

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

د. / ميرفت أحمد شوقي
مدرس علم النفس الإكلينيكي
كلية الآداب - جامعة القاهرة

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في إدراكهما لمعنى الصحة والمرض. وتحظى الدراسات الفارقة بين الجنسين بأولوية خاصة في ميدان علم نفس الصحة لسببين: أولهما حداثة موضوعات التناول في هذا الميدان البكر، وثانيهما تواتر التوصل في دراساته إلى نتائج تؤكد وجود تباينات جوهرية بين الجنسين في كثير من الظواهر المتصلة بالصحة والمرض. وتكتسب الدراسات الفارقة لمفاهيم الذكور والإناث عن الصحة والمرض أهمية خاصة لما ترمي إلى تحقيقه من مرام نظرية وتطبيقية مهمة.

وقد أجريت الدراسة على مجموعة متاحة قوامها ٣٠٠ مفردة، نصفها من الذكور، والآخر من الإناث المكافئات لهم في العمر والتعليم والحالة الاجتماعية. وطلب من الجميع - في جلسات تطبيق فردية أو جماعية صغيرة العدد - الإجابة كتابة عن ثلاثة أسئلة مفتوحة تدور حول تحديد معنى الصحة وأهم مظاهرها، ومعنى المرض وأهم علاماته، ومصادر معلومات المشاركين عن الصحة والسلوك الصحي.

وأجري تحليل مضمون لإجابات السؤالين الأولين تم بمقتضاه تصنيفها في سبع فئات تصنيفية، وحسبت النسب المئوية لتكرارات الاستجابات في كل فئة منها، ثم اختبرت دلالة الفروق بين النسب لدى الجنسين؛ فأوضحت النتائج وجود تطابق شبه تام بين مدركات الذكور والإناث لمفهوم الصحة/المرض - فمن بين ثمان وعشرين مقارنة زوجية تم إجراؤها بين النسب جاءت ثلاث منها فقط دالة تمثلت في ظهور التعريفات الشاملة الدقيقة للمرض أكثر لدى الذكور، كما وردت لديهم أكثر المظاهر النفسية الاجتماعية للصحة، أما الإناث فقد أوردن علامات بدنية اجتماعية أكثر للمرض. وانتفتت الفروق الدالة بين الجنسين تماماً في تعريفهما للصحة. وكانت مصادر معلومات الجنسين متماثلة وعلى رأسها وسائل الإعلام ثم الأطباء.

وكشفت النتائج في مجملها عن وجود تشوه واضح في إدراك مفهوم الصحة/المرض لدى الجنسين يسوده منظور أحادي البعد له ركيزة بدنية. وقد نوقشت النتائج في ضوء بعض المتغيرات الاجتماعية الثقافية المتميزة بين الجنسين وكذلك من حيث دلالاتها التطبيقية في التعليم الصحي ورسم السياسة الصحية.

إدراك مفهوم الصحة / المرض

دراسة مقارنة بين الجنسين

د. / ميرفت أحمد شوقي

مدرس علم النفس الإكلينيكي

كلية الآداب - جامعة القاهرة

موضوع الدراسة وأهميته :

الدراسة الراهنة هي دراسة وصفية مقارنة تهدف أولاً إلى تقديم صورة تفصيلية للكيفية التي تدرك بها مجموعة متنوعة من الذكور المصريين مفهوم الصحة/المرض، ثم تخطو الدراسة خطوة أبعد تتمثل في اختبار دلالة الفروق بين مدركات هؤلاء الذكور ومدركات مجموعة مكافئة من الإناث لهذا المفهوم.المجرد ذاته^(*).

وتحظى مفاهيم الناس عن الصحة والمرض باهتمام متزايد من قبل الباحثين في علم نفس الصحة لما لها من دلالات مهمة على المستويين النظري والتطبيقي؛ فعلى المستوى النظري، عندما يفصح الناس عن مفاهيمهم عن الصحة والمرض تتكشف مخططاتهم المعرفية المكتسبة من قبل، والتي يستندون إليها في فهم التغيرات التي تطرأ على أجسامهم فيفسرونها بأنها مظاهر للصحة. أو أعراض للمرض (Rodin & Salovey, 1989). والخطورة في هذه المخططات أنها تنشط بطريقة آلية من دون وعي أو قصد من الأفراد، ولكنها توجه إدراكاتهم وتصوراتهم وأحكامهم وقراراتهم الخاصة بأمر صحتهم (Williams, Wasserman, & Lotto, 2003). وعندما يسبر باحثو علم نفس الصحة هذه المدركات من خلال سؤال الناس عن معنى الصحة والمرض؛ فهم إنما يكتشفون ضروب العجز والنقص أو التشوه أو سوء الفهم في هذه المدركات، كما يتعرفون على الفروق فيها بتباين الأفراد من ناحية متغيراتهم الديموجرافية (e.g. Calnan, 1985; Calnan & Johnson, 1985; Calnan & Rutter 1986; Umberson, 1992).

أما على المستوى التطبيقي، فإن توفير هذه القاعدة من المعلومات الواقعية عن مفاهيم الناس الخاصة بالصحة والمرض عموماً، أو أمراض بعينها يشكل خط الأساس الذي تنطلق منه محاولات

(*) تجدر الإشارة إلى أن جميع بيانات الجنسين جرى مترامناً، ولكن نتائج الإناث حلت أولاً ونشرت

مفصلة في تقرير أسبق للباحثة ذاتها (شوقي، ٢٠٠٤)

التدخل لتعديل الإدراكات، ويمكن أن يستفاد بهذه المعلومات بطرائق عدة وفي مستويات متنوعة منها:

١- توجيه مقدمي خدمات الرعاية الصحية إلى ما يحتاجه عملاؤهم من معلومات تسد للفجوات أو تعدل التشوهات الظاهرة في مدركاتهم؛ ومن ثم تسهم في حسن صياغة مواد التعليم والتثقيف الصحي الموجهة إلى هؤلاء العملاء.

٢- تصميم برامج نفسية تعليمية تهدف إلى إحداث تغيير معرفي في الأفكار المشوهة. ويشير كريستنسن وزميله (Christensen, Moran, & Wiebe, 1999) إلى أن هذه البرامج تعد بمثابة إضافة إلى مناهج التعليم الطبي التقليدي، التي تركز على التزويد بالمعلومات فحسب.

٣- المساهمة في توظيف وسائل الإعلام توظيفاً جيداً في مجال الوقاية الصحية الأولية حيث يتمثل هدفها في التوعية والتثقيف الصحي. وتتعاظم أهمية هذا الدور في البلدان النامية بسبب ضعف الإنفاق القومي على خدمات الرعاية الصحية عموماً (Smyke, 1993:2)، ناهيك عن أن برامج الوقاية، حتى في الدول المتقدمة، تحتل المرتبة الثانية في أولويات الإنفاق على الرعاية الصحية بعد المطالب العلاجية للحالات الحادة، بل وعادة ما تكون هي "أول ما يُستغنى عنه في أوقات العجز في الموارد المالية" (Johnson & Millstein, 2003).

٤- وضع الخطط، ورسم السياسات، واتخاذ القرارات والتدابير العلاجية أو الوقائية المناسبة للمشكلات موضع الاهتمام. وقد انتهجت بعض البحوث التطبيقية الحديثة في علم نفس الصحة هذا النهج حيث بدأت أولاً باستكشاف إدراكات عينات الجماهير موضع اهتمامها لمعنى الصحة، وسبر معارفهم ومعتقداتهم الصحية. وقد أجرى بعض هذه البحوث بهدف تحديد المشكلات المرتبطة بسوء صحة جمهور محدد، من هذا القبيل دراسة أجريت على المهاجرين الروس للولايات المتحدة الأمريكية (Benisovich, & King, 2003) أوضحت أن انتشار الأمراض المزمنة بينهم، ونقص مشاركتهم في الممارسات الخاصة بالوقاية الصحية، وعدم سعيهم للحصول على مزيد من المعلومات عن الصحة-ارتبطت جميعها بعدم ثقتهم في المعلومات التي تبثها وسائل الإعلام، علاوة على قصور تصوراتهم للصحة؛ حيث تنصب على صحة الجسم فحسب. وبناء عليه تحدد التدخل اللازم في التوعية بالأبعاد المتعددة للصحة، ومظاهرها المتنوعة، وطرق دعمها، بالإضافة إلى تحسين الرسائل الصحية الموجهة من خلال وسائل الإعلام لتصبح أكثر مصداقية وفاعلية.

لماذا الاهتمام بالفروق بين الجنسين؟

يعد مبحث الفروق بين الجنسين من المباحث الشائكة المثيرة للجدل بين كثير من الباحثين الغربيين، ولهم مواقف متباينة نحو جدوى دراستها؛ فهناك فريق من المعارضين من أمثال

بومستر (Baumeister, 1988) لا يرى مبرراً لدراستها وبحض الباحثين على أن يكفوا عن نشر تقارير عنها بزعم أن أغلب الدراسات الفارقة بين الجنسين تسفر عن فروق ضئيلة الحجم بينهما، أو فروق زائفة ومضللة، أو غير مستقرة عبر الدراسات، كما أنها تبين قصور أفراد نوع بعينه في مقابل أفراد النوع الآخر، ولما تتسق مع التتميط الاجتماعي السائد للجنسين؛ فتؤدي إلى عواقب اجتماعية وسياسية غير محبذة تتصل بالتمييز بين الجنسين. وفي المقابل يوجد فريق آخر من الباحثين يؤيد دراسة الفروق بين الجنسين وتتصدره أليس إيجلي في جامعة بيردو، حيث تنقد بموضوعية جميع هذه المزاعم (Eagly, 1990: 1995) مستندة إلى رصيد ضخم من الخبرة والدراسة في موضوع الفروق بين الجنسين في صور متنوعة من السلوك الاجتماعي، على امتداد عقدين من الزمان. وترى إيجلي (1990) أن نوع الشخص متغير يقسم بأنه قابل للقياس بسهولة وبدرجة عالية من الثبات، كما أنه متغير يدرجه كل الباحثين بصورة روتينية في البيانات التي يجمعونها في كل بحوثهم؛ ومن ثم ترى أنهم مطالبون بعقد مقارنات بين الجنسين في كل بحوثهم، ومطالبون كذلك بنشر نتائج هذه المقارنات في تقاريرهم البحثية حتى يسهموا في حسم الجدل الدائر حول تفسير الفروق بين الجنسين، والتي ترى إيجلي أنها تستحق التفسير أكثر من الفروق الناتجة عن التباين في متغيرات أخرى؛ وذلك لوفرة النظريات الحيوية أو النفسية أو الاجتماعية الخاصة بالجنس والنوع الاجتماعي gender، والتي تفوق بكثير النظريات القائمة حول موضوعات أخرى للدراسة. ومن ناحية ثانية فإن نشر هذه النتائج يعد بمثابة اختبار واقعي لصدق التتميطات الاجتماعية السائدة عن الجنسين، وسكوت الباحثين عن نشر هذه النتائج له مردود سلبي يتمثل في استمرار رسوخ الصور النمطية غير الواقعية ومقاومتها للتغيير.

ومن ناحية أخرى تلفت الباحثتان جانيت هايد، واليزابيث بلانت بجامعة ويسكنسون الأمريكية (Hyde & Plant, 1995) أنظار الباحثين إلى أن أحد الموضوعات المهمة التي ينبغي أن ينشغلوا بها مستقبلاً هو "فرز وتصنيف الفروق الكبيرة بين الجنسين عن الفروق الضئيلة بينهما، وتوجيه عناية خاصة لفهم العمليات التي تتسبب في حدوث الفروق الكبيرة".

وفي ميدان علم نفس الصحة-الذي تنتمي إليه الدراسة الراهنة-توجد دعوة مماثلة تتبناها مارجرين ستيسي الإنجليزية وزميلاتها فيرجينيا أوليسين الأمريكية (Stacy & Olesen, 1993) إذ تحثان الباحثين على ضرورة إدراج الفروق بين الجنسين ضمن الموضوعات ذات الأولوية بالدراسة في سياق الصحة والمرض والرعاية الصحية والعلاج.

والمطلع على دراسات علم نفس الصحة يدرك أن الفروق بين الجنسين قائمة بالفعل في ظواهر شتى تشمل تقدير أهمية الصحة وقيمتها (see, Rodin & Salovey, 1989)، والتقييمات الذاتية للصحة (e.g. Saltonstall, 1993; Uden & Elofsson, 2001)، وسلوكيات صون الصحة والوقاية من الأمراض (e.g. Leigh & Fries, 1992; Lonquist, Weiss, & Larsen,

(1992; Saltonstall, 1993; Taylor, Bagozzi, & Gaither, 2001) ومعدلات الإصابة بالأمراض المتنوعة (through Mendias, Clark, & Guevara, 2001)، وتكرار الإصابة ببعض الأمراض ومدة المرض (e.g. Celantano, Linet, & Stewart, 1990)، وتقدير شدة الألم المصاحب لبعض الأمراض (e.g. Macintyre, 1993)، وسرعة اللجوء إلى مقدمي خدمات الرعاية الصحية، وعدد مرات التردد عليهم (through Macintyre, 1993)، وغير ذلك كثير. والأغرب من هذا ما تبين من أن التشخيصات التي يشخص بها الأطباء الحالات المتماثلة من أفراد الجنسين، وكذلك العلاجات التي يصفونها لهذه الحالات تتباين هي الأخرى بحسب كون المريض ذكراً أم أنثى (through Stacy & Olesen, 1993).

وقد اضطلعت الدراسة الراهنة باكتشاف الفروق بين الجنسين في مندرجاتهما للصحة والمرض لأن موضوع إدراك المفاهيم من الموضوعات الجديرة بالدراسة وباستكشاف الفروق بين الجنسين فيها؛ نظراً لأن الإدراك بوصفه عملية نفسية يتشكل في ضوء الخبرات المكتسبة والتي تتباين بتباين الأفراد في متغيرات كثيرة من بينها نوع الشخص وما يتحده من ألوان من الخبرات قد تختلف فتؤثر في كيفية فهم الناس لظواهر العالم وتفسيرها؛ وخطورة الإدراك والمفاهيم أنها غالباً ما تحدد ما يعرفه المرء، وما يعتقده، وما يفعله" مثلما تنص هارلوك Hurlock (عظيمة، ٢٠٠٣: ٢). ومن ثم فإن أية محاولات تهدف إلى تعديل أو تغيير معتقدات الأشخاص أو سلوكهم يجب أن تبدأ بتعرف مندرجاتهم ومفاهيمهم التي تشكل خط الأساس لأي تدخل وقائي بحيث يمكن أن يصاغ التدخل بصور متعددة بحسب احتياجات الجمهور الذي توجه إليه الخدمة.

مفهوم الصحة/المرض:

يشير مفهوم الصحة/المرض كما عرفه عالم الاجتماع الطبي آرون أنطونوفسكي عام ١٩٨٧ (Sarafino, 2002: 5) إلى متصل يمتد بين طرفين: طرف أيمن موجب يمثل تمام الصحة والعافية، وطرف أيسر سالب هو الموت. وتمثل نقطة الوسط على هذا المتصل حالة محايدة بين الصحة والمرض. وتتحدد حالة الفرد الصحية بحسب موقعه من هذه النقطة، فكلما تقدم منها نحو اليمين كان نصيبه أوفر من مظاهر الصحة والأساليب الصحية في الحياة. أما المواقع الموجودة إلى يسار نقطة الوسط فتدل على زيادة الأعراض المرضية وضروب العجز التي تتدرج شدتها من البسيطة إلى الشديدة.

