



جامعة الجزائر ( 2 أبو القاسم سعد الله )  
Université Alger 2 ( Aboul Kacem Saadallah)  
كلية العلوم الاجتماعية  
Faculté des Sciences Sociales  
قسم علم النفس  
Département de Psychologie



## عنوان البحث

صحة طلاب الجامعات تناول خاص بالمعتقدات الصحية وتأثيرها على  
السلوك الصحي من خلال نموذج علم النفس الصحة

رئيسة فرقة البحث

أ.د/ ساييل حدة وحيدة جامعة الجزائر 2

الأعضاء

د. يعيش مهديّة جامعة البلدية 2

د. بن نوار يوسري جامعة الجزائر 2

الرمز (رقم التسجيل)

I05L03UN160220150001

ديسمبر 2019

# تقرير ديسمبر 2019

البحث

الرمز (رقم التسجيل)

I05L03UN160220150001

عنوان البحث: صحة طلاب الجامعات تناول خاص بالمعتقدات الصحية وتأثيرها على

السلوك الصحي من خلال نموذج علم النفس الصحة


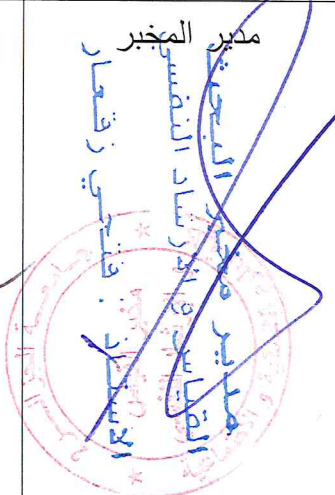
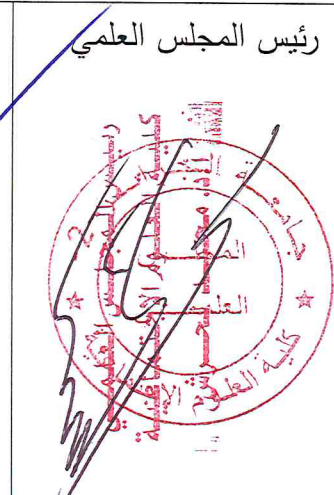
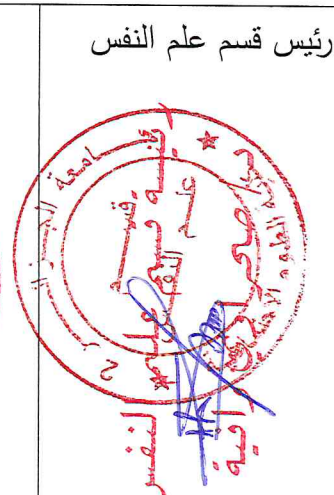
-مسؤول مشروع البحث: الأستاذة سائل حدة وحيدة

تشكيلة فرقة البحث: رئيسة الفرقة : سائل حدة وحيدة

الأعضاء:

يعيش مهديّة

بن نوار يوسري

رئيسة فرقة المشروع	مدير المخبر الطبيب والاساتذ النفس مختار زعمر	رئيس المجلس العلمي	رئيس قسم علم النفس
			

# صحة طلاب الجامعات تناول خاص بالمعتقدات الصحية وتأثيرها على السلوك الصحي من خلال نموذج علم النفس الصحة

[o.sail@univ-alger2.dz](mailto:o.sail@univ-alger2.dz)

النفسي والإرشاد القياس مخبر

Laboratoire de Psychométrie & Counseling

## Abstract:

This study aims to testing research model that consider some health beliefs (health motivation and health self efficacy) predict the health behavior among algerian university students within the framework of health psychology model. Through reviewing the literature and previous studies, a research model suggest that health motivation predict a health behavior through healthy self-efficacy.

The research is conduct on a sample of 778 students (549 women and 229 men), 94% are between 18 and 25 years old, are from different university from Algeries and Blida. The descriptive approach is used. To analyze the results, the path analysis was used to determine the effect between healthy motivation and health behavior through health self-efficacy. Differences in health beliefs and health behavior among students were tested using correlation coefficient, "T" test and ANOVA one way.

University students completed questionnaires measuring constructs from the Health Motivation Scale in Physical Activities (HMS-PA) and the Health Motivation Scale in Healthy Eating (HMS-HE) as well as the health self efficacy and health behavior scales.

The findings show that health motivation is a predictor of health behavior, and health self-efficacy is a stronger predictor of the health behavior than health motivation among university students.

Path analysis show a good fit indices (GFI = 0,997, SRMR = 0,0258, RMSEA = 0,047 TLI = 0, 977, CFI = 0,992 NC = 2,682). The results of the regression test show direct and indirect effects. Regression weights or direct effect between motivation in physical activity and health self-efficacy is estimated at (0,492 p = 0,001) and between motivation in healthy eating and health self-efficacy is estimated at (0,196 p = 0,001), also direct effect between

## ملخص:

يهدف هذا البحث إلى اختبار نموذج البحث الذي يفترض أن بعض المعتقدات الصحية (الدافعية الصحية والفعالية الذاتية للصحة) تتنبأ بالسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة الجزائريين، وذلك في إطار نموذج علم النفس الصحي. من خلال مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة، يقترح نموذج البحث أن الدافعية الصحية تتنبأ بالسلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية.

أجري البحث على عينة متكونة من 778 طالباً (549 امرأة و 229 رجلاً)، 94% تتراوح أعمارهم بين 18 و 25 سنة، وهم من جامعات مختلفة من الجزائر والبلدية. تم استخدام المنهج الوصفي، وتحليل النتائج تم الاعتماد على تحليل المسار لتحديد التأثير بين الدافعية الصحية والسلوك الصحي من خلال فعالية الذات الصحية. تم اختبار الفروق في المعتقدات الصحية والسلوك الصحي بين الطلاب باستخدام معامل الارتباط، واختبار "T" و ANOVA الأحادي. أجاب طلبة الجامعة على مقياس الدافعية الصحية في الأنشطة البدنية (HMS-PA) ومقياس الدافعية الصحية في الأكل الصحي (HMS-HE) وكذلك مقياسي فعالية الذات الصحية والسلوك الصحي.

أظهرت نتائج البحث أن الدافعية الصحية تتنبأ بالسلوك الصحي، وكانت فعالية الذات الصحية منبأ أقوى للسلوك الصحي من الدافعية الصحية لدى طلاب الجامعة. أظهر تحليل المسار مؤشرات المطابقة (GFI=0,997, SRMR=0,0258, RMSEA= 0,047 TLI= 0, 977, CFI= 0,992 NC= 2,682) كما تظهر نتائج اختبار الانحدار تأثيرات مباشرة وغير مباشرة. قدرت أوزان الانحدار أو التأثير المباشر بين الدافعية في النشاط البدني وفعالية الذات الصحية ب (0,492 p=0,001) وبين الدافعية في الأكل الصحي وفعالية الذات الصحية تقدر ب (0,196 p=0,001)، أيضاً التأثير المباشر بين فعالية الذات الصحية والسلوك الصحي ب (0,863 p=0,001) مع وزن انحدار معياري

health self-efficacy and health behavior is estimated at (0,863  $p = 0,001$ ) with a standard regression weight (0,453). All these effects appeared statistically significant.

The indirect effect between motivation in physical activity and health behavior is estimated at (0,424) with a standard effect (0,123), which is significant at ( $p=0,001$ ) in the sample. While the indirect effect between motivation in healthy eating and health behavior is estimated at (0,169) with standard (0,058) which is significant at ( $p=0,003$ ) in the sample. Thus, healthy motivation in physical activity and motivation in healthy eating predict health behavior through health self efficacy that is mediator variable.

The results also show positive correlations between health motivation in physical activity and health motivation in healthy eating with health self-efficacy respectively estimated at ( $r=0,326$ ,  $r=0,244$ ). Also, health motivation in physical activity and health motivation in healthy eating is related to health behavior respectively estimated at ( $r=0,213$ ,  $r= 0,160$ ) Likewise, health self efficacy is related to health behavior ( $r=0,453$ ), all correlations are significant at ( $p= 0,01$ ).

The results of the research also show that there are no differences in health behavior attributable to age, gender, and residency, and that there are no differences in health beliefs attributed to age, gender, and residency, except with regard to motivation in physical activity that appears to benefit men.

The study concluded with importance of healthy motivation and the health self efficacy in the performance of healthy behaviors that protect university students from chronic diseases in the future. Perhaps this information should be used to develop health awareness among students to achieve self-regulation and control of the health status and increase the Health self efficacy. We consider the results of this research as a starting point for many future studies, dealing with a random sample in order to generalize the results to all university students. It should be noted that health behavior depends on individual choices, but social conditions may contribute significantly to supporting these choices, and it is required of the Ministry of Higher Education to allow students to find places to exercise in all university spaces so that student

قدر ب (0,453). ظهرت كل هذه التأثيرات ذات دلالة إحصائية. قدرت التأثيرات غير المباشرة بين الدافعية في النشاط البدني والسلوك الصحي ب (0,424) مع تأثير معياري (0,123)، وهو دال عند ( $p=0,001$ ) على مستوى العينة. في حين قدر التأثير غير المباشر بين الدافعية في الأكل الصحي والسلوك الصحي ب (0,169) مع تأثير معياري (0,058) وهو دال عند ( $p=0,003$ ) على مستوى العينة. وبالتالي، فإن الدافعية الصحية في النشاط البدني والدافعية الصحية في الأكل الصحي تتبأن بالسلوك الصحي من خلال الفعالية الذاتية الصحية التي تعتبر متغير وسيط. تظهر النتائج أيضًا وجود ارتباطات إيجابية بين الدافعية الصحية في النشاط البدني والدوافع الصحية في الأكل الصحي مع فعالية الذات الصحية قدرت على التوالي ب (  $r=0,326$ ,  $r=0,244$ ) أيضًا، قدر ارتباط الدافعية الصحية في النشاط البدني والدافعية الصحية في الأكل الصحي بالسلوك الصحي على التوالي ب ( $r=0,213$ ,  $r= 0,160$ ) وبالمثل، ترتبط فعالية الذات للصحة بالسلوك الصحي; ( $r=0,453$ ) وجميع الارتباطات دالة عند المستوى ( $p=0,01$ ).

تظهر نتائج البحث أيضًا أنه لا توجد فروق في السلوك الصحي تعزى إلى السن والنوع والإقامة، كما أنه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية التي تعزى إلى السن والنوع والإقامة، باستثناء وجود فرق في الدافعية الصحية في النشاط البدني هي لصالح الرجال. وخلص البحث إلى أهمية الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية في أداء السلوكيات الصحية التي تحمي طلبة الجامعات من الأمراض المزمنة في المستقبل. ربما يجب استخدام هذه المعلومات لتطوير الوعي الصحي لدى الطلاب لتحقيق التنظيم الذاتي والتحكم في الحالة الصحية والرفع من فعالية الذات للصحة. نحن نعتبر نتائج هذا البحث نقطة انطلاق للعديد من الدراسات المستقبلية، مع اختيار عينة عشوائية من أجل تعميم النتائج على جميع طلاب الجامعة. وتجدر الإشارة إلى أن السلوك الصحي يعتمد على الاختيارات الفردية، لكن الظروف الاجتماعية قد تساهم بشكل كبير في دعم هذه الخيارات، ويتعين على وزارة التعليم العالي مسح المجال للطلاب لإيجاد أماكن لممارسة التمارين في جميع الفضاءات الجامعية حتى يتمكن الطالب من تسيير واجباته الأكاديمية

can manage his academic duties and pressure at the same time, and achieving psychological and physical well-being, students are the pillars of the future and the fate of the nation and concern for their health benefits for them and society.

**Key Words:** Student- Health beliefs- Health motivation- Health self efficacy- Health behavior

والضغظ في الوقت نفسه وتحقيق الرفاهية النفسية والجسدية، الطلاب هم عماد المستقبل ومصير الأمة والاهتمام بصحتهم مهم بالنسبة لهم وللمجتمع.

**الكلمات المفتاحية:** طالب- معتقدات صحية- دافعية صحية- فعالية ذات صحية- سلوك صحي

## شكر وتقدير

بعد هذا الانجاز العلمي المتواضع، نتقدم بالشكر والتقدير لوزارة التعليم العالي التي فتحت المجال أمام الأساتذة الباحثين لانجاز بحوث أكاديمية ضمن فرق بحث، فرصة لإثراء الأدبيات العلمية بشكل عام والجزائرية بشكل خاص لتواكب في عرض نتائج بحوثها البحوث الأجنبية التي تتناول نفس المواضيع.

كما نتقدم بالشكر إلى كل طلبة المؤسسات الجامعية من منطقتي الجزائر والبلدية الذين قبلوا المشاركة في البحث، وهم اظهروا فعلا اهتمام بمجال البحث والتزام كبير في تكريس وقتهم لتحقيق تطبيقات هذا البحث.

نشكر أيضا الأساتذة من جامعتي الجزائر والبلدية الذين ساعدونا في ظروف عصيبة لتهيئة الميدان لنا لتحقيق الإجراءات الميدانية لهذا البحث.

كما نتقدم بالشكر للعاملين بمكتب CNEPRU خاصة السيدة حسبية التي سهلت علينا الوصول للمعلومات المتعلقة بكل إجراءات هذا البحث.

وفي الأخير أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الدكتور محمد تيغزة على الدور الكبير الذي لعبه في تكويننا في إطار النمذجة البنائية، الذي أضاف تميز للبحث الحالي وأثره بأحث طريقة لمعالجة المعطيات، جعلنا ذلك نواكب البحوث الأجنبية في مجال علم النفس الصحي.

لكل هؤلاء أسمى عبارات التقدير والامتنان

وحبيدة حدة سايل

## فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	الإطار العام للبحث
	مقدمة
4	إشكالية البحث
16	فرضيات البحث
17	أهداف البحث
17	أهمية البحث
18	تحديد المفاهيم
	الفصل الأول: مدخل الى علم النفس الصحي
21	تمهيد
22	1. تعريف علم النفس الصحي
23	2. الأسس النظرية لعلم النفس الصحة
24	1.2. النموذج البيو - طبي
26	2.2. النموذج السيكوسوماتي
28	3.2. النموذج الابدميولوجي (الوبائي) أو التناول السلوكي للصحة
29	4.2. نموذج علم النفس الصحي
35	3. العوامل المؤثرة في السلوك الصحي
35	1.3. السن
36	2.3. النوع (الجنس)
37	3.3. الوضع الاجتماعي الاقتصادي
39	4. دور علم النفس في الصحة والمرض
41	5. مساهمات علم النفس الصحة في التربية الصحية والتربية العلاجية
44	خلاصة
	الفصل الثاني : المعتقدات الصحية
45	تمهيد
46	1. تعريف المعتقد

46	2. تعريف المعتقدات الصحية
48	3. تعريف المعتقدات الصحية التعويضية
49	4. تعريف الدافعية الصحية
52	5. تعريف فعالية الذات الصحية
53	6. النماذج النظرية المعرفية المفسرة للسلوك الصحي
53	1.6. نموذج المعتقد الصحي HBM
55	1.1.6. العناصر الأساسية لنموذج HBM
55	1.1.1.6. القابلية المدركة
55	2.1.1.6. الفوائد المدركة
55	3.1.1.6. العوائق المدركة
55	4.1.1.6. الاشارات المثيرة للفعل
56	5.1.1.6. فعالية الذات
57	6.1.1.6. متغيرات أخرى
60	6. 2. نظرية الدافعية للحماية
65	7. النظريات المعرفية الاجتماعية
64	1.7. نظرية الفعل المبرر ونظرية الفعل المخطط
66	2.7. نبذة تاريخية
69	3.7. النموذج السلوكي التكاملية
71	8. نموذج عبر النظري في تغيير السلوك
72	1.8. البنيات الأساسية لنموذج
74	2.8. مراحل التغيير
74	1.2.8. مرحلة ما قبل التفكير
74	2.2.8. مرحلة التفكير
75	3.2.8. مرحلة التحضير
75	4.2.8. مرحلة العمل
75	5.2.8. مرحلة الاحتفاظ
77	9. تقييم بعض نماذج علم النفس الصحة
80	خلاصة

## الفصل الثالث: السلوك الصحي

81	تمهيد
83	1. تعريف السلوك الصحي
85	2. تعريف ترقية الصحة
86	3. أبعاد السلوك الصحي
87	4. أنواع السلوك الصحي
88	1.4. السلوكيات الصحية الوقائية
89	1.1.4. النشاط البدني
97	2.1.4. الأكل الصحي
101	3.1.4. سلوك النوم الصحي
106	2.4. السلوكيات الصحية الخطرة
108	1.2.4. الأكل غير الصحي
110	2.2.4. قلة النشاط البدني
113	3.2.4. تعاطي والإدمان على المواد
113	1.3.2.4. التدخين
116	2.3.2.4. تعاطي الكحول
118	3.3.2.4. الإدمان على الأدوية النفسية
119	خلاصة

## الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للبحث

121	تمهيد
121	1. الدراسة الأولية
126	1.1. الخصائص السيكومترية لمقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية
128	2.1. الخصائص السيكومترية لمقياس الدافعية الصحية في الأكل الصحي
131	3.1. نتائج اختبار الخصائص السيكومترية لمقياس فعالية الذات الصحية
132	4.1. نتائج اختبار الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي
136	2. الدراسة الأساسية
136	1.2. تصميم البحث
137	2.2. عينة البحث

141	3.2. مجال البحث
141	4.2. أدوات البحث
141	1.4.2. استمارة معلومات عامة
141	2.4.2. مقاييس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية وفي الأكل الصحي
146	3.4.2. مقياس فعالية الذات الصحية
150	4.4.2. مقياس السلوك الصحي
151	5.2. إجراءات البحث
152	6.2. المعالجة الإحصائية

### الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث

153	تمهيد
153	1. عرض النتائج
153	1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى
154	1.1.1. تعيين النموذج
155	2.1.1. نتائج اختبار جودة مطابقة النموذج عن طريق مؤشرات المطابقة
154	3.1.1. حجم البراميترات ودلالاتها الإحصائية ( حجم تأثير المسارات والارتباطات)
159	2.1. عرض نتائج الفرضية الثانية
160	3.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة
161	4.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة
161	5.1. عرض نتائج الفرضية الخامسة
162	6.1. عرض نتائج الفرضية السادسة
164	7.1. عرض نتائج الفرضية السابعة
165	8.1. عرض نتائج الفرضية الثامنة
165	2. تحليل ومناقشة نتائج البحث
166	1.2. تأثير الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية
172	2.2. علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الصحي
175	3.2. العوامل المؤثرة (السن، النوع، الإقامة) على السلوك الصحي
183	4.2. العوامل المؤثرة (السن، للنوع، الإقامة) على المعتقدات الصحية
190	خلاصة

192

استنتاج عام

194

خاتمة

197

المراجع

الملاحق

## قائمة الجداول

الصفحة	العنوان
126	الجدول 1: نتائج اختبار ثبات مقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية
126	الجدول 2: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الميل للدافعية للصحة
127	الجدول 3: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ النية الصحية
127	الجدول 4: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الدافعية للمبادرة بالفعل
127	الجدول 5: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)
128	الجدول 6: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي الأبعاد/ مقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية
128	الجدول 7: نتائج اختبار ثبات مقياس الدافعية الصحية في الأكل الصحي
129	الجدول 8: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الميل للدافعية للصحة
129	الجدول 9: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ النية الصحية
130	الجدول 10: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الدافعية للمبادرة بالفعل
130	الجدول 11: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)
130	الجدول 12: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي الأبعاد/ مقياس الدافعية الصحية في الاكل الصحي
131	الجدول 13: نتيجة قياس معامل ألفا لثبات مقياس فعالية الذات الصحية
131	الجدول 14: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ بعد التمرن
132	الجدول 15: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ بعد التغذية
132	الجدول 16: نتائج اختبار الارتباط بين الدرجة الكلية لأبعاد/ الدرجة الكلية للمقياس
133	الجدول 17: نتائج اختبار ثبات مقياس السلوك الصحي

