

# بعض مُنبآت طلب الرعاية الصحية لدى مرضى

## الاضطرابات الجنسية الذكورية

د. هناء أحمد شويخ

قسم علم النفس . جامعة جنوب الوادي

### ملخص

استهدفت الدراسة الراهنة استكشاف دور بعض المحددات الديموجرافية (المستوى التعليمي، والعمر، وعدد الأبناء، وعدد سنوات الاضطراب)، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والمعتقدات الصحية في التنبؤ بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية. المنهج والإجراءات: تكونت عينة الدراسة من (١٣٦) زوجاً ممن يعانون من الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، والتهاب الخصية، ودوالي الخصية)، وتراوح مداها العمري بين ٢٣ و ٥٧ سنة، بمتوسط مقداره ٣١.٥٠ سنة، وانحراف معياري مقداره  $\pm ٥.١٦$  سنة. وقد طبقت على العينة بطارية من الأدوات النفسية اشتملت على: مقياس تقدير الحالة الصحية العامة، ومقياس حب العشرة، ومقياس فعالية الذات الجنسية، ومقياس المعتقدات الصحية، ومقياس طلب الرعاية الصحية. كما روعي التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات. النتائج: (١) عدم وجود فروق دالة بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية في متغيرات الدراسة. (٢) يرتبط طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية ببعض المحددات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، والمعتقدات الصحية. (٣) لم يظهر لمتغير فعالية الذات الجنسية أي دور تأثيري في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية.

الكلمات الافتتاحية: تقدير الحالة الصحية العامة، حب العشرة، فعالية الذات الجنسية، المعتقدات الصحية، طلب الرعاية الصحية، الاضطرابات الجنسية الذكورية

### مدخل إلى مشكلة الدراسة

تُعد الدراسة العلمية للحياة الجنسية أحد المجالات المهمة لتكامل الشخصية الإنسانية منذ عقدين سابقين حتى الآن (Coleman, 2002)، ومن الموضوعات الشائع دراستها في هذا المجال نجد الرضا الجنسي، والفعالية الجنسية، والعادات والاتجاهات والمشكلات الجنسية، بالإضافة إلى أسلوب الحياة والصحة (Haavio-Mannila, Kontula & Kuusi, 2002). ومن المؤكد أن للعوامل الثقافية، والبيولوجية، والاجتماعية والنفسية دوراً مهماً في الحياة الجنسية، وتحقيق الصحة الجنسية (Chalkley, 1994, p.329; Leiblum, 2002).

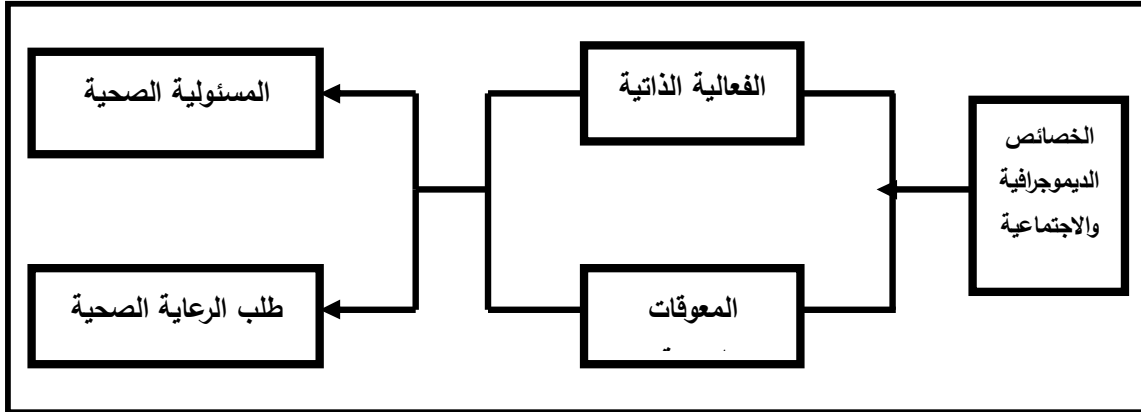
ويُمثل طلب الرعاية الصحية<sup>(١)</sup> أحد المكونات الأساسية للصحة الجنسية، وبالرغم من تأكيد الباحثين على مساهمة المتغيرات النفسية والاجتماعية والثقافية في تشكيل طلب الرعاية الصحية، إلا

<sup>(١)</sup> تستخدم مصطلحات أجنبية متعددة كمرادف لهذا المفهوم ومنها: Seeking Care for Medical Symptoms, Seeking Care, Seeking Preventive, Symptomatic Care, Seeking and

أنه مازال هناك عوائق كثيرة أمام طلب الرعاية الصحية خاصة في مجالات الاضطرابات الجنسية الذكورية<sup>(١)</sup>.

وتعرف منظمة الصحة العالمية World Health Organization سلوك طلب الرعاية بأنه "الخطوات العملية القائمة بالفعل من قبل الفرد عند احتياجه إلى حل مشكلة صحية أو التدخل لمواجهة مرض محدد". وقد أوضحت إحصائيات المركز القومي للصحة National Centre for Health Statistics أن ١٠٠٠.٠٠٠ من الأمريكيين يتوفون سنويًا لعدم طلبهم الرعاية الصحية (Moran,2006).

لذا سعى "سميث" (Smith, 1996) إلى تقديم نموذج واصف للعوامل المساهمة في تشكيل طلب الرعاية الصحية، مستعرضاً فيه تفاعل العوامل الاجتماعية والنفسية والجسمية والفسولوجية معاً، ويتصور من خلاله أن لطلب الرعاية الصحية ينبغي أن يتم في ظل التفاعل بين العوامل الديموجرافية (كالعمر، والمستوى التعليمي....)، والفعالية الذاتية، والمعوقات المدركة كأحد أبعاد المعتقدات الصحية المساهمة في تشكيل المسؤولية الصحية، ويوضح شكل (١) هذه العوامل وتفاعلها معاً داخل النموذج.



شكل (١) النموذج النظري لتشكيل طلب الرعاية الصحية (Smith, 1996)

وبالنظر لهذا النموذج نجد أن لهذه المحددات تأثير على طلب الرعاية الصحية سواء بشكل فردي أو تفاعلي فيما بينها، ويوضح النموذج أن الخصائص الديموجرافية الاجتماعية<sup>(٢)</sup>، تتفاعل مع الفعالية الذاتية<sup>(٣)</sup> والمعوقات المدركة<sup>(٤)</sup> كأحد أبعاد المعتقدات الصحية<sup>(٥)</sup> لتؤثر في كل من المسؤولية

Receiving appropriate Care, Health Seeking –Behaviour. أما الدراسة الراهنة فاعتمدت على المقابل الأجنبي لمصطلح طلب الرعاية الصحية Health-Care Seeking.

- (1)Male Sexual Disorders
- (2)Sociodemographic
- (3)Self-Efficacy
- (4)Perceived Barriers
- (5)Health Beliefs

الصحية<sup>(١)</sup>، وطلب الرعاية الصحية. وقد توالى الدراسات المدعمة لمكونات هذا النموذج النظري في تحقيقها لطلب الرعاية الصحية، منها دراسة "سوبرالسكا" (Sobralaska, 2004) التي كشفت عن تأثير النوع والمعتقدات في سلوك طلب المساعدة للمشكلات الصحية المفترضة أو الاضطرابات، ووجدت أن هناك فوقاً ما بين الجنسين في طلب الرعاية الصحية، وأن المرضى الأكثر طلباً للمساعدة هم ذوي الاعتقاد بأن الصحة أهم شيء والمرضى هو نهاية العالم. وأضافت دراسة "ويلز" (Wells, 1992) أن مستوى التعليم ومعتقدات المرضى عن حالتهم الصحية هما الدافع لسلوك طلب الرعاية. وأضاف الباحثون أن هناك عوامل أخرى قد تسهم أيضاً في تشكيل طلب الرعاية الصحية، منها المتغيرات النفسية والاجتماعية: والتي تتضمن السمات الشخصية، وذوي الطبقة الاجتماعية الدنيا الأكثر شعوراً من أفراد الطبقات العليا بأن تحمل النفقات أو الوصول إلى الطبيب مسألة صعبة (Adams&Scott,2000; Sarafino, 2002, p.176). وأضاف "ريد" (Reid, 2000) إن إدراك المساندة الاجتماعية، والمعتقدات الصحية تتنبأ بسلوكيات طلب الرعاية لدى السيدات الأمريكيات.

ومن مجمل النتائج توصل الباحثون إلى أن طلب الرعاية الصحية لدى ذوي الاضطرابات الذكورية لن يتم إلا في ظل مناخ سوي من العوامل الاجتماعية، والنفسية، والبيولوجية، مما ينعكس على المجتمع عندما تتشكل زيجات ناجحة وقوية تستمر لمدة طويلة بدون أي مشاكل جنسية (Jose&Alfonse, 2007)، فالمجتمع السليم هو الذي يقوم على بنية أسرية سليمة (Greeff&Malherbe,2001).

لذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة أولية للتركيز على دور بعض المحددات الديموجرافية (العمر، ومستوى التعليم، وعدد سنوات الاضطراب، وعدد الأبناء)، وتقدير الحالة الصحية العامة<sup>(٢)</sup>، وحب العشرة<sup>(٣)</sup>، وفعالية الذات الجنسية<sup>(٤)</sup>، والمعتقدات الصحية في تحقيق طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، لتكوّن بنية أساسية يجب الأخذ بها عند تحسين جودة العلاقة الجنسية؛ خاصة مع تأكيد دور تلك البنية الأساسية في نتائج الدراسات السابقة (Dwyer, 2005; Greico, 2002, Kriegerlewicz & Prezeglad, 2005; Means, 2000; Sannito, 2008; Savuleseu & Sandberg, 2008; Worrell, 2008).

ومما يزيد من أهمية الدراسة الراهنة ما أكده "إيفي" (Ivy, 2006) من وجود علاقة سلبية دالة بين تحقيق الصحة الجنسية ومعدلات الطلاق في الدول الغربية، وقد لوحظ في السنوات الأخيرة تزايد ارتفاع نسبة الطلاق سواء على المستوى المحلي (إسماعيل، ٢٠٠٤، ١٤) والعالمي (Coontz, 2006). وتمثل هذه النتيجة دافعاً في البحث عن العوامل المساهمة في تحقيق الصحة الجنسية.

(1)Health responsibility

(2)General Health Perceived

(3)Companionate love

(4)Sexual Self-Efficacy

- وفي ضوء الطرح السابق يمكننا صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في ضوء التساؤلات التالية:
- (أ) هل توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، والتهاب الخصية، ودوالي الخصية) في تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وطلب الرعاية الصحية في ظل الضبط الإحصائي للعمر، وعدد سنوات الاضطراب؟
- (ب) هل علاقات ارتباطية بين سلوك طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، وكل من المحددات الديموجرافية (المستوى التعليمي، والعمر، وعدد الأبناء، وعدد سنوات الاضطراب)، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية؟
- (ج) إلى أي مدى يتباين طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية بتباين كل من المتغيرات الديموجرافية، تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية؟
- (د) ما مدى إسهام كل من المحددات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية في التنبؤ بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية؟

### مفاهيم الدراسة:

#### [١] تقدير الحالة الصحية العامة:

وهو يشير إلى "تقدير المريض لحالته الصحية العامة خلال الشهر السابق على المقابلة"، وهذا التقدير يتم على أساس الإجابة على مقياس شدة تدريجي يتكون من ثلاث درجات تبدأ بصحة ممتازة وتنتهي بصحة سيئة (Nummela, Sulander, Rahkonen, Karisto, & Uutela, 2008)، ويساعد هذا التقدير على تبين إدراك الفرد الشخصي لمدى نوعية صحته.

#### [٢] حب العشرة:

يُعرف حب العشرة . في سياق نظرية "هانفلا" Hatfield وآخرين . بأنه "الحب الذي نشعر به نحو الأشخاص الذين ترتبط حياتنا معهم بشكل مستمر" (Hatfield, Plimer, O'Brien & Lee, 2008). كما يُقصد به "الرابطه القوية التي تحقق الشعور بالراحة والطمأنينة وتحافظ على العلاقة وتصونها" (Synder, 2006). وأهم ما يميز هذا النوع هو الحميمية والحرص على استمرار العلاقة، والثقة بشخص جدير بالحب (Hatfield et al., 2008). ويختلف هذا النوع من الحب عن الحب العاطفي<sup>(١)</sup> وهو "حالة من الارتباط الوجداني الشديد تمتد لتتصل بشخص آخر" (Sternberg, 1997).

(1) Passionate love

وفي ضوء الدراسة الراهنة تُعرف حب العشرة بأنه "درجة حب الزوج لزوجته المتولدة عن زواجه منها وعشرته لها".

### [٣] المعتقدات الصحية:

أشارت الدراسات إلى دور المعتقدات الصحية في طلب الرعاية الصحية، ويعد نموذج المعتقدات الصحية<sup>(١)</sup> من النماذج المبكرة لوصف سلوك طلب الرعاية، حيث يركز على دور المتغيرات المعرفية (المعتقدات)، وقد طرح هذا النموذج من خلال "هوكباوم" Hochbaum وزملائه (١٩٥٠) لفهم القصور المنتشر لدى الأفراد للمشاركة في برامج اكتشاف المرض والوقاية منه (August, 2005). وتطور هذا النموذج بشكل كامل على يد "روزنستوك" (١٩٦٦) Rosenstock بهدف شرح سلوكيات الوقاية الصحية من قبيل الفحوصات الدورية، ثم طوره بعد ذلك "بيكر" Becker (١٩٧٤)، وطبقه في مجالات متعددة خاصة بالمرضى المزمنين، منها طلب الرعاية الصحية (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993, p.52; Marteau, 1995, p.7).

### ويوضح ذلك شكل (٢):



شكل (٢) نموذج المعتقدات الصحية (Bosworth & Voils, 2005, p. 20)

ويشتمل هذا النموذج على أربعة أنماط من المعتقدات الصحية، التي ربما تسهم في احتمال قيام الفرد بفعل معين (مثل طلب الرعاية الصحية) يناسب مرضاً أو ظرفاً محددة (Kaplan et al., 1993, p.52). والمعتقدات الصحية الأربعة هي:

#### ١- إدراك إمكانية الإصابة بالمرض<sup>(٢)</sup>:

ويشير معتقد إمكانية الإصابة بالمرض إلى وجود احتمال ذاتي لدى الفرد بأنه قد يصاب بمرض ما (Kaplan et al., 1993, p.53). ويتراوح هذا الاحتمال ما بين إنكار الإصابة بمرض خطير إلى الاعتقاد بأن لديه مرضاً خطيراً، وإذا ما كان قد سبق للفرد الإصابة بهذا المرض، فإن القابلية المدركة للإصابة بالمرض تعاد صياغتها لتشمل توقع التشخيص، أو الانتكاس من خلال تقديرات الفرد لقابلية

(1)The Health Beliefs Model

(2)Perceived Susceptibility

الإصابة بهذا المرض مرة أخرى، وقابلية الإصابة بالمرض بوجه عام (Adams&Scott,2000;August, 2005, Janz, Champion & Strecher,2002,p.48).