وأهم الدلالات التي ينطوي عليها هذا التصور للمفهوم أن الصحة ليست ظاهرة منفصلة عن المرض بل هما ظاهرتان متداخلتان، وحدث إحداها لا يعني انقضاء حدوث الأخرى؛ فقد أثبت كثير من النتائج البحثية التي تراكمت في الأونة الحديثة في دراسات المسنين بصفة خاصة (see Stanton & Gallant, 1995; Bryant, Corbett, & Kutner, 2001) أن الوجود،

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

والعجز عن الحركة، وضعف الحواس، والتدهور في وظائف أخرى نتيجة للتقدم في العمر - جميعها لم يمنع كثيرين من المسنين من تقدير صحتهم ذاتياً بأنها على ما يرام، ما داموا يرون أنهم قادرين على ممارسة نشاطاتهم اليومية، والاستمتاع بالحياة بالقدر الذي تسمح به هذه الإمكانيات المحدودة.

ومفهوم الصحة ليس مفهوماً بسيطاً أحادي البعد؛ فالصحة ظاهرة مركبة تتضمن محددات ومظاهر ونواتج شديدة التنوع. ولم يعد المتخصصون في الصحة يتكلمون عن صحة واحدة بل يشيرون إلى ألوان من الصحة: بدنية، ونفسية، واجتماعية، ومهنية، وروحانية spiritual، وبيئية. وتتباين الصيغة النهائية لهذا المفهوم المركب للصحة بتباين الأفراد ومرحلهم العمرية (Stanton & Gallant, 1995; Buetew & Kerse, 2001).

وأكثر تعريفات الصحة قبولاً بين الباحثين في علم نفس الصحة حالياً هو التعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية منذ فترة مبكرة تردت إلى وقت إنشائها عام ١٩٤٨: وينص هذا التعريف على أن: "الصحة هي حالة متكاملة من السلامة البدنية، والنفسية، والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو انتفاء العجز" (10: Stanton, Sallis, & Petterson, 1993). وأضافت المنظمة نفسها بعد ذلك في منشورها رقم (٢٨) أن الحاجات الصحية ينبغي أن تتضمن علاوة على ما سبق المكون الروحاني والذي يختص بالمعنى الرمزي للطقوس الدينية وتأثيرها على الصحة (Shih, Gau, Mao, Chen, & Kao-Lo, 2001).

وكان لتبني هذا التعريف أثره في تغيير أنماط الرعاية الصحية وتشعبها في مسارات عديدة بدلاً من انحصارها في مجرد علاج الأمراض والوقاية منها، فتحسين الصحة أصبح مرتبطاً بتحسين جودة الحياة عن طريق استثمار كل الإمكانيات البدنية والانفعالية والاجتماعية المتاحة إلى أقصى حد (Jeffrey, 2003)، وتحقيق التوازن والتكامل فيما بينها (Taylor, 1999: 496; Buetew & Kerse, 2001).

ومفهوم المرض كذلك ليس مفهوماً بسيطاً بل إنه يتضمن ثلاثة معانٍ حددها دي ماتيو، ودي نيكولا (Di Matteo & Di Nicola, 1982: 113) فيما يأتي:

المعنى الأول- معني جسمي خالص يتمثل في إصابة الأنسجة أو في وجود خلل له مسبب حيوي (بيولوجي).

المعنى الثاني- معني نفسي يشير إلى السلوك الفعلي الذي يصدر عن شخص مصاب بمرض محدد. ويتمثل هذا السلوك في الشعور بالألم والتعب أو الشعور بالكرب والاكتئاب وغيرها.

المعنى الثالث- معني اجتماعي يتضمن عجز الشخص عن أداء أدواره التي اعتاد ممارستها في حياته اليومية.

ومن ثم فإن المرض يؤثر في الشخص في مستويات ثلاثة: مستوى بدني (وجود الخلل

الحيوي)، ومستوى نفسي (إدراك الشخص لتغير سلوكه من جراء ذلك)، وأخيراً مستوى اجتماعي (إعاقة الشخص عن ممارسة أدواره).

التعريفات الإجرائية لمكونات مفهوم الصحة/المرض:

حددت منظمة الصحة العالمية إجرائياً المكونين البدني والنفسي للصحة، ولكنها لم تحدد المقصود بالمكون الاجتماعي تحديداً واضحاً من البداية؛ ولذا تعددت تعريفاته بتعدد الباحثين وتباينهم (Kaplan et al., 1993:10). وفي ضوء الجهود التي بذلتها هذه المنظمة والباحثون من بعد، يمكن تعريف المكونات الثلاثة لمفهوم الصحة إجرائياً، مع ملاحظة أن مكونات المرض ستكون هي ذاتها مكونات الصحة مع فارق واحد يتمثل في إشتغالها على متضمنات مضادة للورادة في كل مكون من مكونات الصحة. وتجنباً للتكرار فسيكتفي بعرض مكونات الصحة ومشتملاتها، بينما تمثل مشتملات المرض عكس المعروض في هذا الجزء.

وتعرف المكونات الثلاثة لمفهوم الصحة إجرائياً على النحو الآتي:

المكون البدني: يتمثل في سلامة أعضاء الجسم، وأداء أجهزته لوظائفها الحيوية دون خلل.

المكون النفسي: يشير إلى الأفكار والمشاعر والاستعدادات النفسية والاتجاهات التي تؤدي إلى دعم الصحة من قبيل السعادة، والرضا، والتفاؤل، والصلابة النفسية، وأساليب التغلب على مثيرات المشقة.

المكون الاجتماعي: ويشمل المتغيرات الاجتماعية التي تؤثر في أداء الشخص لأدواره الاجتماعية والمسئوليات التي تفرضها هذه الأدوار، من دون إعاقة خارجية، وبحيث يكون الشخص "عضواً منتجاً في المجتمع" (Kaplan et al., 1993:10). ومن أهم هذه المتغيرات المساندة الاجتماعية، والعلاقات الطيبة بالآخرين التي تقوم على التعاون والمشاركة في النشاطات الاجتماعية والإيثار، والمكانة الاجتماعية للفرد. كما يشمل هذا المكون أيضاً مدى صلاح الأحوال الاقتصادية والسياسية للمجتمع (القضاء على الفقر وسيادة العدالة الاجتماعية)، ومدى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، ومدى جودة الخدمات المقدمة لهم.

ويندرج ضمن هذا المكون أيضاً بعض القيم الخلقية وبعض الجوانب الروحانية المتمثلة في القيم والمعتقدات والممارسات الدينية، والتي تسهم في ضبط سلوكيات الناس، وتحول دون اقترافهم لردائل تضر بصحتهم الجسمية أو النفسية أو علاقاتهم بالآخرين، وتحث على التمسك بمبدأ الاعتدال في السلوكيات المرتبطة بالصحة البدنية، من قبيل سلوكيات الطعام والنوم وممارسة الرياضة وغيرها، كما تحافظ على العلاقات الطيبة بالآخرين (Shih, Gouh, Móa, Chen, & Kao Lo, 2001)، وكذلك على الصحة النفسية (Tsuang, Williams, Simpson, & Lynos, 2002). وتنعكس هذه القيم في مظاهر سلوكية

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

عديدة من أهمها الإيمان، والتعب، والصلاة، والأمل، والبحث عن السلام الداخلي، وشكر الله والناس (Shirahama & Inoue, 2001).

الدراسات السابقة :

ظهر على امتداد السنوات الاثنتي عشرة الماضية عدد لا بأس به من الدراسات التي اهتمت باستكشاف المفاهيم السائدة في أذهان بعض المرضى عن أمراضهم أو عن اضطرابات بذاتها (e.g. Macintyre, 1993; Chen, Schilling, & Lyder, 2001; Cooper, Booth, & Gill, 2003). هذا بينما ركزت دراسات أخرى في المقابل على استجلاء تصورات الناس عن الصحة ومظاهرها (e.g. Saltonstall, 1993; Bryant, Corbett, & Kutner, 2001; Benisovich & King, 2003; Concha et al., 2003)، وجمع بعضها بين مفهومي الصحة والمرض كمفهومين مجردين غير مرتبطين بحالة المستجيب الصحية (مثل ذلك شوقي، ٢٠٠٤). وسيقتصر في السياق الحالي على عرض الدراسات من الفئتين الثانية والثالثة، وخصوصاً ما عني منها بالمقارنة بين الجنسين. وهذه لم تزد عن دراستين اثنتين فقط، واهتمتا بمفهوم الصحة دون مقابلها الآخر المرض.

والدراسة الأولى هي دراسة رائدة أجراها رولين سالتونستال (Saltonstall, 1993) بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا، قارن فيها بين الذكور والإناث في مفاهيمهما عن الصحة، وفي ممارساتهما الصحية في الحياة اليومية. والشق الأول من هذه المقارنة هو نقطة الاهتمام في هذا العرض. وقد أجريت الدراسة على اثنتي عشرة سيدة من الأمريكيات بيضاوات البشرة، وتسعة من الذكور. وتتراوح أعمار المجموعة بين ٣٥ و ٥٥ عاماً، وجميعها من أبناء الطبقة المتوسطة، ممن لهم شركاء حياة ولكنهم غير منجبين لأبناء. وتم تجميع بيانات الدراسة في موقف استبار غير مقنن تتضمن أسئلة مفتوحة النهايات تتطلب من الشخص أن يحكم على حالته الصحية من حيث كونه يتمتع بالصحة أم لا، ويحدد المظاهر التي يستند إليها في حكمه على صحته هو شخصياً، وعلى صحة شخص آخر بأنها جيدة. وأجري تحليل مضمون الإجابات عن هذه الأسئلة باستخدام طريقة النظرية الموثقة (الواقعية)^(*) grounded theory. وفيما يخص الفروق بين الجنسين توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج المهمة نوردتها فيما يأتي:

(*) استندت الباحثة في ترجمة هذا المصطلح إلى موسوعة علم الاجتماع (مارشال، ٢٠٠١: ١٥١٧) ويشير إلى نظرية تبنى عبر الاستقراء: حيث يتم تطوير أفكار نظرية من ملاحظة البيانات ذاتها عن طريق الملاحظة المباشرة للعالم، وذلك في مقابل النظرية المجردة (الصورية) التي تبنى من خلال اشتقاق الفروض بطريقة منطقية، ثم تختبر بعد ذلك في ضوء المشاهدة. ويعد هذا المنحى أحد المناهج العلمية القليلة في البحث الكيفي، إلى جانب الاستقراء التحليلي.

- ١- تشابهت أفكار الذكور والإناث عن المكونات التي تشكل دعائم الصحة، والتي شملت غالبية المظاهر التي تميز بني البشر عن بقية الكائنات الأخرى، وتتضمن مظاهر بدنية وشعورية وانفعالية وروحانية واجتماعية (تتصل بالأسرة والعمل ومستوى الدخل).
- ٢- وردت فكرة الصحة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بفكرة الرضا بالحال well-being، حيث قناعة الفرد بما يمتلكه من إمكانيات وقدرات مهما قلت ما دامت تكفل له القيام بواجباته وأداء مهامه من دون عرقلة أو اعتماد على الآخرين. وبهذا كانت المعارف المجردة عن الصحة وعن إدراك الفرد لأنه يتمتع بصحة جيدة متوحدة مع الجوانب الإيجابية للوجود في هذا العالم، وكان لها رسوخها في الخبرة الحياتية المعاشة.
- ٣- قدم بعض أفراد الجنسين تعريفات للصحة استوعبت مظاهر شتى إلى حد أنها من فرط اتساعها أوشكت أن تفقد معناها وتكون جامعة غير مانعة. وقد رأى سالتونستال في هذا الاتساع دليلاً على أن الرجال والنساء في الأونة الحالية أصبحوا يدركون الصحة على أنها مرادفة لحالة أو حال من أحوال الحياة ذاتها.
- ٤- عرف كثير من الذكور والإناث الصحة تعريفات عامة بوصفها "حالة أو حال من حالات أو أحوال الوجود والكيفية"، وكثيراً ما ربطوا هذه الحالة بالقدرة أو إمكانية الأداء capacity، والأداء الفعلي performance، والوظيفة function، فيعرف أحد الذكور الصحة بأنها: "قد تشمل السلامة البدنية والنفسية والانفعالية"، وتعرفها إحدى الإناث بأنها تعني: "أن تكون متزناً ومعتدلاً في الأشياء التي تفعلها".
- ٥- وردت إشارات إلى الجسم في تعريفات الصحة لدى الذكور والإناث بلا استثناء. وكانت بعض هذه الإشارات صريحة كقول إحدى المبحوثات إن الصحة هي: "...عندما أتمتع بلياقة بدنية، وأشعر بالحوية، ويكون لون وجنتي طبيعياً"، وقول أحد الذكور: "أنا بصحة جيدة لأنني لائق بدنياً، ولست بدنياً،... ولدي تناسق عضلي لا بأس به...". هذا بينما وردت إشارات ضمنية في تعريفات أخرى من قبيل قول أحد الذكور: "...أقل ما في الأمر أنني أكون قادراً على العمل طوال اليوم، وأنجز كل ما ينبغي علي عمله من دون أن أشعر بأني متقل جسدياً أو نفسياً".
- ٦- تضور كل من الذكور والإناث التمتع بحالة صحية جيدة على أنه شعور متذبذب في طبيعته، والصحة ليست إلا حالة مؤقتة وعملية تتصل بالجسم الحي، وأنها من صنع شخص عاقل يوجه أفعاله إلى جسمه بصورة مقصودة بوصف هذا الجسم يشكل الأساس الحيوي (البيولوجي) لحياة الإنسان، وكل ما يفعله الشخص بجسمه يؤدي إلى حالات متنوعة من الصحة. وفي هذا الصدد ذكر أفراد الجنسين طرقاً للحفاظ على الصحة موجهة كلها إلى الجسم مثل تجنب التدخين والإقلاع عن تعاطي الكحوليات، وأخذ قسط كاف من النوم، وممارسة الرياضة.

٧- أدرك أفراد الجنسين كلاً من الجسم والذات (النفس) على أنهما متكاملان وغير منفصلين فلا يمكن لأحدهما أن يوجد أو يكتمل بدون الآخر، وكلاهما يشكل جزءاً من كل هو "الكائن الحي"، والعلاقة بينهما علاقة اعتماد متبادل؛ فحالة أحدهما تؤثر في حالة الآخر. وأطلق سالتونستال على هذه العملية مصطلح "عملية الذات-الجسم" "the self-soma process" والتي تفصح عن نوعين متفاعلين من الذات: "الذات البدنية" the bodied self، و"الذات العاقلة" the minded self. وتستخلص هذه العملية من عبارات المشاركين، إذ يقول أحدهم:

إنني أعلم أن صحتي جيدة من خلال الحالة التي أشعر بها... فعندما أتناول طعاماً فاسداً... أشعر أنني كشخص أصبحت فاسداً". وتذكر إحدى الإناث في وصفها للمتعة بالصحة: "مرو في الحقيقة شعور يتعلق بالجسم، ولكنه أيضاً يتعلق بعقلي، فبوسعي أن أدير العالم إذا كان جسماً سليماً".

٨- وبخصوص السؤال الذي وجهه لأفراد العينة عن المظاهر التي تبدو على الآخرين ويعتبرونها مظاهر للصحة، فقد اعتمد كل من الذكور والإناث على مؤشرات بدنية أهمها لون البشرة حيث يكون وردياً وليس شاحباً، وكذلك احتفاظ الجسم بلياقته وشكله وطريقته المعتادة في الحركة. وإذا كانت جميع هذه المقارنات تؤكد تماثل الجنسين في تصوراتهما للصحة ومظاهرها، فقد تبين وجود فروق بينهما ظهرت جلية في بعض المواضع ودقيقة في مواضع أخرى. وكان من أهم الفروق الواضحة بين الذكور والإناث أن تعريفات الإناث للصحة وردت فيها إشارات عارضة كثيرة إلى الأصدقاء أو الأسرة بينما كانت هذه الإشارات نادرة في تعريفات الذكور؛ فتصف إحدى الإناث على سبيل المثال الأشخاص المتمتعين بتمام صحتهم "بأنهم أشخاص يملكون العافية، ويعتنون بأنفسهم، ويهتمون بشئون أسرهم وأصدقائهم".