- 133 الجدول 18: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ العناية بالجسم
- 134 الجدول 19: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ العناية بالصحة العامة
- 134 الجدول 20: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ التعامل مع الادوية والعقاقير
- 135 الجدول 21: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ النفس الاجتماعي
- 135 الجدول 22: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي الأبعاد/ مقياس السلوك الصحي
- 137 الجدول 23: توزيع افراد العينة حسب السن
- 138 الجدول 24: توزيع أفراد العينة حسب النوع
- 138 الجدول 25: توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية
- 138 الجدول 26: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي
- 139 الجدول 27: توزيع أفراد العينة حسب مؤسسة الانتماء
- 139 الجدول 28: توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة
- 140 الجدول 29: توزيع أفراد العينة حسب التخصص
- 140 الجدول 30: توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة الجامعية
- 155 الجدول 31: نتائج اختبار مؤشرات مطابقة نموذج البحث
- 155 الجدول 32: معاملات الانحدار الجزئية للمسارات غير المعيارية
- 156 الجدول 33: معاملات الانحدار المعيارية
- 156 الجدول 34: الارتباط بين المتغيرات المستقلة
- 157 الجدول 35: التأثيرات غير المباشرة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع
- 157 الجدول 36: نتائج اختبار دلالة التأثيرات غير المباشرة للمعتقدات الصحية على السلوك الصحي

- 158 الجدول 37: مجال الدلالة الاحصائية الأدنى للتأثير غير المباشر للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع
- 158 الجدول 38: مجال الدلالة الاحصائية الأعلى للتأثير غير المباشر للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع
- 159 الجدول 39: نتائج اختبار الارتباط بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي (مصفوفة الارتباطات)
- 160 الجدول 40: تحليل التباين الأحادي لتحديد الفرق في السلوك الصحي لدى أفراد عينة البحث حسب السن
- 161 الجدول 41: نتائج اختبار Test-t لتحديد الفرق في السلوك الصحي حسب النوع
- 161 الجدول 42: نتائج اختبار Test-t لتحديد الفرق في السلوك الصحي حسب الإقامة
- 162 الجدول 43: نتائج تحليل التباين الاحادي لتحديد الفروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن
- 164 الجدول 44: نتائج اختبار "ت" لتحديد الفروق في المعتقدات الصحية تعزى للنوع (الجنس)
- 165 الجدول 45: نتائج اختبار Test-t لتحديد الفرق في المعتقدات الصحية حسب الإقامة

## قائمة الأشكال

العنوان	الصفحة
الشكل (1): نموذج البحث المفترض	16
الشكل (2): النموذج البيو- نفسي اجتماعي ل Engel	30
الشكل (3): نموذج علم النفس الصحي	33
الشكل (4): المفاهيم الرئيسية وتعريف نموذج المعتقدات الصحية	57
الشكل (5): مكونات نموذج المعتقدات الصحية والعوامل المرتبطة	58
الشكل (6): نظرية الدافعية للحماية	62
الشكل (7): نظريات الفعل المبرر والفعل المخطط	68
الشكل (8): النموذج التكاملي IBM	70
الشكل (9): مكونات نموذج عبر النظري	73
الشكل (10): فئات النشاط البدني يحتمل أداءه يوميا	91
الشكل (11): الفوائد الصحية التي يحققها التمرين المنتظم	94
الشكل (12): هرم الأكل الصحي	100
الشكل (13): التمثيل التخطيطي للوظائف البيولوجية التي تسيطر عليها الساعة البيولوجية	102
الشكل (14): أسباب الأمراض المزمنة	107
الشكل (15): المصطلحات المهمة المستخدمة لوصف استمرارية الحركة	111
الشكل (16): سرطان اللثة لدى مدخن ومتعاطي الكحول	115
الشكل (17): نتائج تحليل المسار في اختبار مطابقة نموذج البحث	154

## قائمة المختصرات

ADN	Acide DésoxyriboNucléique
APA	American psychologique Association
CFI	Comparative Fit Index
CN	Hoelter's Critical N
EEG	Electro Encephalo Gramme
ER	Externe
INSP	Institut National de Santé Publique
IR	Interne
GFI	Groodness of Fit Index
GSES-R	General Self Efficacy Scale- Revisited
HAPA	Health Action Process Approach
HBM	Health Belief Model
HDL	High Density Lipoprotein
HMS-PA	Health Motivation Scale in Physical Activities
HMS-HE	Health Motivation Scale in Healthy Eating
HPLP	Health- Promoting Lifestyle Profile
HSDI	Health Self Determinism Index
IBM	Integrated Behavioral Model
LPL	Lipoprotéines lipas
MC	Motiveted to comply
MCI	indice de <i>Masse Corporelle</i>
MET	Metabolic Equivalent Tasks
ML	Maximum Likelihood
MSB-N	Student Body.com-Nutrition
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAF	Factoring and Principal Axis Factoring

PCA	Principal Analysis
PMT	Protection Motivation Theory
PROB	Probability
SE	Self Efficacy
SEM	Structural Equation Modelisation
SEUT	Subjective Expected Utility Theory
SEV	Severity
SMI	Self-Motivation Inventory
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RMSR	Root Mean Square Residual
TLI	Tucker-Lewis Index
TPB	Theory of Planned Behavior
TRA	Theory of Reasoned Action
TTM	Transtheoretical Model And Stages Of Change
VLPO	l'Aire Ventrolatérale
WHO EMRO	Eastern Mediterranean Regional office of World Health Organisation

## الإطار العام للبحث

يرتبط تطور الأمم بمستواها العلمي والتقني والثقافي وتشكل منظومة التعليم العالي رهانا استراتيجيا لكون التكوين الذي تضمنه مصدرا هاما للنمو الاقتصادي وللتنافس. في هذا السياق أدركت الجزائر منذ الاستقلال (وزارة التعليم العالي، 1971) بأن الهدف الأول للجامعة هو تكوين كل الإطارات التي تحتاجها البلاد، كما يتعين على الجامعة تجنيد كل طاقاتها في كل وقت لتكوين الرجال الذين يشاركون في التنمية والالتزام بمسعى تنويع ملامح التكوين لتلبية احتياجات كافة القطاعات. وأصررت الجزائر على ضرورة انفتاح الجامعة على الجماعة الوطنية التي سوف يخدمها الإطار فببلوغ هذا الهدف تتمكن من الانفتاح على العالم كما ينبغي وذلك بفضل الاستيعاب المثمر للتطور فيرتفع مستواها باستمرار.

وبعد عشرات متتالية أصبح التعليم العالي حقيقة وسيلة من وسائل تكوين الإطارات والموارد البشرية التي تشكل العامل الرئيسي لتطور البلاد. ومن خلال البرامج التعليمية، يعمل التعليم العالي على سد احتياجات سوق العمل. وسواء تعلق الأمر بالدول المتطورة أو بالدول في طريق النمو، أصبحت الشعوب تطالب بتطوير مستوى التعليم والتربية في المجتمع، وأصبحت الحاجة لتعليم عالي ضرورة ملحة حيث أضحى عدد الطلبة وعدد المؤسسات الجامعية في تزايد مستمر لاكتفاء هذه الحاجة، لهذا استوجب على التعليم العالي التماشي مع هذا التطور والنمو، وحاليا يدور النقاش الخاص بتطوير التعليم العالي حول الاتجاهات العالمية المكثفة حول تزايد في عدد الطلبة، تنوع التكوين، صعوبة التمويل وتنوع المصادر، تزايد بطالة حاملي الشهادات، الالتزام بالجودة والفعالية، العولمة وخصوصة التعليم العالي.

وفي يومنا هذا، حقق التعليم العالي بالجزائر قفزة نوعية تتماشى وأهداف التنمية في البلاد وأصبح تزايد عدد الطلبة وعدد المؤسسات الجامعية مستمرا مقارنة بالسنوات الماضية. يبلغ عددها مئة وثلاثة عشرة (113) مؤسسة للتعليم العالي، موزعة على ثمانية وأربعون (48) ولاية عبر التراب الوطني (موقع الرسمي لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي، 2016).

وتعتبر المؤسسات الجامعية الجزائرية من أكبر المؤسسات نظرا لعدد الطلبة المنتسبين إليها ومن المفترض أن يتجاوز هذا العدد، الذي يقدر حاليا بمليون وثلاثة مائة ألف طالب المليون ونصف مليون طالب في أفق 2015 واحتمال وصوله إلى المليونين والنصف بحلول سنة 2025 (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, 2012) وتبذل السلطات العمومية في مجال دعم الطلبة جهودا كبيرة عن طريق تقديم دعم مباشر كالمناح الدراسية ودعم غير مباشر

كايواء بعض الطلبة والنقل والإطعام والنشاطات الثقافية والرياضية لكل الطلبة. لكن هل يكفي هذا لتنمية والحفاظ على مستوى صحي مناسب لهؤلاء الشباب؟

فبمجرد التحاق الطلبة بالمؤسسات الجامعية يظهرون في مرحلة من النمو تتموقع بين المراهقة وبلوغ سن الرشد، بالتالي قد يكونون أكثر عرضة لاستكشاف عالمهم وتجارب جديدة، نجدهم من جهة يواجهون مواقف ومتطلبات جديدة في العمل والإدارة والعيش بعيدا عن العائلة بالنسبة للبعض، هي وضعيات ضاغطة متكررة وشديدة تؤثر على حالتهم الانفعالية وقد تسبب أمراض عضوية مختلفة، ومن جهة أخرى ينتقلون إلى سن الرشد الذي يفتح نافذة فرص لتغيير الحياة، وهم لا يكثرثون للأمراض لاعتقادهم أنهم بصحة جيدة، يتوجهون لاكتشاف أنماط حياة مختلفة ويشرعون في ممارسة أنماط سلوك صحية متنوعة، بالتالي يكون طلبة الجامعة أكثر عرضة للانخراط في السلوكيات خطيرة على الصحة.

وبشكل عام يكون إدراك مفاهيم "الصحة" و"الخطر" خاص جدا، وإذا لم يعيشه الفرد بنفسه يكون إدراك الخطر لسلوكيات معينة خاطئ. توجد عدة سلوكيات مدعمة للصحة مثل سلوك الأكل والنشاط البدني المنتظم، كما توجد سلوكيات تشكل خطرا على الصحة في مقدمتها تعاطي الكحول والتدخين... الخ.

في هذا السياق طور الباحثون في حقل علم نفس الصحة نماذج المعتقدات الصحية التي تعتبر السلوك ذو أهمية في تحديد الحالة الصحية، فهي تبحث عن التنبؤ بالسلوكيات الصحية أو تلك التي تحمل الخطر. في هذا الصدد اهتم علم النفس الصحة بدراسة الجانب الصحي للأفراد وكذا الأمراض التابعة لسلوكيات الخطرة التي يتبناها الناس بشكل عام من أجل تعديلها من خلال إجراء بحوث علمية بغرض الارتقاء بالصحة في المجتمع، شملت هذه البحوث شريحة طلاب الجامعة، في هذا الصدد نجد المعتقدات الصحية وهي تؤثر تأثيرا ملحوظا في التزامنا اللاحق بممارسة السلوك الصحي، يمكن أن تتشكل هذه المعتقدات من خلال عوامل متعددة ومختلفة كفهمننا العام للمقصود بما هو صحي، فالطريقة التي يفسر ويفهم بها الأفراد الصحة لها انعكاسات هامة على توابع سلوكياتهم، وتستخدم معتقداتنا الصحية لتبرير الانخراط في ممارسة أنماط السلوك الصحي.

ان معرفة ما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة سلوك صحي التي تتوقف على الدرجة التي يدرك بها بأنه معرض لتهديد صحي وبادراكه بأن الممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد، وعلى هذا الأساس تختلف سلوكيات الأفراد حسب معتقداتهم بالنسبة لمختلف مجالات حياتهم، وليس ضروريا أن تكون هذه المعتقدات ايجابية، فقد تكون بعض المعتقدات مضرة بالصحة وهي خاطئة قد تعرض الفرد إلى مضاعفات سيئة على حالته الصحية.

السلوكيات الصحية الشخصية هي عبارة عن الأنشطة التي تزيد من خطر الإصابة بأمراض أو الترويج للحفاظ على الصحة، وهي تشمل نوعان من السلوك: السلوكيات الخطرة على الصحة، أو الأنشطة المنفذة التي قد تزيد من خطر الإصابة بأمراض، وتشمل تدخين السجائر، والإفراط في استهلاك الكحول، بعض السلوكيات الجنسية وقيادة سيارة في حالة السكر. ثم السلوكيات الصحية الإيجابية، أو الأنشطة التي يمكن أن تمنع الإصابة بالأمراض والإصابات، والكشف عن المرض والعجز في مرحلة مبكرة، أو تعزيز الصحة وممارسة النشاط البدني بانتظام، وتجنب الدهون في النظام الغذائي، وتناول الفاكهة والألياف، والفحص الذاتي للكشف عن سرطان الثدي والخصية، تقع جميعها في هذه الفئة (Steptoe & Wardle, 1996) وتلعب سلوكيات الصحة الشخصية دورا رئيسيا في تحديد مدى انتشار أمراض رئيسية، والتأثير الاجتماعي والاقتصادي في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والحوادث (Murray & Lopez, 1996) نقلا عن (Steptoe, 2005).

لهذا نرى ان السلوك الصحي يرتبط بمعتقدات مرتبطة بالصحة تجعل الطلبة يتبنون سلوكيات صحية او اخرى تشكل خطرا على صحتهم، من بينها الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي، كما نجد فعالية الذات الصحية، وهي معتقدات معرفية تنمي النية الصحية ثم التفكير في تبني سلوكيات صحية ثم ممارستها والمثابرة عليها. قد تزيد فعالية الذات الصحية من الدافعية لتبني سلوكيات مدعمة ومحافظة على الصحة كالنشاط البدني والأكل الصحي، وتجنب الفرد الوقوع في أمراض جسمية.

إن تنمية الصحة وتعديل أنماط السلوك الصحي تهدف الى مساعدة الأفراد على التحكم في صحتهم وتحديد الموارد الإيجابية وتدعيمها وتميئتها لأجل تحقيق حالة عامة من الرفاهية الجسمية والنفسية والاجتماعية، والعمل على تعديل وتغيير ما يمكن أن يسهم في الأذى الصحي على المدى القريب والبعيد، هذا ما يهمننا لدى شباب الذين هم عماد مستقبل الأمة وإطاراتها. لهذا ومن خلال هذا البحث في إطار نموذج علم النفس الصحة تتساءل عن الحالة الصحية للطلبة وبشكل خاص عن معتقداتهم تجاه الصحة والسلوكيات الصحية التي يتبنونها في ظل الظروف الجديدة المتعلقة بالتحاقهم بالمؤسسات الجامعية. نطمح إلى تحديد المعتقدات الصحية التي تميز الطلبة وتحديد تأثيرها على السلوك الصحي لدى الطلبة والمقارنة حسب السن والجنس ومكان الإقامة.

وعليه، يتضمن البحث الحالي جانبين، الأول نظري يشمل الإطار العام للبحث وفصول تتضمن: الدراسات السابقة حول الموضوع نتناول فيها كل الدراسات العربية والأجنبية التي تطرقت إلى صحة طلاب الجامعات من كل جوانبها، كما نخصص فصلا لنموذج علم النفس الصحة وللمعتقدات

الصحية والنماذج المفسرة لها والتي تطورت في العشريات الماضية، ونخصص فصلا للسلوك الصحي بكل أبعاده من وجهة نموذج علم النفس الصحة كما نتطرق إلى سلوكيات الخطر الناتجة عن عدم الالتزام بهذا السلوك.

نتناول في الجانب الميداني فصلا يتضمن منهجية البحث انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية التي نقوم من خلالها باختبار الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث، ثم نعرض منهج الدراسة وتصميمها وطريقة اختيار عينة البحث ونعرض تقنيات البحث وخصائصها السيكومترية ثم كل المراحل المتعلقة بطريقة إجراء البحث وفي الأخير المعالجة الإحصائية المعتمدة لتفسير نتائج البحث. كما نعرض فصلا آخر يتضمن عرض نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها لنختتم البحث بوضع بروفيل خاص بصحة طلاب الجامعات يحدد كل خصائصهم السوسيوديمغرافية وكذا معتقداتهم حول السلوكيات الصحية ومدى تبنينهم للسلوك الصحي وما إذا كان هناك تأثير بين المعتقدات الصحية وتبني السلوك الصحي.

### إشكالية البحث

التعليم الجامعي في كل الدول هو الحجر الأساس للنظام التعليمي ككل لأهميته في إعداد وتكوين أفراد يعتمد عليهم المجتمع للنهوض بمؤسساته المختلفة وبالتالي تطوره وتقدمه الفكري والعلمي، وطلبة الجامعة هم أهم عناصر هذا النظام التعليمي، لهذا أصبح من الضروري الاهتمام بالصحة العامة لهم ومرافقتهم لمواجهة تحديات المستقبل.

من المعروف ان طلبة الجامعات يشكلون عبور بين المراهقة وسن الرشد، ينتمون إلى فئة نمو تعرف حاليا بالبالغين الناشئين، تتراوح أعمارهم بين 18 و 25 عامًا. أشار (Shifren, Furnham et al., 2003) أن فترة البلوغ الناشئة تم تحديدها على أنها مرحلة يكون فيها الأفراد أكثر استكشافا لعالمهم، بواسطة مجموعة متنوعة من التجارب الجديدة، وهم أيضا الأكثر عرضة لتبني سلوكيات صحية محفوفة بالمخاطر. وحسب Arnette (2000) فان البالغين الناشئين يشبهون المراهقين أكثر من الشباب في تحقيقهم للمهام التنموية ويستكشفون إمكانات الحياة قبل اتخاذ قرارات مستدامة. بشكل عام تكون تصورات المفاهيم، مثل "الصحة" و"الخطر" فردية وشخصية للغاية، فإذا لم يتم عيش أي ضرر أو تعرض شخصي له، فقد يتم تشويه تصور الخطر المرتبط بسلوكيات معينة. كما يشير Johnson و McCaul و Klein (2002) إلى أن المراهقين الذين يشاركون في سلوكيات محفوفة بالمخاطر ليس لديهم تقدير كامل لتعرضهم للمخاطر. من الممكن أن يكون الانتقال إلى مرحلة الرشد بمثابة نافذة فرص لتغيير مجرى الحياة (Masten et al., 2004). بالنسبة للأغلبية فإن المراهقين والبالغين الناشئين يتمتعون بصحة جيدة بشكل عام، مع معدلات الأمراض والوفيات منخفضة نسبيا. ومع ذلك، فإن فترة

المراهقة تعتبر حاسمة بالنسبة للسلوكيات الصحية المرتبطة بنمط الحياة، بحيث توجد العديد من الخيارات للسلوكيات الصحية (سلوك الأكل والنشاط البدني) والسلوكيات ذات المخاطر الصحية (تعاطي الكحول والمخدرات والتبغ والجنس غير الآمن تظهر للمرة الأولى) (Williams, Holmbeck et al, 2002) سيستمر الطلاب الذين عادة ما يكونون في سن المراهقة في استكشاف أنماط الحياة والبدء في عملية إنشاء أنماط سلوك مدى الحياة (Reiser, 2007, pp 3-4).