## ٢- إدراك خطورة المرض<sup>(١)</sup>:

ويحتوى على تقييم كل من النواتج الإكلينيكية والاجتماعية المتعلقة بخطورة المرض، مثل: الموت، والعجز، والألم كنواتج إكلينيكية، وتأثيرات الحالة المرضية على العمل، والحياة العائلية، والعلاقات الاجتماعية كعواقب اجتماعية ممكنة (Bosworth & Voils, 2005, p.21; Janz et al., 2002, p.48). بالإضافة إلى أن القابلية للإصابة بالمرض وخطورة هذا المرض المدركة تشكلان معاً التهديد المدرك للمرض<sup>(٢)</sup>، مثال ذلك: إذا شعر الفرد بأن لديه القابلية للإصابة بمرض خطير (كالسرطان مثلاً)، فإن دافعيته لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون مرتفعة؛ لأن مستوى التهديد مرتفع، أما إذا شعر بأن لديه القابلية للإصابة بمرض أقل خطورة (أنفلونزا مثلاً) فإن دافعيته لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون منخفضة؛ لأنه أدرك مستوى منخفضاً من التهديد (Bosworth&Voils,2005, p. 21; Kaplan et al., 1993, p.52).

## ٣- إدراك فوائد العلاج<sup>(٣)</sup>:

إن توقع الفرد أن لديه القابلية للإصابة بحالة خطيرة (التهديد المدرك) يقوده إلى القيام بسلوك ما، كما أن اتخاذ الفرد لسلسلة خاصة من الأفعال يعتمد على معتقداته المتعلقة بتأثير هذه الأفعال في تقليل تهديد المرض، وهذا هو ما يسمى بإدراك الفوائد الصحية لاتخاذ الفعل، مثل قدرة الدواء على التحكم في الألم، أو في تقليل الأعراض الجانبية للمرض. هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى تتضمن فوائد غير مرتبطة بالصحة (مثل التوقف عن التدخين لتوفير المال، أو عمل فحوصات)، وبالتالي فإن الشخص مهما كان لديه مستوى أمثل من المعتقدات عن القابلية للإصابة بمرض ما أو خطورة هذا المرض، لا نتوقع منه أن يقبل القيام بأي فعل صحي ينصح به الآخرون، إلا إذا أدرك أن هذا الفعل كفء ويمكنه القيام به (August, 2005, Janz, et al., 2002, p.48).

## ٤- إدراك معوقات العلاج:

تؤثر المعوقات المدركة للفعل كذلك على احتمالية القيام بالفعل، فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتاً طويلاً أو مجهوداً كبيراً، ومن المعوقات أيضاً التي تقلل من إمكانية اتخاذ سلوك ما . على سبيل المثال . أن يكون العلاج الطبي لمرض خطير معين غالى الثمن، أو أن يكون الطبيب المعالج لا يسكن في المنطقة التي يسكنها المريض، أو أن هناك نقصاً في وسائل النقل والمواصلات، أو يتعارض مع عادات شديدة السيطرة على المريض ويصعب التخلي عنها أو تعديلها (مثل الأكل . التدخين) (Champion & Springston, 2000; Kaplan, et al., 1993, p.53). فالفرد يفكر ملياً في التأثير المتوقع للفعل في مقابل إدراكاته لكون هذا الفعل مكلفاً مادياً، وخطيراً (أي أن له تأثيرات

(1)Perceived Severity

(2)Perceived Threat

(3)Perceived benefits of action

جانبيية)، وغير سار (كأن يكون الفعل مؤلماً أو صعباً، أو أنه يسبب اضطراباً صحياً بسيطاً)، ولحادثات الضيق للفرد، وإهدار الوقت، وهكذا (Janz, et al., 2002, p.48).

ومن أهم ما يرجح قيام الفرد بفعل وقائي معين، هو أنه يصل إلى قرار بأن الفوائد المدركة للفعل . مثل التمتع بصحة جيدة أو خفض عوامل الخطر على الصحة . تفوق المعوقات أو التكاليف المدركة لهذا الفعل (Sarafino, 2002, p.167)، والعكس صحيح، فعندما يدرك الفرد أن لديه القابلية للإصابة بمرض خطير، وأن لديه القدرة على التغلب على المعوقات التي تحول دون تمتعه بصحة جيدة، فلا بد أن مصلحته الشخصية سوف تقوده نحو طلب الرعاية الصحية بشكل فعال (Brannon&Feist,2004, p.47).

ومن خلال تطبيق مكونات هذا النموذج على مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، يتضح أنه إذا كان السلوك الذي ننشده من المريض هو طلب الرعاية الصحية فإن:

(أ) إدراك إمكانية الإصابة بالمرض: يشير إلى وجود احتمال ذاتي لدى المريض بتقاوم المرض .  
(ب) إدراك خطورة المرض: وتشمل العواقب العيادية للأمراض الجنسية الذكورية، مثل الإصابة بالعقم، والضعف الجنسي، وأورام البروستاتا... الخ، بالإضافة إلى العواقب الاجتماعية للمرض من قبيل وصمة فقدان القدرة على إقامة علاقة جنسية.

(ج) إدراك فوائد العلاج أو السلوك: وتشمل الفوائد التي يدرك المريض حدوثها كنتيجة لطلب الرعاية الصحية من قبيل تحسن الوظيفة الجنسية، وتقليل خطر تقاوم المرض ووصوله إلى مراحل عيادية متأخرة.

(د) إدراك معوقات العلاج: وتشمل . على سبيل المثال . وجود مسافة كبيرة بين سكن المريض والمركز الطبي للعلاج، أو أن تكون الحالة الاقتصادية للمريض لا تمكنه من تحمل تكاليف العقاقير التي تحتويها الوصفات الطبية، أو معرفة المريض بصديق سبق له تناول العقار نفسه، وكانت له آثار جانبية سلبية من قبيل الإجهاد وفقدان الشهية ... الخ. وعلى الرغم من وجود تلك المعوقات، فإدراك الفرد لفوائد طلب الرعاية الصحية، والتي ربما تفوق المعوقات أو التكاليف المدركة له، قد يرجح قيام المريض بهذا السلوك.

#### **[٤] فعالية الذات الجنسية:**

ترجع بدايات ظهور مفهوم الفعالية الذاتية إلى ثانيا النظرية الاجتماعية المعرفية، والتي ترى أن السلوك الإنساني لا يتشكل فقط من خلال العوامل البيئية الخارجية والربط بين المنبه والاستجابة، بل يتكون من خلال عوامل داخلية خاصة بالفرد، ففي عام ١٩٧٠ نبه "باندورا" Bandura إلى دور مفهوم الفعالية الذاتية كعامل داخلي يشكل السلوك البشري، وطرح مقالة نظرية بعنوان: Self Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change، شرح فيها مصادر تكوين هذا الاعتقاد بالفعالية الذاتية، وكيفية تأثيره في تكوين سلوك الفرد (Pajares, 2002).

وعرف "باندورا" مفهوم الفعالية الذاتية بأنه بشكل عام ليست سمة من سمات الشخصية، بل هو "مجموعة من الاعتقادات تدور حول قدرة الفرد على تنظيم وتنفيذ مجموعة من الأفعال والقيام بأداء

السلوكيات والأدوار المطلوبة لتحقيق الأهداف المرجوة منه بنجاح في وقت محدد" (Bandura, 1994, p.71; Turk & Okifuji, 2002). ويعرفه بعض الباحثين بأنه "مدى ثقة الفرد بقدرته على التصرف بطريقة ما للوصول للهدف المرغوب فيه" (Murphy, Stein, Schlenger & Maibach, 2001). وتوصلت مجموعة أخرى إلى تعريفه بأنه "اقتناع الفرد بمدى فعاليته وكفاءته في مواجهة المواقف، خاصة المواقف التي تحتوي على المشقة والشدة غير المتوقعة" (Skevington, 1995, p.143).

وقد حصر "باندورا" أربعة مصادر تشكل هذا الاعتقاد بالفعالية في كل المجالات الحياتية:

(١) **الخبرات السابقة<sup>(١)</sup>**، وهو المصدر الأكثر فعالية في تشكيل الاعتقاد بالفعالية الذاتية، وذلك لأنه مستمد من الخبرة السابقة للفرد، فالنجاحات السابقة تدعم الشعور بالفعالية الذاتية، وعلى العكس في حالة الإخفاق المتكرر يتولد شعور منخفض للفعالية الذاتية، وبعد تكوين هذا الاعتقاد المرتفع بالفعالية الذاتية، يصعب تغييره حتى في ظل تعرض الفرد لأي حدث فشل عارض، وذلك لأن الأفراد ذوي الاعتقاد المرتفع بالفعالية الذاتية ينظرون دائماً إلى العوامل الموقفية، أو الجهد غير الكافي، أو عدم دقة التخطيط، على أن الأسباب هي التي وراء هذا الفشل العارض، وليس نتيجة قصور في قدراتهم الذاتية.

(٢) **الخبرة من خلال ملاحظة الآخرين<sup>(٢)</sup>**، فملاحظة الآخرين مصدر رئيسي لتكوين الاعتقاد بالفعالية الذاتية، فرؤية أفراد ناجحين في مواقف مشابهة لما يمر به الفرد ذاته تدعم من اعتقاده بفعاليته الذاتية، وقدرته على السيطرة والتحكم في الأنشطة، وبالتالي يزداد جهده المبذول لمحاكاة ما يفعله الآخرون، في حين أن رؤية آخرين يفشلون في إنجاز مهمة مشابهة لما يقوم به الشخص، قد يضعف من اعتقاده بفعاليته الذاتية.

(٣) **الإقناع اللفظي<sup>(٣)</sup>**، فالاعتقادات الخاصة بالفعالية الذاتية تتأثر بالرسائل اللفظية الآتية من المحيطين بالفرد، فالتشجيع اللفظي يعمل على زيادة الشعور بالفعالية الذاتية، وعلى النقيض من ذلك فإن النقد يوهن الشعور بالفعالية الذاتية. وكلما كان التشجيع اللفظي متنسقاً مع قدرات الفرد الفعلية، ساهم ذلك في تقوية الاعتقاد بالفعالية الذاتية، في حين أنه إذا قُدم هذا التشجيع اللفظي بشكل غير واقعي ولا يتلاءم مع قدرة الفرد الفعلية، أدى ذلك إلى الفشل في إنجاز المهمة، والشعور بعدم مصداقية هذا التشجيع.

(٤) **الحالات الجسمية والوجدانية<sup>(٤)</sup>**، التي يكون عليها الفرد، فعلى سبيل المثال، الشعور بالتعب والتوتر والألم يمثل مؤشراً للضعف الجسمي، والذي ينعكس على ضعف الشعور بالفعالية الذاتية، وتساهم الحالة الوجدانية أيضاً بنفس قدر مساهمة الحالات الجسمية في تشكيل الاعتقاد

(1)Mastery Experiences

(2)Vicarious Experiences

(3)Verbal Persuasion

(4)Somatic and Emotional States



بالفعالية الذاتية، فالشعور بالمزاج الإيجابي يحسن من فعالية الفرد الذاتية (Bandura, 1994, pp.73-77; Evers, Brouwers & Tomic, 2002).

هذا عن الفعالية الذاتية وكيفية تشكيلها بمصادرها الأربعة، أما عند تطبيقها في أحد مجالات الحياة، وهو مجال الحياة الجنسية، وخاصة أن فعالية الذات الجنسية لدى الرجال بوجه خاص تمثل البُعد المعرفي للأداء الجنسي والتكيف معه، وتُعد مصدر قلق ملحوظ لدى معظم الرجال، ويزداد الاهتمام بدراساتها خاصة في الموضوعات الجنسية، وتُعرف بأنها "الثقة في الاعتقاد بأن الفرد قادر على الأداء الجنسي بفعالية" (Fichten, Budd, Spector, Amsel, & Creti, 2008). وتعرف كذلك بأنها "القدرة الذاتية والنجاح والفعالية المتوقعة في الأنشطة والأداء الجنسي" (Youmans, 2001).

وتتشكل فعالية الذات الجنسية أيضاً في ضوء المصادر الأربعة التي ذكرها "باندورا"، وهي: (١) الخبرات الجنسية السابقة، (٢) ملاحظة الخبرة الجنسية للآخرين، (٣) التشجيع اللفظي من الزوجات، (٤) الحالة الجسمية والانفعالية.

وبعد هذا العرض التحليلي لمفهوم الاعتقاد بفعالية الذات الجنسية ومصادر تشكيله، ستعتمد الدراسة الراهنة على تعريفه بأنه "اعتقاد ذاتي لدى الفرد عن مدى قدرته على القيام بأداء السلوكيات الجنسية المطلوبة منه بنجاح في المراحل الجنسية الطبيعية؛ مرحلة الرغبة، ومرحلة الإثارة، ومرحلة الاستقرار، ومرحلة الأورجازم، ومرحلة الخمود".

### [٥] الاضطرابات الجنسية الذكورية:

الاضطرابات الجنسية هي مجموعة الاضطرابات أو التغييرات التي قد تطرأ على العلاقة الجنسية عند الرجل في مختلف الأعمار، وتظهر بصور متعددة ودرجات متفاوتة. ويمكن أن تكون نتيجة للعديد من الاضطرابات المختلفة التي قد تصيب الرجل في مختلف مراحل العمر، وتجدر الإشارة هنا أن الاضطرابات الجنسية التي اعتمدت عليها الدراسة الراهنة هي:

#### (أ) ضعف الانتصاب<sup>(١)</sup>:

يُسمى ضعف الانتصاب بالعنة أو العجز الجنسي<sup>(٢)</sup>، وهو عدم قدرة الرجل على القيام بدوره في عملية الجماع كما يجب بسبب عجزه عن الحصول على الانتصاب المناسب، حيث يتميز بعدم القدرة على تطوير أو المحافظة على انتصاب القضيب أثناء الأداء الجنسي. وقد يكون من حيث الشدة بسيط أو متوسط أو شديد. وقد أكدت الدراسات أن نسبة الانتشار تبلغ ٥٢٪ بين الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ إلى ٧٠ سنة، وأن ٨٠٪ منهم مصابون بضعف الانتصاب من الدرجة البسيطة أو المتوسطة، وأضافت أن ٣٠ مليون رجل في الولايات المتحدة يعانون من اضطرابات الانتصاب (Riley, 2002; Sugimori et al., 2005).

(1) Male erectile dysfunction

(2) Impotence

### (ب) القذف المبكر<sup>(١)</sup>:

تُعرفه الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychiatric Association, 1994) بأنه "استمرار أو تكرار القذف بعد أقل حد من الزمن من حدوث الانتصاب، ويسبب ذلك ضيق ملحوظ وعدم توافق، وتتمثل معايير التشخيصية طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية The Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) في: (١) حدوث القذف بصفة دائمة أو متكررة، لأقل إثارة جنسية قبل الإيلاج، أو أثناءه، أو بعده بقليل. (٢) صعوبة الوصول إلى الذروة الجنسية (الأورجاسم)، أو حدوث الحد الأدنى للرضا الجنسي الذي يتمناه الشخص. (٣) يؤدي إلى الشعور بالمشقة أو بالكرب الملحوظ أو صعوبة التعامل مع الزوجة. (٤) لا تنتج أعراض القذف المبكر بسبب التأثيرات المباشرة لإحدى المواد (كانسحاب الأفيونات) (السماك؛ مصطفى، ٢٠٠١، ٢٦١). وقدرت الدراسات انتشاره بنسب تتراوح بين ٢٩-٧٥% (McMahon, 1998)، ورصدت إحدى الدراسات انتشار ضعف فترة الكمون لأقل من دقيقة بنسبة ١١.٤٪، وأقل من دقيقتين بنسبة ٣.٣٠١٪ لدى الكوريين ممن تقع أعمارهم ما بين ٤٠-٧٩ سنة، وأكد "بورست" وآخرون (Porst et al., 2007) أن القذف المبكر ينتشر في الولايات المتحدة بنسبة ٢٤٪، وألمانيا ٢٠.٣٪، وإيطاليا ٢٠٪، ولا تختلف النسب بتقدم العمر.