أما الفروق الدقيقة بين الجنسين فقد ظهرت في الأوصاف التي قدموها للعلاقة التفاعلية بين الذات والجسم؛ إذ أشار الذكور كثيراً إلى أن الصحة تتطوي على "المحافظة على" أو "التحكم في" وكذلك "سيطرة العقل على جسم المرء"، وتصور الذكور أنفسهم على أنهم يمتلكون "القدرة على التحكم" في أجسامهم فيقول أحدهم: "تمكّنك من السيطرة على صحتك... هو مفتاح التحكم في شعورك العام بالرضا". وتحدث الذكور عن أجسامهم على أنها من ممتلكاتهم الخاصة، بينما لم تستخدم الإناث في عموهن تعبيرات الملكية بل أشرن إلى أجسامهن كما لو أن لها وجوداً في ذاتها؛ فتقول إحداهن: "في كثير من المرات أجبرني أواصل الأكل حتى وأنا أعلم أن هذا ليس قسرياً صالحي... لأن الأمر يبدو وكأن جسمي يريد هذه الأشياء في ذلك التوقيت...".

وكشفت الدراسة بالإضافة إلى هذا أن التباين الواضح بين الذكور والإناث في تصوراتهما المجردة للصحة تلاشى عندما انتقل الباحث إلى مقارنة الممارسات الصحية للجنسين في الحياة اليومية، ولكن لا محل لسرد هذه النتائج في السياق الحالي.

وثمة دراسة أخرى الدراسة الثانية فقد أجرتها ليوسيندا براينت بمشاركة زميلتين لها (Bryant, Corbett, & Kutner, 2001) بجامعة كلورادو بالولايات المتحدة الأمريكية، على عينة صغيرة من كبار السن من الجنسين قوامها ٢٢ فرداً من المدرجين في برنامج للرعاية الأساسية. وتمثل الهدف الرئيس للدراسة في وصف نموذج للمسنين يمكنهم من الحياة بطريقة صحية.

وقد أجريت مع هؤلاء المسنين مقابلات شبه مقننة تضمنت أسئلة مفتوحة النهايات، تشمل من بين ما تشمله استيضاح معنى الصحة، والرضا بالحال، ومظاهرها من وجهة نظر هؤلاء المسنين المتباينين في تقديراتهم الذاتية لصحتهم. وتم تسجيل المقابلات واستنسخت وحللت بالحاسوب باستخدام برنامج يختص بطريقة النظرية الموثقة؛ فأظهرت النتائج أن هؤلاء المسنين لم يصفوا الصحة بأنها الخلو من المرض أو العجز، كما أنهم لم يعرفوها بشكل مجرد ومثالي، ولكن كما يخبرونها في حياتهم اليومية؛ ولذا فقد رأوا أن الصحة تعني الاحتفاظ بصلات طيبة بالأهل والأصدقاء، وعمل شيء مفيد؛ فالشخص الصحيح السليم هو القادر على التفاعل والتعامل الإيجابي مع ما يستجد من أمور في حياته اليومية، بغض النظر عن الآلام أو الأمراض أو العجز - فهذه الأمور ينبغي ألا تعوق المرء عن الاندماج في الحياة بفاعلية. ووجد أن غالبية التعريفات والأوصاف التي قدمها المسنون للصحة ومظاهرها انطوت على أبعاد نفسية واجتماعية تتجاوز حالتهم الإكلينيكية الراهنة، وأنهم عندما يذكرون في تعبيراتهم كلمتي الحركة والعمل فإنهم لا يعنون القيام بنشاط بدني؛ فيقول أحدهم على سبيل المثال: "هل تعرف أنني حاولت، حتى بعدما أنهيت تعليمي، أن أحافظ على وجود تنبيه عقلي معين في حياتي من خلال القراءة أو المشاركة في أشياء تمنحني قدراً من النشاط العقلي".

وبرغم أن هذه الدراسة احتوت على أفراد من الجنسين فإن الباحثات اللاتي أجرينها اكتفين فقط باستخلاص ما يشكل دعائم نموذج للإعمار الصحي من أقوال مبحوثين سواء أكانوا ذكوراً أم إناثاً، ولكنهن لم يفسحن للمقارنات بين الجنسين مكاناً في تقريرهن، وربما أن التشابه كان كبيراً بين استجابات الجنسين في هذه العينة من المسنين.

مبررات إجراء الدراسة في ضوء ما استخلص من الدراسات السابقة:

برغم ثراء النتائج التي توصلت إليها الدراستان المعروضتان، وإثباتهما كفاءة المناهج الفينومولوجية (الظاهريّة) في الإحاطة بجوانب مفهوم الصحة كما يدركها الأفراد ويعايشونها في حياتهم اليومية، فإن هذا الموضوع لا يزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات تجرى حوله لمبررات عدة من أهمها ما يأتي:

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

١. ضآالة حجم عينات الدراسة، والذي لم يتجاوز في أعلى حالاته ٢٢ مفردة؛ مما يعوق القدرة على تعميم نتائج هذه الدراسات.
 ٢. تجانس عينات هذه الدراسات في كثير من المتغيرات الديموجرافية من قبيل الحالة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية والعمر أحياناً؛ مما يحول دون تعميم النتائج على قطاع عريض.
 ٣. اقتصار الدراسات على أسلوب المقابلة في جمع بياناتها، مع اختلاف مستوى تقنيها، وبرغم ثراء النتائج المتحصلة من أسلوب المقابلة، فإن اختيارها كأسلوب أوحد للبحث، علاوة على انخفاض حجم التمويل المتاح لبعض البحوث-كما صرح سالتونستال (1993)- كانا من دواعي دراسة عينات صغيرة الحجم؛ وأفضيا بالتالي إلى عجز عن التعميم.
 ٤. كثير من الدراسات التي قصدت استكشاف مفاهيم الناس عن الصحة أجريت بغرض تحديد الاحتياجات الصحية لقطاعات من المستفيدين من خدمات صحية معينة (e.g., Mendias, Clark, & Guevara, 2001) من أجل تحقيق أهداف عملية محدودة تتصل بتحسين هذه الخدمات، وليس بهدف رسم سياسات صحية عامة أو على الأقل ترشيد التعليم الصحي والثقافة الصحية.
 ٥. ندرة للدراسات التي اهتمت بشكل صريح باستكشاف كيفية إدراك الباحثين لمفهوم المرض إلى جانب مفهوم الصحة برغم ما له من دلالات وقائية مهمة.
 ٦. وأخيراً، إجراء معظم الدراسات على الإناث وندرة الدراسات التي تناولت الجنسين بالمقارنة المستقبضة.
 ٧. خلو الساحة العلمية من هذه الدراسات على المستوى المحلي برغم أولوية دراستها في البلدان النامية التي يعاني كثير من مواطنيها أزمة صحية تجعلهم في حاجة ماسة إلى التنقيف الصحي الشامل المؤسس على بيانات واقعية محلية.
- وفي ضوء هذه الاعتبارات، تبرز الحاجة إلى إجراء دراسة وصفية لكيفية إدراك مفهوم الصحة/المرض، تُجرى باستخدام أداة يسهل تطبيقها على عينات أكبر حجماً، تضم شرائح متنوعة من الجمهور العام، في سياق الحياة اليومية خارج مواقع تقديم الخدمات الصحية، وتهدف إلى المقارنة بين مدركات الجنسين. والدراسة الراهنة هي محاولة نحو سد هذا النقص. مشكلات الدراسة:

تهدف الدراسة الراهنة للإجابة عن سؤالين رئيسيين هما:

- ١- كيف يدرك الذكور مفهوم الصحة/المرض؟
 - ٢- هل توجد فروق جوهرية بين مدركات الذكور والإناث لمفهوم الصحة/المرض؟
- وينبثق من السؤال الأول أربعة أسئلة فرعية هي:

- ١/أ- كيف تدرك مجموعة الذكور في الدراسة الراهنة معنى الصحة؟
١/ب- ما هي المظاهر الدالة على الصحة من منظور المشاركين، وأيها أكثر تكراراً؟
١/ج- كيف تدرك مجموعة الذكور في الدراسة الراهنة معنى المرض؟
١/د- ما هي العلامات الدالة على المرض من منظور المشاركين، وأيها أكثر تكراراً؟
وينبثق من السؤال الثاني أربعة أسئلة فرعية تتمثل فيما يأتي:
- ٢/أ- هل توجد فروق جوهرية بين مدركات الذكور والإناث لمعنى الصحة؟
٢/ب- هل توجد فروق جوهرية بين مدركات الذكور والإناث لمظاهر الصحة؟
٢/ج- هل توجد فروق جوهرية بين مدركات الذكور والإناث لمعنى المرض؟
٢/د- هل توجد فروق جوهرية بين مدركات الذكور والإناث لعلامات المرض؟

فروض الدراسة :

نظراً لأن الأسئلة المنبثقة من السؤال الرئيس الأول ذات طبيعة استكشافية؛ فلن نقدم فروض بشأنها. أما الأسئلة الأربعة المنبثقة من السؤال الثاني فيفترض في المرحلة الراهنة من البحث إجابتها جميعاً بالإيجاب، بمعنى التنبؤ بوجود فروق ذات دلالة بين مجموعتي الذكور والإناث موضع الدراسة في إدراكهما لكل من معنى الصحة، ومظاهرها، ومعنى المرض، وعلاماته، ولكن من دون تحديد لوجهة الفروق المتنبأ بها؛ نظراً لتعدد مكونات مفهوم الصحة/المرض -كما تحدد في تعريفه الإجرائي، وكذلك للافتقار إلى دراسات محلية سابقة في موضوع الدراسة الراهنة يمكن الاسترشاد بنتائجها في صوغ فروض موجهة.

الإجراءات المنهجية :

المشاركون:

أجريت الدراسة الراهنة على مجموعة متاحة من المصريين قوامها ٣٠٠ مفردة نصفها من الذكور والنصف الآخر من الإناث المكافئات لهم في العمر والتعليم والحالة الاجتماعية. ويعرض جدول (١) وصفاً مفصلاً لأعمار المشاركين من الجنسين والتكرارات والنسب المئوية التي يتوزعون بها عبر الفئات التصنيفية لمستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، مضافاً إلى ذلك قيم ودلالة النسب الحرجة المحسوبة بين توزيعي الذكور والإناث عبر هذه الفئات التصنيفية؛ وذلك للتحقق من تكافؤ مجموعتي المقارنة.

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

جدول (١) المقارنة بين مجموعتي الذكور والإناث في متغيرات العمر والتعليم والحالة الاجتماعية والمهنية.

المتغير	ذكور (ن=١٥٠)	إناث (ن=١٥٠)	نتيجة المقارنة
العمر بالسنوات:			قيمة ت
المدى	١٥-٧٦	١٧-٦٧	
الوسط الحسابي	٣٤,٥	٣٣	
الانحراف المعياري	١٤,٣	١٢	٠,٩٨
التعليم	ك	ك	النسبة المئوية للدرجة
غير متعلم	٤	٣	٩
تعليم أساسي	١٩	١٣	١٧
متوسط وفوقه	٦٣	٤٢	٣٩
جامعي	٥٦	٤٢	٢٩
بعد جامعي	٨	٥	٦
الحالة الاجتماعية	ك	ك	النسبة المئوية للدرجة
غير متزوجين	٧٠	٤٧	٤٢
متزوجون	٨٠	٥٣	٥٨

* محسوبة من بيانات ١٤٩ مشاركاً فقط بعد استبعاد مشارك واحد لم يورد هذا البيان.

** جميع النسب المئوية الواردة مقربة إلى أقرب رقم صحيح.

*** هذه النسب المئوية محسوبة من بيانات ١٤٦ مشاركة فقط لوجود أربع حالات غير مبينة.
دالة فيما وراء ٠,٠٥.

ويتضح من جدول (١) تكافؤ مجموعتي الذكور والإناث في العمر، والتعليم باستثناء أن مجموعة الإناث تشتمل على نسبة أكبر من الأميات^(٢). وتتكافأ المجموعتان كذلك في الحالة

(٢) سيتضح عند عرض نتائج الدراسة ثلاثي هذا الفرق بسبب استبعاد بعض المبحوثات الأميات لعدم تقديمهن استجابات محددة (انظر ملحق الدراسة رقم ١ و ٢).

** تتوجه الباحثة بعظيم امتنانها إلى الزميلات الفضليات اللاتي ساعدنها في تجميع بيانات الدراسة، وتخص بالذكر منهن د.نبوية شاهين، د.عبير أنور، د.مي إدريس، أ.زينب حنين (رحمهما الله).

الاجتماعية للمشاركين والمشاركات، وكلتاها تضم نسبة من المتزوجين أكبر قليلاً من غير المتزوجين.

أداة الدراسة:

تمثلت أداة الدراسة الراهنة في استبانة رأي من تصميم الباحثة، تبدأ بعدد من البيانات الديموجرافية الأولية، يليها عدد من الأسئلة مفتوحة النهايات، تدور حول مفهوم الصحة ومظاهرها، ومفهوم المرض وعلاماته، وأسباب الإصابة بالأمراض، والعادات السلوكية التي يمارسها الفرد للحفاظ على صحته، وأهم المصادر التي يستمد منها معلوماته عن الصحة والسلوك الصحي. وتتصر الأسئلة موضع الاهتمام في التقرير الراهن على ما يأتي:

١- ماذا تعني الصحة؟ وما أهم مظاهرها؟

٢- ماذا يعني المرض؟ وما أهم علاماته؟

٣- ما هي أهم المصادر التي تعتمد عليها في معلوماتك عن الصحة والسلوك الصحي؟

ويترك عقب كل سؤال من هذه الأسئلة ثلاثة سطور خالية لتدوين الإجابات.

موقف التطبيق:

كانت استبانة الرأي تطبق على المشارك بعد أخذ موافقته على التطوع في البحث الذي يقدم على أنه يجرى بهدف استطلاع رأي عينة من المصريين في بعض الأمور المتصلة بالصحة والمرض.

والمشاركون المتعلمون يقومون بأنفسهم بتدوين إجاباتهم في الأماكن المخصصة لها، ويعمل كل منهم منفرداً، حتى وإن شملت جلسة التطبيق أكثر من فرد، بما لا يتجاوز عشرة أفراد. أما في حالة المشاركين الأميين أو من يعانون مشكلات في الإبصار فكانت الأسئلة تتلى عليهم في موقف استبار فردي، وتدون إجاباتهم على الفور، وينصر عباراتهم. ويستغرق موقف التطبيق نحو نصف الساعة. واستمرت مرحلة تجميع البيانات نحو شهرين**.

منهج البحث :

المنهج المستخدم في الدراسة الحالية منهج وصفي كمي مقارنة يستند إلى أسلوب تحليل المضمون لتحديد فئات المفاهيم القائمة في أذهان المشاركين للصحة والمرض، والمظاهر أو العلامات الخاصة بهما، ثم رصد التكرار الذي تشعب به كل فئة من هذه الفئات لدى الذكور ومقارنتها بمثلتها لدى الإناث، للكشف عما عساه أن يوجد من فروق في مدركات الجنسين لمفهوم الصحة / المرض.

إجراءات تحليل المضمون:

أجري تحليل مضمون الإجابات التي قدمتها مجموعة الذكور للأسئلة الفرعية الأربعة المنبثقة

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

من المشكلة الأولى في الدراسة، والتي تختص بتحديد معنى الصحة، وأهم مظاهرها، ومعنى المرض، وأهم علاماته، كل على حدة. وتمثلت وحدة التحليل في الفقرة التي يكتبها المشارك في الإجابة عن كل سؤال (عويس، ١٩٩٧: ٣٥٦). وكانت هناك تسع فئات للتصنيف تحمل كل منها رمزاً رقمياً محدداً: اثنتان تختصان بعدم تقديم إجابة (صفر)، أو تقديم إجابة غير مناسبة (١)، وثلاث فئات تتضمن كل منها مكوناً واحداً فقط من مكونات الصحة (أو المرض) كما تحددت في التعريف الإجرائي: مكون بدني (٢) أو نفسي (٣) أو اجتماعي (٤)، وثلاث فئات أخرى ثنائية المكون: بدني ونفسي (٥)، أو بدني واجتماعي (٦)، أو نفسي واجتماعي (٧)، وأخيراً فئة للتعريفات الشاملة التي تضم المكونات الثلاثة معاً (٨).
ثبات التصنيف:

للتحقق من استقرار تصنيف الإجابات في فئات التصنيف ذاتها عبر الزمن، سحبت الباحثة عينة عشوائية من الإجابات الخاصة بكل سؤال من الأسئلة الأربعة على حدة بلغ قوامها في كل مرة ٣٠٠ استجابة، ثم قامت بإعادة تحليل مضمون هذه الإجابات بعد مرور شهر من التحليل الأول، وذلك لحساب نسب الاتفاق بين نتائج التحليلين؛ فأفضت هذه الخطوة إلى النتائج المعروضة في جدول (٢).