بالتالي يعد الالتحاق بالجامعة حدثا عظيما في حياة الطالب لما يتوقع أن تحققه له الدراسة من فرص التعليم أكثر واختياره لمشروعه المهني وبناء تطلعاته وطموحاته المستقبلية، قد يتطلب ذلك منه بذل مجهود باستمرار والتنافس والاعتماد على ذاته، كما يعتبر ذلك فرصة كبيرة لاستكشاف حياة جديدة، مشوقة ممتعة هي بمثابة تحديات هذه المرحلة، وماذا فيما يتعلق بالسلوكيات الصحية؟

نشر في عرض بعض الضغوط التي يتعرض لها طلبة الجامعات، ذكر Grebot و Baumandzadeh (2005) التخوف من الدراسة ومن الحالة الصحية والرفاهية ومن المستقبل المهني، وتشير دراسة Boujut و Bruchon-Schweitzer (2007) إلى ارتفاع نسبة الفشل بفرنسا بين طلبة الجامعة في السنة الأولى بسبب المرحلة الجامعية المعقدة والتي تجعل الطالب يواجه مواقف جديدة ومتطلبات في العمل والإدارة والعيش بعيدا عن العائلة وغيرها. وتوضح دراسة Ronzeau و Van de Velde (2014) أن 43% من الذكور مقابل 62% من الإناث من الطلبة الجامعيين يعانون من الضغط، و46% من الذكور مقابل 58% من الإناث يعانون من الإنهاك، و34% من الذكور مقابل 44% من الإناث يعانون من مشكلات في النوم، و22% من الذكور مقابل 30% من الإناث يعانون من الاكتئاب، و20% من الذكور مقابل 24% من الإناث يعانون من العزلة والوحدة. نعتبرها من بين عوامل الخطر المرضية، قد تكون عبارة عن وضعيات ضاغطة متكررة وشديدة تؤثر على الحالة الانفعالية للأفراد وقد تسبب أمراض عضوية مختلفة.

وتشير الأدبيات الأجنبية في هذا المجال إلى معاناة الطلبة من عدم الأمان وعدم الاستقرار وذلك نتيجة لضغوط اجتماعية وأكاديمية مختلفة وفي هذا الصدد، بينت دراسة Quaglio (2006) أجريت على 2031 طالب أن 60% من الطلبة لا يقيمون مع أوليائهم، و18.9% يقيمون بالإقامات الجامعية بينما 33.6% مستأجرون. ورغم توفر الوسائل والمساعدات حكومية والخاصة إلا أن ظروف الحصول عليها تبقى مقيدة وأحيانا تتطلب إجراءات طويلة ومملة.

وقام Spitz و Costantini و Baumann (2007) بدراسة على عينة قوامها 927 طالب السنة أولى (متوسط السن 20 سنة)، توصلت إلى أن 32% من الطلاب لا يشعرون بالراحة اتجاه وضعهم المالي. كما بينت الدراسة أن التكيف مع البيئة الجامعية صعب، صرّح 20% أنهم غير راضين عن اندماجهم

في الجامعة و39% يشعرون بخيبة أمل اتجاهها و77% لديهم صعوبة في العثور على وسيلة فعالة للعمل، كما أن 45% منهم يعتقدون أن طرق التدريس لا تتوافق مع توقعاتهم واحتياجاتهم، يعتبر معظم الطلبة بأن أغذيتهم غير متوازنة، وصرحوا أنهم في بعض الأحيان لا يتناولون الوجبات في أوقات منتظمة وأحياناً لا يتناولونها إطلاقاً إما لضيق الوقت أو لفقدان الشهية وإما لتجنب الوحدة ثم أنها وجبات غير متوازنة، وصرح 32% أنهم مدخنون و42% يتعاطون الحشيش، وتتمثل معظم الشكاوى التي يعاني منها الطلبة في آلام الظهر (40%) وذلك نتيجة استعمال المقاعد لفترات طويلة، والصداع (45%) ينتشر نتيجة استيائهم، وآلام المعدة (30%) وذلك منذ التحاقهم بالجامعة نتيجة القلق المستمر، بينما يشعر 77% بالتعب وذلك منذ بداية العام الدراسي.

في ظل هذه المعطيات، نتساءل عن كيفية تعامل الطلبة مع هذه الوضعيات الضاغطة المرتبطة بالحياة الجامعية وحول مظاهر السلوكيات الصحية التي تميزهم، وعن إمكانية حفاظهم عليها.

ميّز Matarazzo بين السلوكيات الصحية ذات تأثيرات سلبية مضرة بالصحة وهي مرضية (كالتدخين وتناول الكحول بكميات كبيرة والأكل الدسم والغني بالسكر) وأخرى ذات تأثيرات ايجابية وهي وقائية (كتنظيف الأسنان ووضع حزام الأمان والبحث عن المعلومة حول الصحة وإجراء فحوص طبية منتظمة واستعمال الواقي والنوم المناسب والتمارين الرياضية الخ...) نقلا عن (Ogden, 2008, p.15).

بينت دراسة مقارنة أجراها Steptoe وWardle (2001) على طلاب من أوروبا الشرقية وأوروبا الغربية أجريت بين 1989 و1991 على عينة قوامها 6463 طالب وتبين النتائج أن طلاب أوروبا الشرقية لديهم أسلوب حياة غير صحي يتعلق بالتمارين الرياضية واستهلاك الكحول والأغذية الدسمة وغيرها... ويعتبر طلاب أوروبا الشرقية أقل وعياً بالعلاقة الموجودة بين العوامل المتعلقة بنمط الحياة وخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، علاوة على ذلك لديهم دعم اجتماعي أقل ووضع صحي أسوأ مقارنة بطلاب أوروبا الغربية، ومع ذلك فهم يعتقدون أن الحظ وقوى أخرى هي عوامل تلعب دوراً في سياق حياتهم، وترتبط أنماط الحياة غير الصحية باستمرار مع عدم توفر معلومات كافية حول السلوكيات الصحية ومع انخفاض الرفاهية والانفعالية. كما قام Steptoe وWardle وCui وآخرون (2000) بتحليل التغيرات التي طرأت خلال 10 سنوات (1990-2000) وحول التصورات المتعلقة بالصحة والمخاطرة بها وهي تخص التدخين والنظام الغذائي وممارسة الرياضة، أجريت على عينة قوامها 20.000 طالب من 13 دولة بأوروبا، بينت أن عدد المدخنين في تزايد وانخفاض استهلاك الفواكه وتحسنت معرفة أضرار الدهون الغذائية بشكل كبير خلال العقد الماضي، لذلك ظلت نسب

ممارسة الرياضة واستهلاك الدهون مستقرة، لكن تَضَلَّ هناك نقاط ضعف، على وجه الخصوص عدم الاعتراف بالمخاطر المرتبطة بأضرار التدخين والنظام الغذائي.

أجرى Bagordo واتباعه (2013) دراسة لتقييم عادات الأكل لدى مجموعة من طلاب الجامعة، وتسلط الضوء على الاختلافات بين الطلاب الذين يعيشون داخل وخارج المنزل ودراسة جوانب صحتهم وحالتهم الغذائية. أكمل 193 طالبًا جامعيًا في جامعة Salento (Lecce, Italy) استبيانًا عن عادات الغذاء. حصل الطلاب الذين يعيشون في المنزل على مزيد من التمارين البدنية واستهلكوا كميات أكبر من الخضروات المطبوخة والأسماك ومنتجات اللحوم والبطاطس والخبز/الحبوب والبقول والوجبات المطبوخة، في المقابل، تميز الطلاب الذين يعيشون خارج المنزل بارتفاع استهلاك الخضروات النيئة واللبيرة والمشروبات الكحولية والوجبات النيئة/الباردة والوجبات المجمدة والوجبات الجاهزة، علاوة على ذلك، أبلغ الطلاب الذين يعيشون بمفردهم عن عدد أكبر من نوبات التهاب المعدة والأمعاء وأدركوا أن لديهم كتلة جسم أكبر. ارتبطت أنماط الحياة الطلابية وترتيبات المعيشة مع التحول عن النظام الغذائي المتوسطي ويبدو أنها تعرض الطلاب لخطر الإصابة بالأمراض التي تنقلها الأغذية. وقد بدا ذلك أكثر وضوحًا بين الطلاب الذين يعيشون بعيدًا عن المنزل، والذين يمكن أن يؤدي تحمل المسؤولية الأساسية عن تسوق الطعام وإعدادهم إلى عادات غذائية غير صحية (Bagordo, Grassi, Serio, Idolo & De Donno, 2013, p. 164).

وفي دراسة لـ Peltzer و Pengpid (2015) أجريت حول السلوك الصحي الغذائي والمعتقدات الصحية لدى الطلاب من 26 دولة ذوي الدخل المنخفض، المتوسط والعالي (أمريكا الجنوبية، أفريقيا، آسيا) خلال 2013، على عينة 19503 طالب من 27 جامعة تتراوح أعمارهم ما بين 16-30 سنة وبلغ المتوسط 20,8، وأشارت النتائج ان متوسط 2,8 الطلاب من يستعملون سلوكيات غذائية سليمة، بحيث سجّلت النساء مؤشر (2.9) في سلوك غذائي صحي أكثر من الذكور. (2.7) ( $t: -8.54; p < 0.001$ ) ، كما ان هناك اختلافات بين البلدان في السلوكيات الغذائية الصحية (الأقصى من 1-6) بمتوسط عالي (3.3 أو أكثر) في بربادوس، موريس، تاييلاند، وتونس، ومتوسطات منخفضة (2.6 أو أقل) في الكاميرون، مصر، قيرغيزستان وناميبيا ونيجيريا والفلبين وروسيا. كان تجنب تناول الدهون ومحاولة تناول الألياف منخفضًا (أقل من 30%) بين طلاب الجامعات في الصين وقيرغيزستان وروسيا وتركيا، ومرتفعًا (أكثر من 40%) في غرناطة وإندونيسيا وموريس وتاييلاند، وفيما يتعلق بالحد من اللحوم الحمراء، كان الطلاب من بربادوس وإندونيسيا وموريس وجنوب إفريقيا وتركيا أعلى من 70 %، بينما كان الطلاب من الصين وسنغافورة أقل من 30 %، وكان حد الملح مرتفعًا (أكثر من 85%) في الصين وكولومبيا وموريس وتاييلاند ومنخفضًا (أقل من 30%) في الكاميرون وقيرغيزستان. ومن حيث الاستهلاك اليومي الكافي للفواكه، كان طلاب الجامعات من موريس وجنوب إفريقيا وتاييلاند وتونس أعلى من 45

% مقارنة بلصين وجامايا ولاوس كان أقل من 25٪، كان تناول وجبة الإفطار بانتظام أعلى (أكثر من 75٪) بين الطلاب من مدغشقر وفنزويلا، وأدنى (أقل من 40٪) في الطلاب من ساحل العاج وتايلاند، بالنظر إلى الاختلافات في مناطق بلدان الدراسة المشاركة، كان مؤشر السلوك الغذائي الصحي هو الأعلى في جنوب آسيا والصين، وأدنى معدل في آسيا الوسطى. كانت هناك أيضا اختلافات قطرية وإقليمية حول الوعي بمخاطر الصحة الغذائية، أدنى الوعي بالمخاطر الصحية كان في بلدان الدراسة من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وكان أعلى الوعي بمخاطر الصحة الغذائية في بلدان الدراسة من منطقة البحر الكاريبي وأمريكا الجنوبية وجنوب شرق آسيا، من حيث بلدان الدراسة المحددة كان أعلى الوعي بمخاطر الصحة الغذائية لدى طلاب الجامعات من الصين والفلبين وسنغافورة. أنّ ذوي الدخل فوق المتوسط أو المرتفع يستعملون نظام غذائي سليم لإنقاص الوزن، ويولّون أهمية كبيرة للفوائد الصحية الغذائية، كما توصلت النتائج عموماً بالاتفاق مع الدراسات السابقة، ارتبط النشاط البدني وعدم استخدام التبغ الحالي بالسلوكيات الغذائية الصحية. ويبدو أن هذا يدعم أن السلوكيات الإيجابية والصحية قد تتجمع ويمكن دمجها في برامج تعزيز الصحة (-745 pp. 750).

قام Klainin-Yobas واتباعه (2015) بدراسة حول اللياقة البدنية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى طالبات التمريض باعتبارهن نموذج أساسي بالنسبة للمرضى، أجريت على عينة قوامها 335 من طالبات التمريض التحقن بجامعة في تايلاند، وبينت نتائجها مستويات منخفضة إلى معتدلة في اللياقة البدنية، حيث كانت مكونات القلب والأوعية الدموية ومرونة الجسم ضعيفة. تميل الطالبات اللواتي مارسن التمارين بانتظام إلى الحصول على لياقة بدنية أفضل وصحة بدنية وصحة نفسية في غياب مشاكل النوم (Klainin-Yobas, He, & Ying Lau, 2015, p.1199).

من خلال نتائج الدراسات حول السلوك الصحي لدى طلبة الجامعات في الدول الغربية يتميز بسلوكيات ايجابية لكن أكثرها سلبية، نجد تناول الأكل غير الصحي وقلة النشاط البدني، حتى ان نظام الأكل الخاص بالبحر المتوسط أصبح مهددا لدى الطلبة الخاصة المقيمين بعيدا عن عائلاتهم، الذين ربما يفتقرون للوقت لتحضير الأكل أو لممارسة نشاط بدني، ربما يمضون وقتا مهما في الجلوس خلف الوسائل التكنولوجية لما تتطلبه واجباتهم الأكاديمية. وماذا عن السلوك الصحي لدى الطلبة في البلدان العربية؟

أجريت دراسة في المملكة العربية السعودية حول انتشار النشاط البدني وقلته والعادات الغذائية بين المراهقين السعوديين على عينة متكونة من 2908 من الذكور في المدارس الثانوية (1401) والإناث (1507) الذين تتراوح أعمارهم بين 14-19 سنة، وبينت النتائج نسبة عالية جداً (84٪) للذكور و(91.2٪ للإناث) من المراهقين السعوديين يقضون أكثر من ساعتين على الشاشة يومياً، وما يقرب من

نصف الذكور وثلاثة أرباع الإناث لا يستوفون إرشادات النشاط البدني اليومية. لم يكن لدى معظم المراهقين تناول يومي للفطور والفواكه والخضروات والحليب. كانت الإناث أكثر ثباتاً بدرجة كبيرة، وأقل نشاطاً بدنياً، خاصة مع النشاط البدني النشط، وكان هناك عدد أقل من أيام الأسبوع عندما تناولوا وجبة الإفطار والفواكه والحليب ومنتجات الألبان والمشروبات المحلاة بالسكر والأطعمة السريعة والطاقة المشروبات من فعل الذكور. ومع ذلك، فإن نسبة الإناث من كانت تتناول البطاطس المقلية ورقائق البطاطا والكعك والحلوى والشوكولاته أعلى بكثير. وكان وقت الشاشة مرتبطاً بشكل كبير عكساً مع تناول الإفطار والخضروات والفواكه. كان للنشاط البدني علاقة إيجابية مع تناول الفاكهة والخضروات ولكن ليس مع السلوكيات قلة النشاط البدني. خلصت الدراسة أن ارتفاع معدل انتشار قلة النشاط البدني، والعادات الغذائية غير الصحية بين المراهقين السعوديين هو مصدر قلق كبير للصحة العامة (Hazzaa, Al-Hazzaa, Abahussain, I Al-Sobayel, Qahwaji & Musaiger, 2011, p. 1).

قام سامر جميل رضوان بدراسة مع ريشكة كونراد (2001) هدفت إلى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات الصحية للطلاب من منظور عبر ثقافي لتحديد الفروق عبر ثقافية بين عينة سورية وألمانية. اشتملت العينة على 300 فرد (201 نساء و99 رجال). أظهرت النتائج ان العينة السورية تمتع بسلوكيات صحية عديدة احسن من العينة الالمانية، يتعلق الامر بتناول الفاكهة وتنظيف الأسنان، 58.7% يعتبرون النوم مظهراً مهماً بالنسبة للسلوك الصحي يستغرق لدى العينة بين 7-8 ساعات، كما تعد الفاكهة والخضار من المواد الغذائية المهمة في سوريا واعتبار ذلك مورداً من الموارد الصحية التي تنمي الصحة وتحافظ عليها، أيضا استهلاك الكحول منخفض بشكل واضح في هذا المجتمع مقارنة بالمجتمع الألماني مع العلم أنه يوجد تسامح فيما يتعلق بتناول البيرة، هناك احترام السرعة أثناء قيادة السيارة حفاظا على الحياة، بينما تتميز العينة السورية بسلوكيات غير الصحية مثل استخدام الملح في الطعام بكميات عالية جداً مقارنة بألمانيا وغياب زيارات الدورية للطبيب وفحص الصدر، والفحص الذاتي للتدخين أو لمناطق أخرى من الجسد غير منتشرة في سوريا بكثرة كما هو الحال في أوروبا.

اجرى Jaber (2003) دراسة حول السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة بفلسطين غير الحكومية، على عينة قوامها 1057 طالب ( 529 رجل و528 امرأة) تم اختيار العينة بطريقة عشوائية (p.25)، وبينت نتائج الدراسة سلوك صحي للطلبة متوسط بنسبة 67.4%، كما تبين ان مستويات مرتفعة في سلوك التدخين وشرب الكحول بنسبة 82%، وسلوك الاكل الصحي وتسيير الضغط والعناية الطبية

بمستويات متوسطة على التوالي ( 68% 67.8% و 69.4%)، بينما تشير الدراسة الى مستوى منخفض في اللياقة البدنية بنسبة 49.8%، وبينت الدراسة اختلاف بين النساء والرجال من الطلبة في السلوك الصحي عامة لصالح النساء ماعدا في النشاط البدني فهو لصالح الرجال (64-35.p).

قام اسماعيل احمد الحارثي (2014) بدراسة على عينة قوامها 1200 طالبا من كليات الادبية والعلمية من مستوى باكالوريوس بجامعة ام القرى بالمملكة العربية السعودية، تم تطبيق مقياس السلوك الصحي (ص. 45)، بينت نتائجها (ص. 56) انه متوسط بشكل عام على بعدي العناية بالجسم والعناية بالصحة العامة، بينما يظهر مرتفعا في بعدي التعامل مع الادوية والعقاقير والنفسي الاجتماعي. كما بينت أن السلوك الصحي يختلف باختلاف المستوى الدراسي للام وكذلك الدخل الشهري.

وأجريت دراسة لـ Shaheen وآخرون (2015) لتحديد سلوكيات تعزيز الصحة لطلاب الجامعة في الأردن والعوامل المؤثرة عليهم، على عينة 525 يتراوح سنهم بين 17 و 35 سنة، منهم 71،8 طالبات، العينة من جامعتين حكوميتين وواحدة خاصة في الأردن. باستخدام Health Enhancing Lifestyle Profile II. قدم نموذج Pender إطار مفاهيمي لتوجيه الدراسة، بينت النتائج متوسط في الدرجة الكلية لـ HPLP ( $127.87 \pm 19.91$ ) (المجال 53 - 189)، كما بينت متوسط منخفض في المقاييس الفرعية للنشاط البدني ( $4.98 \pm 16.43$ ) ومرتفعة للنمو الروحي ( $4.84 \pm 25.28$ ) وكشفت النتائج المقاييس الفرعية للمسؤولية الصحية والعلاقات الشخصية كانت أعلى لدى للنساء عنها لدى للرجال (Shaheen, Nassar, Amre & Hamdan-Mansour, 2015, pp. 1-3).

يظهر من خلال الأدبيات أن السلوك الصحي لدى طلبة الجامعات العربية والأجنبية إما متوسط أو اقل من ذلك، ويبدو حسب ما عرّض أن السلوكيات الصحية مرتبطة ببعضها، إذا كان الأكل صحي يكون النشاط البدني أيضا والعكس صحيح فهي تتماشى معا. وماذا عن السلوك الصحي لدى الطلبة الجزائريين؟ في الواقع ليس بحوزتنا احصائيات معممة لكن لدينا بعض المؤشرات الصحية تخص الشباب والطلبة بشكل خاص.