### (ج) التهاب الخصية<sup>(٢)</sup>:

هو حالة مرضية مؤلمة للغاية في كثير من الأحيان، تشمل عدوى وتورم و التهابات متكررة للخصية، ومن أعراضه قذف دم، ونزول دم في البول، وألم شديد، وتورم إحدى الخصيتين أو الاثنين بشكل يمكن رؤيته. ويحدث هذا الالتهاب نتيجة الإصابة بالفيروسات والجراثيم المختلفة مثل جراثيم البروسيلا، أو بسبب عوامل فيزيائية نتيجة الكدم والجروح. في الغالب يصاحب التهاب الخصية التهاب الصفن، ويؤدي إلى أن تصبح كلا من الخصيتين وكيس الصفن في حالة تضخم، وألم شديد في حالات الإصابة الحادة، ثم يحدث تليف والتصاقات ليفية في الحالات المزمنة (Roushan, Soleimani, Janmohammadi, Hadad & Bijani, 2010).

### (د) دوالي الخصية<sup>(٣)</sup>:

هي توسع غير طبيعي للأوردة داخل الخصية التي تمتد الأعضاء فيه بالدم. وتتضمن هذه الأوردة صعود الدم إلى الأعلى عن طريق صمّاماتٍ أحادية، ولكن عند حصول خلل فيها أو وجود ضغطٍ يؤدي إلى إخلالها، وبدء رجوع الدم والخروج ببطء مُحدثاً الدوالي. وتصيب دوالي الخصية حوالي ١٥٪ من الذكور، وتعد من أهم أسباب العقم الذكوري لدى حوالي ٤٠٪. ويعتمد تشخيص الدوالي على الفحص السريري، ونادراً ما يحتاج إلى استعمال الأشعة الصوتية لإثباته. وتستخدم طرق علاجية متعددة منها الجراحة أو إغلاق الأوردة التناسلية المتوسعة بواسطة إدخال وشمه أو بالون أو مواد

(1) Premature or Rapid Ejaculation

(2) Orchitis or Orchiditis

(3) Varicocele

صلبة داخلها مما يزيد من عددا الحبيبات المنوية، ويُزيد من حركتها بنسبة تتراوح ما بين ٦٠٪ إلى ٧٠٪، وبالتالي حدوث قدرة على الحمل لدى ٦٠٪ تلك الحالات (Abdel-Meguid, Al-Sayyad, Tayib & Farsi, 2011).

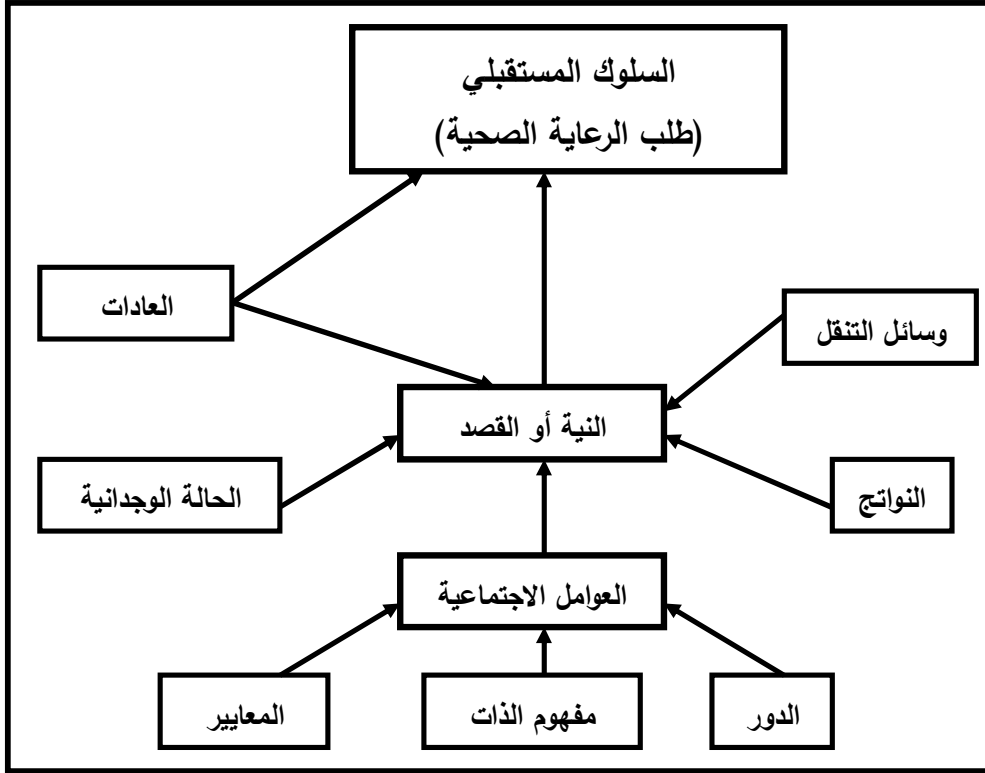
وأضافت الدراسات ارتباط المشكلات الجنسية (ضعف الانتصاب والقذف المبكر، والتهاب ودوالي الخصية) بعوامل الخطر مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الأوعية القلبية، والسمنة، والتهاب البروستاتا، وكذلك بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والنفسية (Ahn, Park, Lee, & Hong, 2007; Gokca & Ekmekcioglu, 2010; Screponi, Carosa, Stasi, & Pepe, 2001).

### [٦] طلب الرعاية الصحية:

يرى "كوب" Cobb و"كاسل" Kasl أن طلب الرعاية الصحية هو أحد أنماط السلوك الصحي الهادف إلى دعم الصحة (Smith, 1996)، وينطوي مفهوم دعم الصحة على جانبين هما: الجانب الأول يتمثل في أن يتم دعم الصحة باستهداف الأصحاء، والجانب الثاني يدعم الصحة عن طريق تبني الاتجاهات الوقائية من المرض، وتعزيز أساليب الحياة الصحية (الغباشي، ٢٠٠٢). ومن سلوكيات الحفاظ على الأفراد أصحاء، سواء أكان ذلك من خلال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات أم بتعزيز أساليب الحياة الصحية نجد: تنظيف الأسنان، واستخدام الأدوات الخاصة (مثل شفرات الحلاقة)، وتجنب التعرض لعادم السيارات، والذهاب للطبيب بمجرد الشعور بأي تعب جسدي، والحفاظ على النفس من إصابات الحوادث... الخ (Smith, 1996). ولكي يحافظ الفرد على صحته، عليه أن يعمل في ثلاثة مجالات يكمل بعضها بعضاً، ولا غنى له عن أي منها: (١) أن يحرص على سلامة بدنه وعقله وبيئته من خلال السلوك الصحي، كالعناية بالنظافة الشخصية، وأن يحرص أيضاً على الترويج عن النفس بما لا يضر بقيم المجتمع وتنظيم الوقت والعمل ولا يتعارض معها. (٢) أن يتجنب كل ما يعرضه للمرض كالتعرض للعدوى وللحوادث، وأن يتحاشى أسباب الهم والغم والكرب والانفعالات. (٣) أن يبادر في اكتشاف ما يصيبه من عوارض وأمراض، ويسرع لعلاجها قبل أن تتسع دائرة إصابته بالمرض (الغباشي، ٢٠٠٢).

ويأتي طلب الرعاية الصحية ضمن المجال الثالث الخاص بالمبادرة في اكتشاف المرض وعلاجه، وفي ضوء ذلك يُعرف بأنه "مجموعة الخطوات المبذولة من خلال المريض عندما يدرك بأنه في حاجة إلى حل مشكلة صحية أو للتدخل لمواجهة المرض (Sobralaska, 2004). ويشير "لوفير" (Lawer, 1994) إلى طلب الرعاية الصحية بأنه "عدد الأيام المنقضية بين اكتشاف العرض وبداية الاتصال بنظام الرعاية الصحية".

وقد طرحت العديد من النماذج المستهدفة لأهم المتغيرات المؤثرة في طلب الرعاية الصحية، ومن هذه النماذج نجد النموذج السلوكي لـ "تريانديس" Triandis' model of behavior (١٩٨٢) لوصف العوامل التي تنتبأ بطلب الرعاية الصحية، ويرى النموذج أن وسائل التنقل، والنواتج، والدور، ومفهوم الذات، والمعايير، والحالة الوجدانية، والعوامل الاجتماعية، والنية أو القصد، والعادات كلها تتفاعل معاً لتنتبأ بسلوك المريض المستقبلي في طلب الرعاية الصحية، وفقاً للشكل (٣) التالي:



شكل (٣) النموذج السلوكي لـ "تريانديس" (Marlenga, 1997)

وستعتمد الدراسة الراهنة في تعريفها لطلب الرعاية الصحية بأنه "مجموعة السلوكيات التي يقوم بها المريض بمجرد شعوره بوجود مشكلة صحية مرتبطة بالاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، القذف المبكر، التهاب الخصية، دوالي الخصية)، مثل الذهاب للطبيب بمجرد شعوري بأي أعراض جسدية، السعي لعمل فحوصات المطلوبة....الخ".

#### الدراسات السابقة:

تحمل نتائج الدراسات السابقة مؤشرات عديدة تكشف عن محددات طلب الرعاية الصحية في مجال الاضطرابات الجسمية المتعددة، والتي يمكن تقسيمها حسب منبئات الدراسة الراهنة إلى ثلاثة محاور رئيسية:

**المحور الأول الخاص بدور المتغيرات الديموجرافية وتقدير الحالة الصحية العامة في طلب الرعاية الصحية،** ومن مجمل نتائج هذا المحور نجد أن العمر، والنوع، ومستوى التعليم، والحالة المهنية، وتقدير الحالة الصحية، وساعات الانتظار، والتكلفة المتوقعة....الخ تسهم بدرجة ملحوظة في تدبير طلب الرعاية الصحية. ومن الدراسات المدعمة لذلك نجد دراسة "ويلز" (Wells, 1992) التي وجدت أن مستوى التعليم يمثل الدافع لطلب الرعاية. وأضاف "ساركار" وآخرون (Sarkar, Konar & Raut, 2011) أن ٨٠.٥٪ من عينة (ن=١١٣) مرضى الأورام السرطانية زاروا منشأة صحية مع بداية الأعراض، ويرتبط المستوى التعليمي للمرضى ارتباطاً عكسياً بوقت حضور المستشفى. وأكد "راني" و"سيخار" (Rani & Sekhar, 2003) أن هناك فروقاً ملحوظة في سلوك طلب الرعاية حسب العمر، والطائفة، والديانة، والمستوى التعليمي والاقتصادي لدى عينة (ن=١٥٠) من المتزوجات في

ريف الهند، ويجب مراعاة هذه المتغيرات لتعزيز فعالية الخطة الإستراتيجية للصحة الإنجابية. وأتسق "سوبرالسكا" (Sobralska, 2004) في نتائجها حول وجود فروقاً بين الجنسين في طلب الرعاية الصحية. ووجد بعض الباحثين عند تحديد المتغيرات المرتبطة بطلب الرعاية الصحية لدى عينة (ن=٣٢٢) من السيدات أن العاملات أكثر طلباً للرعاية الصحية بمعدل يفوق السيدات غير العاملات مرتين تقريباً؛ دون الاهتمام بالبعد المكاني، والتحصيل العلمي، والمستوى الاقتصادي (Robbins, 1994; Lorvick, Lutnick, Wenger & Kral, 2012). وفي سبيل الكشف عن العوامل التي تحدد طلب الرعاية الصحية لدى مرضى التهاب الجهاز التنفسي أجريت دراسة "لوكي" وآخرون (Luque, Whiteford & Tobin, 2008) مقابلات متعمقة مع (٩١) سيدة قائمة بالرعاية يتراوح أعمارهن بين ١٨ إلى ٥٧ سنة، وجاءت النتائج لتوضح أن تكلفة الدواء أهم محدد لطلب الرعاية الصحية لدى ٣٢٪ منهن، يليه عامل ساعات الانتظار في المراكز الطبية بنسبة ١٤٪ لديهن. واتفقت دراسة "الانصاري" (Elansary, 2012) مع النتائج السابقة في أن هناك قبولاً واسعاً بين المرضى لسلوكهم في طلب الرعاية الصحية في ظل وجود نظام الدفع غير نقدي. كما طرحت إحدى الدراسات التوصيات التالية لتفعيل طلب الرعاية الصحية: (١) تحتاج حملات إدارة الرعاية الصحية إلى معالجة أفضل لتحسين سلوك طلب الرعاية، (٢) ضرورة الالتزام بالساعات السارية للتشغيل، وزيادة ساعات العمل داخل العيادات، (٣) يجب على المراكز الصحية وضع سياسيات أفضل لصرف المضادات الحيوية لضمان حصول المرضى عليها، (٤) زيادة الوعي بالتكاليف الطبية أهم عامل للسيطرة على الاضطرابات (Manhart, Dialmy, Ryan & Mahjour, 2000). وأخيراً توصلت دراسة "أنافي" (Anafi, 2012). خلال مقارنتها للاختيار بين ثلاث طرق علاجية هي: الرعاية الطبية، والرعاية العشبية التقليدية، ورعاية المولدات لدى السيدات منخفضات الدخل والوضع الاجتماعي أثناء الحمل والولادة في غانا. إلى أن المخاوف من الرعاية الصحية، وتسهيلات الانتقال، وتكلفة طلب الرعاية الصحية، والانتظار طويلاً تسهم في العزوف عن طلب الرعاية الطبية وتتجه للعلاجين التاليين (الأعشاب، والمولدات في المنزل).

**أما عن المحور الثاني المتعلق بدور فعالية الذات الجنسية في طلب الرعاية الصحية،** أتضح من مسح الدراسات أنها تركز على الفعالية الذاتية بوجه عام، ومن هذه الدراسات نجد دراسة "ترومب" وآخرين (Tromp, Brocha, Hordijk, Winnubst & Gebhardt, 2005) التي كشفت عن أن ٢٥٪ من عينة (ن=٢٦٤) مرضى الأورام السرطانية بالرأس والرقبة طلبوا الرعاية الصحية بعد ثلاثة شهور على الأقل من ظهور الأعراض، وأضافت أن المرضى الأقل طلباً للرعاية الطبية يتسمون بانخفاض كل من قيمة الحالة الصحية، والفعالية الذاتية، والمشقة النفسية. وخلال فحص "دين" (Dean, 1996) لدور بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية (سمة القلق، والمساندة الاجتماعية، والفعالية الذاتية) في طلب الرعاية الصحية لدى عينة من السيدات المصابات بمتلازمة القولون العصبي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ إلى ٧٠ سنة، وجد أن المريضات الأكثر طلباً للرعاية الصحية يتسمن بالقلق، والفعالية الذاتية، والمساندة الاجتماعية. وأضاف "سميث" (Smith, 1996) أن الفعالية الذاتية في إدراك

معوقات الحصول على الخدمات الصحية يفترض أنها المسؤولة عن سلوك طلب الرعاية لدى الذكور الأمريكيين.