جدول (٢) النسب المئوية للاتفاق في التصنيف بين الباحثة ونفسها بعد مرور شهر

موضوع السؤال	عدد الاستجابات موضع التحليل	عدد الفئات المصنفة في ذات الفئة عبر مرتي التحليل	النسبة المئوية للاتفاق
معنى الصحة	٣٠	٢٩	٪٩٦,٧
معنى المرض	٢٤	٢٢	٪٩١,٧
مظاهر الصحة	٣٠	٢٨	٪٩٣,٣
علامات المرض	٢٤	٢٣	٪٩٥,٨

* هذا هو العدد الذي تبقى بعد استبعاد ست حالات في كل مرة بسبب عدم تقديمها مظاهر للصحة أو علامات للمرض منفصلة عن تعريفهما.

وجميع النسب الواردة مرتفعة وتطمئن إلى استقرار التصنيف. وقد قامت الباحثة بمفردها بتصنيف كل إجابات مجموعة الدراسة الراهنة على الأسئلة الأربعة جميعها، مثلما قامت بالمهمة ذاتها في التقرير السابق (شوقي، ٢٠٠٤)؛ وذلك لضبط أثر متغير القائم بالتصنيف؛ حيث تبين في التقرير السابق انخفاض نسب الاتفاق بين الباحثة وزميلة أخرى عن نظيرتها بين الباحثة ونفسها، بقدر يتراوح بين ٥٪ في حالة مظاهر الصحة وعلامات المرض (استجابة واحدة في كل منهما)، ونحو ٧٪ في حالة معنى الصحة والمرض (ما بين ثلاث وأربع استجابات).

التحليل الإحصائي:

- 1- حساب تكرارات الاستجابات المصنفة في كل فئة من فئات التصنيف، والنسب المئوية لهذه التكرارات في حالة كل سؤال من الأسئلة الفرعية الأربعة الأولى في الدراسة على حدة.
- 2- حساب معادلات النسب الحرجة لاختبار دلالة الفروق بين مجموعتي الذكور والإناث في النسب المئوية لتكرارات الاستجابات في كل فئة من فئات التصنيف في كل سؤال من الأسئلة الأربعة السابقة على حدة.
- 3- حساب التكرارات والنسب المئوية لورود كل مصدر من مصادر الحصول على معلومات تخص الصحة والسلوك الصحي لدى الذكور والإناث، كل على حدة.

نتائج الدراسة :

تجنباً لازدواج عرض نتائج الذكور: مرة بمفردهم، وأخرى بمقارنتهم بالإناث؛ فقد تم تقسيم كل جدول من جداول عرض النتائج طويلاً إلى شق أيمن خاص بنتائج تحليل مضمون إجابات الذكور، وشق أيسر يعرض النتائج المناظرة لدى الإناث، ثم قيم النسب الحرجة المتحصلة من مقارنة الفروق بين النسب المئوية للتكرارات في كل مجموعة. وسيتم التعليق على النتائج الخاصة بالذكور أولاً، ثم النتائج الفارقة بالإحالة إلى الجداول ذاتها ثانية. أما النتائج الخاصة بالسؤال عن مصادر المعلومات فستعرض بعد ذلك في جدول مستقل.

أولاً: النتائج الخاصة بالسؤال الأول في الدراسة عن كيفية إدراك الذكور لمعنى الصحة ومظاهرها، ومعنى المرض وعلاماته:

1- معنى الصحة لدى المشاركين الذكور:

يعرض الجانب الأيمن من جدول (3) التكرارات والنسب المئوية في كل فئة من فئات استجابات مجموعة الذكور للسؤال الخاص بتحديد معنى الصحة. وتوضح هذه النتائج أن جميع المشاركين الذكور من دون استثناء تمكنوا من تقديم تعريفات مستقلة للصحة، ومع هذا فقد جاءت نسبة محدودة من هذه التعريفات (14%) غير ملائمة؛ حيث تقتصر على بيان قيمة الصحة وأهميتها لدى الشخص دون تحديد معناها، ومن قبيل ذلك تعريف الصحة بأنها: "كل شيء وأهم شيء عند الإنسان" (*) أو أنها: "تاج على رؤوس الأصحاء" أو هي "أحسن من الفليسوس ..."، أو أنها تعني الحياة. واتسمت بعض التعريفات في هذه الفئة أيضاً بأنها جامعة وغير مانعة وقد تصدق على أمور أخرى من قبيل المال أو المقومات الأساسية للحياة وليس الصحة فقط، مثال ذلك تعريف الصحة بأنها: "هبة من عند الله ... وهي نعمة لا يد الحفاظ عليها قدر المستطاع ... وعدم إهدارها بالتدخين والمخدرات" أو "الصحة رحمة بالإنسان وكنز" أو "الصحة هي الحمد لله". واختلط في بعض التعريفات معنى الصحة بالظروف المهددة لها والسلوكيات الداعمة لها، مثال ذلك تعريف أحد المشاركين الصحة بأنها تعني: "المحافظة على الذات من العوامل الخارجية التي قد تضر بالإنسان في حدود الإمكانيات المادية المتاحة والوقاية منها حيث أن الوقاية خير من

(*) العبارات منونة بنص كلمات المشاركين من دون تصحيح للأخطاء في النحو أو في التراكيب اللغوية.

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

العلاج. وحتى يمكن تقديم صورة دقيقة عن تصورات المشاركين لمكونات مفهوم الصحة تم استبعاد هذه الاستجابات غير الملائمة والبالغ عددها إحدى وعشرين استجابة من المجموع الكلي للاستجابات واقتصرت التحليل النهائي للنتائج على الاستجابات التي انطوت على تعريفات محددة فقط (ن=١٢٩).

جدول (٣) التكرارات والنسب المئوية للاستجابات الخاصة بمفهوم

الصحة لدى الذكور والإناث وقيم النسبة الحرجة ودلالاتها

فئات الاستجابة	ذكور		إناث		قيمة النسبة الحرجة
	ك	%	ك	%	
عدم تقييم استجابة	صفر		٥	٣,٣	
استجابة غير ملائمة	٢١	١٤	٤١	٢٧,٣	
مكون واحد:					
بنني	٥٦	٤٣,٤	٤٧	٤٥,٢	٠,٢٩
نفسى	٥	٣,٩	٤	٣,٨	٠,٠٠
اجتماعى	٧	٥,٤	٧	٦,٧	٠,٦٧
مكونان:					
بنني ونفسى	٣٨	٢٩,٥	٣١	٢٩,٨	٠,٠٠
بنني واجتماعى	١١	٨,٥	٧	٦,٧	٠,٥٠
نفسى واجتماعى	٥	٣,٩	١	١,٠	١,٥
ثلاثة مكونات					
بنني ونفسى واجتماعى	٧	٥,٤	٧	٦,٧	٠,٦٧
المجموع الكلي	١٢٩	١٠٠	١٠٤	١٠٠	

(*) تم استبعاد هذا العدد من الحالات من المجموعة الكلية للمشاركين والمشاركات، وحسبت النسب الواردة في الجدول بعد ذلك من العينة المتبقية في كل مرة، والموضح عددها في آخر صف في الجدول أمام المجموع الكلي؛ ولم يخل استبعاد هذا العدد بتكافؤ مجموعتي الذكور والإناث في متغيرات العمر والحالة الاجتماعية بل إنه أدى إلى انتفاء الفروق الدالة بين المجموعتين في توزيع غير المتعلمين (انظر الملحق رقم ١ في نهاية التقرير). وتشير النسب المئوية لتكرارات التعريفات المحددة إلى أن ما يزيد قليلاً عن نصف المشاركين (نحو ٥٣%) عزفوا الصحة من منظور أحادي المكون أي: كانت طبيعة هذا المكون، وإن كانت الغالبية العظمى من التعريفات الواردة في هذه الفئة (٦٨/٥٦) بنسبة ٨٢,٤%) تركز على المكون البنني، أما المكون النفسى والاجتماعى كل على حدة فقد وردا في تعريفات عدد محدود من المشاركين. وبنسبتين متقاربتين. واحتلت التعريفات ذات المكونين المرتبة الثانية من حيث تكرارها ووردت لدى نسبة تزيد قليلاً عن خمسي المشاركين. وكانت التعريفات ذات المكونين البنني والنفسى أكثر التعريفات شيوعاً في هذه الفئة حيث مثلت نحو ٧٠% منها تقريباً، تليها التعريفات ذات المكونين البنني والاجتماعى وأخيراً النفسى والاجتماعى.

أما التعريفات ثلاثية المكون والتي تعكس المنظور الشامل للصحة الذي يطابق تعريفات المتخصصين لها، فقد وردت لدى نسبة ضئيلة للغاية من المشاركين تتجاوز ٥% بقليل. وتوضح تفاصيل النتائج أن المشاركين الذين قدموا تعريفات بدنية خالصة للصحة أقر بعضهم أن الصحة تعني ببساطة سلامة الجسم وقوته، وخلوه من أي علة أو أمراض. ومن أمثلة التعريفات البسيطة التي أوردتها هؤلاء المشاركون ما يأتي: "الصحة تعني سلامة البدن ككل من أي علة"، و"الصحة من الصحيح وهي تعني ألا تكون مصاباً بمرض سواء مرض مزمن أو مرض طارئ"، و"الصحة هي ضد المرض وهو الشعور بالألم لعضو من أعضاء الجسد". هذا بينما يركز بعض التعريفات البدنية للصحة على سلامة الوظائف الحيوية والفسايولوجية للجسم وأداء أعضائه وأجهزته لوظائفها دون خلل، ومن قبيل هذه التعريفات ما يأتي: "الصحة تعني قيام جميع أعضاء جسم الإنسان بجميع وظائفها على أكمل وجه بدون نقص أو زيادة"، أو هي "التوازن في مكونات الجسم وأجهزته دون خلل في أي عمل لأي مكون أو عضو أو جهاز سواء تنفسي أو عصبي أو هضمي".

أما التعريفات ذات المكون الاجتماعي الصريح داخل فئة التعريفات أحادية المكون فقد رأى أصحابها أن الصحة لها رسوخها في الحياة الاجتماعية للفرد دون ما التفت إلى جوانبها أو أبعادها الحيوية. وللصحة من هذا المنظور الاجتماعي مؤشرات عديدة بعضها يخص الشخص نفسه ممتثلاً في قدرته على أداء أنواره الاجتماعية ومسئوليته في مجالات الحياة اليومية المتنوعة بما يحقق أهدافه دون خلل أو اضطراب. وينص عباراتهم يعرف بعض هؤلاء المشاركين الصحة بأنها تعني: "استقرار الإنسان في حياته" أو "القدرة على ممارسة النشاط اليومي المطلوب لتحقيق أهدافه" أو "البقاء في الحياة اليومية بصورة طبيعية دون أي خلل في نظام الحياة اليومية سواء في العمل أو المنزل"، أو مؤشرات تخص العلاقة بالآخرين والمجتمع حيث يحافظ الفرد على وجود علاقات طيبة بينه وبين الآخرين، ويتوافق مع العادات والتقاليد والأعراف والقيم الاجتماعية السائدة في مجتمعه. ومن أمثلة هذه التعريفات التعريف الآتي: "الصحة النفسية" (٢) هي التكيف مع البيئة والمجتمع الذي أعيش فيه بدرجة معتدلة وأن أكون محصن ضد كل التيارات التي تخالف شرائعنا الدينية والاجتماعية والثقافية ولني علاقات سوية مع كل الأهل والأصدقاء".

(*) السؤال المطروح كان يتساءل عن معنى الصحة عموماً دون تحديد، وقد قصر المشاركون تعريفه على الصحة النفسية فحسب.

وأخيراً التصيب التعريفات المحدودة ذات المكون النفسي الخالص على تمتع الفرد بحياة سعيدة مطمئنة تنسم بالهدوء والخلو من مثيرات القلق بما يضمن له أن ينعم بالاستقرار النفسي، ومن أمثلة هذه التعريفات أن الصحة تعني: "التمتع بالحياة" أو "أن يكون الشخص سعيد ومرتاح البال وصافي النية" أو "حياة سعيدة هادئة - راحة البال - الاطمئنان على المستقبل".

وفي مقابل التعريفات الأحادية أدركت نسبة لا يستهان بها تبلغ نحو ٣٠٪ من المشاركين الذين قدموا تعريفات محددة للصحة أن الصحة لا تكون إلا باكمال سلامة الجانبين العضوي والنفسي أو العقلي في الإنسان معاً، وتتقي بتدهور كلاهما، أو أحدهما. وقد نص بعض المشاركين في تعريفاتهم على هذا صراحة في عبارات مثل: "الصحة هي أن يكون الإنسان صحيحاً جسدياً ونفسياً"، و"الصحة تعني قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها على أتم وجه وكذلك أن يتمتع الفرد بحالة اتزان نفسي وعقلي تامتين (الصحة البدنية+الصحة النفسية)". هذا بينما أورد بعضهم أوصافاً إجرائية لنوعي الصحة أو أحدهما حيث أشاروا في تعريفاتهم لها إلى مؤشرات تدل على جودة الأداء الوظيفي للجسم والنفس، مثال ذلك ما يأتي: تعني الصحة أن يكون الشخص رشيق ويتمتع بقوة جسمية ويكون سعيد ولا يوجد مشاكل نفسية، وكلمة الصحة تعني ... تمتع الإنسان بصحة جيدة والصحة ليست جسد سليم فقط ولكن راحة نفسية وعصبية أيضاً، والصحة تعني أمان الأول صحة البدن والثاني راحة البال، وتعني الصحة أن يكون الإنسان يتمتع بكامل قواه العقلية والبدنية".

ومن ناحية أخرى فقد زواج نحو ٢٠٪ من المشاركين الذين قدموا تعريفات ثنائية المكون للصحة (٥٤/١١) بين المكونين البدني والاجتماعي متمثلين في سلامة الجسم من الأمراض العضوية ونشاطه وقدرته على الحركة والعمل وتمكن الشخص من ممارسة مهام حياته اليومية على النحو الذي يعتاده. ومن ثم تميل هذه التعريفات إلى تحديد معنى الصحة في ضوء انتفاء الإعاقة التي تنجم عن العجز البدني (أو ترتبط به). ومن أمثلة هذه التعريفات ما يأتي: "الصحة هي أداء أعضاء جسم الإنسان لوظائفها بكفاءة بما يحقق توافق الفرد مع متطلبات الحياة المختلفة"، وتعني الصحة النشاط في العمل والقدرة على ممارسة الحياة، وأضاف أحد المشاركين مؤشراً اجتماعياً آخر للصحة يتمثل في بذل الجهد من أجل نفع الآخرين معبراً عن ذلك بقوله: "الصحة هي القدرة على العمل والعطاء".