الجزائر هي دولة ناشئة شأنها شأن جميع بلدان العالم، ومحددات الأمراض غير المعدية ( مرض القلب، السرطان...) هي معروفة الآن على نطاق واسع، عبارة عن عوامل خطر كالسمنة والعوامل المرتبطة بنمط الحياة وتغيير العادات الغذائية والتدخين والاستهلاك، الكحول الذي يجب تحديد أهميته وتأثيره على صحة الجزائريين. قام المعهد الوطني للصحة العمومية [INSP] ( Institut National de Santé Publique, 2007) مسحاً صحياً وطنياً في يونيو 2005 يدخل ضمن الإطار

العام لمشروع بحث [TAHINA] حول الانتقال الوبائي وتأثيره على الصحة في بلدان شمال إفريقيا، شملت الدراسة عينة مكونة من 4818 يتراوح سنهم بين 35 و70 سنة (pp. 2-3) و% 11.22 يدخنون يوميا و% 6.50 يتعاطون الكحول اغلبهم رجال (p.11)، % 55.90 يعانون من زيادة في الوزن اغلبهم نساء (p.12)، اما الاستهلاك اليومي للأغذية لا يلبي التوصيات الدولية لجميع المجموعات الغذائية، أنها منخفضة بشكل خاص بالنسبة للفواكه والخضروات في المقابل، استهلاك المنتجات الدهنية والحلوة عالية جدا تليها الحبوب. ويبدو النشاط البدني ضعيف 57 ثانية باليوم، والرجال أكثر حركة من النساء، % 31,07 ينامون يوميا 7 سا و 17 دقيقة وزمن النوم مرتفع أكثر لدى النساء.

قدمت Dahel-Makhanha وآخرون (2016) لمحة موجزة حول عادات التغذية في الجزائر، منها معطيات تخص الشباب من طلبة الجامعات، وذلك من خلال الدراسات أجريت في شرق الجزائر، وتخص التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الهامة التي قد أثرت على طريقة حياة الجزائريين مع عواقب ظهور الأمراض غير المنتقلة والسمنة. الشباب الجزائري الذين لم يبلغوا إمكاناتهم الوراثية المثلى للنمو يواجهون تغييرات في نظامهم الغذائي، يمكن ملاحظة هذا الانتقال في حالتهم الغذائية وأنشطتهم البدنية (p.69).

ويعتبر النشاط البدني ضروري لحالة صحية جيدة وكذلك لنظام غذائي متوازن ومتنوع. لا يمكن لنظام غذائي جيد أن يستبعد النشاط البدني الذي يجب القيام به بطريقة معتدلة ومنتظمة وتدرجية لتقليل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية. لمعرفة مستوى النشاط البدني لدى الطلبة في قسنطينة (Sersar, Bencharif, Mekhanha-Dahel, 2012) مستوى منخفضاً أو منخفضاً جداً من النشاط البدني لـ % 8 منهم، بغض النظر عن الجنس. كما ان % 94.5 طالبات من جامعة الإقامة في قسنطينة (Sersar, Bencharif, Mekhanha-Dahel, 2013) لم تمارسن الرياضة. ويعكس النشاط البدني المقدر بين الطلاب في هذه الدراسات فئة قليلة النشاط. بالإضافة إلى ذلك، أظهر تقييم استهلاك السعيرات الحرارية بين طلاب (Sersar, Bencharif, Mekhanha-Dahel, 2011) أن المتوسط بلغ  $2350.5 \pm 295.7$  كالوري يوميا)، بمعدل أعلى بكثير لدى الطلبة من الرجال ( $276.2 \pm 2619.4$  سعر حراري يوميا)، نقلا عن (Dahel-Makhanha et al., 2016, pp 75-76).

أجرى فاضلي، سايل وبن نوار دراسة (2017) دراسة هدفت الى تحديد مستويات السلوك الصحي لدى عينة قوامها 297 من طلبة الجامعة يتراوح سنهم بين 18 و29 سنة (63 طلاب و234 طالبات)، بينت نتائجها ممارسة الطلبة للسلوك الصحي بشكل فوق المتوسط، يتمتع طلبة الجامعة بسلوك صحي من خلال التغذية، التحكم بالضغوط النفسية، عدم استعمال المنشطات كالتدخين والمخدرات بصفة تلفت الانتباه، والعناية الصحية، بينما يعتبر الطلبة اقل نشاط بدني الذي يظهر تحت

المتوسط، كما بينت النتائج انه لا يوجد اختلاف في السلوك الصحي يعزي لمكان الإقامة ولا للنوع، إلا أن الطلبة الذكور أكثر نشاط بدني من الطالبات ( ص ص. 443-453).

وفي دراسة ( Chagra, Ouar, & Bouzerna, 2017 ) هدفت لتحديد العادات الغذائية لسكان الشباب الجزائريين ومقارنتها بالهرم الغذائي. شارك في هذه الدراسة 50 طالب ( منطقة عنابة)، تتراوح أعمارهم بين 20 و 22 سنة. أظهرت النتائج استهلاك مفرط للسكريات البسيطة والبروتينات ذات الأصل الحيواني والدهون غير المشبعة. ويلاحظ وجود نظام غذائي فقير، مع عدم كفاية تناول الفواكه والخضروات والألياف الغذائية، وانخفاض معدل المياه والسكريات المعقدة والبروتينات من أصل نباتي والدهون غير المشبعة، بالتالي لا يوجد اتباع نظام غذائي صحي ومتوازن، إذا لم يتم تصحيحه، فسوف تترجم في المستقبل بواسطة اضطرابات مرضية مختلفة (p.49).

أجريت دراسة لـ الشيخ يعقوب وزناقي سفيان (2018) هدفت إلى مقارنة في مستوى السلوك الصحي بين طلاب التربية البدنية والرياضية بطلاب الطب، شملت عينة مكونة من 285 طالب ( 149 طالب تربية بدنية ورياضية و36 طالب طب) واستعمل مقياس السلوك الصحي الذي أعده صمادي الصمادي (2011). بينت نتائج الدراسة وجود فروق بين طلبة التربية البدنية والرياضية وطلبة الطب لصالح طلبة التربية البدنية والرياضية في تبني السلوكيات الصحية تتعلق بمجال العناية بالجسم ومجال العناية بالصحة العامة وفي البعد النفس اجتماعي، بينما يحسن طلبة الطب التعامل مع الأدوية بشكل أحسن من طلبة التربية البدنية والرياضية.

تقدم لنا الدراسات العربية مؤشرات حول السلوك الصحي للطلبة وهو يبدو متوسطا او فوق المتوسط لكن لا يخلو، كما هو الحال بالنسبة لطلبة الدول الغربية، من ممارسات خطيرة على الصحة أهمها الأكل غير صحي، قلة النشاط البدني وهي لا تتماشى وتوصيات منظمة الصحة العالمية. لكن ما هي العوامل التي تتبأ بالسلوك الصحي؟ يهمننا تفسيره من خلال عوامل داخلية تخص الجانب المعرفي كما اعتمده مختصين في علم النفس الصحي، الذين اقترحوا نظريات ونماذج وهي الأكثر استعمالا في البحث حول السلوك الصحي، تفترض هذه النظريات وجود معتقدات حول السلوكيات الوقائية الصحية وعوامل الخطر المتعلقة بالصحة. نذكر نموذج المعتقد الصحي HBM ( Becker, 1979; Becker & Rosenstock, 1984; Rosenstock, 1966 ; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) الذي يفسر العوامل التي تتبأ بالسلوك الصحي، حتى يكون للفرد دافعية للقيام بفعل ما، يشعر مبدئيا بالتهديد وبأن تغيير السلوك سوف يؤدي إلى فوائد عن طريق نتيجة بأقل تكلفة، بالتالي يشعر الفرد بمهارته (الفاعلية الذاتية) لتنفيذ التغيير. كما نذكر نظرية الدافعية للحماية PMT ( Rogers,1975 ; ) ( Tanner et al, 1991 ; Maddux and Rogers, 1983 ; 1985 ; ) التي تحدد عمليات التقييم المعرفية التي تسبق الدافعية للحماية، أي نية تبني السلوك الصحي، تأثير الرسائل المخيفة إدراك عدة

تصورات تشجع الأفراد على تبني سلوك وقائي منها الخطورة المدركة للتهديد، الهشاشة المدركة والفعالية المدركة لهذا السلوك وفعالية الذات (الاعتقاد بأن لنا القدرة على تبني سلوك صحي والتخفيف من السلوكيات المرضية) (راجع فصل المعتقدات الصحية).

الفكرة التي نستنتجها والتي تخدم تصورنا لنموذج البحث الحالي، تتعلق بالدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية، تشير الأدبيات إلى أن الدافعية تنمي النية الصحية، لكن هذه الأخيرة لا تكفي لاختيار سلوك صحي قد تواجه الفرد عوائق تمنعه من ذلك إلا إذا توفرت فعالية الذات وهي اعتقاد في القدرة على الأداء المناسب وربما اعتباره تحديا والحفاظ على السلوك الصحي.

أشار Schwarzer انه من الصعب تغيير السلوكيات التي تهدد الصحة مثل قلة النشاط البدني والعادات الغذائية السيئة، تقترض معظم النظريات المعرفية الاجتماعية أن النية في التغيير هي أفضل منبأ للتغيير الفعلي، لكن غالبا ما يكون السلوك معاكس للنوايا، يرجع الاختلاف بين النية والسلوك إلى عدة أسباب، على سبيل المثال، قد تظهر عوائق غير متوقعة، أو قد يستسلم الأفراد للإغراءات لذلك، ينبغي أن ترتبط النية بعوامل أخرى مباشرة بإمكانها تصعب أو تسهل انتقال النوايا إلى عمل، وقد تم تحديد بعض هذه العوامل مثل التخطيط الاستراتيجي وفعالية الذات المدركة، فهي تساعد على سدّ الفجوة بين النية والسلوك (Schwarzer, 2008, p. 1).

كما تخضع أنظمة التحكم في التغذية، وضبط الوزن والتغذية الوقائية لمعتقدات الفعالية الذاتية self efficacy beliefs في إطار دورة التنظيم الذاتي هذه، لقد وُجد أن فعالية الذات تعمل بشكل أفضل بالتنسيق مع التغييرات العامة في نمط الحياة، بما في ذلك ممارسة الرياضة البدنية وتقديم الدعم الاجتماعي، كان عملاء برامج التدخل الواثقين بأنفسهم أقل عرضة للرجوع إلى نظامهم الغذائي غير الصحي السابق (Bagozzi & Edwards, 1998; Brug, Hospers, & Kok, 1997; Fuhrmann & Kuhl, 1998; Gollwitzer & Oettingen, 1998; Murray و Chambliss (1979) أن الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن كانوا أكثر استجابة للعلاج السلوكي عندما كان لديهم شعور كبير بالفعالية الذاتية (Schwarzer & Renner, 2009, p.4).

كما يعتمد تحفيز الناس على ممارسة التمارين الرياضية بانتظام على عدة عوامل، من بينها ثقة في الذات متفائلة بشأن القدرة على الأداء بشكل مناسب، يظهر أن فعالية الذات المدركة بمثابة قوة محفزة أساسية في تشكيل النوايا لممارسة الرياضة والحفاظ عليها لفترة طويلة (Dzewaltowski, Noble et Shaw, 1990; Feltz et Riessinger, 1990; McAuley, 1992, 1993; Shaw , Dzewaltowski et McElroy, 1992; Weinberg, Grove et Jackson, 1992; Weiss, Wiese et Klint, 1989 نقلًا عن Schwarzer & Renner, 2009, p.4).

أجرت Von وزملائها (2004) الدراسة على عينة 161 من طلاب الجامعات المسجلين في دورة مدخل علم النفس للإجابة على شكل تقرير ذاتي حول الضغط، الدعم الاجتماعي، فعالية الذات، ومكونات نموذج المعتقد الصحي Health Belief Model بما في ذلك التهديد المدرك والفوائد المدركة والعوائق المدركة، والسلوكيات الصحية الشائعة. تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد وتم الاحتفاظ بمؤشرات تنبؤية كمعدلات في تحليل المسار. بينت النتائج أن فعالية الذات تنبأ بشكل كبير بسلوك الكحول والتدخين، والسلوكيات الوقائية للنشاط البدني والتغذية والسلوك الوقائي للسلامة العامة والسلوك الواقي من الشمس. تحت تهديد مدرك شديد، تتوسط فعالية الذات العوائق المدركة للشرب بنهم، وتعادل بواسطة العوائق المدركة للنشاط البدني وسلوكيات التغذية/بالإضافة إلى ذلك، تحت تهديد مدرك بشكل كبير، كانت فعالية الذات معدلة بالتهديد المدرك لاستهلاك الكحول في 30 يوما و6 أشهر. وتحت تهديد منخفض، كانت فعالية الذات تتوسطها العوائق المدركة لسلوك التدخين والسلوكيات الوقائية العامة للسلامة. لهذا ينبغي أن تستخدم برامج تعزيز الصحة في المستقبل مع طلاب الجامعات التدخلات التي تزيد من الفعالية الذاتية وتقلل من الحواجز التي تحول دون تبني أسلوب حياة صحي ( Von et al., 2004, pp. 463-469).

وقامت Zalewska-Puchafa وأتباعها بدراسة على عينة مكونة من 164 طالب سنة أولى ترميز بهدف تشخيص السلوك الصحي لطلاب الجامعات، وتقييم إحساسهم بالفعالية الذاتية وتحديد العلاقة بين السلوك الصحي المقدم من المشاركين وشعورهم بالفعالية الذاتية، تم استخدام مقياس الكفاءة الذاتية المعمم (GSES-R) Schwarzer, M. Jérusalem واستبيان السلوك الصحي الذي صممه أحد المؤلفين، ومقياس مؤشر كتلة الجسم (MCI) وبينت نتائج الدراسة تحقق جزئي للفرضية حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي. كما كشفت عن تأثير ذو دلالة إحصائية لشعور الفعالية الذاتية على السلوك الصحي مثل استهلاك الدهون في النظام الغذائي اليومي وشرب الكحول، بينت النتائج أن معظم الطلاب المشاركين في الدراسة اظهروا مؤشرا كبيرا على الشعور بالفعالية الذاتية وقدموا كل من السلوك الصحي جيد وسيء. إن الإحساس بفعالية الذات للمشاركين هو مؤشر واعد وإيجابي على استدامة وتغيير السلوك الصحي ( Zalewska-Puchafa, Majda, Gafuska & Kolonko, 2007, p.73).

تم في دراسة تطبيق برنامج My Student Body.com-Nutrition (MSB-N) وهو برنامج للتغذية والنشاط البدني قائم على الإنترنت لطلاب الجامعات، أجريت على عينة الطلاب 476 من ست جامعات في الولايات المتحدة بشكل عشوائي في 2005 تم تشكيل ثلاث مجموعات: MSB-N (مجموعة تجريبية الأولى) و (مجموعة تجريبية ثانية) MSB-N plus Booster داعم أكثر أو مجموعة ضابطة، بينت النتائج انه قام المشاركون في المجموعة الأولى والثانية بزيادة تناولهم للفواكه والخضروات بنسبة

0,33 و 0,24 حصصاً على التوالي مقارنة بالمجموعة الضابطة وذلك بعد الاختبار. كما حسنت كلتا المجموعتين التجريبتين من دوافعهن لتغيير سلوكيات الأكل وكانوا أكثر قابلية لرفع الدعم الاجتماعي والفعالية الذاتية للتغيير الغذائي، قام أفراد مجموعات التجريبية أيضاً بتحسين موقفهم تجاه ممارسة الرياضة، ولكن لم يلاحظ أي تغييرات سلوكية في النشاط البدني (Franko et al., 2008, p. 369).

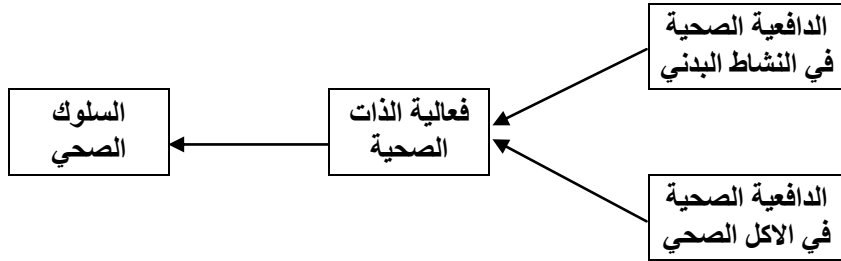
وعليه يظهر ان تحفيز او تنشيط الدافعية للصحة عن طريق التدريب ساهم في تحسين الاتجاه نحو الأكل الصحي والنشاط البدني لكن هذا يقترن برفع فعالية الذات هو معتقد صحي يجعل الفرد يحقق نتائج مرضية.

أجرى النادر والعلوان والقضاة (2015) دراسة حول علاقة السلوك الصحي بفعالية الذات، على عينة مكونة من 219 طالب (103 رجال و 116 نساء)، تم اختيارهم بصفة عشوائية من جامعة مؤتة من كلية علوم الرياضة، بينت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي لدى الطلبة متوسط رغم دراستهم للرياضة، كما بينت وجود علاقة طردية بين السلوك الصحي وفعالية الذات.

وأجرت يعيش وسایل (2017) دراسة حول الدافعية الصحية للنشاط البدني والأكل الصحي وعلاقتها بفعالية الذات الصحية لدى عينة من الطلبة الجامعيين. على عينة قوامها 226 طالب، يتراوح أعمار أغلبهم بين 18-27 سنة (73 طلبة، 153 طالبات)، أغلبية المشاركين نساء من جامعات مختلفة من ولاية الجزائر والبلدية. وللتحقق من الفرضيات طبق سلمين لقياس الدافعية للصحة في النشاطات البدنية وفي لأكل الصحي على التوالي من إعداد Xu (2009) وسلم فعالية الذات الصحية لـ Becker (1993) تبين النتائج وجود علاقة موجبة بين الدافعية الصحية للنشاط البدني والأكل الصحي مع الفعالية الذاتية الصحية لدى طلبة الجامعة، كما توجد ارتباطات موجبة ودالة إحصائياً بين الأبعاد الأربعة (ميل الدافعية للصحة، النية الصحية، الدافعية للمبادرة بالفعل، ودافعية للمثابرة) لكل من النشاط البدني والأكل الصحي مع الفعالية الذاتية الصحية ببعديها التمرين والأكل (ص ص. 41-45). تعتبر الدافعية للصحة وفعالية الذات الصحية معتقدين مرتبطين ايجابياً ببعضهما.

وبينت حسب (Xu, 2009) دراسات سابقة أن فعالية الذات للصحة تظهر لمرات عديدة كمنبأ الأقوى للسلوكيات الصحية، نفس النتيجة أكدتها دراسة Xu التي أجريت على عدة مراحل على عينات من الطلاب على التوالي (246، 251، 118، 249) (pp.108-125) من الجنسين، بينت النتائج ان الدافعية للصحة تعتبر منبأ جيد للسلوكيات الصحية، رغم انها لا تظهر كمنبأ دال للنشاط البدنية، لكن يمكن الاستنتاج ان الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية هما احسن مؤشرات تنبأ بالنشاطات البدنية، او بالأكل الصحي مقارنة بمؤشرات أخرى (BMI, health value) (p.152).

انطلاقاً من هذه الأدبيات نعتبر أن السلوك الصحي يتأثر بالمعتقدات الصحية، بمعنى أن الدافعية الصحية هي معتقد صحي ينبأ بالسلوك الصحي عن طريق فعالية الذات الصحية، أي أن التأثير الدافعية الصحية على السلوك الصحي هو تأثير غير مباشر يتوسطه تأثير فعالية الذات، وعليه نقترح النموذج التالي:



الشكل (1): نموذج البحث المفترض

وبناءً على ما سبق يهدف البحث الحالي إلى دراسة تأثير المعتقدات الصحية (الدافعية وفعالية الذات الصحية) على السلوك الصحي لدى طلاب الجامعات الجزائرية وذلك في إطار نموذج علم النفس الصحة ومن تم المقارنة في السلوك الصحي والمعتقدات الصحية حسب السن والنوع والإقامة، لعلنا نساعدهم مستقبلاً ونوجههم لاستفادة من برامج خاصة لتمكينهم من استغلال طاقاتهم للحفاظ على حالتهم الصحية خلال الفترة الجامعية بغية تحضيرهم لتحديات الحياة ما بعد الجامعة وعليه تم طرح التساؤلات التالية:

- هل نموذج البحث المفترض يشتغل؟ بمعنى هل تأثر الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية؟
- هل توجد علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير السن؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير الجنس؟
- هل يوجد فروق بين أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير الإقامة؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير السن؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الإقامة؟

### فرضيات البحث

وللإجابة على التساؤلات المدرجة في الإشكالية، تم صياغة الفرضيات الآتية:

1. نموذج البحث مطابق ويشتغل، تؤثر الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية التي تعمل كمؤثر وسيطي.

