مصطفى. (1980). *الفرق بين الذكور والإناث الكويتيين في بعض سمات الشخصية*. بحوث في سيكولوجية الشخصية، مؤسسة الصباح، الكويت، ص 273 - 277.
- جريدة الجريدة الكويتية. (2020). *أثار جائحة كورونا على المجتمع الكويتي*. العدد 4495، متاح على الرابط: <https://www.aljarida.com>
- جعفر، غادة علي. (2002). *أثر النزوح في المرونة الايجابية لدى المراهقين النازحين وأقرانهم غير النازحين*. منشورات كلية التربية ابن رشد للعلوم الإنسانية، جامعة بغداد.

- الجلي، سوسن شاكر. (2005). أساسيات بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية. مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع، دمشق.
- الحارثي، إسماعيل. (2014). مستوى السلوك الصحي لدى طلاب جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- خزعل، ساميه حسن. (1998). التصلب - المرونة وعلاقته بالقلق العصبي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد.
- الخطايب، عبد الله والرواشدة، إبراهيم. (2003). مستوى الوعي الصحي لدى طالبات الكليات الحكومية في الأردن. مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإسلامية، 15 (1)، ص 296-259.
- خلفي، عبد الحليم. (2013). أثر الرقابة الصحية على مستوى الوعي الصحي لدى طلاب المركز الجامعي بتمنقست (الجزائر). مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (13)، الجزائر.
- الدوق، أميرة (2007). السلوك الصحي وعلاقته بأمراض الكبد الفيروسية المزمنة حسب الفروق في الكفاءة الذاتية والحالة العقلية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا، مصر.
- الرزامي، عبد الوارث. (1999). التوعية الصحية لدى طلاب التعليم الأساسي في الجمهورية اليمنية. المجلة العربية للتربية، 19 (2)، الكويت، ص 110-126.
- رفيقة، لكحل. (2011). تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، الجزائر.
- روشكا، الكسندرو. (1989). الإبداع العام والخاص. ترجمة غسان عبد العلي أبو فخر، سلسلة عالم المعرفة، 144، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- ريان، محمد إسماعيل. (2006). الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر في محافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.
- الصمادي، رشاد. (2013). تقييم النظام والسلوك الصحي لدى طلاب جامعة اليرموك. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة اليرموك، إربد.
- الطحان، محمد خالد. (1996). مبادئ الصحة النفسية. دار الجلام، دبي.
- عبد الحفيظ، إخلص وباهي، مصطفى حسين. (2000). طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي. المكتبة الجامعية الحديثة، الإسكندرية.
- عبد الحق، عماد وآخرون. (2012). مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح وجامعة القدس. مجلة جامعة النجاح للبحوث (العلوم الإنسانية)، 26 (4)، جامعة النجاح، فلسطين.
- عبد الهادي، نبيل. (2002). مدخل إلى القياس والتقييم التربوي واستخدامه في مجال التدريس الصفي. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- عودة، أحمد وملكاوي، فتحي. (1987). أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية. مكتبة المنار للنشر والتوزيع، الزرقاء.
- فرج، صفوت. (2007). القياس النفسي. ط6، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- الكبيسي، وهيب مجيد. (1989). الأسلوب المعرفي التصلب - المرونة وعلاقته بحل المشكلات. أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الأولى، جامعة بغداد.

- مجيد، سوسن شاكر. (2013). *أسس بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية*. ط1، مركز دبيونو لتعليم التفكير، عمّان.
- محمد، علي رحيم. (2007). *مستوى الوعي الصحي لدى طلاب كلية التربية بجامعة القادسية، مجلة القادسية للآداب والعلوم التربوية، 6 (1-2)، بغداد.*
- ملحم، سامي محمد. (2002). *القياس والتقويم في التربية وعلم النفس*. ط1، دارالمسيرة للنشر والتوزيع، عمّان.
- منظمة الصحة العالمية (2020). *اعتبارات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي أثناء فاشية كوفيد-19*. المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، القاهرة.
- منظمة الصحة العالمية. (2009). *سلامة الأغذية والأمراض المنقولة عن طريق الغذاء*. متاح على الرابط: www.WHO.int/media center
- وزارة الصحة الكويتية. (2020). *إحصائيات فيروس كورونا في الكويت*. متاح على الرابط: <https://www.moh.gov.kw>

ثانياً- المراجع بالإنجليزية

- Aten, D, & Jamie, D. (2020). *Are COVID-19 Patients at Risk for PTSD*. Psychology Today.
- Covey, S. R. (1990). *Principle – Centered Leadership*. New York: Summit Books.
- Fincham, E.J. (2007). *Patient Compliance with Medications: Issues and Opportunities*. Haworth Press, USA.
- Gilsonab, I., Palmerb, N., Schneidera, H. 2005. Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science & Medicine*, 61(6),1418-1429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.062>
- Gonzalez, J. S., Esbitt, S. A., Schneider, H. E., Osborne, P. J., & Kupperman, E. G. (2011). Psychological issues in adults with type 2 diabetes. *In S. Pagoto (Ed.), Psychological co-morbidities of physical illness: A behavioral medicine perspective*, (p. 73–121). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0029-6_2
- Jain MD, Shaili (2020). *Bracing for an Epidemic of PTSD Among COVID-19 Workers*. Psychology Today.
- Lee, Joyce (2020). *Mental health effects of school closures during COVID-19*. The Lancet, and Child & Adolescent Health.
- Moore, Georgie .(2020). *Battling anxiety in the age of COVID-19*. Australian Associated Press.
- Mrazek, P. J. and Mrazek, D. A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse and Neglect*, 11, 357-366.
- Sills, Campbel et al, .(2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Turay Jr, Ismail (2020). *COVID-19: Social distancing may affect one's mental health, experts say*. Dayton Daily News.

- Wicks, Carolyn. (2005). *Resilience: An Integrative Framework for Measurement*. Ph. D. Thesis. Graduate School. Loma Linda University.
- *World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, Switzerland.*