وفي إطار الفئة ثنائية المكون أيضاً اكتفى خمسة مشاركين فقط يمثلون نحو ٩٪ من

المشاركين في هذه الفئة -بذكر مؤشرات نفسية واجتماعية للصحة دون ذكر أية مؤشرات بدينية لها. وتمثلت المؤشرات النفسية في استقرار الحالة النفسية للفرد أو سلامة قواه العقلية، أما المؤشرات الاجتماعية فشملت الوفاء بالمهام المنوط بالشخص القيام بها أو سلامة القوى الروحية العقائدية، وإن ذكرت الجوانب الاجتماعية أحياناً من دون تحديد. ومن أمثلة التعريفات الواردة هنا: "الصحة هي) القدرة على التفكير بطريقة سليمة وتنفيذ متطلبات الحياة"، و"الصحة تعني) الحالة النفسية الجيدة والقدرة على المعيشة"، و"الصحة لابد أن تكون متكاملة الجوانب النفسية واجتماعية وروحية وعقلية ولا بد أن تسير في خط متوازي ولا يطفئ جانب على حساب الآخر". وأخيراً تكشف النتائج عن أن التعريفات الشاملة للصحة التي تأخذ في اعتبارها المكونات الثلاثة مجتمعة لم ترد سوى لدى نسبة ضئيلة للغاية من المشاركين تزيد قليلاً عن ٥% من المشاركين الذين قدموا تعريفات يعدت بها. وقد عرف هؤلاء الصحة على نحو ما يأتي كأمثلة: "الصحة تعني أن يتمتع الإنسان براحة بال ونفسية صافية خالية من الاضطرابات وأن يستطيع مزاولته نشاطه بأكمل وجه والتمتع براحة نفسية"، و"الصحة هي أن تكون كل الظروف المحيطة بي كشخص والظروف الداخلية أيضاً من ظروف نفسية وجسدية وعقلية مواتية لي كي أعيش حياة لا يشوبها أي قلق أو أي مشكلة". ومن أكثر التعريفات دينامية للصحة، والتي تصفها بأنها فعل إيجابي ونشط يقوم به الشخص لتحقيق توافقه، ذلك التعريف الذي أورده فتى منن أصغر المشاركين عمراً إذ نص في تعريفه، على أن: "الصحة هي خلو الأفراد من الأمراض سواء كانت نفسية أو عقلية أو جسمية وهي أيضاً تمثل توافق الفرد مع مجتمعه أو مع نفسه لتحقيق التكيف أي أنها نوع من أساليب التوافق لتحقيق التكيف".

ب- مظاهر الصحة لدى المشاركين الذكور:

تكشف النتائج المعروضة في الجانب الأيمن من جدول (٤) عن أن خمس مجموعة المشاركين لم تقدم مظاهر للصحة منفصلة عن تعريفها لهذا المفهوم، ومن ثم صنفت العبارات التي قدمت ضمن فئات مفهوم الصحة ما دامت لم تزود مظاهر منفصلة للصحة. هذا بينما قدم ثلاثة مشاركين آخرين مظاهر غير ملائمة، حيث تعد سلوكيات دأمة للصحة وليست مظاهر لها، وذلك من قبيل النظافة والطعام الجيد وممارسة الرياضة وغيرها.

جدول (٤) التكرارات والنسب المئوية للاستجابات الخاصة بمظاهر الصحة لدى الذكور والإناث وقيم النسبة الحرجة ودلالاتها

قيمة النسبة الدرجة	إناث		ذكور		فئات الاستجابة
	%	ك	%	ك	
٨		١٢	٢٠	٣٠	عدم تقديم استجابة
١,٣		٢	٢	٣	استجابة غير ملائمة
٩,٣		٥١,٤	٢٢	٥٣٣	
					مكون واحد:
١,١٧	٣١,٦	٤٣	٣٨,٥	٤٥	بدني
١,٢٥	١٤,٧	٢٠	١٠,٣	١٢	نفسي
٠,٦٧	٨,١	١١	٦	٧	اجتماعي
	٥٤,٤	٧٤	٥٤,٨	٦٤	
					مكونان:
٠,٠٠	٢٢,١	٣٠	٢٢,٢	٢٦	بدني ونفسي
١,٢٥	١٤,٧	٢٠	١٠,٣	١٢	بدني واجتماعي
٠٠٢,٠٠	٢,٢	٣	٧,٧	٩	نفسي واجتماعي
	٣٩	٥٣	٤٠,٢	٤٧	
					ثلاثة مكونات
٠,٦٧	٦,٦	٩	٥,١	٦	بدني ونفسي واجتماعي
	١٠٠	١٣٦	١٠٠	١١٧	المجموع الكلي

(*) تم استبعاد هذا العدد من الحالات من المجموعة الكلية للمشاركين والمشاركات، وحسبت النسب الواردة في الجدول بعد ذلك من العينة المتبقية في كل مرة، والموضح عددها في آخر صف في الجدول أمام المجموع الكلي.

(**) دالة فيما وراء ٠,٠٥

وبعد استبعاد هذه الاستجابات حسب النسب المئوية لتكرارات الاستجابات الباقية (ن=١١٧). وتكشف نتائج هذا التحليل عن صورة تكاد تكون مطابقة تماماً للنتائج الخاصة بمفهوم الصحة. فهنا أيضاً تحظى المظاهر أحادية المكون بأعلى نسبة تكرار، تليها المظاهر ثنائية المكون، وأخيراً المظاهر ثلاثية المكون. ومرة أخرى داخل فئة المظاهر أحادية المكون، تتسيد المؤشرات البدنية لوصف الشخص المتمتع بالصحة غيرها من مؤشرات نفسية أو اجتماعية صرف.

وتمثلت أشيع المظاهر البدنية للصحة مرتبة تنازلياً بحسب تكرار ورودها في سلامة الجسم واستقرار حالته وعدم الشكوى من أي مرض أو ألم (ك=٣٠)، والنشاط (ك=٢٩)، والشعور بالقوة أو عدم الضعف (ك=٢٢)، والحيوية والامتلاء بالطاقة (ك=١٩)، والقدرة على الحركة أو العمل

أو الإنتاج (ك=١٧)، واللياقة البدنية والرشاقة (ك=١٦)، ثم وردت أوصاف أخرى بتكرار أقل بكثير منها: عدم الشعور بالتعب أو الإرهاق من أقل مجهود (ك=٧)، ثم حسن مظهر الشخص وملاءمته لعمره، ونضارة الوجه وورد كلاهما بتكرار متمائل (ك=٣). وأخيراً ذكرت أوصاف بدنية أخرى وإن وردت لدى مشاركين فرادى فقط وتمثلت في احمرار الوجه، وبريق العينين أو الشعر أو الجلد، وتمتع الشخص بشهية جيدة للطعام.

وصنفت المظاهر النفسية الواردة إلى ثلاث فئات تتصل إحداها بالحالة المزاجية للشخص، وتختص الأخرى ببعض القدرات العقلية، والثالثة بمظاهر سلوكية. وتمثلت المظاهر المزاجية المشار إليها مرتبة تنازلياً بحسب تكرار ورودها في سيادة مشاعر وسمات إيجابية (ك=٢٩) كان أكثرها ذكراً السعادة والفرح والبهجة وعدم الحزن أو الهم (ك=١٦)، ثم التفاؤل والإقبال على الحياة والأمل في المستقبل (ك=٧)، وكذلك تحمل الصعاب (ك=٢)، والطموح والحب والشعور بالرضا والاستمتاع، وكل منها ورد لدى شخص واحد فقط. وتمثل المظهر المزاجي الثاني في استقرار الحالة المزاجية للفرد (ك=٣) متمثلة في الشعور بالاتزان النفسي، وعدم معاناة أية اضطرابات نفسية، والإطمئنان على المستقبل، والشعور براحة البال والسكينة وهدوء الأعصاب. أما المظاهر النفسية ذات الطبيعة العقلية فتمثلت في التفكير السليم واللياقة الذهنية والذكاء وسرعة البديهة واليقظة (ك=١٧) ثم القدرة على اتخاذ القرار المناسب، وإن وردت لدى اثنين فقط من المشاركين. وأخيراً أشار ثلاثة من المشاركين إلى انعكاس التمتع بالصحة في بعض المظاهر السلوكية متضمنة حسن التصرف والسلوك المنظم والمنضبط.

وبخصوص المظاهر الاجتماعية، فقد جاء على رأسها ممارسة الشخص لمهام حياته اليومية دون خلل (ك=١٣) وأدائه لعمله بكفاءة وإتقان (ك=١٣)، ثم أشار بعض المشاركين إلى توافق الفرد في علاقاته بالآخرين والمجتمع (ك=٩) واعتماده على ذاته في سعيه لتحقيق أهدافه (ك=٢)، وأشار أحد المشاركين إلى تحقيق الشخص لمكانة اجتماعية مرموقة، وأشار آخر إلى ممارسة أنشطة وقت الفراغ (اللعبة بالتحديد).

وتوضح النتائج المعروضة في بقية الجزء المشار إليه من جدول (٤) وجود نسبة من المشاركين لم تقتصر على ذكر مظاهر ذات طبيعة واحدة فقط، ولكن جمعت بين نوعين منها أو بين ثلاثتها، وهذه الأخيرة لم ترد إلا لدى ستة مشاركين فقط يمثلون نسبة محدودة للغاية من المجموعة التي وصفت مظاهر مناسبة للصحة. وتمثلت المظاهر الأكثر شيوعاً في الفئة ذات المكونين في المظاهر البدنية والنفسية، تليها البدنية والاجتماعية، ثم النفسية والاجتماعية.

ج- معنى المرض لدى المشاركين الذكور:

وتكشف النتائج الواردة في الجانب الأيمن من جدول (٥) أن ثلاثة من المشاركين لم يقدموا

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

تعريفات محددة للمرض، وصرح أحدهم قائلاً: "لا أعرف معنى المرض"، أما الاثنان الآخران فافتقرا بذكر علامات دالة على المرض من قبيل قول أحدهما أن المرض هو: "الألم والعجز والحزن والخمول ورفض الحياة..." دون ما تقديم تعريف محدد للمرض، وعلاوة على

جدول (٥) التكرارات والنسب المئوية للاستجابات الخاصة

بمفهوم المرض لدى الذكور والإناث وقيم النسبة الحرجة ودالاتها

فئات الاستجابة	ذكور		إناث		قيمة النسبة الحرجة
	ك	%	ك	%	
عدم تقديم استجابة	٣	٢	٩	٦	
استجابة غير ملائمة	٢٤	١٦	٢٧	١٨	
مكون واحد:					
بدني	٦٠	٤٨,٨	٦٢	٥٤,٤	٠,٧١
نفسى	٤	٣,٣	٦	٥,٣	٠,٦٧
اجتماعى	٩	٧,٣	٧	٦,١	٠,٣٣
مكونان:					
بدني ونفسى	٢٩	٢٣,٦	٢٧	٢٣,٧	٠,٠٠
بدني واجتماعى	١٤	١١,٤	٩	٧,٩	٠,٧٥
نفسى واجتماعى	صفر	صفر	١	٠,٩	١,٠٠
ثلاثة مكونات	٤٣	٣٥	٣٧	٣٢,٥	
بدني ونفسى واجتماعى	٧	٥,٧	٢	١,٨	٠,٠٠
المجموع الكلى	١٢٣	١٠٠	١١٤	١٠٠	

(*) تم استبعاد هذا العند من الحالات من المجموعة الكلية للمشاركين والمشاركات، وحسبت النسب الواردة في الجدول بعد ذلك من العينة المتبقية في كل مرة، والموضح عندها في آخر صف في الجدول أمام المجموع الكلى، ولم يخل استبعاد هذا العدد بتكافؤ مجموعتي الذكور والإناث في متغيرات العمر والحالة الاجتماعية، بل وانتفت الفروق الدالة بين المجموعتين في توزيع غير المتعلمين (انظر الملحق رقم ٢ في نهاية التقرير).

(**) دالة فيما وراء ٠,٠٥

هذا وجد أن أربعة وعشرين مشاركاً آخرين قدموا تعريفات للمرض يمكن وصفها بأنها غير ملائمة؛ إذ يتضمن بعضها إصدار أحكام قيمة على خبرة المرض من قبيل أن المرض "من أسوأ

الأشياء في الوجود... "أو هو "عدو الإنسان الوحيد في حياته" أو "شئ مخيف" أو "خطير". وبعض التعريفات كان فضفاضاً ويتصف بأنه جامع وغير مانع، ومثال ذلك تعريف المرض بأنه: "حدث خلل في شئ معين يجعل الشخص يختلف عن الآخرين" أو هو "إصابة الإنسان بشئ يعجزه عن أداء وظيفته". وقد ذكر بعض المشاركين ما يعد أسباباً للمرض وليس تحديداً لكتفه، إذ نص: أحدهم على أن المرض: "شئ... يأتي من الإهمال في الصحة"، ونص آخر على أنه "غضب من الله وقدر للإنسان". ومن جهة أخرى أورد بعضهم ما يعد نتائج مترتبة على المرض من دون صوغ تعريف محدد له كذلك، ومن أمثلة هذه الاستجابات تعريف المرض بأنه: "سجن يحبس حرية الإنسان" أو هو "الاقتراب من الموت" أو أن المرض "يذل الإنسان (إذلال)".

وقد استبعدت هذه الاستجابات السبع والعشرون من المجموعة الكلية للمشاركين المذكور وحسبت النسب المئوية لتكرارات التعريفات المحددة الباقية من بقية المجموعة والبالغ عددها ١٢٣ مشاركاً. وكشف تحليل مضمون استجابات هذه المجموعة عن أن ما يقرب من ثلاثة أخصاسها عرفوا المرض من منظور أحادي المكون أي كانت طبيعته، وإن كانت الغالبية العظمى من هؤلاء (نحو ٨٢٪) اعتمدت على مؤشرات بدنية أو عضوية صرف في تعريف المرض؛ فقد عرفه بعض المشاركين في ضوء الخلل الذي يطرأ على الجسم كله أو على بعض أجهزته أو قصور الجسم عن أداء وظائفه الحيوية، ومن أمثلة التعريفات الوازدة هنا: "المرض هو إصابة الإنسان في جسمه عضوياً بحيث يؤثر ذلك على وظيفة العضو المصاب فيؤثر بالتالي على الجسم كله"، ويعني المرض أن الشخص يشكو أو يعاني من أي ألم في جسده". وعرفه بعضهم في ضوء عدد من الأسباب العضوية المؤدية له مثل أن المرض هو: "وقوع الفرد فريسة لهجوم الميكروبات والفيروسات" أو هو "...وجود خلل بيولوجي". وذكر بعضهم أسباباً بيئية أو اجتماعية ولكن المهم أنها تؤدي إلى إصابة الجسم أو خلله، مثال ذلك تعريف المرض بأنه: "يعني أي خلل يطرأ على الجسم سواء كان نتيجة ظروف اجتماعية أو ظروف خاصة بسبب العادات الغير سليمة والتي من شأنها الإضرار بسلامة الجسم" أو هو "تعرض عضو من أعضاء الجسم البشري لأي من العوامل البيئية التي تنقص من وظائفه بعضها أو كلها". وعرفه بعضهم في ضوء الوهن الذي يصيب الجسم ويعوق حركة الشخص ونشاطه، مثال ذلك: "المرض يعني الضعف والقصور في الجسم وعدم القدرة على القيام بأي نشاط"، و"المرض يجعل الإنسان عاجز عن فعل أي شئ حتى ولو كان سهلاً".

أما التعريفات التي اعتمدت على مؤشرات نفسية صرف في تحديد معنى المرض فقد وردت بتكرار ضئيل سواء بالنسبة للتعريفات المقدمة كلها أو للتعريفات أحادية المكون فقط. وقد ركزت التعريفات المقدمة هنا على اضطراب الحالة المزاجية للفرد أو اضطراب تفكيره، ومن أمثلتها:

"المرض هو النفس المكتئبة"، و"المرض هو اتجاه سالب يصاد أي فرد يصطدم دائماً بشحنة انفعالية تحول بين الفرد وتفكيره السليم".