2. توجد علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي
3. توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير السن
4. توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير النوع (الجنس)
5. توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير الإقامة
6. توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير السن
7. توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الجنس
8. توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الإقامة.

### أهداف البحث

- تحديد العلاقة بين المعتقدات الصحية (الدافعية وفعالية الذات الصحية) والسلوك الصحي.
- تحديد تأثير المعتقدات الصحية على السلوك الصحي: فعالية الذات كعامل مؤثر وسيطي بين الدافعية الصحية والسلوك الصحي عن طريق استعمال النمذجة البنائية.
- إبراز الفروق بين الطلبة في السلوك الصحي والمعتقدات الصحية حسب السن والنوع والإقامة.

### أهمية البحث

تكمن أهمية البحث الحالي في ضرورة الاهتمام بصحة طلاب الجامعة فهو موضوع بالغ الأهمية لكون شريحة الطلاب من الشباب، عماد المستقبل في المجتمع لهذا ينبغي الاعتناء بهم من خلال إجراء دراسات علمية حول كل العوامل المرتبطة بحياتهم الجامعية والمستقبلية المرتبطة بصحتهم في إطار علم النفس الصحة بغرض الارتقاء بالصحة في المجتمع.

وتحضر شريحة الطلاب في الدول الأجنبية باهتمام الباحثين في مجال الصحة قصد قياس الصحة وتطورها كل عشر سنوات، ونظرا لانعدام مثل هذه البحوث في الجزائر، يعتبر البحث الحالي كبداية ونتائج كقاعدة وكمراجع يمكن استغلاله لتصميم برامج وقائية لصالح الطلاب من خلال التربية الصحية، خاصة الذين يبدون مشكلات سلوكية مرتبطة بالصحة لمساعدتهم على التحكم في صحتهم وتحديد الموارد الإيجابية وتدعيمها وتنميتها لأجل تحقيق حالة عامة من الرفاهية الجسمية والنفسية والاجتماعية المهنية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية.

كما تكمن أهمية البحث في تطبيق النمذجة البنائية لتحديد العلاقة بين عدة متغيرات في نفس الوقت وكذلك تحديد التأثير فيما بينها وإبراز التأثير لمتغير وسيطي، وهي طريقة لم يتعود عليها بعد في جامعة الجزائر وتعتبر فرقنا الأولى التي اعتمدت هذه الطريقة، التي تعتبر أحسن طريقة لدراسة

متغيرات في علم النفس الصحة، نظرا لكون هذا الفرع يرتكز على النموذج التكاملي (بيو- نفسي- اجتماعي) في تفسير محدّدات الصحة والمرض.

### تحديد المفاهيم

#### ■ الصحة La santé

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة (2016) كحالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. ولم يخضع هذا التعريف لأيّ تعديل منذ عام 1948.

وتعتبر منظمة الصحة العالمية في ميثاق Ottawa سنة 1986 الصحة مصدرا أساسيا للنمو الاجتماعي والاقتصادي والفردية، فهي تشكل بعدا لنوعية الحياة، تساهم في تحقيقها عدة عوامل، سياسية واجتماعية وثقافية ومحيطية وسلوكية وبيولوجية (OMS, 1986).

وللتأثير على الرفاهية الفردية والاجتماعية (Boivin, 2010) ينبغي العمل على العوامل المحددة للصحة وهي: التراث البيولوجي والجيني، الجنس، الثقافة، النمو الصحي خلال الطفولة، شبكات الدعم الاجتماعي التربية ومحو الأمية، العمل وظروف العمل، المحيط الاجتماعي، المحيط الجسدي، عادات الحياة ومهارات التكيف الفردية، المراكز الصحية والدخل والوضع الاجتماعي.

ومنه نعتبر في البحث الحالي الصحة حالة من الرفاهية الجسمية والنفسية والاجتماعية وهي لا تتوقف على السلوك الفردي بل تخص أيضا المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، مجتمع محدد بمحيط وتشارك فيه هيئات ومؤسسات وصناع القرار، تجعل من الصحة قضية لا يمكن الاعتماد على الفرد لتحقيقها بل تتطلب تدخل أشمل وأوسع من قبل الجميع، أفراد المجتمع، المسؤولين، الحي، المدينة، الدولة لأجل ترقية الصحة وتفادي انتشار الأمراض والتعقيدات الصحية.

#### ■ المعتقدات الصحية Les croyances relatives à la santé

قبل عرض التعريف نوضح انه في البحث الحالي أدرج هذا المفهوم وهو يشمل الدافعية وفعالية الذات الصحية، فهما معتقدين يعملان معا يوضح كل منها من خلال إبراز تفسير النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي.

يختلف تعريف للمعتقدات الصحية حسب النماذج المفسرة للسلوكيات الصحية، أشار Rosenstock وأتباعه (1988) في نموذج المعتقد الصحي، إلى أهمية إدراك القابلية والخطورة للاصابة بالامراض، وإدراك الفوائد للقيام بفعل معين للحفاظ على الصحة بأقل تكلفة مدركة أو أقل عوائق مدركة للفعل، تشير الدافعية للصحة health motive إلى قيمة التخفيف من التهديدات المدركة، ووفقا

لهذا النموذج، لا بد أن يكون للفرد حافز للقيام بفعل ما، كالشعور بالتهديد وبأن تغيير السلوك سوف يؤدي إلى فوائد عن طريق نتيجة بأقل تكلفة، بالتالي يشعر الفرد بمهارته (الفاعلية الذاتية) لتنفيذ التغيير (Champion & Skinner, 2008, p.48).

وتعتبر حسب نموذج الدافعية للحماية الذي طوره Rogers نتيجة لتقييم التهديد وتقييم التعامل، فكلما كانت الخطورة والاستعداد المدرك والاستجابة الفعالة مرتفعة كلها معا، ارتفعت الدافعية للحماية وتكون مكونات التهديد منعدمة (Boer and Seydel, 1996, p.98). ومن بين عناصر النموذج: نجد فعالية الذات l'auto-efficacité ( لدي ثقة في قدراتي لتغيير الأغذية التي أتناولها)، تقوم هذه العناصر بالتنبؤ بالاتجاهات (النية) السلوكية les intentions comportementales (مثلا لدي نية في تغيير سلوكي) والتي هي نفسها لها علاقة بالسلوك.

أشار Weinstein (1993) إلى أن النماذج المعتقد الصحي والدافعية للحماية والفعل المبرر المفسرة للسلوك الصحي، تفترض أن توقع نتيجة سلبية متعلقة بالصحة والرغبة في تجنب هذه النتيجة أو التخفيف من تأثيرها يخلق الدافعية لحماية الذات. كما يمكن تحديد التأثير المحتمل للنتيجة على الدافعية للقيام بالفعل عن طريق القيمة المتوقعة ويتوقع إمكانية حدوث النتيجة. كل النماذج تقدم إشارة الواضحة لفعالية الذات ل Bandura (1977) لكن بطرق مختلفة، فهي تقدر بأسئلة تشير إلى توقع الأفراد لمشكلات مع حدث ما في اتخاذ الحذر أو في الشك حول قدرتهم على تغيير أنماط الحالية للسلوك (Beck & Lund, 1981 ; Rogers, 1983) بالتالي يمكن أن تسمى بالتكاليف أو العوائق للقيام بفعل في بعض النظريات وليس بفعالية الذات (p.327).

واستنادا إلى Xu (2009) وفقا للبحوث النظرية والتجريبية حول الدافعية والدافعية الصحية motivation and health motivation، تنتج الدافعية الصحية قوة داخلية التي تنشط وتوجه الأفراد لاختيار السلوكيات التي تمكن من الحفاظ وترقية صحة الأفراد ويمكن أن تقيهم من الأمراض، تعمل القوة الداخلية هذه ك "محرك" للآلة. وتنتج الطاقة لنظام سلوك الأفراد. وتختلف القوة الداخلية في هذا التعريف كثيرا عن الدافعية الداخلية لأن الدافع داخلي- خارجي هو طريقة لتصنيف دافعية الإنسان. وتجعل الدافعية الداخلية الناس يقومون بأشياء من دون الحث الخارجي. إذا كان الشخص يفعل شيئا دون الحث الخارجي مثل المال، يمكننا أن نقول هذا الشخص هو في جوهره متحفز. ويمكن أن تشكل المصادر الداخلية والخارجية قوة داخلية، وتشير المصادر الداخلية إلى المفاهيم الذاتية المتعلقة بالصحة، مثل المعتقدات الصحية، والقيمة الصحية، والكفاءة الذاتية الصحية (pp.32-33).

أشارت Becker و Stuijbergen و Oh و Hall (1993) انه تم إثبات أن إدراك فعالية الذات هو منبأ قوي لسلوك صحي معين مثل التوقف عن التدخين، والتحكم في الوزن، واستخدام وسائل منع الحمل. اهتم باحثون بقياس القدرة الذاتية المدركة لتنفيذ سلوكيات وقائية متنوعة. بين Bandura ان فعالية الذات هي أقوى العوامل المفسرة لسلوك الفرد. وعرف إدراك فعالية الذات على أنه أحكام حول مدى نجاح الشخص في تنفيذ مسارات الفعل المطلوبة للتعامل مع المواقف المحتملة. تحدد أحكام حول فعالية الذات أيضا مدى الجهود التي يبذلها الناس والمدة التي سيستمرون فيها في مواجهة العقبات أو التجارب المزعجة. السلوك هو وظيفة مشتركة للنتائج والفعالية الذاتية المتوقعة بصيغة أخرى، إن احتمال قيام الأفراد بسلوك معين يمكن التنبأ به من خلال معتقداتهم حول نتائج هذا السلوك، ومعتقداتهم حول قدرتهم على أداء سلوك خاص في وضعية خاصة. بين Bandura أن إدراك فعالية الذات لسلوك معين تنبثق من التجسيد المعرفي للفرد لكل المعلومات التي بحوزته حول الوضعية، بالتالي يتوقف إدراك فعالية الذات على إدراك صعوبات المهمة وعلى الأداء أيضا (p.42).

في البحث الحالي نقصد بالمعتقدات الصحية تلك التي تتدخل في تبني سلوكيات صحية وهي تعمل مع بعضها لتؤثر عليه لهذا فضلنا عدم فصلها عن بعضها، بالتالي تعتبر المعتقد الصحي الدافعية للصحة تنبؤا عوامل معرفية كإدراك الهشاشة والخطورة وهي تنشط النية الصحية للتفكير في اتخاذ إجراءات للقيام بسلوكيات صحية بتقييم الكلفة والفائدة منها وإدراك العوائق التي قد تعرقل أداء السلوك الصحي، لكن نعتبر أن هذا العمل لن يكتمل إلا إذا تدخل معتقد ثاني وهو فعالية الذات الصحية التي بواسطتها يتم تفعيل التخطيط وتنفيذه لتحقيق السلوك الصحي ومن تم المثابرة عليه.

### ■ السلوك الصحي Le comportement de santé

ميّر Matarazzo (1984) السلوكيات الصحية الى سلوكيات خطيرة على الصحة أطلق عليها عبارة السلوكيات المرضية *comportements pathogènes* كالتدخين وتناول الأغذية الدسمة وزيادة كميات الكحول وغيرها وهي ذات تاثيرات سلبية. كما توجد سلوكيات وقائية أطلق عليها عبارة *comportements imminogènes* كإجراء الفحوص الطبية وتنظيف الأسنان ووضع حزام الأمان والبحث عن المعلومة حول الصحة، والنوم الجيد... الخ، وهي ذات تأثيرات ايجابية على الصحة، نقلنا عن (Odgen, 2008, p.16).

توجد سبعة أنواع من السلوك المرتبطة بالصحة الجيدة أدرجها الباحثون منذ العقود الماضية وهي مرتبطة بطول مدة الحياة وهي: النوم من 7-8 ساعات يوميا، تناول فطور الصباح، تجنب التدخين تفادي الابتعاد عن الوزن الزائد انعدام تناول الكحول(أو تناوله بشكل معتدل) والقيام بتمارين جسدية بانتظام... (Odgen, 2008, p.18).

بالتالي نعتبر في البحث الحالي السلوك الصحي الذي نحن بصدد قياسه يتعلق بممارسات صحية في عدة مجالات: مجال العناية بالجسم ( يتضمن ممارسات في الأكل الصحي والنشاط البدني والتثقيف حول الصحة)، ومجال العناية بالصحة العامة (الأغذية الصحية، النوم المناسب والفحص الطبي الدوري) ومجال التعامل مع الأدوية والعقاقير (الطرق المناسبة في استعمال الأدوية بالتثقيف والاستشارة الطبية) ومجال النفس الاجتماعي (الثقة بالنفس والشعور بالرضا والقدرات الشخصية التخطيط والشعور بالمسؤولية تجاه السلوك الخاص).

# الفصل الأول

## مدخل الى علم النفس الصحي

تمهيد

ظهر "علم النفس الصحي" في سنوات 1985 أدرجته مجموعة من الباحثين للجمعية السيكاترية الأمريكية (APA, Section 38) تحت رئاسة Matarazzo الرئيس الأول للجمعية، ثم ظهر في أوروبا عام 1986 تحت قيادة الطالب الجامعي الهولندي Stan Maes الذي أسس مؤسسة علم النفس الصحة، وأشارت في العديد من المجالات والجمعيات الحديثة والعديد من المؤلفات والملتقيات إلى قوة هذا التخصص الفتى الذي يعتبر واجهة العلوم الطبية الحيوية والعلوم السلوكية، وكمؤشر آخر للتطور السريع لهذا المجال هو ظهور المجلة السنوية لعلم النفس للتحليل المنتظم (1983، 1985، 1989) (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994, p. 14).

ظهر علم النفس الصحي رسمياً في عام 1979 وتمّ تحديد توجهاته الرئيسية في عام 1985 المتمثلة في: المساهمة في الوقاية والتشخيص والعلاج من الأمراض، دراسة العوامل النفسية، الاجتماعية، الانفعالية والمعرفية التي تلعب دوراً في سلوكيات الصحة والمرض، وتطوير المعارف في مجال أسباب الأمراض والعوامل الوقائية للصحة (Fischer & Tarquinio, 2014, p.9).

أصبحت أهمية العمليات السيكولوجية في تجريب الصحة والمرض معروفة أكثر فأكثر مثلما هو الحال بالنسبة لدور السلوك في تحديد ميكانيزمات المرض والوفيات بحيث يخفض السلوك الصحي نسبة المرض والوفيات.

تطور علم النفس الصحة حسب Bruchon-Schweitzer و Dantzer منذ سنوات عديدة وأصبح يحتل مكانة كبيرة في ميدان علم النفس وله تأثير كبير على علم النفس العيادي كما ساهم في تطوير ميدان الطب السلوكي. يهتم هذا الاتجاه بدراسة العوامل والعمليات النفسية التي تلعب دوراً في ظهور الأمراض والتي بإمكانها أن تسرع أو تبطئ تطورها. واتجه العديد من الباحثين منذ سنوات وفي مجالات مختلفة (اجتماعية، اكلينيكية، فارقية، طبية وفيزيولوجية) إلى الدراسة المنتظمة لمرضى مصابين بأمراض مختلفة (قلبية، وعائية، السرطان، الاضطرابات الهضمية الوظيفية، الاضطرابات التنفسية، الأمراض الجلدية وفيروس السيدا) لمعرفة دور هذه المتغيرات النفسية في ظهور مثل هذه الأمراض وكذلك للفهم الجيد لتطور العمليات المرضية (الظهور، الخطورة، الانتكاسة) ويعتبر علم النفس الصحة بمثابة الجسر بين علم النفس وعلوم الحياة، واهتم بالوقاية وتطوير السلوكيات وأنماط الحياة "الصحية"، ساهم بذلك في فهم العوامل الوقائية التي تحمي الفرد من الأمراض وبذلك تخفيض تكاليف العلاج.

يهتم علم النفس الصحي بتحديد أبعاد المرض، العوامل التي تفجره "ضغوط الحياة اليومية"، العزلة النفسية والاجتماعية لبعض الأفراد، كما يهتم بالسوابق البيوطبية والسوسيوديمغرافية (كالسن والجنس، الحالة العائلية والمهنية الخ).

إنّ علم النفس الصحة هو مجال البحث الأساسي والتطبيقي الحديث وهو في تطور متواصل على المستوى العالمي، يهدف إلى دراسة وفهم والتنبؤ بالعوامل النفسية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض العضوية والتي تستطيع أيضا أن تعجل أو تأجل تطورها.

### 1. تعريف علم النفس الصحي

عرّف Matarrazzo (1980) علم النفس الصحة على أنه:

"ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يدرس العوامل النفسية والسلوكية التي لها صلة مباشرة بالصحة والمرض بما في ذلك دراسة أساليب تشخيص وعلاج المشكلات الصحية وطرق الوقاية منها" (نقلا عن يخلف، 2001، ص. 29).

يسعى علم النفس الصحي الى وصف وفهم وتفسير الفروق الفردية في الصحة، الرفاهية ونوعية الحياة (البداية والتطور). يهتم بكل العوامل النفسية الاجتماعية (المحيطة، المهياة، التعاملية) التي يمكن أن تحمي أو تشكّل خطر على الأفراد، ويدرس علم النفس الصحي، بالتعاون مع التخصصات الأخرى، الطرق المؤدية للصحة والمرض (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.4).

علم النفس الصحي بمعنى واسع هو تطبيق للمعارف الأساسية لعلم النفس في فهم الصحة والمرض (Matarazzo, 1984)، ويتضمن هذا التعريف الأهداف الرئيسية لهذا التخصص الجديد وهي: تعزيز السلوكيات وأساليب الحياة الصحية، الوقاية من الأمراض المختلفة، وتحسين رعاية والتكفل بالمرضى وأسره (Sarafino, 1994). وعلى هذا الأساس يركز علم النفس الصحة والمرض على أهمية ودور تزايف العوامل النفسية، الاجتماعية، والبيولوجية في الاحتفاظ بالصحة أو ظهور وتطور الأمراض (Fischer & Tarquinio, 2014, p.9).

كما يهدف علم النفس الصحة حسب Bruchon –Schweitzer و Quintard (2001) إلى دعم الوقاية وتطوير السلوكيات الصحية والتكفل بالأفراد المرضى، وإلى جانب دراسة العوامل النفسية- الاجتماعية التي تلعب دورا في ظهور وتطور المرض والشفاء منه، فهو يهتم بفهم العمليات النفسية- الاجتماعية التي بإمكانها تفسير هذا التفاعل.

يتميز علم النفس الصحي كما أشار اليه Fisher و Tarquinio باهتمامه الخاص في فهم جيد للصحة والمرض، فإذا كانت الصحة محل اهتمام العديد من الميادين: الطبية، الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية، والنفسية، فإن التصور المهيمن يبقى إلى حد ما هو البيوطبي. لهذا يقدم علم النفس الصحة رؤية جديدة حول الصحة والمرض ابتداء من المعارف والبحوث التي تعالج دور محدد من العوامل النفسية في السلوك الصحي، وفي هذا السياق ينظر إلى العوامل النفسية كعناصر ملازمة للصحة، وهي تلعب دور محدد في تحقيق الرفاهية le bien être الجسمية والنفسية (p.10).