**وأخيراً المحور الثالث المختص بدور المعتقدات الصحية في تشكيل طلب الرعاية الصحية،** فتعددت الدراسات في هذا المحور بشكل كبير ولخصت نتائجها في تأكيد دور المعتقدات الصحية بشكل ملحوظ في هذه النقطة البحثية. فعلى سبيل المثال توصل "مارلينجا" (Marlenga, 1997) إلى أن الاعتقاد بالنواتج المدركة للعلاج من أهم المنبئات بسلوك طلب الرعاية لدى مرضى الأورام الجلدية. وأكد "سوبرالسكا" (Sobralaska, 2004) أن الاعتقاد بأن الصحة أهم شيء والمرض هو نهاية العالم أحد المعتقدات الرئيسية في طلب الرعاية الصحية. ووجد "بيللو" (Bello, 2001) ارتباط المعتقدات الشعبية السائدة حول حماية الصحة بانخفاض تكرار استخدام كل من تصوير الثدي بالأشعة السينية، وسلوك الفحص الذاتي، وتأخير طلب العلاج الطبي لدى السيدات المستهدفات للإصابة بأورام الثدي. واتفقت دراسة "دونج" (Dong, 2007) مع النتائج السابقة، حيث وجدت شيوع العلاجات التقليدية البديلة للعلاج الطبي بين المهاجرين الصينيين في كندا، وذلك لوجود اعتقادات بعدم كفاءة العلاجات الطبية السائدة بشأن مشاكل مثل تورم اللثة، ونزيفها، بالإضافة إلى العامل المادي. كذلك جاء اعتقاد عدم فعالية العلاج والمشقة المرتبطة به كعامل أساسي في تأخير طلب الرعاية الطبية لدى آباء لأطفال مصابين بالأورام السرطانية (Jones & Flores, 2009; Voigt, Johnson, Mellon, Hashikawa & Campeau, 2009). وتوصلت دراسة "موران" (Moran, 2006) إلى أن معتقدات السيدات حول خطورة المرض والأعراض هي الدافع الأساسي لطلب الرعاية خلال فحص تقييم السيدات لطلب الرعاية الصحية. وأخيراً كشف "لوتل" (Lotl, 2009) أن المعتقدات حول علاج الاضطرابات النفسية تساهم بشكل فعال في سلوك طلب الرعاية لدى عينة (ن=109) من الطلاب الأفارقة الأمريكيين.

وفضلاً عما سبق، فثمة سؤال يطرح نفسه في هذا السياق، وهو ألا يسهم عامل "حب العشرة" بقدر ما، أو يتفاعل مع المحددات الأخرى في تشكيل طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، ونفس هذا السؤال يمكن أن يتردد مرة أخرى حول تأثير عامل عدد الأبناء، ومدى تداخلهما أو علاقتهما بالمفهوم موضوع الاهتمام. وخاصة أن استعراض التراث لم يكشف عن ما يجيب على هذه الأسئلة، الأمر الذي يوسع من نطاق ما تحاول الدراسة الراهنة استكشافه.

### تعقيب على ضوء الدراسات السابقة:

على ضوء ما سبق يمكننا أن نخلص إلى بضعة ملاحظات مهمة تسلمنا إلى فروض الدراسة الراهنة، وهذه الملاحظات هي:

(١) من مجمل ما استعرضناه من دراسات سابقة في المجال، يتبين لنا بجلاء أن طلب الرعاية الصحية لازال في حاجة لمزيد من الجهود البحثية، لاستجلاء حقيقة محدداته ومنبئاته، التي سبق دراستها في سياقات أجنبية، مثل المستوى التعليمي، عدد سنوات المرض، المعتقدات الصحية، فعالية

الذات الجنسية ، وكذلك تلك التي لم تحظ بأي دراسة . في حدود ما قمنا به من حصر . مثل عدد الأبناء، حب العشرة، تقدير الحالة الصحية العامة.

(٢) جاءت نتائج الدراسات السابقة من مجالات مرضية متعددة مثل الأورام السرطانية بأنواعها، والقولون العصبي، والأسنان، والحمل والولادة التي تتباين في درجتها بين الخطورة وعدم الخطورة، مع ندرة واضحة لمجال الاضطرابات الجنسية الذكورية، وهو ما تهتم به الدراسة الراهنة.

(٣) لوحظ اختلاف محددات طلب الرعاية الصحية باختلاف النوع، وهو ما دفع الدراسة الراهنة إلى التركيز على الأزواج الذكور فقط، الأمر الذي يوسع من نطاق ما تحاول الدراسة الراهنة استكشافه، بالإضافة إلى كونه خطوة أخرى لدراسات مستقبلية هدفها حصر محددات طلب الرعاية الصحية لدى الزوجات.

(٤) من الملاحظ أن أغلب الدراسات المعنية بالمشكلة موضع الاهتمام كانت تتم على عينات تنتمي إلى أطر ثقافية متباينة، وأغلب الظن أن اختلاف البيئة والإطار الثقافي يمكن أن يسهم . على نحو ما . في اختلاف النتائج المتعلقة بفهم محددات المشكلة وتوابعها.

(٥) تباين محددات طلب الرعاية الصحية عبر الدراسات، يثير الحاجة لمزيد من البحث فيها لتبيين أكثرها فاعلية في تشكيله، لما له من أهمية كخطوة أولية للعلاج.

(٦) أن تحديد تلك المحددات له أولويته التي تسبق اتخاذ أية إجراءات للتدخل، وذلك في سبيل الاكتشاف المبكر لها قبل تفاقمها، والتحسب لظهورها فيما يعرف بالوقاية من الدرجة الأولى.

**وفي ضوء الاستخلاصات السابقة يمكننا صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:**

١- توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، والتهاب الخصية، ودوالي الخصية) في تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وطلب الرعاية الصحية في ظل الضبط الإحصائي للعمر، وعدد سنوات الاضطراب.

٢- توجد علاقات ارتباطية دالة بين سلوك طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، وكل من المحددات الديموجرافية (العمر، والمستوى التعليمي، وعدد الأبناء، وعدد سنوات الاضطراب)، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية.

٣- يتباين طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية بتباين كل من المتغيرات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية.

٤- تسهم كل من المحددات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية في التنبؤ بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية.

### المنهج والإجراءات:

قامت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي المقارن، وذلك للكشف عن مدى تأثير كل من تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والمعتقدات الصحية في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية. وفيما يتصل بعناصر هذا المنهج المقترح نعرض لها على النحو التالي:

#### (١) العينة:

تكونت عينة الدراسة<sup>(\*)</sup> من (١٣٦) زوجاً ممن يعانون من الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، والتهاب الخصية، ودوالي الخصية)، ومن محافظة القاهرة الكبرى، وتراوح مدها العمري بين ٢٣ و ٥٧ سنة، بمتوسط مقداره ٣١.٥٠ سنة، وانحراف معياري مقداره  $٥.١٦ \pm$  سنة. كما يتراوح المدى العمري لسنوات الاضطراب بين سنة و ١٥ سنة، بمتوسط مقداره ٩.١٦ سنة، وانحراف معياري يقدر بـ  $٧.٤٢ \pm$  سنة. ويتراوح المستوى التعليمي لديهم فيما بين تعليم متوسط، وفوق متوسط، وجامعي.

#### جدول (١)

الخصائص الديموجرافية للعينة الكلية (ن=١٣٦)

| عدد الأبناء |        |         | المستوى التعليمي |           |       | نوع الاضطراب |               |              |              |
|-------------|--------|---------|------------------|-----------|-------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| ٣ فأكثر     | ٢ فأقل | لا يوجد | جامعي            | فوق متوسط | متوسط | دوالي الخصية | التهاب الخصية | القذف المبكر | ضعف الانتصاب |
| ٢٦          | ٧٤     | ٣٦      | ٦٠               | ٣٩        | ٣٧    | ٢٢           | ٣٠            | ٥٩           | ٢٥           |

#### (٢) أدوات الدراسة:

- ١- استمارة البيانات الأولية: وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمرضى: كالمستوى التعليمي، والعمر، وعدد الأبناء، ونوع الاضطراب، وعدد سنواته.
- ٢- مقياس تقدير الحالة الصحية العامة (من إعداد الباحثة): وهو يتكون من سؤال واحد يكشف عن تقدير المريض الذاتي للحالة الصحية العامة التي يربو بها منذ شهر وحتى وقت الاختبار، والاستجابة على الاختبار تتحدد وفقاً لمقياس شدة يتكون من ثلاث فئات (سيئة . جيدة . ممتازة)، وتتراوح الدرجة عليه بين ٣.١ درجات، والدرجة الأعلى على الاختبار تشير إلى إدراك ذاتي بنوعية أعلى للصحة العامة.
- ٣- مقياس حب العشرة (من إعداد الباحثة): ويتكون من سؤال واحد يكشف عن التقدير الذاتي لدرجة حب الزوج لعشرة زوجته في الفترة الراهنة، والاستجابة على الاختبار تتحدد وفقاً لمقياس

(\*) قام الأستاذ الدكتور/ محمد مصطفى عارف . أستاذ أمراض الذكورة . كلية الطب بجامعة القاهرة بمساعدة الباحثة في توفير وتشخيص الحالات التي تم الاستعانة بها في الدراسة الراهنة، وتنتهج الباحثة الفرصة لتشكره على ما بذله من جهد مشكور في هذا الصدد.



شدة يتكون من ثلاث فئات (ضعيفة، مقبولة، شديدة)، وتتراوح الدرجة عليه ما بين ٣.١ درجات، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى حب الزوج لعشرة زوجته بدرجة شديدة.

#### ٤- مقياس فعالية الذات الجنسية (من إعداد الباحثة): تم تكوين هذا المقياس اعتماداً على

المقاييس السابقة وهي: مقياس فعالية الذات الجنسية لـ "روسينثال" وآخرون (Rosenthal, Moore, 1991) و Flynn, 1991)، ومقياس الفعالية الجنسية لـ "يومانس" (Youmans, 2001)، ومقياس الفعالية الجنسية لدى الذكور لـ "فيشتن" وآخرون (Fichten et al., 2008). ويحتوي المقياس على (٣٠) عبارة تقرير ذاتي تصف مدى فعالية الفرد في أداءه الجنسي بناءً على مقياس شدة ثلاثي: لا تنطبق إطلاقاً، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة، وتتراوح الدرجة على البند ما بين ٣.١، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على الاختبار إجمالاً ٩٠ درجة، حيث تشير الدرجة الأعلى إلى اعتقاد الفرد بفعالية ذاته الجنسية.

#### ٥- مقياس المعتقدات الصحية (من إعداد الباحثة): تم تكوين المقياس اعتماداً على المقاييس

الأجنبية التالية: مقياس المعتقدات الصحية لـ "دينوج" وآخرون (Duong, et al., 2001)، ومقياس المعتقدات الصحية لـ "هاي" (Hay, et al., 2003)، ومقياس المعتقدات الصحية لـ "لي" و"بوكير" (Lie & Boker 2004). ويتكون من (٤٢) بنناً مصاغة في شكل جمل تقريرية تعبر عن مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي لدي المريض، والمرتبطة بمرضه، من حيث التشخيص والعلاج، وتتكشف هذه الاعتقادات والأفكار في الأبعاد الآتية: (أ) بـ عدد إدراك إمكانية الإصابة بالمرض: ويتكون من (١٠) بنود، تعكس مجموعة من الأفكار التي تدور حول احتمالية الإصابة بالمرض. وبما أن هؤلاء المرضى مصابون بالفعل، فإن القابلية المدركة للإصابة بالمرض أعيدت صياغتها لتشمل توقع التدهور أو الانتكاس من خلال تقديرات المريض لقابلية الإصابة بمرض آخر. (ب) بـ عدد إدراك خطورة المرض: وهو يتكون من (١٠) بنود، ويحتوي على مجموعة من الاعتقادات التي تختص بتقييم كل من النواتج الإكلينيكية والاجتماعية المتعلقة بخطورة المرض. (ج) بعد إدراك فوائد العلاج: ويحتوي على (١٠) بنود تعكس مجموعة الاعتقادات التي تدور حول الفوائد المدركة للقيام بسلوك ما، ربما يؤدي إلي تقليل تهديد المرض وخطورته. (د) بـ عدد إدراك معوقات العلاج: ويتكون من (١٢) بنناً، ويعكس مجموعة من الاعتقادات الخاصة بالمعوقات الخاصة بعدم حصول المريض على الفائدة المتوقعة من العلاج لأسباب متعددة، منها أنه قد يستغرق وقتاً طويلاً أو يتطلب مجهوداً كبيراً، أو كونه غالي الثمن، أو غير متوفر... الخ. ويتطلب المقياس ككل أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة (بند) عليه، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (لا أوافق - أوافق بدرجة قليلة - أوافق بدرجة متوسطة - أوافق بدرجة كبيرة)، ومن ثم تقدر الدرجة على المقياس ككل بمنح البند الواحد درجة من أربعة بدائل مثل السابق، ومن ثم يبلغ الحد الأقصى للدرجة على المقياس ككل (١٦٨) درجة (٤٢) بنناً (٤ درجات).

#### ٦- مقياس طلب الرعاية الصحية (من إعداد الباحثة): تم تكوين هذا المقياس اعتماداً على

المقاييس السابقة التالية: مقياس سلوك طلب الرعاية لـ "الانصاري" (Elansary, 2012)، ومقياس

سلوك طلب الرعاية لـ "مارلينجا" (Marlenga, 1997)، ومقياس سلوك طلب الرعاية الطبية لـ "سميث" (Smith, 1996)، ومقياس طلب الرعاية الصحية لـ "ريد" (Reid, 2000). ويشتمل المقياس على (٢٥) عبارة تقرير ذاتي تصف سلوكه في طلب الرعاية الصحية أثناء تعرضه لأزمة طبية بناءً على مقياس شدة ثلاثي: لا تنطبق إطلاقاً، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة، وتتراوح الدرجة على البند ما بين ١-٣، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمي على الاختبار إجمالاً ٧٥ درجة، حيث تشير الدرجة المنخفضة على عدم الاهتمام بطلب النصيحة أو الرعاية الصحية برغم شعوره بأعراض مرضية.

### الكفاءة القياسية للأدوات:

#### مؤشرات الصدق:

١- مقياس فعالية الذات الجنسية: تم التحقق من الكفاءة الصلاحية للمقياس من خلال دراسة (شويخ، ٢٠١٤)، وذلك باستخدام عينة (٢٠) من ذوي القذف المبكر، تراوحت أعمارهم بين ٢٦-٤٥ سنة، وتم إتباع طريقتي للصدق هما: صدق التكوين وصدق القدرة التمييزية، حيث جاءت جميع بنود المقياس متسقة ومترابطة بشكل دال (عند مستوى ٠.٠٠١)، وكذلك كشف عن قدرته التمييزية بين مرضى القذف المبكر حسب مؤشرات الشدة عند مستوى ٠.٠٠٠١.

٢- مقياس المعتقدات الصحية: قدرت الخصائص القياسية للمقياس خلال دراسة (شويخ، ٢٠٠٨)، حيث تكونت عينة التقنين من (٣٠) مريضاً بمرض السكري، وتراوحت أعمارهم بين ٢٠-٥٢ سنة، وقد اتفقت تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب تتراوح بين (٨٣٪) و(١٠٠٪)، ومن الملاحظ أن أغلب البنود تم الاتفاق عليها بنسبة (١٠٠٪)، وهذا دليل على مدى تمثيل هذه البنود للهدف الأساسي المطلوب قياسه. كما توفر مؤشر صدق المحتوى للمقياس من خلال اتساقه الكامل مع نموذج روزنستوك (١٩٦٦).