وجاءت تعريفات المرض ذات المكون الاجتماعي الخالص أكثر تكراراً بما يتجاوز بقليل ضعف التعريفات النفسية السابقة وارتكز معظمها على ارتباك حياة الفرد وعجزه عن ممارسة شئون حياته اليومية من قبيل ذلك تعريف المرض بأنه يعني: "عدم القدرة على ممارسة نشاطي الذي يحقق أهدافي التي أضعتها في حياتي" أو "ألا يستطيع الإنسان أن يؤدي مهامه وواجباته اليومية". ووردت إشارات قليلة إلى الحاجة إلى مساعدة الآخرين كذكر أحدهم أن المرض يعني: "الاحتياج إلى الغير- ذل السؤال"، وإشارات إلى التخصيص في العبادات مثل: "المرض يعني الابتعاد عن عبادة الله تعالى...".

وبالنسبة للتعريفات ثنائية المكون للمرض فقد وردت لدى نسبة تزيد قليلاً عن ثلث المجموعة، ومثلت التعريفات ذات المكونين البدني والنفسي النسبة الغالبة من هذه التعريفات (٤٣/٢٩) بنسبة ٦٧٪) تنقلها التعريفات ذات المكونين البدني والاجتماعي وإن لم يصل تكرارها نصف سابقتها. هذا بينما انتفت تماماً التعريفات ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية.

ومن أمثلة التعريفات البدنية النفسية للمرض ما يأتي: "المرض هو إصابة الجسد أو النفس"، و"المرض هو الإجهاد والتعب البدني والفكري سواء صاحب ذلك إحساس بالألم أم لا"، و"المرض هو حالة غير طبيعية وذلك كما تعارف مجتمعنا لأنها أذى يصيب الإنسان في أي جزء من جسمه أو عواطفه أو شعوره".

ومن أمثلة التعريفات ذات المكونين البدني والاجتماعي ما يأتي: "المرض هو الضعف وعدم القدرة على العطاء والاعتماد على الغير"، و"المرض هو تدهور في صحة المرء قد يعوقه كلياً أو جزئياً عن الاستجابة لمتطلبات حياته"، و"المرض يعني مرور الإنسان بظروف غير طبيعية من جهة حالته الصحية تعيق استمرار أدائه النشاط للأعمال".

ووصولاً إلى الفئة الأخيرة وهي فئة التعريفات الشاملة للمرض يلاحظ أنها لا تزال أقل التعريفات شيوعاً في إجابات المشاركين بالمقارنة بالفئة ذات المكون الواحد أو ذات المكونين. ومن أمثلة التعريفات الشاملة هذه قول أحد المشاركين: "المرض هو خروج الإنسان من الحالة المعتاد عليها بالنسبة للشخص العادي وعدم تكيفه مع البيئة المحيطة جسدياً ونفسياً"، وقول آخر إن "المرض هو وجود علة في الإنسان أو الفرد سواء كانت هذه العلة علة بدنية أو نفسية أو عدم تأقلمه مع المجتمع"، بينما يرى ثالث أن المرض "يعني الضياع والفشل وعدم القدرة على الإنتاج والعمل والحركة". والطريف أن أوضح هذه التعريفات وردت لدى أصغر المشاركين سناً وهو طالب ببداية المرحلة الثانوية لا يتجاوز عمره ستة عشر عاماً إذ قال: "المرض هو حدوث بعض الاضطرابات في أجهزة الكائن البشري أو عدم الاتساق في القيام بالعمليات الحيوية داخل جسم الكائن البشري والذي يؤدي إلى الاختلال في الوظائف المختلفة... بسبب بعض الفيروسات أو غيره. والمرض أيضاً يمثل نوع من عدم التوافق بين الفرد ونفسه أو بينه وبين مجتمعه مما يؤدي به لحدوث بعض الاضطرابات السلوكية لعدم القدرة على التكيف".

د- علامات المرض لدى المشاركين الذكور:

تكشف نتائج الذكور المعروضة في الجانب الأيمن من جدول (٦) عن أن ثمانية وعشرين مشاركاً لم يوردوا علامات للمرض بينما أورد ثلاثة مشاركين آخرين علامات غير محددة من قبيل حدوث شذوذ عن الشيء المألوف أو الآثار السلبية التي تظهر عن الاضطراب. وقد استبعدت هذه الاستجابات الإحدى والثلاثون وانصب التحليل على بقية الاستجابات (ن=١١٩).

وتعكس النتائج هنا أيضاً صورة مطابقة إلى أقصى حد للنتائج الخاصة بمعنى المرض حيث وردت علامات أحادية المكون لدى غالبية المشاركين تليها تكراراً العلامات ثنائية المكون، بينما أقلها شيوعاً العلامات ثلاثية المكون. وتصدرت العلامات البدنية الصنف جميع الفئات الأخرى وبعدها مباشرة العلامات البدنية والنفسية. والفارق الواضح هنا هو ظهور علامات في الفئة الثلاثية النفسية والاجتماعية بعدما كان وجودها منعزلاً عند تحديد معنى المرض، ومن الملفت كذلك تواتر انخفاض نسبة العلامات النفسية للمرض مثلما كانت الحال مع التعريفات النفسية المقدمة له.

جدول (٦) التكرارات والنسب المئوية للاستجابات الخاصة

بعلامات المرض لدى الذكور والإناث وقيم النسبة الحرجة ودلالاتها

فئات الاستجابة	ذكور		إناث		قيمة النسبة الحرجة
	ك	%	ك	%	
عدم تقديم استجابة	٢٨	١٨,٧	١٢	٨	
استجابة غير ملائمة	٣	٢,٠	٥	٣,٢	
مكون واحد:					
بدني	٥٩	٤٩,٦	٦٢	٤٦,٦	٠,٥
نفسى	٣	٢,٥	٧	٥,٣	١,٠
اجتماعى	٨	٦,٧	١١	٨,٣	٠,٣٣
مكونان:					
بدني ونفسى	٣١	٢٦,١	٢٣	١٧,٣	١,٨
بدني واجتماعى	٧	٥,٩	٢١	١٥,٨	٠,٢٥
نفسى واجتماعى	٧	٥,٩	٥	٣,٨	٠,٦٧
ثلاثة مكونات	٤٥	٣٧,٩	٤٩	٣٦,٩	
بدني ونفسى واجتماعى	٤	٣,٣	٤	٣	صفر
المجموع الكلى	١١٩	١٠٠	١٣٣	١٠٠	

* تم استبعاد هذا العدد من الحالات من المجموعة الكلية للمشاركين والمشاركات، وحسبت النسب الواردة في الجدول بعد ذلك من العينة المتبقية في كل مرة، والموضح عددها في آخر صف في الجدول أمام المجموع الكلى.

** دالة عند ٠,٠٥.

وتمثلت العلامات البدنية للمرض مرتبة تنازلياً بحسب تكرار ورودها في: حدوث تغيرات في

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

هيئة الجسم وقوته (ك=٤٢) تشمل نقص الوزن والهزال والنحافة وضعف الجسم وهنئه. وبلي ذلك نقص القدرة على بذل الجهد البدني (ك=٤٠) وتظهر في علامات مثل الخمول والكسل ونقص النشاط وبطء الحركة أو العجز عن الحركة والعجز عن العمل والرقاد. ثم ورد الشعور باختلال كفاءة أجهزة الجسم وبالتوعك والإعياء بتكرار أقل (ك=١٨)، يليه الشعور بالألم (ك=١٤)، ثم ظهور تغيرات في الوجه (ك=١٣) تشمل شحوبه واصفرار العينين وظهور لون أسود أسفلهما. وتمثلت العلامات البدنية لدى عشرة مشاركين آخرين في الشكوى من أعراض مرضية من قبيل الصداع والإمساك وآلام المعدة والنهجان وعدم اتزان ضغط الدم أو درجة حرارة الجسم. وذكر شخص واحد الذهاب للأطباء بوصفه دليلاً على إصابة الفرد بالمرض.

وبخصوص العلامات النفسية للمرض فقد أمكن تصنيفها في ثلاث فئات هي:

علامات انفعالية: وردت إحدى وستون إشارة لها وتتضمن:

- سيادة مظاهر عديدة للوجدان السلبي من قبيل الحزن والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية واليأس والقلق والضيق والاستياء والتعاسة والتشاوم.
- نقص الدافعية وتنعكس في الشعور بالإحباط والنقص والفتل والملل.
- افتقاد التوازن النفسي وعدم اعتدال المزاج.
- الشك في آراء الآخرين والميل للانطواء.

علامات عقلية: وقد وردت إشارات أقل لها (ك=١٥) وتركزت في الشعور بالعجز عن التفكير السليم وضعف الأداء الذهني عموماً وإن حدده بعض المشاركين في نقص التركيز والسرمان والشروء، وضعف الذاكرة والعجز عن حل المشكلات أو اتخاذ القرارات.

علامات سلوكية: ووردت تسع إشارات لها تتضمن معاناة الأرق واضطراب النوم والعجز عن تحمل الأعباء واضطراب السلوك والهذيان والشكوى.

وأخيراً وردت سبع وعشرون إشارة تتضمن علامات اجتماعية تدل على المرض وتمثل أكثرها تكراراً (ك=١٤) في ارتباك النظام اليومي للحياة وعجز الفرد عن ممارسة أدواره، كما وردت إشارات أخرى تدل على العجز عن التوافق مع الآخرين أو المجتمع بسبب ميل الشخص المريض للعزلة وعجزه عن العطاء والإنتاج وما شابه ذلك.

النتائج الخاصة باختبار دلالة الفروق بين الجنسين:

يمكن الرجوع إلى هذه النتائج في الجداول أرقام (٣)، (٤)، (٥)، (٦) في العمود الأخير على أقصى يسار كل جدول.

فبالنسبة لتعريف مفهوم الصحة، تكشف النتائج المعروضة في جدول (٣) عن انتفاء أية فروق دالة بين الذكور والإناث في كل فئة من فئات تعريف مفهوم الصحة.

وبالنسبة لمظاهر الصحة، يكشف جدول (٤) عن وجود فرق دال وحيد بين الجنسين يشير إلى

المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٥١ - المجلد السادس عشر - أبريل ٢٠٠٦ = (٤٤٠)

زيادة حقيقية في نسبة الذكور الذين أوردوا مظاهر نفسية اجتماعية للصحة عن النسبة المناظرة لدى الإناث.

وبخصوص معنى المرض، يبين العمود الأخير في جدول (٥) تماثل إدراكات كلا الجنسين لمعنى المرض فيما عدا أن الذكور قدموا تعريفات شاملة لجميع مكوناته أكثر من التي قدمتها الإناث بدرجة دالة.

أما علامات المرض الواردة في جدول (٦)، فلم تتبين فيها فروق دالة بين الجنسين إلا في حالة العلامات ذات الطبيعة البدنية الاجتماعية فقط حيث وردت لدى الإناث بتكرار أعلى وبفارق ذي دلالة.

وتوضح النتائج الفارقة في مجملها تجانس مجموعتي الذكور والإناث في الدراسة الراهنة تجانساً كبيراً في مدركاتهما للصحة ومظاهرها، والمرض وعلاماته، وبناءً عليه فإن النتائج تدحض فرض الدراسة الذي تنبأ بتباين أفراد الجنسين تبايناً جوهرياً. أما الاستثناءات المحدودة التي أبدت صدق الفرض في بعض المواضيع فتستكون موضع تعليق من الباحثة عند مناقشة النتائج. النتائج الخاصة بمصادر المعلومات عن الصحة والسلوك الصحي:

يعرض جدول (٧) التكرارات والنسب المئوية للذكور والإناث بحسب مصادر المعلومات التي أقرروا باستقاء معلوماتهم منها حول الصحة والسلوك الصحي.

جدول (٧) التكرارات والنسب المئوية لمصادر معلومات الذكور والإناث عن الصحة

مصادر المعلومات	ذكور (ن=١٥٠)		إناث (ن=١٥٠)	
	ك	%	ك	%
وسائل الإعلام:				
المقروءة	٩٦	٦٥	١٠٢	٦٨
المرئية	٨٢	٥٥	٨١	٥٤
المسموعة	٣٠	٢٠	٢٨	١٩
من دون تحديد	٢٠	١٤	٢٢	١٥
المتخصصون في المهن الطبية	٣٨	٢٦	٤٧	٣١
ذوو الخبرة من غير الأطباء	٢٨	١٩	٣٥	٢٣
الخبرة الشخصية بالمرض	٤	٣	١	١

* هذه النسب محسوبة من ١٤٨ مفردة فقط حيث لم يجب مشاركان على هذا السؤال.
تظهر النتائج المعروضة في جدول (٧) أن الذكور والإناث يلجأون في الحصول على معلوماتهم عن الصحة والسلوك الصحي لمصادر متماثلة للمعلومات (وبالقدر نفسه تقريباً حسبما تبين النسب المئوية). وعلى رأس هذه المصادر وسائل الإعلام، وخصوصاً المقروءة، منها

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

والمرضى. ثم يلي ذلك الأطباء والعاملون في مجال الرعاية الصحية على تنوعهم، ثم تأتي في المرتبة التالية الخبرات المكتسبة من الأهل والأصدقاء والمعلمين ورجال الدين والآخرين عموماً، وأخيراً أقل المصادر هو الاعتماد على الخبرة التي تتولد من معاناة المرض.

مناقشة النتائج

إجمالاً لكل ما سبق، أجريت الدراسة الراهنة للكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في إدراكهما لمفهوم الصحة/المرض. وقد تنبأ فرض الدراسة بوجود تباينات جوهرية بين مدركات الجنسين لهذا المفهوم. ولاختبار هذا الفرض حلل مضمون إجابات مجموعتين متاحتين من الذكور والإناث متكافئتين في العمر والتعليم والحالة الاجتماعية، على سؤالين مفتوحين عن معنى الصحة ومظاهرها، ومعنى المرض وعلاماته. وصنفت الإجابات في سبع فئات للتصنيف بحسب ما تضمنته من مكونات الصحة/المرض (بدنية أو نفسية أو اجتماعية، وردت مفردة أو مزدوجة أو مجتمعة).

وتم تحليل النتائج إحصائياً باستخدام نوعين من الإحصاءات، الأول إحصاء وصفي تمثل في حساب التكرارات والنسب المئوية التي وردت بها المكونات الثلاثة لمفهوم الصحة/المرض، بكيفياتها الثلاث في تعريفات مجموعة الذكور. ويمكن هذا التحليل من تقديم صورة وصفية مفصلة لكيفية إدراك هؤلاء الذكور لمعنى الصحة ومظاهرها، ومعنى المرض وعلاماته، مدعمة بأمثلة متنوعة من استجاباتهم، وذلك على غرار ما تم إجراؤه مع مجموعة الإناث التي نشرت نتائجها المناظرة منفصلة في تقرير أسبق للباحثة (شوقي، ٢٠٠٤). أما الإحصاء الثاني فكان إحصاء كمياً استدلالياً قصد إلى اختبار دلالة الفروق بين النسب المئوية للتكرارات المتناظرة في مجموعتي الذكور والإناث. وانتهى هذا التحليل الكمي إلى كذب فرض الدراسة، حيث أثبت وجود تطابق شبه تام بين مدركات الجنسين لمفهوم الصحة/المرض - فمن بين أربع عشرة مقارنة زوجية تم عقدها بين فئات التعريفات المقدمة لكل من الصحة والمرض (سبع فئات في كل منهما)، لم تكن النسب الحرجة دالة إلا في مقارنة واحدة فقط تمثلت في تقديم الذكور تعريفات ثلاثية المكون للمرض أكثر مما قدمت الإناث، وانتفت الفروق الدالة بين الجنسين تماماً في تعريف الصحة. وتأيدت النتيجة العامة نفسها عند المقارنة بين الجنسين في مظاهر الصحة وعلامات المرض؛ فلم تظهر فروق دالة بينهما إلا في مقارنتين اثنتين فقط من بين أربع عشرة مقارنة زوجية أخرى. وتبين أن الذكور وصفوا مظاهر نفسية اجتماعية للصحة أكثر، بينما أوردت الإناث علامات بدنية اجتماعية للمرض أكثر.

وتحليل الإجابات على سؤال ثالث مفتوح عن مصادر معلومات المشازكين عن الصحة والسلوك الصحي، أوضحت النتائج من جديد تشابه الجنسين في مصادر معلوماتهما، واستأثرت

وسائل الإعلام بالنصيب الأكبر. من هذه المصادر، وخصوصاً المقروء منها والمرئي، ثم أتى الأطباء والعاملون في ميادين الرعاية الصحية في المرتبة الثانية بعدها.