فيختلف المفهوم النفسي للصحة عن مفهوم الصحة العقلية المتداول في علم النفس الاكلينيكي والمرضي، مفاده أن الجهاز النفسي يعمل ككيان بطريقة متجانسة أو مرضية، يحدّد الصحة العقلية وهي فكرة معتمدة منذ فترة طويلة في علم النفس.

يقدم علم النفس الصحي فهما أوسع لمفهوم الصحة التي تمثل الحالة العامة من التوازن الجسمي والنفسي للفرد والتوظيف البيولوجي، فضلا عن الحياة النفسية والاجتماعية التي تتشكل في مجموعها وترابطها في آثار الرفاهية الذاتية أو المرض الذي تحدثه.

ومن هذا المنظور فالصحة الجسمية ليست كيانا منفصلا عن الصحة النفسية، بل هي عمليات ديناميكية مترابطة تجعلنا ننظر للصحة والمرض من خلال التعقيد ومستويات التوظيف الداخلي التي تميز أهمية ودور العوامل النفسية والاجتماعية كعوامل مؤثرة على السلوكيات الصحية أو بإمكانها أن تكون مفرجة للمرض، بالتالي ينظر للصحة بشكل رئيسي من خلال العديد من التفاعلات والتأثيرات المتبادلة بشكل عام ما بين العوامل النفسية والبيولوجية.

نعتبر علم النفس الصحي حاليا يركز على مجموع المعارف الأساسية لعلم النفس والمطبقة في ميدان الصحة والمرض، فهو يدرس العوامل النفسية الاجتماعية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض العضوية والتي بإمكانها أن تمهل أو تعجل ظهورها (عوامل الخطر) وتلك التي تقي من الأمراض (عوامل الوقائية) كما يهتم بالعوامل البيئية والاجتماعية والفروق الفردية التي تؤثر على الصحة والمرض كما يقوم بتحليل السياسة الصحية ونظام الرعاية الصحية.

## 2. الأسس النظرية لعلم النفس الصحي

يعتبر علم النفس الصحي اتجاها جديدا تطور من خلال دمج النظريات الكلاسيكية التي كان لها الفضل الكبير في تزويد المجال الاكلينيكي بمعلومات حول الصحة والمرض، لا يحاول علم النفس

الصحي إطلاقاً نفي هذه النماذج بل عكس ذلك، برع في إدماجها لتقديم تفسير متعدد الأبعاد للعلاقة بين علم النفس والصحة.

والنماذج التي سوف ندرجها في هذا الفصل ليست النماذج الوحيدة التي يرجع إليها علم النفس الصحي، بل توجد نماذج أخرى كنموذج المعتقد الصحي «Health Belief Model» لـ (Rosenstock, 1974) ونظرية النشاط المخطط «Théorie de l'action raisonnée» لـ (Ajzen et Fishbein, 1980) ونظرية السلوك المخطط «Théorie du comportement planifié» لـ (Ajzen, 1991) ونظرية التنظيم الذاتي «théorie de l'auto-régulation des comportements de santé» لـ (Leventhal et al., 1980). وتعرف بالنماذج "الاجتماعية- المعرفية" ويكمن الفرق بينها وبين النماذج الكلاسيكية التي سوف نعرضها فيما يلي، في كونها تتبأ بالسلوك الصحي بينما تتبأ النماذج الكلاسيكية (والتي نعتبرها أساس علم النفس الصحة) بالصحة والمرض. كما تتناول النماذج الاجتماعية المعرفية السياقات النظرية المرجعية التي تعطي أهمية للمعايير والاتجاهات والمعتقدات والتصورات الاجتماعية، بينما تعرض النماذج الكلاسيكية العوامل المحيطة، والمهياة والبيولوجية المحددة للمرض والصحة. ويؤكد علم النفس الصحي ضرورة التنسيق بين كل هذه النماذج وهو بلا شك ممكن جداً.

يتعلق الأمر باتجاهات نظرية ظهرت في القرن العشرين واهتمت بتحديد مصدر الأمراض الجسدية منها النموذج البيوطبي Modèle Bio-Medical والنموذج السيكوسوماتي Psychosomatique Modèle والنموذج الابدميولوجي Modèle Epidemioleogique وكان كل نموذج منعزلاً عن النماذج الأخرى في خصوصيته، موضوع دراسته، مناهجه، مفاهيمه وفرضياته. وكما تمت هذه الانطلاقة، نعرض فيما يلي لمحة عن كل نموذج وافترضاته في مجال الصحة والمرض.

## 1.2. النموذج البيو- طبي Modèle Bio-Medical

تأسس الطب الحديث خلال القرن التاسع عشر واهتم بدراسة الإنسان بواسطة التشريح والفحص الفيزيولوجي أو الطبي. استمد النموذج البيو- طبي أفكاره من النظرية التطورية لـ Darwin (1856) التي حددت مكانة الإنسان في الطبيعة واعتبرته جزءاً منها، يتطور من خلالها، إذ يعتبر كائناتاً بيولوجياً لهذا يبدو ضرورياً دراسته بنفس الطريقة التي يعتمد عليها علماء الطبيعة لدراسة الأنواع (نقلاً عن Ogden, 2008, p. 2).

ويهتم هذا النموذج بأسباب الأمراض والتي تم تصنيفها في فئتين، تشمل الأولى الأسباب الخارجية التي تقتحم الجسم وتحدث تغيرات فيه، وتتضمن الثانية الأسباب الداخلية التي تنشطها تغيرات فيزيولوجية لا إرادية، وتظهر الأمراض بسبب فقدان التوازن الكيميائي، البكتيريا والفيروسات، أو

بسبب استعدادات وراثية وبالتالي يعتبر الإنسان ضحية هذه التغيرات وهو غير مسؤول عنها لذلك يهتم المختصون بعلاج هذه الأمراض.

وتعتبر فكرة أن المرض عبارة عن نتيجة لعوامل مرضية خارجية وداخلية لا تزال فكرة سائدة في الطب الحديث وفي نظريات الصحة والمرض وهي فكرة مدعمة بنظريات الضغط ولعل ابرز الباحثين الذين اهتموا بالعوامل الضاغطة وتأثيرها على حالة الجسم هم W. Cannon و Selye Hans، واستنادا إلى ما جاء به، فأمام التغيرات المفاجئة للوسط الخارجي أو الداخلي (الضاغط) الذي يهدد التوازن الأميوستازي يعبئ الجسم مصادره لمواجهة التهديد ويستجيب في الحالة الطارئة بالتجنب أو الهروب حسب وصف Cannon وقد يصل إلى حالة الإرهاق إذا استمر التهديد وهو آخر مرحلة من التناذر العام حسب وصف Selye، وقد يؤدي التهديد الكبير والمزمن إلى أمراض مختلفة إذا كانت قدرات التكيف متجاوزة بالنسبة للجسم.

اقترحا الباحثان نظرة خطية ووحيدة البعد لتفسير المرض أدرجها Monat و Lazarus (1991) ضمن نموذج تنبيه- استجابة لتفسير تأثير الضغط على الحالة الصحية. يعتبر Cannon (1928-1935) الأول الذي بيّن أن المظاهر العضوية التي ترتبط بسلوك الهروب أو المواجهة أمام الخطر ترجع لإفراز هرمون في الدم (الأدرينالين) ووصف الاستجابة بـ"تناذر الطوارئ"، تظهر للحفاظ على التوازن الأميوستازي أو تجنب الألم المحتمل (نقلا عن Grazianni & Swendsen, 2004)، ويعتبر Hans Selye (1936) من الأوائل الذين درسوا تأثيرات الضغوط الشديدة والمستمرة على الجسم الذي لا يستجيب بطريقة محددة بل يقوم باستجابة جسمية عامة لأي مصدر للضرر، نقلا عن (Zimbardo & Weiber, 1997)، تعرف بالتناذر العام للتكيف syndrome général d'adaptation، يرتبط بإفراز الهرمونات من الغدة الكظرية ويعتبر كاستجابة مضادة تسمح باسترجاع التوازن وإذا كان الضغط قويا ومستمرا يؤدي إلى إرهاق هذه القدرة وظهور "مرض التكيف" (نقلا عن Servant & Parquet, 1995) وإذا استمر الضغط لفترة طويلة يدخل الجسم مرحلة الإرهاق، تضعف قدرات التكيف بسبب إنهاك الغدة الكظرية في إنتاج مضادات الالتهاب وتأخذ استجابة التكيف شكلها الأقصى (Grazianni & Swendsen, 2004) وتظهر هذه الاستجابة على شكل مشكلات صحية كالإصابة بأمراض مختلفة كارتفاع ضغط الدم والسكري والحساسية وقرحة المعدة... الخ (Quintard, 1994). ذكر Corsini (1994) عدّة جوانب سلبية لهذا النموذج (تنبيه- استجابة)، بحيث اهتم بالمصطلحات الفيزيولوجية والآثار الخلوية الجسمية في تحديد الضغط ولم يهتم بمعنى الموقف ودلالاته عند الفرد، كما أهمل الجانب المعرفي للموقف الضاغط والآثار النفسية للضغوط.

واستنادا إلى النموذج البيوطبي يوجد اختلاف نوعي بين الصحة والمرض، إما أن يكون الإنسان في صحة جيدة أو مريض ولا توجد استمرارية بين هاتين الحالتين وتعتبر وظائف الجسم والروح مستقلة عن بعضها البعض لا يؤثر الجسم في الروح فهما بنيتان مستقلتان (Ogden 2008, p.9). بصيغة أخرى تعتبر الروح مفهوما مجردا يرتبط بالأحاسيس والأفكار، بينما يتصف الجسم بعناصر ملموسة كالجلد، العضلات، العظام والأعضاء ومنه، كل تغيير يحدث في الجسم لا علاقة له بتغيير في الروح، واستنادا إلى النموذج البيوطبي يمكن أن يسبب المرض نتائج نفسية ولكن لا توجد أسباب نفسية للمرض.

كما فشل هذا النموذج في تفسير ظهور الأمراض المختلفة الوعائية القلبية والسرطانية وغيرها التي تشكل أسباب الوفيات. هكذا يبدو النموذج البيوطبي محدودا وخطيا لا يجيب على متطلبات العصر التي تركز على تحديد العوامل الوقائية ومع ظهور عناصر جديدة أعادت النظر في مسلمات النموذج البيوطبي ظهرت نماذج جديدة ولعل أبرزها كان الطب السيكوسوماتي وتغير اتجاه اهتمام الباحثين إلى إبراز العلاقة بين الروح والجسم والتأكيد على وجود الاستمرارية بين حالة المرض والصحة ليصبح علم النفس الصحة يلعب دورا مهما في المجتمعات.

## 2.2. النموذج السيكوسوماتي Modèle Psychosomatique

ظهر النموذج السيكوماتي في النمسا وألمانيا تزامنا مع ظهور التحليل النفسي وهو اتجاه عقلي mentaliste مستوحى من ميكانيزم التحويل الجسدي طبقا للتناذر الذي وصفه Freud "بالشلل الهستيرى". ويختلف النموذج السيكوسوماتي عن نظيره الطبي وعن التحليل النفسي في موضوع دراسته وفي طريقة بحثه، ويجيب هذا التناول عن الأسئلة تدور حول الوحدة الأساسية للإنسان، تلك الوحدة النفسية البيولوجية والتاريخية والاجتماعية، وقدم تصور موضوعي حول ظواهر الأمراض الجسدية.

في نهاية القرن 19 وانطلاقا من أعمال حول الشلل، الأفازيا والهستيريا، كشف Freud الحقيقة الديناميكية للشعور وأسس التحليل النفسي، وهو أول من بدأ البحث في مجال السيكوسوماتيا ولو أنه لم يهتم بها، اكتشف المعنى الرمزي للأعراض وقدم تفسير في صيغة اقتصادية، واستنادا إليه تعتبر أعراض الهستيريا نتيجة تغيرات و"تحويل" التنبيه الداخلي الى تنبيه جسدي، كما وصف أعراض القلق ومظاهره الجسدية (نقلا عن Marty, 1990, pp.5-9).

جاء Freud بافتراضات تناولها من جهتهم المحللون الأمريكيون الذين أسسوا مدرسة Chicago سنة 1930 ومن روادهم Frantz Alexander الذي ابرز العلاقة بين أنواع الشخصية والأمراض

الجسدية لكنه أخطأ في ربطه للتناذرات السيكوسوماتية بصراعات خاصة، نقلا عن Kamieniecki, (1994, pp.47-49). اهتموا أصحاب هذه المدرسة بتحديد العلاقة بين المرض والشخصية وبين الاستجابات النفسية للانفعالات والاستجابات الاعاشية والجهاز العصبي المركزي بحيث يعتبر الصورة الرمزية للعرض عصابا عضويا وأكدوا أن الأمراض الوظيفية تؤدي إلى إصابات حقيقية.

اقترح أصحاب مدرسة فرنسا برئاسة P. Marty مفهوم "العقلنة" mentalisation في السنوات 1970-1975 وهو يشير إلى أبعاد الجهاز النفسي وتتعلق بكمية ونوعية التصورات النفسية للأفراد وتعتبر العقلنة أساس الحياة النفسية، تنتج الهوامات في الحياة اليومية والأحلام أثناء النوم وهي تسمح بتداعي الأفكار.

واستنادا إلى Marty (1991) فحين يتعرض الفرد إلى صراع يفقده التوازن يحدث النكوص إلى مراحل سابقة تم فيها التثبيت وهي آلية دفاعية، وتظهر من خلال النكوص أعراض نفسية كالقوبيا واضطرابات سلوكية وقد يظهر اختلال جسدي على شكل أعراض اكلينكية وأمراض تنفسية، جلدية، عقلية، هضمية الخ.....، وهي أمراض قد يشفي المريض منها إذا كانت لديه عقلنة كافية وقد تؤدي إلى التدهور التدريجي وأمراض خطيرة لا يشفى الفرد منها إذا ما كانت العقلنة فقيرة وكمية التصورات غير كافية لحل الصراع، وقد يصل الأمر إلى ظهور أمراض غير نمطية خطيرة متطورة كالأمراض القلبية الوعائية وأمراض فقدان المناعة والأمراض السرطانية تهدد حياة الفرد، لهذا يقترح العلاج النفسي لتحسين مستوى التنظيم العقلي لتحقيق أحسن دفاع بيولوجي.

ومن أجل تحديد ما يعرف بالفقر الخيالي وقدرات الترميز لدى المرضى "السيكوسوماتيين" اقترح Marty مفهوم "التفكير العملي" pensée opératoire (Marty, 1976) والذي تم تقييمه من خلال مقابلة من خلال التداعي، وهو مفهوم يقترب من مفهوم آخر اقترحه أصحاب مدرسة Boston « Alexithymie » (Pedinelli, 1992; Apfel & Sifnéos, 1979) والذي يشير إلى فقدان القدرة لدى بعض الأفراد لتحليل والتعبير عن انفعالهم، ولكن لا تتوفر أية تقنية لقياس هذين البعدين رغم تفاؤل الباحثين (نقلا عن Bruchon-Schweitzer, 1994, p.17).

هكذا يعتبر تطور بعض الأمراض (التنفسية، الهضمية، القلبية، الجلدية، السرطانية الخ.....) حسب هذا النموذج ذو علاقة بعوامل نفسية تختلف من مدرسة إلى أخرى ومن نظرية إلى أخرى، فقد ترتبط بصراع نفسي ونوع خاص للشخصية حسب Alexander من مدرسة Chicago، وقد تشير إلى

بنية نفسية خاصة التي تعمل بنمط تفكير عملي (قدرة ضعيفة للارصان، فقر خيالي، حديث مركز حول الملموس الأدنى) بالنسبة لـ Marty من مدرسة باريس.

هي وجهات نظر فشلت في تحديد الدور السببي لبعض التجارب الصدمية المبكرة (أو بعض أنواع الشخصية) رغم أن فكرة استعداد الفرد مهمة والتي تناولها آخرون في مفاهيم محددة يمكن ملاحظتها مثل « Alexithymie ».

يعتبر النموذج السيكوسوماتي حسب Rodin و Salovey (1989) نموذجاً محدوداً فهو يفسر ظهور الأمراض الجسمية بواسطة عوامل نفسية متغيرة حسب افتراضاته، كما أن الارتباطات الموجودة بين أنماط الشخصية والاضطرابات العضوية ضعيفة ومتناقضة (نقلاً عن Bruchon-Schweitzer, 1994, p.18). ربما يحتاج الأمر إلى تقنيات خاصة ودراسة معينة لأجل الكشف عن هذه الأبعاد، هذا ما حاول القيام به أصحاب الاتجاهات التي ظهرت بعد ذلك.

### 3.2. النموذج الابدميولوجي (الوبائي) أو التناول السلوكي للصحة Modèle Epidemiologique

هو تناول أعاد النظر في الثنائية جسم / روح، ويهدف إلى الحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض بالتركيز على التربية، التغيير السلوكي وأساليب الحياة التي تشكل مصدراً للأمراض ويؤكد على دور السلوك كمحدد للصحة (Odgen, 2008). ركز هذا التناول في البداية على المقارنة بين الأفراد المرضى والأصحاء عن طريق البحث حول تاريخ الحالة عن كل العوامل التي تميز الأفراد عن بعضهم (المحيطة، الذاتية، النفس، اجتماعية).

أشار Fox (1988) نقلاً عن (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994) إلى أنه تم إحصاء بين سنتي (1970 و1975) 40 عاملاً من العوامل النفسية والأسباب النفسية الاجتماعية لبعض الأمراض، حاولت هذه الدراسات إعادة بناء تاريخ الأفراد من المرضى والأصحاء، وهي تتميز بنقائص عديدة بما أن الحالة الآتية للفرد تغير إدراكه للأحداث السابقة ومنه تبقى نتائجها غير مؤكدة، لهذا عوّضت الدراسات التاريخية بأخرى عرضية تقوم بمتابعة مجموعة من الأفراد الأصحاء الذين يخضعون إلى تشخيص نفسي - اجتماعي شامل وبعد مرور سنوات، تتم المقارنة بين مجموعات الأفراد اللذين طوروا أمراضاً جسدية معينة ومجموعات الأفراد الأصحاء، وتتم هذه المقارنة بين العوامل التي تم تشخيصها في الأول، بالتالي تحدد عوامل الخطر للإصابة بالأمراض (pp.18-19). وهناك دراسات دامت 30 سنة كما جاء في ( Bruchon-Schweitzer, 2002, p.85 ) من بينها دراسة أجريت بألمانيا بين 1965 و 1976 على عينة مكونة من 140000 ساكن بمنطقة Heidelberg ودراسة Grossarth-Maticek

وآخرون (1988) أجريت بين 1972 و1982 بمنطقة Crvenka (يوغسلافيا سابقا) والتي أشارت في نتائجها إلى أربعة أنماط نفسية- اجتماعية تشكل استعدادا لتطوير الأمراض القلبية التاجية والإصابة بأمراض السرطانية (Bruchon-Schweitzer & Dantzer , 1994, p. 19).

ويعرف Erickson Patrick (1993) نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على أنها القيمة التي تسند إلى مدة الحياة المرتبطة بالإعاقات، المستوى الوظيفي، الإدراكات والفرص الاجتماعية التي تغيرت بسبب المرض، الإصابات، العلاجات أو سياسة الصحة، نقلا عن (Lepège, 1999, p.17). وتم بناء عدة مقاييس لنوعية الحياة لتحديد عوامل الخطر للإصابة بالأمراض، ركزت على المهام اليومية، الاجتماعية والمهنية للفرد، وتجاهلت قدرته على التكيف وتجربته وتوقعياتها، ولهذا فقد يتعرض إلى أحكام خاطئة من قبل خبراء الميدان.