٣- مقياس طلب الرعاية الصحية: تم التحقق من صدق المقياس من خلال تطبيقه على عينة (ن=٣٠) من مرضى الاضطرابات الجنسية، تتراوح أعمارهم بين ٤٥.٣٦ سنة، وذلك باستخدام صدق المضمون من خلال اتساق بناء المقياس مع الأطر النظرية والمقاييس السابقة، والصدق التقاربي: حيث تبين ارتباط مقياس سلوك الرعاية الذاتية (أحد المقاييس الفرعية لاختبار السلوك الصحي) بمقياس طلب الرعاية الصحية (ر=٠.٤٥، دال عند مستوى ٠.٠٠١)، بما يشير إلى اتسام هذا المقياس بصدق تقاربي جيد.

#### مؤشرات الثبات:

تم حساب الثبات باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان. براون، وتراوحت تلك القيم بين ٠.٨٦ و٠.٩٣، مما يشير إلى تمتع كافة المقاييس بمؤشرات ثبات جيدة.

### جدول (٢)

معاملات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول للدلالة على

ثبات مقاييس الدراسة (ن=٣٠)

| المقاييس | معامل ألفا | القسمة النصفية بعد تصحيح الطول |              |
|----------|------------|--------------------------------|--------------|
|          |            | عدد البنود                     | معامل الثبات |
| ١        | ٠.٨٩       | (١٥/١٥)                        | ٠.٨٦         |
| ٢        | ٠.٩١       | (٢١/٢١)                        | ٠.٩٠         |
| ٣        | ٠.٩٣       | (١٢/١٣)                        | ٠.٩١         |

### (٣) تصميم الدراسة وخطة التحليلات الإحصائية:

للإجابة على أسئلة الدراسة الخاصة بالكشف عن تأثير كل متغير من متغيرات الدراسة (المتغيرات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية) في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية يمكن اللجوء إلى منحى الفروق بين المجموعات الفرعية؛ حيث يتم عمل تقسيم للعينة إلى مجموعات صغرى حسب درجات الربيع الإحصائي لكل متغير على حدة [أنظر جدول (٣)]، عندئذ يمكن استكشاف صورة العلاقة بين كل متغير على حدة طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية باستخدام أسلوب تحليل التباين في اتجاه واحد للفروق بين المجموعات الفرعية لكل متغير، فإذا توصلنا إلى قيم دالة ل (ف) بين تلك المجموعات على طلب الرعاية الصحية، انتقلنا للإجراء الإحصائي التالي وهو عمل اختبار دلالة الفرق بين مجموعتين للوقوف على أكثر المجموعات الفرعية إسهاماً في صنع ذلك التباين، وذلك باستخدام اختبار "شيفيه".

### جدول (٣)

بيانات تصنيف العينة إلى مجموعات فرعية طبقاً لكل متغير من متغيرات الدراسة

| ن  | المجموعات الفرعية                | مؤشر التصنيف                     | ن  | المجموعات الفرعية                        | مؤشر التصنيف           |
|----|----------------------------------|----------------------------------|----|--|------------------------|
| ٦٤ | (١) المنخفضون (أقل من ٢٣ درجة)   | (٤) معتقد إمكانية الإصابة بالمرض | ٣٤ | المجموعة الأولى: أقل من ٣٥ سنة           | (١) العمر              |
| ٤٨ | (٢) المتوسطون (بين ٢٤ - ٢٦ درجة) |                                  | ٥٠ | المجموعة الثانية: تتراوح بين ٣٦ - ٤٠ سنة |                        |
| ٢٤ | (٣) المرتفعون (أكثر من ٢٧ درجة)  |                                  | ٥٢ | المجموعة الثالثة: أكبر من ٤١ سنة         |                        |
| ٣٦ | (١) المنخفضون (أقل من ٢٠ درجة)   | (٥) معتقد إدراك خطورة المرض      | ٢٧ | المجموعة الأولى: خمس سنوات فأقل          | (٢) عدد سنوات الاضطراب |
| ٦٠ | (٢) المتوسطون (بين ٢١ - ٢٦ درجة) |                                  | ٧١ | المجموعة الثانية: تتراوح بين ٦ - ٩ سنوات |                        |
| ٤٠ | (٣) المرتفعون (أكثر من ٢٧ درجة)  |                                  | ٣٨ | المجموعة الثالثة: عشر سنوات فأكثر        |                        |

تابع جدول (٣)

| رقم | الدرجة                           | المتوسطون (بين ٢٣ - ٢٦) | المرتفعون (أكثر من ٢٧ درجة) | الدرجة                             | تقدير الحالة الصحية العامة |                                  |
|-----|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
|     |                                  |                         |                             |                                    | (١) سيئة                   | (٢) جيدة                         |
| ٥٦  | (١) المنخفضون (أقل من ٢٢ درجة)   |                         |                             | (٦) معتقد                          | ٢٥                         |                                  |
| ٦٠  | (٢) المتوسطون (بين ٢٣ - ٢٦ درجة) |                         |                             | إدراك فوائد العلاج                 | ٨٩                         |                                  |
| ٢٠  | (٣) المرتفعون (أكثر من ٢٧ درجة)  |                         |                             |                                    | ٢٢                         | (٣) ممتازة                       |
| ٤٠  | (١) المنخفضون (أقل من ٢٢ درجة)   |                         |                             | (٧) معتقد                          | ٣٦                         | (١) ضعيفة                        |
| ٤٤  | (٢) المتوسطون (بين ٢٣ - ٢٥ درجة) |                         |                             | إدراك معوقات العلاج                | ٣٥                         | (٢) مقبولة                       |
| ٥٢  | (٣) المرتفعون (أكثر من ٢٦ درجة)  |                         |                             |                                    | ٦٥                         | (٣) شديدة                        |
| ٣٦  | (١) المنخفضون (أقل من ٨٩ درجة)   |                         |                             | (٨) الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية | ٣٩                         | (١) المنخفضون (أقل من ٦١ درجة)   |
| ٥٦  | (٢) المتوسطون (بين ٩٠ - ٩٨ درجة) |                         |                             |                                    | ٥٦                         | (٢) المتوسطون (بين ٦٢ - ٧٢ درجة) |
| ٤٤  | (٣) المرتفعون (أكثر من ٩٩ درجة)  |                         |                             |                                    | ٤١                         | (٣) المرتفعون (أكثر من ٧٣ درجة)  |

### النتائج:

سوف يتم تنظيم العرض في أربعة أقسام على أن تعني نتائج كل قسم منها بأحد الفروض الرئيسية للدراسة.

نتائج الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، والتهاب الخصية، ودوالي الخصية) في تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وطلب الرعاية الصحية في ظل الضبط الإحصائي للعمر، وعدد سنوات الاضطراب.

جدول (٤)

نتائج دلالة تحليل التباين لبيان الفروق بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية في متغيرات الدراسة

| المتغيرات                      | قيمة F         | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة "ف" | مستوى الدلالة |
|--------------------------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------------|
| تقدير الحالة الصحية العامة     | ٨.٢٥           | ٦            |                |          | غير دال       |
| حب العشرة                      | ٧.٣٥           | ٦            |                |          | غير دال       |
| المتغيرات                      | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة "ف" | مستوى الدلالة |
| فعالية الذات الجنسية           | ١.٢٢           | ٣            | ٠.٤١           | ٠.٠٦     | غير دال       |
| الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية | ١٦٠.٢٣         | ٣            | ٥٣.٤١          | ٠.٨٦     | غير دال       |
| طلب الرعاية الصحية             | ٢.٤٩           | ٣            | ٠.٨٣           | ٠.٠٨     | غير دال       |

يكشف جدول (٤) عن عدم دلالة قيم التباينات بالنسبة لكافة المتغيرات، مما يشير إلى اختفاء الفروق بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، والتهاب الخصية، ودوالي الخصية) في تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وطلب الرعاية الصحية في ظل الضبط الإحصائي للعمر، وعدد سنوات الاضطراب. وهذا معناه أن أنماط الاضطرابات الجنسية الذكورية جاءت غير مؤثرة بشكل دال في تشكيل متغيرات الدراسة.

نتائج الفرض الثاني: ويختص بعرض العلاقات الارتباطية بين سلوك طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، وكل من المحددات الديموجرافية (المستوى التعليمي، والعمر، وعدد الأبناء، وعدد سنوات الاضطراب)، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية:

حيث يلزم حساب معاملات الارتباط بين طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية وكل واحد من المتغيرات التالية (العمر، وعدد الأبناء، وعدد سنوات الاضطراب، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية) استخدام معامل ارتباط "بيرسون" - Pearson Correlation-Coefficient، أما المتغيرات (المستوى التعليمي، وتقدير الحالة الصحية، وحب العشرة) فيستلزم استخدام معامل الارتباط الثنائي Point-Biserial Coefficient. ويوضح جدول (٥) دلالة معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة.

#### جدول (٥)

دلالة معاملات الارتباط بين طلب الرعاية الصحية وكل من المحددات: الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية

| المحددات                             | م  | المتغيرات                      | سلوك طلب الرعاية | مستوى الدلالة |
|--------------------------------------|----|--------------------------------|------------------|---------------|
| (أ)<br>المحددات<br>الديموجرافية      | ١  | المستوى التعليمي               | ٠.٤٢             | ٠.٠٠١         |
|                                      | ٢  | العمر                          | ٠.٠٥             | ٠.٥٨          |
|                                      | ٣  | عدد الأبناء                    | ٠.٥٢-            | ٠.٠٠١         |
|                                      | ٤  | عدد سنوات الاضطراب             | ٠.١٣             | ٠.١٣          |
| (ب)                                  | ٥  | تقدير الحالة الصحية العامة     | ٠.٣٥-            | ٠.٠٠١         |
| (ج)                                  | ٦  | حب العشرة                      | ٠.٣٧             | ٠.٠٠١         |
| (د)                                  | ٧  | فعالية الذات الجنسية           | ٠.١١-            | ٠.٢١          |
| (هـ)<br>أبعاد<br>المعتقدات<br>الصحية | ٨  | معتقد إمكانية الإصابة بالمرض   | ٠.٤٩             | ٠.٠٠١         |
|                                      | ٩  | معتقد إدراك خطورة المرض        | ٠.١٧             | ٠.٠٠٥         |
|                                      | ١٠ | معتقد إدراك فوائد العلاج       | ٠.٢٧             | ٠.٠٠٢         |
|                                      | ١١ | معتقد إدراك موقفات العلاج      | ٠.٤٣-            | ٠.٠٠١         |
|                                      | ١٢ | الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية | ٠.٤٠             | ٠.٠٠١         |

يتضح من الجدول السابق ما يأتي: (١) فيما يتعلق بالعلاقة بين المحددات الديموجرافية وطلب الرعاية الصحية: ارتبط طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية ارتباطاً إيجابياً ودالاً مع كل من المستوى التعليمي وحب العشرة، وسلبياً بعدد الأبناء، وتقدير الحالة الصحية العامة، في حين لم يرتبط بالعمر وعدد سنوات الاضطراب. (٢) جاءت العلاقة بين فعالية الذات الجنسية وطلب الرعاية الصحية غير دالة، بمعنى لا يوجد ارتباط بينهما. (٣) أما فيما يخص العلاقة بين أبعاد المعتقدات الصحية وطلب الرعاية الصحية: فجاءت جميع قيم معامل الارتباط دالة سواء على مستوى الأبعاد أو الدرجة الكلية، حيث ارتبط طلب الرعاية الصحية إيجابياً بكل من معتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وسلبياً بمعتقد إدراك معوقات العلاج.

والنتائج في مجملها تشير إلى ارتباط طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية إيجابياً بكل من المستوى التعليمي، وحب العشرة، ومعتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وسلبياً بكل من عدد الأبناء، وتقدير الحالة الصحية العامة، ومعتقد إدراك معوقات العلاج. بينما لم يرتبط بشكل دال بكل من العمر، وعدد سنوات الاضطراب، وفعالية الذات الجنسية. وهذا معناه أن زيادة طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية يصاحبه ارتفاع المستوى التعليمي للمريض، وانخفاض عدد الأبناء، وتقديره لحالته الصحية بأنها سيئة، وحب الزوج لعشرته زوجته بدرجة كبيرة، واعتقاداته التي تدور حول المرض بأنه سيتطور ليصل إلى درجة خطيرة، وللعلاج فوائد كبيرة، ومعوقات الوصول للعلاج منخفضة، والعكس صحيح.

نتائج الفرض الثالث: المتعلق باستكشاف تباين طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية بتباين كل من المتغيرات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية: يوضح جدول (٦) نتائج دلالة قيم "ف" لتحليل التباين في اتجاه واحد لبيان تأثير كل من المتغيرات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية. بشكل منفرد. في طلب الرعاية الصحية.

#### جدول (٦)

نتائج دلالة قيم "ف" لتحليل التباين في اتجاه واحد لبيان تأثير كل من المتغيرات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية

| المتغيرات | مجموع المربعات         | درجات الحرية       | متوسط المربعات |   | قيمة "ف" | مستوى الدلالة |         |
|-----------|------------------------|--------------------|----------------|---|----------|---------------|---------|
| (i)       | المتغيرات الديموجرافية | المستوى التعليمي   | ١١٢.٥٨         | ٢ | ٥٦.٢٩    | ١٢.٥          | ٠.٠١    |
|           |                        | العمر              | ١٢.٧٦          | ٢ | ٦.٣٨     | ٠.٠٣          | غير دال |
|           |                        | عدد الأبناء        | ٩٧٦.٥٩         | ٢ | ٤٨٨.٢٩   | ١٥.٢٣         | ٠.٠٠١   |
|           |                        | عدد سنوات الاضطراب | ١٠١.٢٦         | ٢ | ٣٤.٧٤    | ١.٣٢          | غير دال |

تابع جدول (٦)

| (ب)  | تقدير الحالة الصحية العامة | ٩١٢.٠٩                         | ٢      | ٤٥٦.٠٥ | ٤.٦٩    | ٠.٠١    |       |
|------|----------------------------|--------------------------------|--------|--------|---------|---------|-------|
| (ج)  | حب العشرة                  | ٧٥٤.٧٥                         | ٢      | ٣٧٧.٣٨ | ٣.٨٤    | ٠.٠٢    |       |
| (د)  | فعالية الذات الجنسية       | ٢٦٩.٠٩                         | ٢      | ١٣٤.٥٤ | ١.٢٠    | غير دال |       |
| (هـ) | أبعاد المعتقدات الصحية     | معتقد إمكانية الإصابة بالمرض   | ٤٦١.١٣ | ٢      | ٢٣١.٠٦  | ٣.٨٨    | ٠.٠٢  |
|      |                            | معتقد إدراك خطورة المرض        | ٤٨١.٩٤ | ٢      | ٢٤٠.٧٩  | ٤.٠٥    | ٠.٠٢  |
|      |                            | معتقد إدراك فوائد العلاج       | ٦٠٩.٩٩ | ٢      | ٣٠٤.٩٩  | ٥.٢١    | ٠.٠١  |
|      |                            | معتقد إدراك معوقات العلاج      | ٥٩٣.٤٢ | ٢      | ٢٩٦.٧١  | ٥.٠٩    | ٠.٠١  |
|      |                            | الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية | ٢٠٣٥   | ٢      | ١٠١٧.٥٠ | ٢١      | ٠.٠٠١ |

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال لكل من المستوى التعليمي، وعدد الأبناء، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وأبعاد المعتقدات الصحية (معتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، ومعتقد إدراك معوقات العلاج، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية) في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، حيث جاءت جميع قيم "ف" دالة لكافة المتغيرات، فيما عدا متغيرات: العمر، وعدد سنوات الاضطراب، وفعالية الذات الجنسية فقد جاء قيم "ف" غير دالة، وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه" بالنسبة للمتغيرات الدالة في التأثير.