وبرغم أن النتائج الفارقة فندت فرض الدراسة، فإن ثمة شواهد عدة تؤيد التوصل إلى هذه النتيجة السلبية، ولعل أهمها ما يأتي:

أولاً: إن غالبية الدراسات الحديثة التي طبقت الأسلوب الإحصائي الذي يطلق عليه تحليل التحليل meta-analysis على نتائج كم ضخم من الدراسات الفارقة بين الجنسين في ظواهر سلوكية شتى تنتهي إلى دحض الفرض القائل بأن الذكور يختلفون اختلافاً بيناً عن الإناث في هذه الظواهر، وفي المقابل تثبت النتائج في معظم الوقت الفرض البديل بأن التشابه بين الجنسين هو القاعدة في معظم هذه الظواهر، وإن وجدت بعض الاستثناءات المحدودة التي يتفاوت حجم الفروق فيها من ظاهرة لأخرى (e.g. Hyde & Plant, 1995; Hyde, 2005) ولم تكن القدرات المعرفية ضمن هذه الاستثناءات، وهي القدرات التي كان يمكن أن تمايز بين الجنسين في مفاهيمها عن الصحة/المرض.

ثانياً: إن الدراسة الراهنة ذاتها أوضحت أن ثقافة الجنسين عن الصحة مستمدة من المصادر نفسها، ومن ثم فمعلوماتهما ومعارفهما عن الصحة/المرض متشابهة إلى حد كبير، ولذلك كان منطقياً أن تأتي إجابتهما واحدة تقريباً عن الأسئلة نفسها، خاصة أن التكافؤ بين مجموعتي الذكور والإناث كان كبيراً في مستوى التعليم والعمر.

ثالثاً: إن نتائج الدراسة تتفق في كثير من تفاصيلها مع نتائج سبق التوصل إليها في دراسة أمريكية فارقة أيضاً، وإن اقتصرنا على مفهوم الصحة ومظاهرها فقط (Saltonstall, 1993). وقد تشابهت في الدراسة الأمريكية تصورات الذكور والإناث عن مكونات مفهوم الصحة وتنوعها ما بين بنية ونفسية واجتماعية. ووردت هذه المكونات نفسها في التعريفات التي قدمها أفراد الجنسين في الدراسة الراهنة، وانتفت بينهما كذلك أية فروق دالة فيها.

كما أورد الجنسان في الدراسة الأمريكية إشارات صريحة أو ضمنية للجنم بوصفه الأساس الحيوي للحياة. وتكررت النتيجة ذاتها في الدراسة الحالية إذ كانت التعريفات ذات المكون البدني للصرف هي الأعلى تكراراً لدى مجموعتي الدراسة، ومن دون فروق دالة بينهما.

وبالمثل تشابهت مظاهر الصحة التي قدمها الجنسان في الدراسة الأمريكية، ولكنهما اقتصرنا على تقديم أوصاف بدنية فقط من قبيل لون البشرة واللياقة البدنية وهينة الشخص. وقد وردت أوصاف مماثلة لدى الجنسين في الدراسة الراهنة وبتكرارات متعادلة، بل زادا عليها مظاهر أخرى تتصل بالتوافق النفسي أو الاجتماعي للشخص.

رابعاً: إن الدراسة الأمريكية انتهت إلى أن التجانس بين الجنسين ظل قائماً ما دامت المقارنة

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

بينهما كانت في الأفكار المجردة، ولكن عندما انتقلت المقارنة إلى أساليبيهما في الحفاظ على الصحة أخذت التباينات بينهما في الظهور. وهذه الأخيرة لم تكن موضع اهتمام في التقرير الحالي. هذا عن التشابه بين مفاهيم الذكور والإناث كما أوضحت النتائج، ولكن كيف تفسر الفروق القليلة التي ظهرت بين الجنسين في الدراسة الراهنة؟

تمايز الذكور عن الإناث بأن قدموا تعريفات شاملة أكثر للمرض، كما وصفوا مظاهر نفسية اجتماعية للصحة أكثر. ولعل هاتين النتيجةين متسقتان. فإذا كان الذكور تفوقوا على الإناث في عدد التعريفات الشاملة التي قدموها للمرض، فهذا يعني أنهم يدركون أن المرض خلل يصيب الجسم، ويؤثر في حالة الشخص المزاجية بالسلب، ويعوقه عن ممارسة أدواره المعتادة؛ فمن المنطقي عندئذ أن تصف نسبة أكبر من الذكور مظاهر نفسية اجتماعية للصحة (تبلغ أربعة أمثال نظيرتها لدى الإناث) تشمل تمتع الشخص بمزاج إيجابي أو مستقر ولباقة ذهنية (المكون النفسي)، علاوة على إتقان عمله، وأداء مهمات حياته اليومية، وإدارة علاقاته الاجتماعية إدارة جيدة (المكون الاجتماعي). وانتفاء المرض هنا يفهم ضمناً لأن غالبية الأفراد عرفوا الصحة على أنها حالة مضادة للمرض.

أما زيادة وصف علامات بدنية اجتماعية للمرض لدى الإناث فإنها تشير إلى أن المظاهر البدنية المرتبطة بالمرض من قبيل الشعور بالتعب والضعف والخمول والعجز عن الحركة والميل إلى الرقاد. كلها تسبب إعاقة اجتماعية تحول دون مواصلة المرء لأداء نشاطاته اليومية، وتكفنه عن ممارسة أدواره الاجتماعية المعتادة. وربما كانت هذه الإعاقة أكثر بروزاً في أذهان الإناث عند وصفهن لعلامات المرض بسبب اختلاف وتعدد أدوارهن الاجتماعية عن الذكور، إلى جانب كثرة الأعباء المنزلية للمرأة بحكم دورها كربة بيت والتي تتضاعف إذا كانت تخرج للعمل (e.g. Verbrugge, 1985; Mens-verhulst & Bensing, 1997; Eagly & Diekman, 2003). وقد شكل هؤلاء، إلى جانب الطالبات اللاتي يخرجن لطلب العلم، نحو ثلثي مجموعة الإناث في الدراسة الراهنة.

علاوة على هذا أوضحت بعض البحوث أن فترات التوقف عن ممارسة الأدوار الاجتماعية المعتادة عند المرض تكون أكثر طولاً بين الإناث عنها بين الذكور إلى حد أن العاملات منهن يضطرن للانقطاع عن العمل عند الإصابة بأمراض خطيرة (Verbrugge, 1985). وبناء عليه، فإن العجز البدني يسبب ارتباكاً أكثر في حياة الإناث اليومية، ولذا فهن يربطنه بالإعاقة الاجتماعية أكثر من الذكور. وجدير بالذكر أن مظاهر هذه الإعاقة كانت أكثر تنوعاً لدى المشاركات في الدراسة ولم تقتصر على مجرد ارتباك نظام الحياة اليومية، بل امتدت كذلك لتشمل العلاج بالآخرين، حيث وردت إشارات إلى اختلال هذه العلاقة بصورة أو بأخرى مثل كثرة

المشكلات معهم، أو العجز عن تحملهم، أو اعتزالهم، أو العكس حيث زيادة الاعتماد عليهم والحاجة إلى مساعدتهم.

ويجدر التنويه في هذا السياق إلى أن نتائج الدراسة الراهنة كشفت عن فرق آخر مهم بين الذكور والإناث ظهر في التفاوت الكبير بين نسبة من قدمن تعريفات غير محددة للصحة في مقابل من قدموا مثل هذه التعريفات من الذكور (٢٧٪ من المجموعة الأصلية للإناث مقابل ١٤٪ من الذكور على الترتيب- أي الضعف تقريباً). ولم تكن مثل هذه التعريفات موضع عناية الباحثة من البداية، واستبعدت من التحليلات الإحصائية التالية لعدم اشتمالها على مكونات محددة لمفهوم الصحة/المرض، ولكنها تصبح ذات صلة في هذا المقام. اتسمت هذه التعريفات بأنها فضفاضة وانطوت على مبالغة شديدة في تقدير قيمة الصحة حيث وصفت بأنها أعلى أو أهم شيء في الحياة، بل إن بعضها وحد بين الصحة والحياة ذاتها. وقد وردت مثل هذه التعريفات الفضفاضة كذلك في إحدى الدراسات السابقة (Saltonstall, 1993)، ولدى الجنسين على حد سواء؛ فاتخذها الباحث دلالة على مدى تغلغل الصحة في الحياة الاجتماعية للذكور والإناث في الأونة الحاضرة، بحيث أصبحت تمثل لديهم حالة من حالات الحياة. وشيوع مثل هذه التعريفات أكثر لدى الإناث في الدراسة الراهنة إنما يدعم هذا التصور ويؤكد ما سبق إيضاحه ترواً من أن المرأة تدرك الصحة إدراكاً اجتماعياً على أنها شرط أساسي للنجاح في أداء أدوارها العديدة ومسئولياتها المتنوعة، فمن دون صحة لا يمكن للمرأة أن تحيا حياة متوافقة. هذا بينما كانت التعريفات غير المحددة للمرض منتشرة بنسب متعادلة تقريباً بين الجنسين (١٦٪ لدى الذكور مقابل ١٨٪ لدى الإناث)، وتحمل معاني اجتماعية واحدة حتى أنها استخدمت في وصفه كلمات مترادفة تقريباً، فحين ذكر الذكور على سبيل المثال أن للمرض: (شيء سييء أو مخيف أو غضب من الله أو قدر أو يؤدي إلى الموت)، ذكرت الإناث في المقابل أنه: (شيء وحش أو فظيع أو لعنة من الله أو ابتلاء أو يؤدي إلى الدمار).

وعلى أية حال، فإن هذه الفروق المحدودة التي ظهرت بين الجنسين في إدراكهما لمفهوم الصحة/المرض ينبغي الحذر من تعميمها في الوقت الزاهر لاعتبارات عدة أهمها:

- ١- صغر حجم مجموعتي الدراسة نسبياً خاصة وأن تصنيف الاستجابات في فئات متعددة جعل المقارنات الزوجية تعقد أحياناً بين فئات تصنيف يقل عدد بعض مفرداتها عن خمس. وقد تحصل فرقان من الفروق الثلاثة الدالة في الدراسة من مثل هذه الفئات (فئة المظاهر النفسية الاجتماعية للصحة، وفئة التعريفات الشاملة للمرض).
- ٢- إن الفروق كانت دالة عند أدنى حد مقبول للدلالة فقط (٠,٠٥)، وتفتقد دلالتها عند مستويات المعنوية الأكثر صرامة.

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

٢- إن الدراسة تعد محاولة أولية محدودة لاستكشاف كيفية إدراك مفهوم الصحة/المرض، وما قد يوجد فيه من فروق بين الجنسين، ومن ثم فهي بحكم طبيعتها الاستكشافية تطرح فروضاً محتملة لتفسير التمايز بين نتائج الجنسين في ضوء الفروق الاجتماعية الثقافية القائمة بينهما من حيث الأدوار والتوقعات الاجتماعية، أما التحقق من صدق هذه الفروض فمتروك لدراسات مقبلة ذات تصميمات بحثية مناسبة لهذا الغرض.

دلالات النتائج فيما يتصل بإدراك مفهوم الصحة/المرض:

في ضوء التطابق الكبير بين مدركات الذكور والإناث لمفهوم الصحة/المرض الذي أوضحته النتائج الفارقة في الدراسة الراهنة، يتأكد من جديد التشوه الإدراكي القائم بالنسبة لهذا المفهوم في أذهان عامة الناس. فالدلالات السابق استخلاصها من نتائج الإناث (شوقي، ٢٠٠٤)، تأتت من جديد من نتائج الذكور، مما يعني تضاعف عدد الأفراد الذين كشفوا عن هذا التشوه، والذي شمل نطاق المفهوم، ومكوناته، والعلاقة بين هذه المكونات.

ففيما يتصل بنطاق المفهوم، جاءت النسبة الغالبة من تعريفات الجنسين للصحة أو المرض وللمظاهر أو العلامات الدالة عليهما، شديدة الضيق فأقتصرت معظمها على مكون واحد، وأقل القليل منها هو الذي اتسع ليشمل المكونات الثلاثة للمفهوم مجتمعة، حتى بين الذكور الذين امتازوا بتقديم تعريفات شاملة للمرض أكثر من الإناث.

وفيما يتصل بمكونات المفهوم، كان المكون البدني هو الأكثر ظهوراً في تعريفات الجنسين للصحة والمرض، أو مظاهرها وعلاماته. وقد ظهر منفرداً في حالات كثيرة، ومقترناً بالمكون النفسي أو الاجتماعي في حالات أقل.

أما العلاقة بين مكونات المفهوم، فيمكن اكتشاف كيفية إدراك المشاركين والمشاركات لها من خلال إعادة فحص مضمون التعريفات ثنائية المكون التي زوجت بين المكونين البدني والنفسي للصحة أو المرض. وقد كانت هذه التعريفات هي الأكثر شيوعاً بعد التعريفات أحادية المكون ذات المضمون البدني الصرف. وأوضح فحص هذه التعريفات البدنية النفسية لدى الذكور أنهم لم يورثوا أية إشارة إلى التفاعل أو التكامل. أو حتى التوازن بين نوعي الصحة، ولكنهم ذكروا النوعين وكأنهما كيانان منفصلان يوجدان معاً فحسب. هذا بينما وردت إشارة صريحة إلى التكامل بين هذين النوعين لدى عدد محدود من المشاركات لا يزيد عن ثلاث فقط.

ومع هذا فقد انطوت بعض تعريفات الصحة لدى الذكور والإناث على حده سواء على أن العلاقة بين الصحة البدنية والنفسية هي علاقة سبب ونتيجة، وإن كانت غالبية التعريفات هنا (٨/٧) لدى الذكور، ٦/٣ لدى الإناث) تنص على أن الصحة النفسية دالة للصحة البدنية مثال ذلك قول أحد المشاركين: "الصحة هي صحة الجسد أولاً ثم العقل والتفكير وكل الحواس الداخلية" (٢١) سنة، دبلوم ثانوي فني، أعزب، ويعمل بالدعاية والإعلان، وقول إحدى المشاركات: "صحة الجسم

تساعد الإنسان على أن يعيش في هدوء وتساوده أن يفكر بطريقة سليمة وتساعد العقل على أن يتخذ قرارات سليمة" [في العشرينات من العمر، دبلوم معهد تجاري متوسط، غير متزوجة، وتعمل سكرتيرة]. وكذلك قول أفراد من الجنسين بأن: "العقل السليم في الجسم السليم". وفي المقابل عزا مشارك واحد وثلاث مشاركات الصحة البدنية إلى الصحة النفسية، فيقول المشارك: "إن الصحة هي عمل جميع الأعضاء بانتظام ويرجع ذلك إلى الصحة النفسية" [٥١ سنة، بكالوريوس، متزوج، يعمل مدير إدارة]. وتقول إحدى المشاركات الثلاث: "الصحة هي شعور الإنسان بالراحة النفسية أولاً. وعندئذ ينعكس ذلك على الراحة الجسدية" [٢٤ سنة، بكالوريوس، غير متزوجة، وتعمل صحفية].

وفيما يخص المرض، أدرك اثنان فقط من المشاركين التفاعل بين الجسم والنفس (أو العقل)، ولكنهما تصورا أن إصابة الجسم بالمرض تكون هي السبب في تدهور الأداء النفسي للشخص، بينما لم يشير إلى احتمال أن يكون العكس صحيحاً كذلك. وكمثال على ذلك يذكر أحد هذين للمشاركين أن المرض هو: "شعور الإنسان بعبء في جسمه تمنعه من التركيز عند ممارسة أي عمل أو نشاط" [٤٢ سنة، ليسانس، متزوج، ويعمل مدير علاقات عامة]. ولم ترد إشارات مناظرة في تعريفات الإناث للمرض.