ويعتبر تناول السلوكي للصحة (الابدميولوجي) ناقصا يتأثر بالنموذج الطبي الخطي، اعتمد على مقاييس مشكوك فيها، يتم اختيار مسبق للأفراد، كما أن العلاقة بين المتغيرات السابقة وخطر الإصابة بالمرض مستقبلا ضعيفة كما أشار إليه بعض الباحثين (Temoshok, 1987; Fox, Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1990, p.19) ولهذا تطلب الأمر رؤية شاملة ومتعددة الأبعاد في تفسير الأمراض الجسدية، هذا ما يحاول علم النفس الصحة القيام به لتسهيل تفسير ظهور الأمراض الجسمية والوقاية منها.

#### 4.2. نموذج علم النفس الصحي

ظهر "علم النفس الصحي" في 1979 من قبل فرقة بحث تابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس (section 38 de l'APA)، وتم تنظيره ونشره في 1986 في أوروبا في ملتقى المؤسسة الأوروبية للصحة النفسية European Health Psychology Society وذلك برئاسة Stan Maes (من هولندا) (Bruchon Schweitzer & Boujut, 2014, préface).

ويعتبر هذا تناول استنادا لـ Matarazzo (1980) أحدث تطور في عملية دمج علم النفس في دراسة الصحة، وتم وصفه على أنه: "مجموعة المساهمات التربوية، العلمية والمهنية وتطبيقات علم النفس في ترقية والحفاظ على الصحة والوقاية وعلاج الأمراض وحالات العجز المرتبطة بها" (Ogden, 2008, p. 4).

كما يساهم علم النفس الصحي في تحديد سلوكيات الخطر، التشخيص والبحث عن أسباب الاضطرابات الصحية وإعادة التأهيل وتحسين أنظمة العلاج وإنشاء سياسة الصحة.

ويختلف هذا النموذج عن النماذج سابقة الذكر بتركيزه التام نسبيا على مفاهيم ومناهج علم النفس، لا يجهل هذا النموذج النماذج السابقة بل يدمج الأساس منها، ويقترح نماذج تفسيرية متعددة العوامل تتفاعل مع بعضها البعض ويعترف بالمحددات الكلاسيكية للمرض ويعتبرها "كسوابق" قد تفجر المرض لدى الفرد. ويكمن العنصر الجديد في هذا النموذج هو اعتبار الفرد نشط لا يتأثر بصفة حتمية بما يحدث له، ويتبنى عند مواجهة لوضعية ضاغطة استراتيجيات إدراكية، معرفية، انفعالية، سلوكية ونفسية اجتماعية للمواجهة.

ويعتبر علم النفس الصحي الفرد كنظام معقد والمرض كنتيجة لعدة محددات وليس لعامل واحد فقط، فهو بعيد عن التناول الخطي للصحة، المرض هو محدد بالتقاء عدة عوامل بيولوجية(كالفيروس) ونفسية (كالمعتقدات) واجتماعية (عدم الامان). وهو يعتمد على النموذج البيو نفسي اجتماعي الذي طوره Engel (1977,1980) والذي يعزي المرض إلى مجموعة عوامل وهو محاولة لدمج علم النفس والمحيط الاجتماعي مع التقاليد البيوطبية موضحا إياه على الشكل التالي:

بيو	نفسى	اجتماعى
فيروس	سلوك	طبقة
بكتيريا	معتقدات	عمل
إصابات	ضغط	عرق
	تعامل	
	الم	

الشكل(2): النموذج البيو- نفسي اجتماعي لـ Engel (المصدر: Ogden, 2008, p.5)

حاول هذا التناول الربط بين هذه الأبعاد الثلاثة محددًا أن الجانب البيوطبي يشمل العوامل الوراثية، الفيروسات، البكتيريا والإصابات، بينما تتضمن المظاهر السيكولوجية المعارف (كالانتظارات حول الصحة)، الانفعالات (الخوف من العلاج) والسلوكيات (التدخين، الأكل الشرب، التمارين الجسدية)، وتشكل المظاهر الاجتماعية المعايير الاجتماعية المعايير الاجتماعية وضغط تغيير السلوك (وفقا لانتظارات الجماعة، الأقران والضغط الوالدي)، والطبقة الاجتماعية والانتماء إلى عرق معين.

واستنادا إلى هذا النموذج، لا يعتبر الإنسان ضحية سلبية للمرض، فهو مسؤول جزئيا على صحته ومرضه، ولعلاج المرض يتم التكفل بالفرد والجماعة وليس التكفل بالتغيرات الجسمية فحسب، يتعلق الأمر بتغيير السلوك والمعتقدات واستراتيجيات التعامل والتماثل للتوصيات الطبية وانطلاقا من

افتراضاته، لا يوجد اختلافا نوعيا بين الصحة والمرض إذ هناك استمرارية بينهما، يتطور من خلالها الفرد نحو الصحة الجيدة أو المرض والعكس صحيح.

كما يركز علم النفس الصحي على النموذج التفاعلي Modèle transactionnel الذي طوره Lazarus وأتباعه ( Lazarus , 1966, 1981 ; Schaefer, Folkman & Lazarus & Coyne ,1980 ; Lazarus, Kanner & Folkman, 1980; Lazarus, 1979) قدم هذا النموذج رؤية جديدة حول تأثير الضغط على الصحة النفسية والجسدية للفرد، نقلا عن (Folkman, 1984).

يهتم هذا النموذج بالتعاملات الحالية بين الفرد والمحيط، ومجهوداته المعرفية، الانفعالية والسلوكية التي يجندها للتوافق مع الوضعيات الضاغطة. ويتحقق التعامل في مرحلتين: مرحلة التقييم الأولي التي يدرك فيها الفرد انه في وضعية ضاغطة ومرحلة التقييم الثانوي التي يتخذ فيها استراتيجيات التعامل « coping » وهي عمليات تعاملية تلعب دورا معدلا للسوابق المحيطة المؤثرة على الفرد وعلى حالته الصحية اللاحقة (Paulhan ,1994, p.105).

التقييم الأولي هو أسلوب يحدد به الفرد طبيعة ومعنى الوضعية الضاغطة عن طريق تقييم مميزاتها المختلفة، خطورتها، التحكم فيها، غموضها، ومدتها، يدرك من خلال هذا التقييم انه في وضعية ضاغطة تهدد رفاهته تتجاوز مصادره الشخصية وتحدد تعامله، أو يدرك أن المعاملة غير مرهقة وتؤدي إلى نتائج ايجابية.

أشارت Folkman (1984) إلى أن تقييم التهديد أو الخسارة أو الضرر أو التحدي من خلال المعاملة مع وضعية ضاغطة تركز على معتقدات والتزامات الفرد وهي سابقة الوجود وتتعلق بالأفكار حول التحكم في الأحداث الضاغطة (مركز التحكم الداخلي والخارجي لـ Rotter والتي تحدد سلوك الفرد وتغييره أو عدمه، يتوقف ذلك على تقييمه للأحداث إذا كانت تتوقف على سلوكه الخاص (تحكم داخلي) أو على الصدفة والقدر وقوى خارجية (تحكم خارجي).

ويوجه التقييم الثانوي استراتيجيات تعامل الفرد مع الوضعية الضاغطة والتي تهدف إما إلى خفض التوتر الانفعالي (تعامل مركز حول الانفعال) وإما إلى تغيير الوضعية والقدرة على التحكم وتعديل المعاملة فرد- محيط وربطت Folkman (1984) هذه القدرة بتوقع النتيجة مفهوم لـ Bandura واقتناع الفرد بإمكانية نجاحه في انجاز مهمة ما ووقوع النتيجة.

أشار Lazarus و Folkman (1984) إلى أن استراتيجيات تعامل معينة قد تؤثر سلبا على الصحة الجسمية بثلاثة طرق:

أولاً: بإمكانها أن تؤثر على تكرار، شدة ومدة الاستجابات الفيزيولوجية (خفقان القلب، الضغط الشرياني التوتر العضلي) والاستجابات العصبية الكيميائية المرتبطة بحالة الضغط، يحدث ذلك عندما يتعذر على الفرد توقع نتائج الوضعية الضاغطة وتحسين الظروف المحيطة بسبب التعامل المركز حول المشكل غير المتاح بالتالي قد تظهر استجابات عصبية كيميائية وقد يحدث ذلك عند الفشل في تنظيم الضغط الانفعالي أمام حدث غير متحكم فيه، ويبدو التعامل المركز حول الانفعال قليل الفعالية كتأنيب الذات الذي يزيد من الشعور بالانزعاج.

فيتخذ الفرد أسلوب حياة وتعامل بشكل خطر في حد ذاته وأحسن مثال على ذلك هو نمط "أ" Type A الذي يتصف بالاندفاعية وإدراك الأحداث الضاغطة كتحديات وهي تزيد من خطر الإصابة بالأمراض القلبية وارتفاع ضغط الدم والكولسترول إلى غير ذلك.

ثانياً: يمكن أن يشكل التعامل خطراً على الصحة ورفع خطر الوفيات والأمراض بسبب الاستعمال المفرط للفرد للمواد السامة كالكحول والتبغ والمخدرات أو سلوكيات الخطر العالي في مواجهة الضغوط.

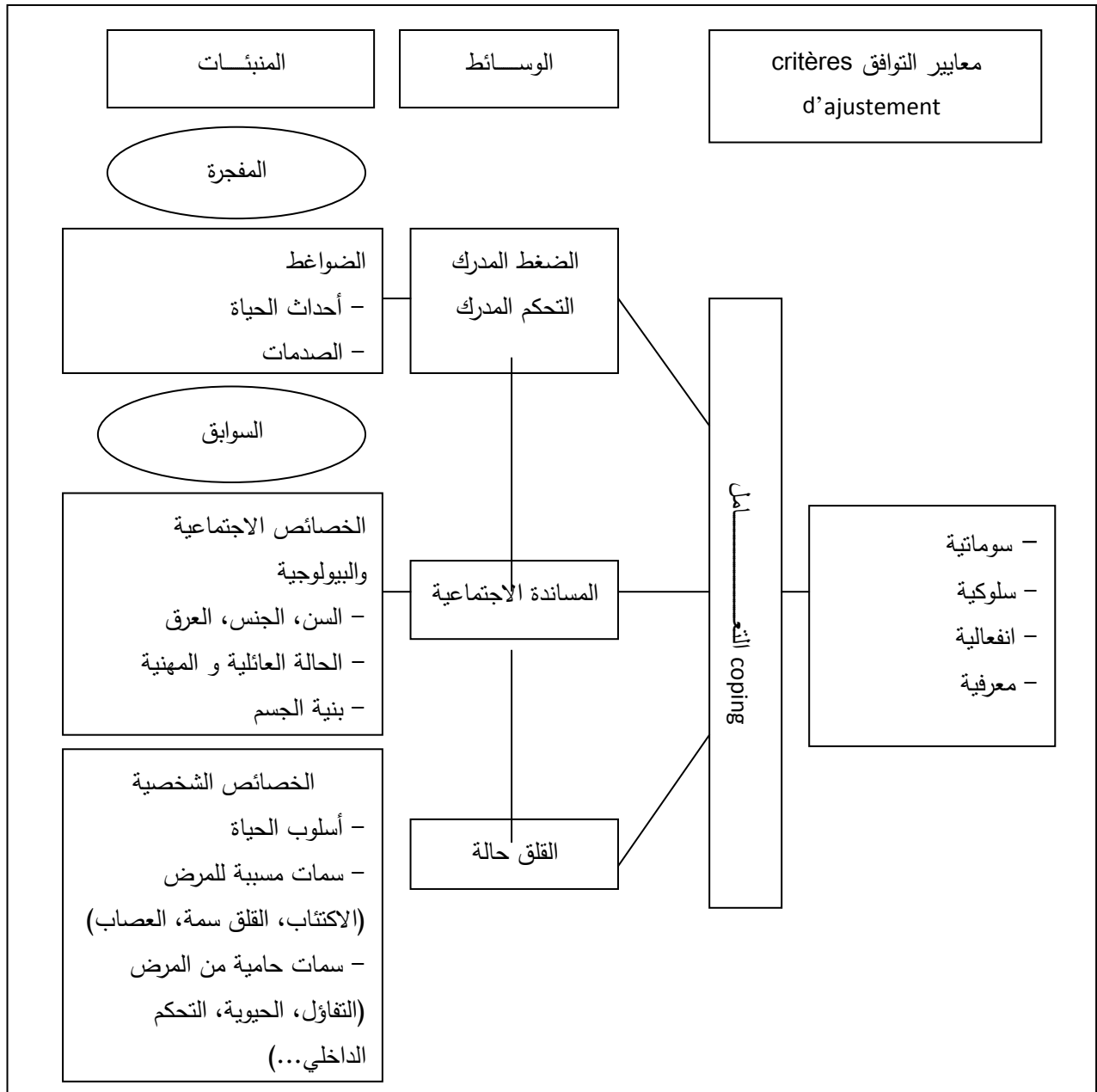
ثالثاً: يمكن للتعامل المركز حول الانفعال أن يهدد الصحة الجسمية حين يعيق السلوكيات التكيفية كما في حالة الإنكار والتجنب، وهما استراتيجيات تخفضان التوتر الانفعالي ولكن تجعلان الفرد لا يدرك أعراض المرض ولا يفحص إلا في وقت متأخر جداً. ويختلف التعامل من وضعية إلى أخرى، ويكون فعالاً إذا ما سمح للفرد بالتكيف مع المحيط، فهو يعمل كمعدل للتوتر الناتج عن الضغط إذا أحسن الفرد استعماله، لهذا يمكن اعتباره من العوامل الوقائية التي تحمي الفرد من الأمراض الجسدية.

رغم أن النموذج التكاملي ساهم بقدر كبير في تفسير تعامل الفرد مع وضعيات الحياة الضاغطة والذي قد يؤثر على صحته النفسية والجسدية وقد يعدل من الضغط الانفعالي إلا أنه حسب (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.388) اهتم بالعوامل التفاعلية أكثر بكثير من المحددات الصحية الأخرى. لهذا يجمع علم النفس الصحة بين أكثر من نموذج محاولة للإحاطة بأكثر قدر من المتغيرات التي تفسر السلوك الصحي والوقاية من الأمراض الجسدية. طورت Bruchon-Schweitzer وأتباعها من مدرسة بورديو بفرنسا (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994) نموذج علم النفس الصحة الذي يبدو تكاملي ادمج كل النماذج السابقة، يستند على ثلاث عناصر أساسية كما هو موضح في الشكل (3).

أولاً: السوابق أو المنبئات التي تجمع العوامل الاجتماعية-المحيطة (أحداث الحياة الضاغطة، أسلوب الحياة، المحيط الاجتماعي...الخ) والعوامل الشخصية (أنماط السلوك، السوابق البيوطبية، أنماط الشخصية) وتتضمن عوامل الخطر وتشخيص المشاكل الصحية.

ثانياً: الوسائط أو المعدلات التي تمثل العمليات التفاعلية التي تلعب دور أساسي في تحويل تأثير العوامل المحيطة والشخصية على الحالة الصحية (المساندة الاجتماعية، أشكال التكيف، إدراك الأحداث وقدرته الشخصية في الاستجابة).

ثالثاً: النتائج أو المعايير التي تمثل الحالة الصحية التي من خلالها تنطلق هذه العمليات.



الشكل (3): نموذج علم النفس الصحي (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994, p.21)

وحسب هذان الباحثان فالمنظور الشمولي هو نموذج تفسيري لعلم النفس الصحة لكونه يعرّف بدور كل عامل من هذه العوامل في تحديدها لتباين الاستجابات لتحديد عملية التوافق.

ويرتكز هذا النموذج على النموذج التفاعلي ل Lazarus et Folkman (1984) الذي يركز بدوره على التفاعلات الحالية للأفراد بمعنى جهودهم (المعرفية، الانفعالية، السلوكية) للتعامل مع مختلف الوضعيات والمواقف الحقيقية أو المدركة. وتضم هذه العمليات التفاعلية مرحلتين أساسيتين هما: مرحلة التقييم ومرحلة المقاومة.

أ. مرحلة التقييم: وهي تمثل مجمل العمليات التي يحدد من خلالها الفرد ويدرك ما يحدث له من ضغط أكثر أو أقل ويقوم نتيجة لذلك بخطورة الموقف والموارد المتاحة له. وانطلاقاً من هذا النموذج على وجه التحديد تطورت الدراسات حول دور العمليات الأساسية الثلاث وهي:

الضغط المدرك: بحيث يدرك الفرد الضغط ليس من خلال الخصائص الموضوعية للحدث الضاغط ولكن من خلال طريقة إدراك كل فرد وشعوره.  
التحكم المدرك: بمعنى اعتقاد الفرد في قدرته على مواجهة الموقف من خلال موارده الشخصية المتاحة.  
المساندة الاجتماعية المدركة: بمعنى تقييم الفرد لنوعية المساندة التي ينتظرها.

ب. مرحلة التعامل: تمثل مجمل الجهود والاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الموقف، سواء من خلال الاستجابة بحسب قدرته لتغييره أو البحث على تسيير انفعالاته، فيركز النموذج التفاعلي أيضاً على دور العمليات المعدلة لتأثير العوامل المحيطة والوضعية على الحالة الصحية، وتحديدًا بسبب التقييم المعرفي للوضعية الضاغطة (Fischer & Tarquinio, 2014, pp. 20-22).

يعتمد الباحثون في علم النفس الصحي في فهم وتفسير مظاهر سلوك الصحة والمرض على النماذج العلمية التي يزخر بها التراث الأدبي، قام العديد من العلماء والباحثين من مختلف التخصصات الصحية على صياغة نظريات علمية، وبناء نماذج نظرية لغرض

تحديد الأسباب التي تدفع بالفرد إلى ممارسة بعض السلوكيات الصحية دون الأخرى نعرضها لاحقاً لتفسير المعتقدات الصحية والسلوك الصحي.

### 3. العوامل المؤثرة في السلوك الصحي

تتعلق صحة الأفراد بعدة عوامل كالسوابق (السوسيوديمغرافية، البيولوجية، النفسية) والعوامل المفجرة (الضغوط) والتي أدرجناها في النماذج المفسرة للصحة والمرض، وتوجد عوامل محيطية منها السياسة والتاريخ والوضع الاقتصادي وهي عوامل لا يمكن التحكم فيها بشكل عام، تتعلق بالمجتمع والدولة التي نعيش فيها. وعلى الصعيد الدولي، نعلم بأن الصحة والرفاهية تتحدد بعدة عوامل من أهمها المجاعة والأوبئة والحروب وكذا الفقر. ورغم هذا يبقى طول مدة الحياة المتوسط أكثر وانخفاض معدل وفيات الأطفال بشكل ظاهر في منتصف القرن العشرين.

كما ترتبط الصحة بعوامل محيطية تتعلق بالخصائص الديمغرافية ( Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 : Bruchon-Schweitzer, 2002) التي تهمنا في البحث الحالي، السن والجنس والوضع الاقتصادي اللذان يحدان الحالة الصحية لأفراد المجتمع.

#### 1.3. السن

تتغير صحة الأفراد حسب السن بطبيعة الحال، فمن منظور السن تمثل فترة المراهقة واحدة من أهم المراحل العمرية تغييراً: بدنياً ونفسياً وانفعالياً. والمراهقة هي فترة زمنية تكون الصحة مستهدفة، ربما بسبب رغبة المراهق في التجربة أو نتيجة ضغط الأقران، والرغبة في التوافق. يكون المراهقون مستهدفين لعدم الفهم الكامل للمخاطر طويلة المدى على صحتهم، حيث كشف Brewer وزملاءه (2006) تصورات المراهقين عن المخاطر والتحديات نقلاً عن (هولت ولويس، 2015، ص.37)، فعلى سبيل المثال، تدرك إحدى الفتيات في سن المراهقة بعض التصورات التي تشير إلى أن تناول حبوب منع الحمل تزيد من مخاطر الإصابة بأشكال معينة من الأورام السرطانية دون مراعاة مخاطر الحمل، مع ملاحظة أنها لا تأخذ في اعتبارها أي شكل بديل لمنع الحمل، ولا تعترف بالحاجة إلى استخدام وسائل منع الحمل حاجزاً لحمايتها من أمراض الاتصال الجنسي. ولهذا أظهر المراهقون في دراسة Brewer وزملاءه (2006) أنهم على وعي بأنماط المخاطر والتعقيدات التي تتطوي عليها التوصل إلى قرار بخصوص انخراطهم في السلوك معين أو عدمه، وأنهم على ثقة في قدرتهم على اتخاذ القرارات المناسبة في ضوء توضيح المميزات والعيوب. فهناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن نقص خبرة المراهقين في الحياة والمعرفة يمكن أن يؤدي إلى أخطاء في الحكم عند اتخاذ قرارات حول سلوك الخطر، مما يظهر بوضوح أنه يجب التركيز على سلوكيات الصحة ( نقلاً عن هولت ولويس، 2015، ص.38).