جدول (٧)

الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الفرعية على المتغيرات الدالة في طلب الرعاية الصحية باستخدام معادلة "شيفه"

| المتغير                        | مجموعات المقارنة | عدد الأفراد (ن) | المجموعات     | متوسط الفروق (٢/١) | متوسط الفروق (٣/١) | متوسط الفروق (٣/٢) |
|--------------------------------|------------------|-----------------|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| (١) المتغيرات الديموغرافية     | المستوى التعليمي | ٣٧              | متوسط الفروق  | ٠.٧٢-              | ٨.٠٣-              | ٩.٧٦-              |
|                                |                  | ٣٩              |               | متوسط              |                    |                    |
|                                |                  | ٦٠              | مستوى الدلالة | غير دال            | ٠.٠٣               | ٠.٠٢               |
| عدد الأبناء                    | (١) لا يوجد      | ٣٦              | متوسط الفروق  | ٦.٨٦               | ٦.٠٩               | ١.٧٦               |
|                                | (٢) ٢ فأقل       | ٧٤              |               |                    |                    |                    |
|                                | (٣) ٣ فأكثر      | ٢٦              | مستوى الدلالة | ٠.٠١               | ٠.٠١               | غير دال            |
| (٢) تقدير الحالة الصحية العامة | (١) سيئة         | ٢٥              | متوسط الفروق  | ٤.٨٣               | ٦.٦٧               | ٣.٨٤               |
|                                | (٢) جيدة         | ٨٩              |               |                    |                    |                    |
|                                | (٣) ممتازة       | ٢٢              | مستوى الدلالة | ٠.٠٥               | ٠.٠١               | غير دال            |

تابع جدول (٧)

| ٣٠٤٥- | ٥٠٣٦- | ١٠١٤-   | متوسط الفروق  | ٣٦ | (١) ضعيفة     | (٣)                            | حب العشرة |
|-------|-------|---------|---------------|----|---------------|--------------------------------|-----------|
|       |       |         |               | ٣٥ | (٢) مقبولة    |                                |           |
| ٠٠٠٥  | ٠٠٠١  | غير دال | مستوى الدلالة | ٦٥ | (٣) شديدة     |                                |           |
| ٥٠٠٦- | ٤٠٦١- | ٠٠٤٤-   | متوسط الفروق  | ٦٤ | (١) المنخفضون | معتقد إمكانية الإصابة بالمرض   |           |
|       |       |         |               | ٤٨ | (٢) المتوسطون |                                |           |
| ٠٠٠١  | ٠٠٠١  | غير دال | مستوى الدلالة | ٢٤ | (٣) المرتفعون |                                |           |
| ٤٠٢٩- | ٣٠٩٤- | ١٠٣٤-   | متوسط الفروق  | ٣٦ | (١) المنخفضون | معتقد إدراك خطورة المرض        |           |
|       |       |         |               | ٦٠ | (٢) المتوسطون |                                |           |
| ٠٠٠٠٧ | ٠٠٠٥  | غير دال | مستوى الدلالة | ٤٠ | (٣) المرتفعون |                                |           |
| ٩٠٧٥- | ٩٠٠٣- | ٢٠٩١-   | متوسط الفروق  | ٥٦ | (١) المنخفضون | معتقد إدراك فوائد العلاج       |           |
|       |       |         |               | ٦٠ | (٢) المتوسطون |                                |           |
| ٠٠٠٢  | ٠٠٠٤  | غير دال | مستوى الدلالة | ٢٠ | (٣) المرتفعون |                                |           |
| ٣٠١٧  | ٥٠٣٠  | ٢٠١٤    | متوسط الفروق  | ٤٠ | (١) المنخفضون | معتقد إدراك معوقات العلاج      |           |
|       |       |         |               | ٤٤ | (٢) المتوسطون |                                |           |
| ٠٠٠٥  | ٠٠٠٠٢ | غير دال | مستوى الدلالة | ٥٢ | (٣) المرتفعون |                                |           |
| ٦٠٧١- | ٨٠٨٧- | ٢٠١٥-   | متوسط الفروق  | ٣٦ | (١) المنخفضون | الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية |           |
|       |       |         |               | ٥٦ | (٢) المتوسطون |                                |           |
| ٠٠٠٠١ | ٠٠٠٠١ | غير دال | مستوى الدلالة | ٤٤ | (٣) المرتفعون |                                |           |

وبالنظر في جدول (٧) يتضح أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعات الفرعية الثلاثة وبعضها البعض، فعن متغير المستوى التعليمي: وجد أن المجموعة المرتفعة في التعليم (الجامعي) أفضل المجموعات طلباً للرعاية الصحية مقارنة بمنخفضي ومتوسطي التعليم. أما بالنسبة لمتغير عدد الأبناء فقد أشارت النتائج إلى أن أكثر المجموعات طلباً للرعاية الصحية هي المجموعة غير المنجبة، يليها مجموعة الأبناء الأقل عدداً (من واحد إلى اثنين) مقارنة بالمجموعة الأكبر عدداً (ثلاثة أبناء فأكثر). كما كشف متغير تقدير الحالة الصحية العامة عن أن طلب الرعاية الصحية يزداد مع تقدير الصحة بأنها سيئة بالمقارنة بالمجموعة التي قدرت حالتها الصحية جيدة أو ممتازة. أما متغير حب العشرة: فقد ظهرت المجموعة التي تميزت بحب عشرة الزوجة بدرجة شديدة أكثر طلباً للرعاية الصحية من المجموعة التي قدرت درجة حب عشرة الزوجة بأنها ضعيفة أو مقبولة. وبالنسبة لأبعاد المعتقدات الصحية (معتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية) كشفت نتائجه عن تفوق المجموعتين: المرتفعة والمتوسطة في أبعاد المعتقدات الصحية عن المجموعة المنخفضة من حيث سلوك الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، وذلك بفارق متوسط عالي الدلالة. في حين جاء معتقد إدراك معوقات العلاج بنتائج عكسية، حيث جاءت المجموعتين المنخفضة والمتوسطة أفضل في طلب الرعاية الصحية مقارنة بالمجموعة المرتفعة.



نتائج الفرض الرابع: والمعني بتوضيح مدى قدرة كل من المحددات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية في التنبؤ بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية:

للتحقق من مدى صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد، بعد التحقق من توفر شرطين أساسيين في متغيرات الدراسة، هما: (١) عدم وجود التواء دال في المتغيرات المستقلة، وقد كشفت نتائج معاملات الالتواء عن عدم وجود التواء دال في جميع متغيرات الدراسة، (٢) كذلك أمكن التحقق من عدم وجود ازدواج خطي Multicollinearity بين المتغيرات المستقلة. وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط (انظر جدول ٥) بين المتغيرات المستقلة بعضها البعض التي لم تزد على ٠.٨، حيث يعرف الازدواج الخطي بأنه يتمثل في وجود علاقة خطية بين المتغيرات المستقلة بعضها البعض، أي عندما يزيد معامل الارتباط بين أي متغيرين مستقلين عن  $(\pm 0.8)$  (عاشور، سالم، ٢٠٠٥، ٤٩). وفيما يلي يبين الجدول (٨) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات الدراسة.

#### جدول (٨)

##### نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغيرات المنبئة: المحددات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة،

وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية

المتغير التابع: طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية

| المحددات                    | المتغيرات المنبئة            | معامل الانحدار (B) | بيتا Beta | قيمة "ت" | مستوى الدلالة | نسبة التفسير $R^2$ |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------|-----------|----------|---------------|--------------------|
| (أ) المحددات الديموجرافية   | المستوى التعليمي             | ٣.٢٦               | ٠.٣٩      | ٢.٩٤     | ٠.٠١          | ٠.٤                |
|                             | العمر                        | ٠.٢٦               | ٠.١٨      | ١.٥٩     | ٠.١١          | ٠.٠٢               |
|                             | عدد الأبناء                  | ٩.٢٧               | ٠.٣٩      | ٥.٧٢     | ٠.٠٠١         | ٠.١٢               |
|                             | عدد سنوات الاضطراب           | ٠.٣٩               | ٠.٢٣      | ١.٩٤     | ٠.٠٦          | ٠.٠٢               |
| (ب)                         | تقدير الحالة الصحية العامة   | -٦.٢٩              | -٠.٤١     | -٢.٣٢    | ٠.٠١          | ٠.٥                |
| (ج)                         | حب العشرة                    | ٢.٥٥               | ٠.١٤      | ٢.٠٥     | ٠.٠٤          | ٠.٣                |
| (د)                         | فعالية الذات الجنسية         | -٤.٧٥              | -٠.٠٥     | -٠.٧٢    | ٠.٤٧          | ٠.٠١               |
| (هـ) أبعاد المعتقدات الصحية | معتقد إمكانية الإصابة بالمرض | ٠.٧٣               | ٠.٢٥      | ٤.١٩     | ٠.٠٠٢         | ٠.١٣               |
|                             | معتقد إدراك خطورة المرض      | ١.٤٣               | ٠.٤٦      | ٦.٥٧     | ٠.٠٠١         | ٠.٢٠               |
|                             | معتقد إدراك فوائد العلاج     | ١.٢١               | ٠.٢٩      | ٤.٢٢     | ٠.٠٠٢         | ٠.١٣               |
|                             | معتقد إدراك معوقات العلاج    | -٤.٨٣              | -٠.٤٧     | -٥.٧٦    | ٠.٠٠١         | ٠.١٥               |
| قيمة الثابت                 |                              | ٥٣.٤٥              |           |          |               |                    |
| قيمة "ف"                    |                              | ١٨.١٥              |           |          |               | ٠.٠٠١              |
| $R^2$ لجميع المتغيرات       |                              | ٠.٦١               |           |          |               |                    |

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بالجدول (٧) أن مستوى التعليم، وعدد الأبناء، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، ومعتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، ومعتقد إدراك معوقات العلاج قادرة على التنبؤ بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية بمستويات عالية الدلالة (٠.٠١)، بينما لم يكشف متغير العمر، وعدد سنوات الاضطراب، وفعالية الذات الجنسية عن أي قدرة تنبؤية، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جُمِها فسرت ٦١٪ من التباين في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية كما يأتي:

$$\text{طلب الرعاية الصحية} = ٥٣.٤٥ + (٣.٢٦) \text{ المستوى التعليمي} + (٠.٢٦) \text{ العمر} + (٩.٢٧) \text{ عدد الأبناء} + (٠.٣٩) \text{ عدد سنوات الاضطراب} + (-٦.٢٩) \text{ تقدير الحالة الصحية العامة} + (٢.٥٥) \text{ حب العشرة} + (-٤.٧٥) \text{ فعالية الذات الجنسية} + (٠.٧٣) \text{ معتقد إمكانية الإصابة بالمرض} + (١.٤٣) \text{ معتقد إدراك خطورة المرض} + (١.٢١) \text{ معتقد إدراك فوائد العلاج} + (-٤.٨٣) \text{ معتقد إدراك معوقات}$$

ونستخلص من مجمل النتائج الخاصة بالفرض الثالث أن متغير معتقد إدراك خطورة المرض كان على رأس قائمة العوامل المفسرة لطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، فقد فسر بمفرده ٢٠٪ من هذا التباين، ثم يليه متغير معتقد إدراك معوقات العلاج فقد وصلت نسبة إسهامه إلى ١٥٪، ثم جاء متغيري معتقد إدراك معوقات العلاج ومعتقد إدراك فوائد العلاج فقد فسر كل منهما ١٣٪ من هذا التباين، ثم متغير عدد الأبناء فقد فسر لوحده ١٢٪ من التباين، أما عن باقي المتغيرات وهي: المستوى التعليمي، والعمر، وعدد سنوات الاضطراب، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، فقد فسرت ما بين ٠.١٪ إلى ٤٪ من التباين في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية.

### مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمت به فروض الدراسة وعنايتها بمحددات طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، وذلك بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق أو اختلاف النتائج مع الدراسات السابقة من ناحية أخرى. وعلى ذلك ستبدأ المناقشة بالفروق بين المجموعات المرضية، ثم يلي ذلك عرض المحددات المفترضة لطلب الرعاية الصحية: المحددات الديموجرافية، وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، وأبعاد المعتقدات الصحية.

(١) الفروق بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، والتهاب الخصية، ودوالي الخصية) في تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وطلب الرعاية الصحية: كشفت نتائج الدراسة الراهنة اختفاء الفروق بين مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية (ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، التهاب الخصية، ودوالي الخصية) في تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وطلب الرعاية الصحية في ظل الضبط الإحصائي للعمر، وعدد

سنوات الاضطراب. وهذا معناه أن أنماط الاضطرابات الجنسية الذكورية جاءت غير مؤثرة بشكل دال في تشكيل متغيرات الدراسة. ومن ثم يمكن التعامل مع مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية المتعددة كفئة مرضية واحدة، وهذا يفيدنا في النظر إليها كعينة واحدة متجانسة برغم اختلاف نمط الاضطرابات الجنسية الذكورية، والأكثر من ذلك أنها قد توحي بأن الفروق في متغيرات الدراسة (تقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، وفعالية الذات الجنسية، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وطلب الرعاية الصحية) لن تظهر داخل الفئة المرضية؛ الاضطرابات الجنسية الذكورية، بمعنى آخر أنها قد تظهر عند المقارنة بين فئة مرضى الأورام السرطانية وفئة مرضى الاضطرابات الجنسية، وهذا ما اتسق مع الدراسات السابقة التي وجدت تباين محددات طلب الرعاية الصحية بتباين الفئات المرضية (Marlenga, 1997; Sarkar et al., 2011; Smith, 1996; Tromp et al., 2005).

## (٢) المحددات الديموجرافية (المستوى التعليمي، والعمر، وعدد الأبناء، وعدد سنوات الاضطراب)

وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة في علاقتها بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية:

من مجمل وجد ارتباط طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية ارتباطاً إيجابياً ودالاً بكل من المستوى التعليمي وحب العشرة، وسلبياً بكل من عدد الأبناء، وتقدير الحالة الصحية العامة، في حين لم يرتبط بالعمر وعدد سنوات الاضطراب. وهذا معناه أن زيادة طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية يصاحبه ارتفاع المستوى التعليمي للمريض، وانخفاض عدد الأبناء، وتقديره لحالته الصحية بأنها سيئة، وحب الزوج لعشرة زوجته بدرجة كبيرة. كما جاءت نتائج تباينات بين المجموعات الفرعية في نفس اتجاه نتائج الارتباطات، حيث وجد أن المجموعة المرتفعة في التعليم (الجامعي) أفضل المجموعات طلباً للرعاية الصحية مقارنة بمنخفضي ومتوسطي التعليم. وأكثر المجموعات طلباً للرعاية الصحية هي المجموعة غير المنجبة، والتي تقدر صحتها بأنها سيئة، وتميزت بحب عشرة الزوجة بدرجة شديدة.