ومما لا شك فيه أن هذا القصور في تصور العلاقة التبادلية بين الجسم والنفس يتنافى مع نتائج مئات الدراسات التي تنشر في العقود الأخيرة، وتثبت باستمرار أن العمليات الفسيولوجية تؤثر في الظواهر النفسية وتتأثر بها (e.g. Cohen & Herbert, 1996).

دلالات النتائج فيما يتصل بالتعليم والتثقيف الصحي:

انصب اهتمام الدراسة الراهنة في الأساس على مخرجات عملية إدراك مفهوم الصحة/المرض، والتي تمثلت في التعريفات التي قدمها المشاركون عندما طلب منهم تعريف قطبي هذا المفهوم. ولكن السؤال الثالث في أداة الدراسة والخاص بمصادر معلومات المشاركين عن الصحة يتصل أساساً بالمدخلات التي يعتمدون عليها في عملية إدراك معنى الصحة والمرض. والتشوه الذي اتضح في الإدراكات يلفت النظر إلى قصور هذه المدخلات وعدم ملاءمتها. وقد أفصح أغلب المشاركين عن أنهم يستمدون معلوماتهم عن الصحة أساساً من وسائل الإعلام المطبوعة (كالكتب والمجلات الطبية المتداولة بين العامة وكذلك الصحف بالإضافة إلى الكتب المدرسية والنشرات الطبية)، والتلفاز، والأطباء ومعاونيهم في سياق تلقي خدمات الرعاية الصحية. ولا شك أن القدر الأكبر من المعلومات المستمدة من هذه المصادر أسير المنظور الحيوي في فهم الصحة والمرض (انظر مزيداً من التفاصيل في شوقي، ٢٠٠٤). وقد سبق أن انتهى إلى هذا الاستنتاج ذاته مايكل كالنان وباربرا جونسون (Calnan & Johnson, 1985) في دراسة لهما عن المعتقدات المتصلة بالصحة (متضمنة مفهوم الصحة) في عينة من الإناث الإنجليزيات، حيث نسا على أن "معتقدات العامة عن الصحة تتشكل وتتنظم في إطار الأيديولوجيا الطبية". وقد

إدراك مفهوم الصحة / المرض دراسة مقارنة بين الجنسين

ظلت هذه الأيديولوجيا لفترات طويلة- ويبدو أنها لا تزال في مجتمعنا- تركز على العوامل الحيوية في فهم الصحة والمرض، وفي التدخلات المستخدمة معها، ولكن التراث العلمي يزخر حالياً بمئات النتائج التي تؤكد أن العوامل الحيوية لا تنفرد وحدها بالتأثير في الصحة أو المرض، ولكنها تتفاعل باستمرار مع عوامل أخرى سلوكية أو مجتمعية لتفرض في النهاية إلى حالة الصحة أو المرض (for a review see The Committee on Health and Behavior, 2001).

وبناءً عليه، تبرز نتائج الدراسة الحاجة الملحة إلى التخلي عن النموذج الحيوي أحادي البعد وتبني نماذج متعددة الأبعاد ما بين حيوية ونفسية واجتماعية وثقافية في مجالات التعليم والبحث والممارسة للأطباء وغيرهم من العاملين في ميدان الرعاية الصحية. وتكون الخطوة التالية هي قيام مجموعة منتقاة من المتخصصين بتبسيط المعلومات المتاحة في إطار هذه النماذج ونشرها على نطاق واسع عبر قنوات الاتصال الجماهيري، وخاصة التلفاز الذي كشف في بحوث حديثة عن كفاية عالية في استخدام الدراما لتوصيل رسائل موجهة عن عدد من التغيرات الواجب على البشر إحداثها في سلوكهم ليتوافقوا مع كثير من التحديات التي تواجههم في الحاضر ومن بينها المشكلات المرتبطة بالصحة (through Zimbardo, 2004). ولكن تجدر الإشارة إلى ضرورة أن تولي الجمعيات العلمية في التخصصات الطبية والنفسية والاجتماعية أولوية لبدء وتيسير التعاون بين متخصصيها في أمور التدريس وإجراء البحوث المشتركة والمشاركة على قدم المساواة في تقديم الرعاية الصحية الشاملة.

ملحق رقم (١) المقارنة بين مجموعتي الذكور (ن=١٢٩) والإناث (ن=١٠٤) في المتغيرات

الديموجرافية بعد استبعاد من لم يقدموا تعريفات للصحة ونوعي التعريفات غير المحددة

المتغير	ذكور	إناث	قيمة ت
العمر	١٥-٢٦	١٧-٢٧	
المدى	٣٣,٢٢	٣١,٣٩	
الوسيط الحسابي	١٣,٩١	١١,٤	١,٠٠
الانحراف المعياري	٣	٧	١,٦٧
التعليم	ك	ك	%
غير متعلم	٣	٧	١,٦٧
تعليم أساسي	١٣	١٢	١,٥٠
متوسط ورفقه	٥٤	٤٢	٠,١٤
جامعي	٥١	٣٥	١,٠٠
بعد جامعي	٨	٦	١,٠٠
	١٢٩	١٠٤	
الحالة الاجتماعية			
غير متزوجين	٦٤	٤٩	٠,٤٣
متزوجون	٦٥	٥٥	٠,٤٣
	١٢٩	١٠٤	

* انخفض العدد الكلي هنا بسبب عدم استيفاء مشاركتين لبيان التعليم.

ملحق رقم (٢) المقارنة بين مجموعتي الذكور (ن=١٢٣) والإناث (ن=١١٤) في المتغيرات الديموجرافية بعد استبعاد من لم يقدموا تعريفات للمرض وذوي التعريفات غير المحددة

المتغير	ذكور	إناث	قيمة ت
العمر			
المدى	٧٦-١٦	٦٧-١٧	
الوسط الحسابي	٣٣,٨٨	٣٢,٣٣	
الانحراف المعياري	١٤,٣٨	١٢,٢	٠,٨٢
التعليم	ك	ك	%
غير متعلم	٣	٦	١,٠٠
تعليم أساسي	١٥	١٧	٠,٧٥
متوسط وفوقه	٥١	٤٦	٠,١٧
جامعي	٤٦	٣٥	٠,٨٣
بعد جامعي	٨	٧	٠,٣٣
	١٢٣	١١١	
الحالة الاجتماعية			
غير متزوجين	٦١	٥٢	٠,٦٧
متزوجون	٦٢	٥٤	٠,٥٧
	١٢٣	١١٤	

* انخفض العدد الكلي هنا بسبب عدم استيفاء ثلاث مشاركات لبيان التعليم.

المراجع

- ١- شوقي، ميرفت أحمد (٢٠٠٤): إدراك مفهوم الصحة وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية: دراسة استكشافية. كتاب بحوث مؤتمر السلوك الصحي وتحديات العصر. كلية الآداب، جامعة طنطا، مؤتمر قسم علم النفس الأول، ٢٧-٢٩ إبريل.
- ٢- عطيتو، آمال دسوقي (٢٠٠٣). ارتقاء المفاهيم الاجتماعية المرتبطة بالأسرة لدى الأطفال الذكور في مرحلتَي الطفولة المتوسطة والطفولة المتأخرة. رسالة دكتوراه. كلية الآداب، جامعة القاهرة (غير منشورة).
- ٣- عويس، محمد (١٩٩٧). البحث العلمي وممارسة الخدمة الاجتماعية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٤- مارشال، جوزدون (٢٠٠١). موسوعة علم الاجتماع- المجلد الثالث، الطبعة الأولى. ترجمة محمد الجوهري، محمد محيي الدين، محمود عبد الرشيد، هناء الجوهري. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.
- 5- Baumeister, R.F. (1988). Should we stop studying sex differences altogether? *American Psychologist*, 43, 1092-1095.
- 6- Benisovich, S.V., & King, A.C. (2003). Meaning and knowledge of health among older adult immigrants from Russia: A phenomenological study [Electronic-version]. *Health Education Research*, 18(2), 135-144.
- 7- Bryant, L.L., Corbett, K.K., & Kutner, J.S. (2001). In their own words: A model of healthy aging. *Social Science & Medicine*, 53, 927-941.
- 8- Buetew, S.A., & Kerse, N.M. (2001). Does reported health promotion activity neglect people with ill health? [Electronic version]. *Health Promotion International*, 16(1), 73-78.
- 9- Calnan, M. (1985). Patterns in preventive behavior: A study of women in middle age. *Social Science & Medicine*, 20(3), 263-268.
- 10- Calnan, M., & Johnson, B. (1985). Health, health risks and inequalities: An exploratory study of women's perceptions. *Sociology of Health and Illness*, 7(1), 55-75.
- 11- Calnan, M., & Rutter, D.R. (1986). Preventive health practices and their relationship with socio-demographic characteristics [Electronic version]. *Health Education Research*, 1(4), 247-253.

- 12- Celantano, D., Linet M.S., & Stewart W.F. (1990). Gender differences in the experience of headache. **Social Science and Medicine**, 30(12), 1289-1295.
- 13- Chen, C. C., Schilling, L.S. & Lyder, C.H. (2001). A concept analysis of malnutrition in the elderly [Electronic version]. **Journal of Advanced Nursing**, 36(1), 131-142.
- 14- Christensen, A.J., Moran, P.J., & Wiebe, J.S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. **Health Psychology**, 18(2), 169-176.
- 15- Cohen, S. & Herbert, T.B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. **Annual Review of Psychology**, 47, 113-142.
- 16- Concha, A., Ramirez, A., Dela Funete, M.A., Guilaran, B., Kunnang-Antonio, N., Sylio, A. T., Somoso, A.B., Albutra, R.A., & Clet, C. (2003). Concept of health and health needs of suburban residents in a developing country: A qualitative study [Electronic version]. **Asia Pacific Family Medicine**, 2(2), 107-113.
- 17- Cooper, H.C., Booth, K., & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education [Electronic version]. **Health Education Research**, 18(2), 191-206.
- 18- Di Matteo, M.R., & Di Nicola, D.D. (1982). **Achieving patient compliance: The psychology of medical practitioner's role**. NY: Pergamon Press Inc.
- 19- Eagly, A.H. (1990). On the advantages of reporting sex comparisons. **American Psychologist**, April, 560-562.
- 20- Eagly, A.H. (1995). The science and politics of comparing women and men. **American Psychologist**, 50(3), 145-158.
- 21- Eagly, A.H. & Diekmann, A.B. (2003). The malleability of sex differences in response to changing social roles. In Lisa G. Aspinwall & Ursula M. Staudinger (Eds.), **A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology** (103-115). Washington, DC: American Psychological Association.
- 22- Hyde, J.S. (2005). The gender similarities hypothesis. **American Psychologist**, 60(6), 581-592.
- 23- Hyde, J.S., & Plant, E.A. (1995). Magnitude of psychological gender differences: Another side to the story. **American Psychologist**, 50(3), 159-161.

- 24- Jeffrey, R.W. (2003). Health and behavior: The interplay of biological, behavioral, and social influences. **Contemporary Psychology**, APA Review of books, 48(5), 641-643.
- 25- Johnson, S.B. & Millstein, S.G. (2003). Prevention opportunities in health care settings. **American Psychologist**, 58(6/7), 475-481.
- 26- Kaplan, R.M., Sallis Jr., J.F., & Patterson, T.L. (1993). **Health and human behavior**. Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- 27- Leigh, J.P. & Fries, J.F. (1992-93). Associations among healthy habits, age, gender, and education in a sample of retirees. **International Journal of Aging and Human Development**, 36(2), 139-155.
- 28- Lonnquist, L.E., Weiss, G.L., & Larsen, D.L. (1992). Health value and gender in predicting health protective behavior. **Women and Health**, 19(2-3), 69-85.
- 29- Macintyre, S. (1993). Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. **Social Science and Medicine**, 36(1), 15-20.
- 30- Mendias, E.P., Clark, M.C., & Guevara, E.B. (2001). Women's self-perception and self-care practice: Implications for health care delivery. **Health Care for Women International**, 22, 299-312.
- 31- Mens-Verhulst, J. & Bensing, J.M. (1997). Sex differences in persistent fatigue. **Women & Health**, 26(3), 51-70.
- 32- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. **Annual Review of Psychology**, 40, 533-579.
- 33- Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. **Social Science & Medicine**, 36(1), 7-14.
- 34- Sarafino, E.P. (2002). **Health psychology: Biopsychosocial Interactions**, 4th ed. . NY: John Wiley & Sons, Inc.
- 35- Shih, F.J., Gau, M., Mao, H., Chen, C., & Kao lo, C. (2001). Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan [Electronic version]. **Journal of Advanced Nursing**, 36(3), 333-346.
- 36- Shirahama, K., & Inoue, E. (2001). Spirituality in nursing from a Japanese perspective [Electronic version]. **Holistic Nursing Practice**, 15(3), 63-72.
- 37- Smyke, P. (1993). **Women and health "2nd impression"**. NJ: Zed Books Ltd.
- 38- Stacey, M., & Olesen, V. (1993). Introduction. **Social Science & Medicine**, Special issue: Women, men, and health, 36(1), 1-5.

- 39- Stanton, A.L., & Gallant, S.J. (1995). Psychology of women's health: Challenges for the future. In Annette L. Stanton, & Sheryle J. Gallant (Eds.), **The psychology of women's health: Progress and challenges in research and application** (567-582). Washington, DC: American psychological Association.
- 40- Taylor, S.D., Bagozzi, R.P., & Gaither, C.A. (2001). Gender differences in the self-regulation of hypertension. **Journal of Behavioral Medicine**, 24(5), 470-487.
- 41- Taylor, S.E. (1999). **Health psychology**, 4th ed. : Boston: McGraw-Hill Companies, Inc.
- 42- The Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine (2001). **Health and behavior: The interplay of biological, behavioral, and societal influences**. Washington, DC: National Academy press.
- 43- Tsuang, M.T., Williams, W.M., Simpson, J.C., & Lyons, M.J. (2002). Pilot study of spirituality and mental health in twins. **American Journal of Psychiatry**, 159(3), 486-488.
- 44- Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. **Social Science & Medicine**, 34(8), 907-917.
- 45- Uden, A. & Elofsson, S. (2001). Health from the patient's point of view. How does it relate to the physician's judgment? [Electronic version]. **Family Practice**, 18(2), 174-180.
- 46- Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. **Journal of Health and Social Behavior**, 26 (September), 156-182.
- 47- Williams, P.G., Wasserman, M., & Andrew J. (2003). Individual differences in self-assessed health: An information-processing investigation of health and illness cognition. **Health Psychology**, 22(1), 3-11.
- 48- Zimbardo, P.G. (2004). Does psychology make a significant difference in our lives? **American Psychologist**, 59(5), 339-351.

*Gender Differences in the Conception of
Health/Illness*

Dr. Mirvat A. Shawky
Psychology Department
Cairo University

Abstract:

The study aimed at identifying gender differences in the conception of health/illness. A group of 150 Egyptian males was compared to a group of 150 Egyptian females equivalent in age, education, and marital status. All participants gave written answers to three open-ended questions inquiring about the definition of health and its manifestations, the definition of illness and its signs, and finally the participant's sources of health information.

A content analysis was performed and the answers of each of the first two questions were classified into seven subcategories according to the nature (physical, mental or social) and the number of aspects of health or illness expressed in the definition. Simple frequencies, percentages, and the critical ratios were calculated.

The results largely invalidate the study hypothesis, only three critical ratios out of 28 were significant ($p > 0.05$). This proves that male participants perceived the health/illness concept almost in the same way as females did. However, the comprehensive definitions of illness and the psychosocial manifestations of health were significantly more frequent in the male group, while females referred significantly more to biosocial signs of illness. No gender difference was detected in defining health. Some sociocultural variables were suggested in discussing such differential results. The study demonstrates further that both sexes have restricted and distorted concepts of health and illness, dominated by a biological perspective. The printed material and TV, followed by health care providers were found to be the major sources of health information for the two sex groups. Suggestions for more effective health education, mass media messages, and health policy were provided.