كذلك جاء المستوى التعليمي، وعدد الأبناء، وتقدير الحالة الصحية، وحب العشرة من المنبئات الدالة لتنبؤ بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية. وقد فسرت المتغيرات ما بين ٣٪ إلى ١٢٪ من التباين في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية. وهذه النتيجة تبدو مدعومة من قبل نتائج البحوث السابقة، منها على سبيل المثال وليس الحصر دراسة "ويلز" (Wells, 1992) التي وجدت أن مستوى التعليم هو الدافع لطلب الرعاية الصحية، ودراسة "ساركار" وآخرون (Sarkar et al., 2011) التي كشفت عن أن المستوى التعليمي لمرضى الأورام السرطانية يرتبط عكسياً بوقت حضور المستشفى. وكذلك أشار "راني" و"سيخار" (Rani & Sekhar, 2003) إلى وجود فروق دالة في سلوك طلب الرعاية حسب العمر، والطائفة، والديانة، والمستوى التعليمي والاقتصادي لدى المتزوجات في ريف الهند. وفي هذه النقطة أيضاً وجد أنها تتناقض مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي وجدت فروقاً عند تحديد المتغيرات المرتبطة بطلب الرعاية الصحية بين السيدات العاملات وغير العاملات لا ترجع إلى عدد المكناني، أو

التحصيل العلمي، أو المستوى الاقتصادي (Robbins et al., 2012; Savitz, 1994). فقد جاءت مثل هذه العوامل غير مؤثرة في بعض الدراسات، ولكنها أظهرت تأثيراً دالاً خلال الدراسة الراهنة وفي بعض الدراسات السابقة، والذي يفسر هذا التباين في النتائج هو نوعية المرض التي اعتمدت عليه الدراسات، وهذا يتسق مع الفرض الأول الذي أفاد اختفاء الفروق بين المجموعات المرضية داخل فئة الاضطرابات الجنسية الذكورية، وأن التباين في محددات طلب الرعاية الصحية يتباين الفئات المرضية (Marlenga, 1997; Sarkar et al., 2011).

### (٣) فعالية الذات الجنسية في علاقتها بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية

#### الذكورية:

حققت نتائج الدراسة الراهنة عدم اتساق ملحوظ في هذه العلاقة مع نتائج الدراسات السابقة، حيث دلت على أن العلاقة بين فعالية الذات الجنسية وطلب الرعاية الصحية غير دالة، كذلك لم تظهر فعالية الذات الجنسية أي قدرة تأثيره أو تنبؤية بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية. وهذا يتناقض بشكل ملحوظ مع نتائج الدراسات السابقة التي أجمعت على أهمية دور الفعالية الذاتية بوجه عام في تحديد طلب الرعاية الصحية، واتضح ذلك من خلال دراسة "ترومب" وآخرين (Tromp et al., 2005) التي كشفت عن أن المرضى الأقل طلباً للرعاية الطبية يتسمون بانخفاض الفعالية الذاتية. وأضاف "دين" (Dean, 1996) أن المريضات الأكثر طلباً للرعاية الصحية يتسمن بالقلق، والفعالية الذاتية، والمساندة الاجتماعية. وأشار "سميث" (Smith, 1996) أن الفعالية الذاتية في إدراك معوقات الحصول على الخدمات الصحية يفترض أنها المسئولة عن سلوك طلب الرعاية لدى الذكور الأمريكيين. ومن ثم يبدو التناقض في النتائج راجعاً إلى تعامل الدراسة الراهنة مع الفعالية الذاتية في مجال الأمراض الجنسية، وتركيزها على كفاءة المريض في قدرته على القيام بأداء السلوكيات الجنسية المطلوبة منه بنجاح في المراحل الجنسية الطبيعية؛ مرحلة الرغبة، ومرحلة الإثارة، ومرحلة الاستقرار، ومرحلة الأورجاسم، ومرحلة الخمود. كذلك لم تبدو فعالية الذات الجنسية مؤثرة بشكل كبير في طلب الرعاية الصحية، راجعاً لوجود صعوبة لدى مرضى الاضطرابات الجنسية في الاعتراف بهذه المشكلة لأسباب متعددة منها: (١) اتسام بعض الرجال بالأنانية مع الزوجة، وغير مبالين بها. (٢) إنكار البعض أو التقليل منها أو لا يعترف بكونها مشكلة. (٣) يذكر البعض أن ما يحدث لديه هو سببه الزوجة، أما هو فسلیم صحياً (Symonds, Roblin & Hart, 2003). وهذا معناه أن هذه الفئة المرضية من ذوي الاضطرابات الجنسية الذكورية قد تكون لديهم بالفعل عدم فعالية جنسية ولكن ينكرها المرضى الذكور للأسباب السابقة، لذا جاءت نتائج هذا المتغير غير دالة سواء في علاقتها الارتباطية أو التأثيرية أو التنبؤية بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، في حين ظهرت الفعالية الذاتية في طلب العلاج مؤثرة بشكل إيجابي لدى مرضى الأمراض الجسمية كما أظهرته نتائج الدراسات السابقة (Dean, 1996; Smith, 1996; Tromp et al., 2005). كذلك ما يؤكد على اختفاء دور متغير فعالية الذات الجنسية في طلب الرعاية الصحية داخل فئة مرضى الاضطرابات الجنسية هو عامل وجود الأبناء، حيث يمثل الإنجاب اعتقاداً خاطئاً على الفعالية الجنسية

لدى الذكور في الشعوب الشرقية، ولكن الدراسات تؤكد وجود الكثير من الذكور يكونوا ضعفاء جنسياً مع قدرة إيجابية طبيعية (Fode, Krogh-Jespersen, Brackett, Ohl, Lynnes & Sonksen, 2012).

#### (٤) المعتقدات الصحية في علاقتها بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية

##### الذكورية:

تشير نتائج المعتقدات الصحية في علاقتها بسلوك الرعاية الصحية في مجملها إلى ظهور جميع قيم معاملات الارتباط بشكل دال سواء على مستوى الأبعاد الفرعية أو الدرجة الكلية، حيث ارتبط طلب الرعاية الصحية إيجابياً بكل من معتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وسلبيًا بمعتقد إدراك معوقات العلاج. كذلك وجد تأثير دال لأبعاد المعتقدات الصحية (معتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، ومعتقد إدراك معوقات العلاج، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية) في طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، كما جاءت جميع أبعاد المعتقدات الصحية (معتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، ومعتقد إدراك معوقات العلاج) قادرة على التنبؤ بمستويات عالية بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، وظهر متغير معتقد إدراك خطورة المرض قادر على تفسير ٢٠٪ من تباين سلوك الرعاية الصحية، يليه متغير معتقد إدراك معوقات العلاج فقد وصلت نسبة إسهامه إلى ١٥٪، ثم جاء متغيري معتقد إدراك معوقات العلاج ومعتقد إدراك فوائد العلاج فقد فسر كل منهما ١٣٪ من هذا التباين. والنتائج بهذا الشكل تتسق بدرجة ملحوظة مع الدراسات السابقة، والتي لخصت نتائجها في تأكيد دور المعتقدات الصحية بشكل فعال في هذه النقطة البحثية. ومن الدراسات المؤكدة لذلك نجد دراسة "مارلينجا" (Marlenga, 1997) التي وجدت أن الاعتقاد بالنواتج المدركة للعلاج من أهم المنبئات بسلوك طلب الرعاية لدى مرضى الأورام الجلدية. وأكد "سوبرالسكا" (Sobralaska, 2004) أن الاعتقاد بأن الصحة أهم شيء والمرض هو نهاية العالم أحد المعتقدات الرئيسية في طلب الرعاية الصحية. كذلك جاء اعتقاد عدم فعالية العلاج كعامل أساسي في تأخير طلب الرعاية الطبية لدى آباء لأطفال مصابين بالأورام السرطانية (Jones & Flores, 2009; Voigt et al., 2009). وتوصلت دراسة "موران" (Moran, 2006) إلى أن معتقدات السيدات حول خطورة المرض والأعراض هي الدافع الأساسي لطلب الرعاية الصحية. أي أن المعتقدات الصحية لها دوراً أساسياً في تشكيل طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الأمراض الجسمية بشكل عام، ومرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية بوجه خاص.

##### الخلاصة:

من مجمل نتائج الدراسة الراهنة يمكن التوصل إلى عدد من الاستنتاجات المهمة المتعلقة بطلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية:

(١) أن تشكيل طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية يمكن أن يحدده

وينبئ به عدد من المحددات الديموجرافية (المستوى التعليمي، عدد الأبناء) ، وتقدير الحالة الصحية

العامة، وحب العشرة، والمعتقدات الصحية (معتقد إمكانية الإصابة بالمرض، ومعتقد إدراك خطورة المرض، ومعتقد إدراك فوائد العلاج، ومعتقد إدراك معوقات العلاج، والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية)، فكلما توفرت هذه المحددات لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية أزداد التوقع بطلبهم بسلوك الرعاية الصحية، وكلما غابت هذه المحددات كان ذلك بمثابة المحرك لعدم طلبهم الرعاية الصحية. وهذا المعنى نبّه إليه "سميث" (Smith, 1996) من خلال تقديمه لنموذج محددات طلب الرعاية الصحية، مستعرضاً فيه تفاعل العوامل الاجتماعية والنفسية والجسمية معاً، ويتصور من خلاله أن لطلب الرعاية الصحية ينبغي أن يتم في ظل التفاعل بين العوامل الديموجرافية (كالعمر، والمستوى التعليمي...)، والفعالية الذاتية، والمعوقات المدركة كأحد أبعاد المعتقدات الصحية المساهمة في تشكيل المسؤولية الصحية، وأكدت دراسة "ويلز" (Wells, 1992) أن مستوى التعليم ومعتقدات المرضى عن حالتهم الصحية هما الدافع لسلوك طلب الرعاية. وأضاف "ريد" (Reid, 2000) إن المعتقدات الصحية تتنبأ بسلوكيات طلب الرعاية لدى السيدات الأمريكيات.

(٢) توصي الدراسة بتباين أهمية محددات سلوك طلب الرعاية داخل فئة الاضطرابات الجنسية الذكورية: فقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن أهمية محدد المعتقدات الصحية بالمقارنة بباقي المحددات سواء الديموجرافية وفعالية الذات الجنسية في تشكيل طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية، وقد بدا ذلك من خلال مقارنة الأوزان النسبية للقدرة التنبؤية لكل محدد على حدة، حيث جاء محدد أبعاد المعتقدات الصحية ما بين ١٣٪ و ٢٠٪، بينما المحددات الديموجرافية ما بين ٠.٢٪ و ١٢٪، أما فعالية الذات الجنسية فقد سجلت أضعف نسبة تفسير تبلغ ٠.١٪ من التباين في سلوك طلب الرعاية داخل فئة الاضطرابات الجنسية الذكورية. وهذا مؤشر على أهمية أبعاد المعتقدات الصحية التي تفوق قدرتها على تشكيل طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية مقارنةً بالمحدد فعالية الذات الجنسية، ويليه في الدرجة المحددات الديموجرافية. وبالوقوف على محدد أبعاد المعتقدات الصحية وأهميته في تشكيل سلوك طلب الرعاية داخل فئة الاضطرابات الجنسية الذكورية كما أظهرته نتائج الدراسة الراهنة، وأكدها أيضاً نموذج "بيكر" (١٩٧٤) (Kaplan et al., p.52; Marteau, 1995, p.7)، نجد أن فحوى هذه المعتقدات هو وجود احتمال ذاتي لدى المريض بتفاقم المرض، وحدث عواقب خطيرة للأمراض الجنسية الذكورية، تشمل الإصابة بالعقم، والضعف الجنسي، وأورام البروستاتا... الخ، بالإضافة إلى العواقب الاجتماعية للمرض من قبيل وصمة فقدان القدرة على إقامة علاقة جنسية، وفوائد العلاج التي يدرك المريض حدوثها كنتيجة لطلب الرعاية الصحية من قبيل تحسين الوظيفة الجنسية، وتقليل خطر تفاقم المرض. والمحاولة على التغلب على معوقات العلاج المدركة، مثل وجود مسافة كبيرة بين سكن المريض والمركز الطبي للعلاج، أو أن تكون الحالة الاقتصادية للمريض لا تمكنه من تحمل تكاليف العقاقير التي تحنويها الوصفات الطبية، أو معرفة المريض بصديق سبق له تناول العقار نفسه، وكانت له آثار جانبية سلبية من قبيل الإجهاد وفقدان الشهية ... الخ (Bosworth & Voils, 2005, p.21; Champion & Springston, 2000; Janz et al., 2002, p.48; Kaplan et al., 1993, p.52).

بالإضافة إلى دور المحدد الديموجرافي الذي يبدو أنه من خلال نموذج "بيكر" (١٩٧٤) يشكل المعتقدات الصحية لدى المرضى، بمعنى أن المحددات الديموجرافية هي ذات موضع مركزي بين هذه المحددات، بحيث أن تؤثر في تشكيل سلوك طلب الرعاية سواء بشكل مباشر أو غير مباشر وذلك بتفاعلها مع محدد المعتقدات الصحية، مما ينعكس على طلب الرعاية الصحية؛ وذلك يتفق مع طبيعة هذه المحددات في التأثيرات المتعددة Multifactor، وهكذا تصل بنا نتائج التحليلات إلى استنتاج أن تشكيل سلوك طلب الرعاية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية على وجه الخصوص لن يتحقق بدون تدخل محدد المعتقدات الصحية بدرجة تفوق المحددات الديموجرافية والفعالية الجنسية.

(٣) على ضوء كل ما سبق يبدو أن تشكيل سلوك طلب الرعاية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية تتقاسمه محددات متعددة، وعلى قدر ما أجرى من دراسات حول تلك المحددات في الثقافات غير العربية تبدو الحاجة إلى دراسات موازية في البيئة العربية تأخذ في اعتبارها تشكيل المعايير والمعتقدات الموجهة للسلوك طبقاً لخصوصية العوامل البيئية والاجتماعية والثقافية السائدة، كما تأخذ في اعتبارها أيضاً احتمالات تفاعل بعض هذه المحددات معاً، فضلاً عن احتمالات انتظامها فيما يعكس وجود متغيرات تقوم بدور المُعدّل أو بدور الوسيط، على النحو الذي افترضه نماذج كل من "بيكر" (١٩٧٤)، و"سميث" (١٩٩٦)، والنموذج السلوكي لـ "تريانديس" (Kaplan et al., 1993)، (p.52; Marteau, 1995, p.7; Smith, 1996; Marlenga, 1997).

(٤) تبدو النتائج في مجملها مؤيدة لنموذج "سميث" (Smith, 1996)، والذي يفترض أن هناك محددات لها تأثير على طلب الرعاية الصحية سواء بشكل فردي أو تفاعلي فيما بينها، ويوضح النموذج أن الخصائص الديموجرافية الاجتماعية، تتفاعل مع أبعاد المعتقدات الصحية لتؤثر في طلب الرعاية الصحية. أما دور فعالية الذات الجنسية فلم تبرز نتائج الدراسة الراهنة أي دور تفاعلي أو تأثيري له، وقد يرجع ذلك لاختلاف العينات المرضية المستخلص منها النموذج عن عينة الدراسة الراهنة، أو لتداخل متغير الإنجاب من عدمه. ولكن يبقى أن الدراسات السابقة تؤكد دور بعض المحددات الديموجرافية وتقدير الحالة الصحية العامة، وحب العشرة، والمعتقدات الصحية بشكل يفوق أي متغيرات نفسية أخرى، ومن هذه الدراسات نجد دراسة "سوبرالسكا" (Sobralaska, 2004) التي كشفت عن تأثير النوع والمعتقدات في سلوك طلب المساعدة للمشكلات الصحية المفترضة أو الاضطرابات، وأن المرضى الأكثر طلباً للمساعدة هم ذوي الاعتقاد بأنه الصحة أهم شيء في الحياة والمرضى هو نهاية العالم. وكذلك دراسة "ويلز" (Wells, 1992) التي أشارت إلى أن مستوى التعليم ومعتقدات المرضى عن حالتهم الصحية هما الدافع لسلوك طلب الرعاية. وأضاف "ريد" (Reid, 2000) إن المعتقدات الصحية تتنبأ بسلوكيات طلب الرعاية لدى السيدات الأمريكيات.

#### قائمة المراجع

#### أولاً: مراجع باللغة العربية

- إسماعيل، صفاء (٢٠٠٤). بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالاختلالات الزوجية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

- السماك ، أمنية ؛ مصطفى ، عادل (٢٠٠١). **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية**. الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.
- شويخ ، هناء (٢٠٠٨). بعض منبئات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النمط الثاني من مرض السكري، **دراسات نفسية**، ١٨ (٣)، ٤٦٧-٥٢٣.
- شويخ ، هناء (٢٠١٤). مؤشرات تقييم القذف المبكر وعلاقتها بفعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي لدى عينة من الأزواج الذكور. **مجلة علم النفس الإكلينيكي والإرشادي**، ٢ (١)، ١٢١-١٥٢.
- عاشور ، سمير ؛ سالم ، سامية (٢٠٠٥). **العرض والتحليل الإحصائي باستخدام SPSSWIN**. معهد الدراسات والبحوث الإحصائية ، جامعة القاهرة.
- الغباشي ، سهير (٢٠٠٢). اتجاهات حديثة في علم نفس الصحة. **المجلة الاجتماعية القومية**، ٣ (٣٩)، ١٠٩-١٢٥.

#### References:

ثانيا: مراجع باللغة الإنجليزية

- Abdel-Meguid, T., Al-Sayyad, A., Tayib, A., & Farsi, H. (2011). Does Varicocele Repair Improve Male Infertility? An Evidence-Based Perspective from a Randomized, Controlled Trial. **European Urology**, 59, 455-461.
- Adams, J. & Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders. **Acta psychiatrica Scandinavica**, 101, 119- 124.
- Ahn, T., Park, J., Lee, S. & Hong, J., (2007). Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in Korean Men: Results of an Epidemiological Study. **Journal of Sexual Medicine**, 4(5), 1269-1276.
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Anafi, P. (2012). **Understanding maternal health-care seeking behaviour in low-income communities in ACCRA, Ghana. PhD, University of Massachusetts Amherst**, ProQuest, UMI Dissertations Publishing.
- August, S. (2005). **Medication adherence among the elderly: A Test of the effects of the liberty 6000 technology**. MD., University of North Texas.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V. Ramachaudran, (Ed.), **Encyclopaedia of Human Behaviour** (pp.71-81). New York: Academic Press.
- Bello, J. (2001). Acculturation, Traditionalism and cultural beliefs among Hispanic women with a positive mammogram: the impact on care seeking behaviour and disease stage in breast cancer. **New School for Social Research**, ProQuest, MMI Dissertations Publishing.
- Bosworth, H. & Voils, C. (2005). Theoretical models to understand treatment adherence. In H. Bosworth, E. Oddone & M. Weinberger, **Patient treatment adherence: Concepts, interventions, and measurement**. (pp.13-46). New York: Lawrence Erlbaum Association.



- Brannon, L. & Feist, J. (2004). *Health Psychology*. Australia: Thomson Wadsworth.
- Chalkley, A. (1994). Problems related to sexual variation Investigation. In S. Lindsay & G. Powel, *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (pp.328-342). New York: Gower Publishing Company Ltd.
- Champion, V. & Springston, J. (2000). Mammography adherence and beliefs in A sample of low-income African woman. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(3), 228-240.
- Coontz, S. (2006). The origins of modern divorce. *Family Process*, 46(1), 7-16.
- Dean, D. (1996). *Psychological variables affecting health-care seeking behaviour among women with irritable bowel syndrome (IBS)*. Ph.D, Carleton University (Canada).
- Dong, M. (2007). *Oral health beliefs and dental health care-seeking behaviours among chinse Immigrants*. PhD, MCGILL University (Canada).
- Duong, M., Piroth, L., Grappin, M., Forte, F., Peytavin, G., Buisson, M., Chavonet, P., & Portier, H. (2001). Evaluation of the patient medication adherence Questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV - infected patients on antiretroviral regimens. *HIV Clinical Trails*, 2(2), 128-135.
- Dwyer, M. (2005). Emotional intelligence and conflict resolution style as predictors of martial satisfaction in the first year of marriage. *The Science of Engineering*, 66(6), 3404-3410.
- Elansary, M. (2012). *An assessment of health care seeking behaviour and illness beliefs among clinic patients in West Kalimantan Indonesia*. Yale University, ProQuest, MMI Dissertations Publishing.
- Evers, W., Brouwers, A. & Tomic, W. (2002). Burnout and Self-efficacy: A Study on Teachers' Beliefs When Implementing An Innovative Educational System In The Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 227-243.
- Fichten, C., Budd, J., Spector, I., Amsel, R. & Creti, L. (2008). Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning. In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.). *Handbook of sexuality-related measures*. New York: Rutledge.
- Fode, M., Krogh-Jespersen, S., Brackett, N., Ohl, D., Lynnes, C., & Sonksen, J. (2012). Male sexual dysfunction and infertility associated with neurological disorders. *Asian Journal of Andrology* , 14, 61–68.
- Gokca, A. & Ekmekcioglu, G. (2010). Insight on pathogenesis of lifelong premature ejaculation: inverse relationship between lifelong premature ejaculation and obesity. *International Journal of Impotence Research*, 22, 251-254.
- Greeff, A. & Malherbe, H. (2001). Intimacy and martial satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Martial Therapy*, 27, 247-257.
- Greico, E. (2002). Emotional intelligence level of commitment, and network of social support as predictors of marital satisfaction. *The Science of Engineering*, 62(2), 163-179.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399.

- Hatfield, E., Plimer, J., O'Brien, M., & Lee, Y., (2008). The endurance of love: Passionate and companionate love in newlywed and long-term marriage. *Interpersonal*, 2(1), 35-64.
- Hay, J., Ford, J., Klein, D., Primavera, L., Buckley, T., Stein, T., Shike, M. & Ostroff, J. (2003). adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherence older woman. *Behavioral Medicine*, 26(6), 553-576.
- Ivy, A. (2006). *The influence of a surrender style of coping and empathy on marital and sexual satisfaction*. PhD, The University of Memphis.
- Janz, N., Champion, V. & Strecher, V. (2002). The health believe model. In K. Glanz, B. Rimer, & F. Lewis, (EDs.), *Health Behavior and health education theory, theory, research, and practice* (pp.45-66). San Francisco: Jossey-Bass.
- Johnston-Brooks, C., Lewis, M. & Garg, S. (2002). Self- Efficacy Impacts Self-Care and HbA1c in Young Adults with Type I Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 64, 43-51.
- Jones, K. & Flores, G. (2009). The potential impact of medical reform on the health care-seeking behaviour of medical-covered children: A Qualitative analysis of parental perspective. *Journal of the National Medical Association*, 101(3), 213-222.
- Jose, O. & Alfonse, V. (2007). Do demographic affect martial satisfaction. *Journal of Sex & Martial Therapy*, 33, 73-85.
- Kaplan, R., Sallis, J. & Patterson, T. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Kriegerlewicz, O. & Prezeglad, P. (2005). Emotional intelligence, martial satisfaction, and problem – strategies in marriage couples. *Journal Articles Abstract*, 48(4), 431-452.
- Lawer, D. (1994). Care-seeking behavior with breast cancer symptoms in Caucasian and African women. *Research in Nursing & Health*, 17, 421-431.
- Leiblum, S. (2002). Reconsidering gender difference in sexual desire: An update. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(1), 57-68.
- Lotl, S. (2009). *Minority mental health care seeking behaviours: the relationship between racial identity, stigma, and help-seeking behaviours among African-American College students*. MD, Howard University.
- Luque, J., Whiteford, L. & Tobin, G. (2000). Maternal Recognition and health care-seeking behaviour for Acute Respiratory Infection in children in a Rural Education Country. *Maternal and Child Health Journal*, 12(3), 287-297.
- Manhart, L., Dialmy, A., Ryan, C. & Mahjour, J. (2000). Sexually transmitted diseases in Morocco: Gender influences on prevention and health care seeking behaviour. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1369-1383.
- Marlenga, B. (1997). *Care seeking behaviour of formers after skin cancer screening*. PhD, ProQuest Dissertations, the University of Wisconsin-Milwaukee.
- Marteau, T. (1995). Health beliefs and attributions. In A. Broom & S. Liewelyn, (2nd ed.), *Health Psychology process and Application* (pp.3 - 20). London: Chapman & Hall.
- McMahon, C. (2008). Clinical Trial Methodology in Premature Ejaculation Observational, Interventional, and Treatment Preference Studies-Part I-Defining

- and Selecting the Study Population. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1805-1816.
- McMahon, C. (2008). Clinical trial methodology in premature ejaculation observational, interventional, and treatment preference studies--part II--study design, outcome measures, data analysis, and reporting. *The Journal of Sexual Medicine*, 5 (8), 1817-33.
  - Means, M. (2000). *An integrative approach to what women really want: sexual satisfaction*. PhD, University of Detroit Mercy.
  - Moran, A. (2006). *Maternal morbidity in rural Bangladesh: women's perceptions and care seeking behaviors*. PhD, The Johns Hopkins University.
  - Murphy, D., Stein, J., Schlenger, W. & Maibach, E. (2001). Conceptualizing the multidimensional nature of self efficacy: assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychology*, 20(4), 281-290.
  - Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O., Karisto, A., & Uutela, A., (2008). Social participation, trust and self- rated health: A study among aging people in urban, semi- urban and rural settings. *Health & Place*, 14, 243-253.
  - Pajares, F. (2002). *Overview of Social Cognitive theory and of self-efficacy*. From <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>.
  - Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R., Gaynor, L., Grupe, S. & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: Prevalence, co-morbidities, and professional help-seeking. *European Urology*, 51(3), 816-824.
  - Rani, M. & Sekhar, B. (2003). Rural India women's care-seeking behaviour and choice of provider for gynaecological symptoms. *Studies in Family Symptoms*, 34(3), 173-185.
  - Reid, A. (2000). *Acculturation, perceived social support, and health related quality of life as factors in health-care seeking behaviour among African American Women*. PhD, University of Florida.
  - Riley, A. (2002). The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. *International Journal of Impotence Research*, 14(1), 105-109.
  - Robbins, J., Lorvick, J., Lutnick, A., Wenger, L. & Kral, A. (2012). Self-Reported oral health needs and dental-care seeking behaviour among women who use Methamphetamine. *Substance Use & Misuse*, 47(11), 1208-1215.
  - Rosenthal, D., Moore, S. & Flynn, I. (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking. *Journal of community & Applied Social Psychology*, 1, 77-88.
  - Roushan, H., Soleimani, A, Janmohammadi, N., Hadad, M., & Bijani, M. (2010). Comparison of the efficacy of gentamicin for 5 days plus doxycycline for 8 weeks versus streptomycin for 2 weeks plus doxycycline for 45 days in the treatment of human brucellosis: a randomized clinical trial. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy Advance Access*, 15(2), 21-29.
  - Sannito, M. (2008). The effect of emotional intelligence on marital satisfaction: Is there a protective function to the satisfying marriage?. *The Science of Engineering*, 68(11), 7713-7720.
  - Sarafino, E. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* (4<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
  - Sarkar, M., Konar, H. & Raut, D. (2011). Knowledge and health care-seeking behaviour in relation to Gynecological Malignancies in India: A study of the

- patients with Gynecological Malignancies in a Tertiary Care Hospital of Kolkata. *Journal of Cancer Education*, 26(2), 348-354.
- Savitz, L. (1994). *The influence of maternal employment on obstetrical health care seeking behaviour*. PhD, The University of North Carolina at Chapel Hill.
  - Savulescu, J. & Sandberg, A. (2008). Neuroenhancement of love and marriage: The chemicals of between us. *Neurotics*, 1, 31-44.
  - Screponi, E., Carosa, E., Stasi, S. & Pepe, E. (2001). Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology*, 58(2), 198-202.
  - Skevington, S. (1995). *Psychology of pain*. New York: John Wiley & Sons.
  - Smith, R. (1996). *The influence of perceived barriers and self-efficacy on care-seeking behaviour and health responsibility and among African American Men*. PhD, the University of Maryland.
  - Sobralska, M. (2004). *Health care seeking beliefs and behaviours of Mexican American Men living in South Central Washington*. PhD, Gonzaga University.
  - Sternberg, R., (1997). Construct validity of a triangular love scale. *European Journal of Social Psychology*, 27, 313-335.
  - Sugimori, H., Yoshida, K., Tanaka, T., Baba, K., Nishida, K., Nakazawa, R. & Iwamoto, K. (2005). Relationships between Erectile Dysfunction, Depression, and Anxiety in Japanese Subjects. *Journal of Sex Medicine*, 2, 390-396.
  - Symonds, T., Roblin, D. & Hart, K. (2003). How does Premature Ejaculation Impact a Man's life?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 361-370.
  - Synder, A., (2006). Attachment, love, and flourishing relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 310-323.
  - Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
  - Tromp, D., Brocha, X., Hordijk, G., Winnubst, J. & Gebhardt, W. (2005). Medical Care-seeking and health- risk behavior in patients with head and neck cancer: the role of health value, control beliefs and psychological distress. *Health Education Research*, 20(6), 665-675.
  - Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
  - Voigt, R., Johnson, S., Mellon, M., Hashikawa, A. & Campeau, L. (2009). Relationship between parenting stress and concerns identified by developmental screening and their effects on parental medical care-seeking behaviour. *Clinical Paediatrics*, 48(4), 362-369.
  - Wells, J. (1992). *Understanding the meaning of pregnancy and prenatal care: How meaning affects prenatal care seeking behavior*. PhD, The Florida State University.
  - Worrell, A. (2008). *An Examination of Women's Body Image and Sexual Satisfaction following Breast Augmentation*. PhD, Mary's University.
  - Youmans, E. (2001). *General-related traits, sexual self-efficacy, importance of relationship and the relationship to college women's condom*. PhD, Seton Hall University.

## **Some Predictors of Health-Care Seeking in Patients with Male Sexual Disorders**

**Hanaa A . Shuwaikh**

**Dept of Psychology - South Valley University**

### **Abstract**

*This study aimed to discover the role of some demographic determinants, perceived general health, companionate love, sexual self-efficacy and health beliefs in predicting the health-care seeking for males with sexual disorders. The study sample consisted of 136 husbands (with age mean 31.50 years  $\pm$  5.16). A battery of questionnaires included The Perceived General Health Scale, The Companionate Love Scale, The Sexual Self-Efficacy Scale, The Health Beliefs Scale, The Health-Care Seeking Scale and The Demographic Questionnaire had been used to collect the data after fulfilling the psychometric requirements of the battery. Results revealed that (1) there was no difference between patients with male sexual disorders in all variables (2) A significant correlation was found between health-care seeking and some of demographic determinants, perceived general health, companionate love, and health beliefs (3) There was no significant effect for sexual self-efficacy on health-care seeking for males with sexual disorders.*

*Key Words: Perceived General Health, Companionate Love, Sexual Self-Efficacy, Health Beliefs, Health-Care Seeking, Male Sexual Disorders*