وتوجد نسبة 86% من الأشخاص فوق 65 سنة من العمر لديهم مرض مزمن واحد على الأقل وتقريبا 50% لديهم اثنان أو أكثر من الأمراض العضوية (Jarvik & Perl, 1981). كما يزيد الاستعداد للإصابة بالأمراض مع التقدم في السن، وعليه يصبح المرض الحاد والنقاهة طويلة لدى كبار السن (Atchley, 1977). ورغم هذا تبقى الحالة الصحية بعد السن 60 سنة من العمر ترتبط جزئيا بأساليب الحياة (الصحية أو الخطرة) التي تم التعود عليها منذ الطفولة والمراهقة وسن الرشد (Siegler & Costa, 1985). بالتالي يظهر أن هناك فروقا فردية في ظهور المشكلات الصحية مع التقدم في السن، وتعود بعض التغيرات، التابعة لعوامل بيولوجية، بشكل كبير إلى عوامل نفسية اجتماعية مرتبطة بالشيخ (التقاعد، التزمل....). ومع التقدم في السن تنقص العلاقات الاجتماعية بالتالي تؤثر على الحالة الصحية ورفاهية المسنين. ورغم هذا نجد منهم من تعود على عادات صحية، يدخنون ويشربون بشكل قليل، بينما يلتزمون بالتعليمات الطبية والعلاج المقترحة لهم (Besdine, 1981). كما يستمر البعض منهم في السلوكيات الخطرة المضرة بالصحة والتي تعودوا عليها منذ صغر سنهم وهم غالبا لا يتجاوزون سن الـ 65 سنة (Breslow & Endstrom, 1980) نقلا عن (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.125).

وعليه، فإن الشباب قد يتأثرون بشكل أقل من بالأمراض نظرا لبنيتهم الجسدية، وهذا لا يعني إطلاقا الانخراط في سلوكيات قد تضر بصحتهم بل ينبغي إدراك أن هناك سلوكيات خطيرة على الصحة وقد تحدّ من طول مدة الحياة.

### 2.3. النوع (الجنس)

في المجتمعات المتطورة تعيش النساء أكثر من الرجال، ويكون طول مدة الحياة في الطفولة وفي الشيخوخة أطول لدى البنات مقارنة بالأولاد وأطول لدى النساء مقارنة بالرجال. ولكن هذا لا يعني إطلاقا بأن النساء يتمتعن بحالة صحية أفضل من الرجال، بل تشير الاحصائيات أنهن الأكثر إصابة بالأمراض ولكن تعشن أكثر.

عند فحص الاختلافات السلوكية بين الجنسين، يظهر أنه منذ الطفولة الأولاد يتعرضوا لحوادث مختلفة أكثر من الإناث، وهي نتيجة تتأكد مع سن المراهقة والرشد، بحيث يتعرض الذكور إلى صدمات خطيرة أكثر من الإناث وإلى الوفاة من جراء الإصابات (حوادث المرور) ويشرب ويدخن الرجال أكثر من النساء بالتالي فهم أكثر عرضة للمخاطر المضرة بالصحة والتعرض لأمراض تنفسية وقلبية وتشمع الكبد... الخ.

يتأثر أسلوب حياة الرجال والنساء بالمعايير وأدوارهم وكذا الظروف الاجتماعية المختلفة لديهم، والتي تجعل تعرضهم لعوامل الخطر مختلفة تماما (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.128-129).

كما عثر Courtenay وآخرون (2002) على فروق ثابتة بين الجنسين، حيث سجل أن الذكور أكثر ممارسة للسلوكيات وتمسكا بالمعتقدات التي تتسم بالخطورة مقارنة بالإناث، كما توصل الباحثون إلى أنه إذا كان الذكور يريدون أن يعيشوا حياة أطول ويتمتعون بصحة أفضل، فهذا يتطلب تغييرا في معتقداتهم وسلوكياتهم. لكن الباحثين اظهروا أيضا نوعا من الحذر في تسجيل ملاحظاتهم، وذلك لإقرار أن هناك أسئلة لا تزال معقدة وبحاجة إلى إجابة. ومثال ذلك تقريرهم أنه إذا عرف السبب وراء تصرف الذكور بشكل أكثر تخريبا أو طيشا صحيا من الإناث، فإن هذا سيساعد المتخصصين في مجال الصحة على تطوير التدخلات الفعالة لتحسين صحة الذكور (نقلا عن هولت ولويس، 2015، ص.38).

ذكر Glaser منذ 1970 بأن المرأة تطلب الفحص والعلاج وتبقى في الفراش أكثر مقارنة بالرجل وهذا يتوافق مع دورها الاجتماعي كماكثة بالبيت مقارنة برب الأسرة. وأشارت الدراسات الابدميولوجية في أمريكا أن معايير الأدوار الاجتماعية تفسر جزئيا " سلوك المرض" وليس درجة المرض (Marcus & Seeman, 1981). كما أن المكتسبات السلوكية المحددة لهذه الأدوار تختلف بين الجنسين، كادراك المرض والبحث عن الرعاية الطبية، بينت عدة دراسات أن النساء هن أكثر تعبيراً عن معاناتهن مقارنة بالرجال الذين يميلون إلى تحمل المشكلات وتفادي الشكوى (Jenkins, 1991). وهذا رغم معاناة النساء حتى في الدول المتقدمة أكثر من الرجال، إذ يتعرضن للأعتداء والفقر ورعاية الأطفال ودخل متدني، وتمييز اجتماعي (O'leary & Helgeson, 1997) نقلا عن (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.130).

بالتالي فظروف معيشة النساء صعبة مقارنة بالرجال، لهذا قد نكون هؤلاء أكثر استعداد أو هشاشة تجاه الظروف المحيطة الضاغطة، يتأثرون بما يحدث لهم وللنساء دعم اجتماعي أكثر منهم، هذا ما يجعل الأمر مختلف بينهم في التمتع والحفاظ على الصحة.

### 3.3. الوضع الاجتماعي الاقتصادي

حاليا أصبح الناس أكثر وعيا بالأمر الصحي، وخاصة في بعض المجتمعات. لقد أجريت دراسات مسحية في دول عدة كالولايات المتحدة الأمريكية والدول الصناعية حول الصحة والسلوك الصحي. فقد تبين أن التحسن الذي حصل في السلوكيات الصحية قد ازداد خلال سنتين من الدراسات التتبعية والمسحية، مثل: زيادة ممارسة الأنشطة الحركية والتمارين، وانخفاض تناول الكحول، والإقلاع عن التدخين. وقد تبين أن زيادة السلوكيات الصحية كانت أعلى في المجتمع الأمريكي منها لدى المجتمع الفرنسي. بشكل عام، فإن تحسن السلوكيات الصحية قد ارتفع في المجتمعات الصناعية

عنها في الدول النامية والفقرة، ولكن معدلها تختلف من مجتمع إلى آخر (محمد قاسم، 2012، ص.250).

من جهة أخرى فإن الاختلافات في السلوكيات الصحية، لا توجد فقط بين المجتمعات المختلفة وإنما نلاحظ دخل لمجتمع أو البلد الواحد وهذا ما توضحه بعض الدراسات، علي سبيل المثال Pennebaker و Skelton (1978) نجد أن الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا يميلون إلى أن تكون خبرتهم بالأعراض الجسمية منخفضة، مع تقديرهم للصحة مقارنة بأفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا (نقلا عن هولت ولويس، 2015، ص.40).

كما نجد الأفراد من الطبقات الدنيا، لديهم عادات واتجاهات صحية فقيرة وضعيفة جدا مقارنة بذوي الطبقات العليا. فذوي الطبقات الدنيا أكثر تدخيناً، وقل ممارسة للأنتشطة البدنية، وقل ممارسة للسلوكيات الصحية (Adler وآخرون، 1994). وتبين أن ذوي الطبقات الدنيا اقل معرفة بعوامل الخطر والإصابة، كما أنهم اقل معرفة بسلوكيات الوقاية من مختلف الأمراض (نقلا عن محمد قاسم، 2012، ص.251).

وقدم احد التقارير الرئيسية التي توصل اليها كل من Davidson و Townsend (1982) حول اكتشافات عن الفروق الاجتماعية والنواتج الصحية في المملكة المتحدة. وبينت النتيجة الرئيسية أن أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا (مثل العمال اليدويين مهرة كانوا أو لا) أكثر عرضة للوفاة من الأفراد ذوي المكانة المهنية المرتفعة (مثل العمال المتخصصين أو الإداريين). وقد يرجع السبب إلى أن أفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية المتدنية يقومون بالانتظار لفترات أطول سعياً للرعاية الصحية، وقد يعني هذا الانتظار ان فائدة العلاج أصبحت غير مجدية بسبب تقدم وتطور المرض مما يؤدي إلى زيادة احتمالية طول البقاء في المستشفى (Brannon and Feist, 1997) (نقلا عن هولت ولويس، 2015، ص.40). واستعرض Kramer وزملاؤه (2000) الأدلة المتعلقة بتأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي على نواتج الحمل، وطرحوا تساؤلاً حول سبب تدهور صحة الأفراد منخفضي الأجر، وخلصوا إلى أن الوضع الاجتماعي الاقتصادي من العوامل المؤثرة سواء في ميلاد الأطفال المبترسين أو الأطفال ناقصي الوزن. وأشار Albery و Munafa (2007) إلى انه على الرغم من وفرة التفسيرات المتنوعة التي وضحت تأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي، فإن كثيراً من الباحثين المعاصرين وجدوا أن تأثير الوضع الاجتماعي والاقتصادي على الصحة ليس ناتجا عن علاقة مباشرة بينهما، وإنما هي علاقة غير مباشرة تتوسطها متغيرات سلوكية أو نفسية متعددة (نقلا عن هولت ولويس، 2015، ص.40).

وانطلاقاً مما سبق، نرى أن السلوك الصحي محدّد بعوامل مختلفة تتعلق بالسن والنوع والمستوى الاقتصادي، وهي نفسها تتعلق بالحالة البيولوجية للأفراد، معتقداتهم وتصوراتهم حول الصحة، وكذا أساليب الحياة لديهم في زمن معين. كل هذه العوامل تشكل عناصر اهتمام البحوث العلمية في علم النفس الصحي.

#### 4. دور علم النفس في الصحة والمرض

يرى نموذج علم النفس الصحة أن العوامل البيولوجية لا تشكل نتيجة للمرض فحسب فقد تساهم كذلك في حدوث المرض، لهذا يهتم سيكولوجيون الصحة بالارتباطات المباشرة وغير المباشرة بين علم النفس والصحة.

حصر Ogden (2008) أهداف علم النفس الصحة في نقطتين أساسيتين:

- فهم وتفسير واختيار النظرية

- إخضاع النظرية إلى الممارسة والتطبيق

يتم تفسير واختبار النظرية عن طريق تقييم دور السلوكيات المسببة للأمراض كارتباط الأمراض القلبية التاجية بسلوك التدخين ونقص التمارين، ارتباط أمراض السرطان بتعاطي الكحول وتناول بعض الأطعمة ونقص الفحص الوقائي العام..... الخ، كما يتم تفسير النظرية عن طريق التنبؤ بالسلوكيات السلبية على الصحة كالتدخين وأكل الدسم والشرب المرتبطة بالمعتقدات وعن طريق تقييم التفاعلات بين علم النفس والفيزيولوجيا مثل تجربة الضغط المرتبطة بالتقييم المعرفي والاستراتيجيات التعامل والسند الاجتماعي والتي قد تؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية في إمكانها تنشيط ظهور الأمراض. كما يتم تفسير النظرية بدراسة العوامل البيولوجية التي تساهم في تخفيض بعض الأعراض، إلى جانب دور علم النفس في علاج الأمراض.

ويطمح علم النفس الصحة إلى تطبيق النظرية عن طريق تطوير السلوكيات الإيجابية على الصحة وذلك بواسطة فهم دور السلوك في ظهور المرض وبالتالي تحديد السلوك الذي يؤثر سلباً على الصحة. إلى جانب تحديد المعتقدات التي تنبئ بالسلوك ومحاولة تغييرها.

كما يشمل تطبيق الفرضية الوقائية من الأمراض عن طريق تغيير السلوكيات والمعتقدات وتعديل الضغط لتخفيض خطر الأزمة القلبية وتكوين المختصون في الصحة لتحسين قدراتهم على التواصل وإدراج تدخلات تساعد على الوقاية من الأمراض الجسدية المختلفة (ص. 6-8).

يبدو علم النفس الصحة (Fischer et Tarquinio, 2014) من خلال هذه المواضيع كمجال محدد من علم النفس بمواقف ومنهجية تجريبية التي تسعى إلى اضاء الطابع الرسمي بطريقة دقيقة لعدد من العوامل وتطوير نموذج موضوعي في الصحة والمرض، فيتمثل في تخصص تكاملي تم بناؤه بمساهمة مفاهيم تخصصات أخرى كعلم الأحياء والأعصاب والنظريات المعرفية، فهو يدرس توظيف العوامل النفسية والبيولوجية التي تحدد الصحة والمرض، فإذن ليست فقط العوامل النفسية لوحدها ولكن أيضا من حيث تفاعلها مع العمليات البيولوجية التي تؤخذ في الاعتبار (p.11).

وعلم النفس الصحة هو نموذج تكاملي يهتم بكل الاتجاهات التي تتناول موضوع الصحة، من بينها علم النفس العصبي المناعي Psychoneuro-immunologie الذي ينظر للجسم البشري من خلال التفاعلات ثنائية الاتجاه بين الجهاز العصبي المركزي والمناعي من جهة والعوامل النفسية الاجتماعية من جهة أخرى، وهو توجه يسمح لعلم النفس الصحة بفهم اوظائف البيو-نفسية التي تتدخل في تطور بعض الأمراض المحددة على سبيل المثال للمسارات العصبية- الغددية- المناعية التي تركز عليها العوامل النفسية الاجتماعية التي تؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض.

كما يهتم تخصص علم النفس الأنتولوجي Psycho-oncologie بالعوامل النفسية في ظهور وتطور الأمراض السرطانية، فضلا عن التكفل النفسي المصمم خصيصا لمرضى السرطان، فهو تخصص حديث أنشئ سنة 1983 وهو يوصي بتناولات شاملة ومتعددة التخصصات للسرطانات (Holland & Rowland, 1989)، هكذا تلتقي اهتمامات علم النفس الأنتولوجي باهتمامات علم النفس الصحة مع تركيز كبير على التدخلات النفسية لصالح المرضى.

ويشير علم النفس الطبي Psychologie médicale الى مجموعة من المعارف النفسية الموجهة للأطباء في اطار تكوينهم وممارستهم، فيتميز أولا بجملة من المفاهيم العامة لعلم النفس المطبقة على الصحة والمرض، ثم من خلال تناول نفسي للمريض الذي يوفر المعلومات حول الخصائص النفسية والانفعالية للمرضى، وأخيرا الاهتمام بالعلاقة طبيب/ مريض. يتعلق الأمر بمجمل تعاريف علم النفس التي وضعت في متناول الأطباء لإقناعهم بأهمية العوامل النفسية في تناول الصحة والمرض.

أما السيكوسوماتيا La Psychosomatique هو توجه يركز على العلاقة الموجودة بين النفس والجسد، فمن خلال هذا التصور يعتبر الوجدان والنظام الانفعالي كعوامل تؤثر على التوظيف البيولوجي، واستخدم مصطلح "الجسدنة" somatisation للإشارة إلى الاضطرابات أو الأمراض العضوية المرتبطة بالصراعات والاضطرابات والاختلالات النفسية، فتؤكد السيكوسوماتيا على أهمية العلاقة بين الأمراض الجسمية والعوامل الانفعالية والنفسية.

ويشير علم النفس الاكلينيكي والمرضي La Psychologie clinique et Pathologique الى مفاهيمية حول الصحة التي تعتبر أساسا الصحة العقلية والاضطرابات المرضية، فهي تقوم على نماذج نظرية بعضها مستوحاة من التحليل النفسي والتي تركز على المعاش أو التجربة الذاتية، ويرجع البعض الآخر إلى النماذج المعرفية التي تتميز بتركيزها على الحالة الانفعالية المرتبطة بالضغط. وهذه التوجهات النفسية المختلفة في مجال الصحة تدل على التنوع وكذا الاختلافات القائمة بين اتجاهات علم النفس في تعريف الصحة والتدخلات في هذا المجال. ينبغي تناول المعارف في التخصص في بعد ديناميكي واعتبار تطوره في السياق الاجتماعي الثقافي الذي نشأ فيه. تطور علم النفس الصحة في إطار علمي للسياق الاجتماعي الثقافي لشمال أمريكا بحيث ترتبط الأبحاث في هذا الميدان ارتباطا وثيقا بالبيولوجيا والطب، والتي ركزت على النموذج التجريبي لاثبات النتائج المتوصل اليها في البحث (Fischer & Tarquinio, 2014, pp.10-12).

وانطلاقا من هذه المعطيات الأدبية، ندرك أن علم النفس الصحة تأثر بكل هذه الخلفيات في سياقاتها الاجتماعية والثقافية. وهو يهتم بالعوامل النفسية الاجتماعية المتعلقة بالصحة والمرض وكذلك وضع نموذج نظري تكاملي.

### 5. مساهمات علم النفس الصحة في التربية الصحية والتربية العلاجية

يركز علم النفس الصحة حسب شويخ على الاضطرابات الجسمية، ويطبق المختصون النفسانيون للصحة البحث النفسي ومناهجه في أربعة مجالات حسب الأهداف المسطرة وهي:

✓ الوقاية من الأمراض

تركز الوقاية من الأمراض وتدبرها على الذين تم تحديدهم بالفعل على أنهم مستهدفين للإصابة بالأمراض، حيث تساعدهم على استكشاف الأعراض في مراحلها المبكرة بدرجة كافية لوقف تطور الأمراض أو على الأقل إبطاؤها خلال تطبيق التدخلات النفسية (على سبيل المثال تطبيق برامج التربية الصحية للوقاية من السلوكيات المضرة بالصحة والتي قد تؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض).

✓ تحديد العوامل النفسية والسلوكية المساهمة في الإصابة بالأمراض الجسمية

يهتم الأخصائيون في علم النفس الصحة بالعلاقة بين علم النفس والصحة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر بصيغة أخرى، من المعروف أن نمط الحياة التي يعيشها الأفراد في حياتهم تؤثر بشكل مباشر على حالتهم الجسمية، وبالتالي يكون لها تأثير على صحتهم، ولهذا فإن الشعور بالمشقة يؤثر بشكل مباشر على العمليات الفسيولوجية الجسمية. وعلى النقيض من ذلك يظهر التأثير غير المباشر من

خلال طريقة تفكير الأفراد المتبلورة في سلوكهم، أي الانخراط في ممارسة مثل هذا السلوك مثل: تناول الكحول والطعام بكثرة، وانعكاس ذلك سلبا على الصحة.

✓ حماية الصحة والحفاظ عليها

أما عن مجال حماية الصحة والحفاظ عليها، فإنه يتجه نحو الأفراد الأصحاء لزيادة وعيهم بالطرق التي تحمي صحتهم وتحافظ عليها، ويتم ذلك من خلال التركيز على فهم السلوكيات الصحية و تغييرها (ويتم هذا من خلال برامج التربية الصحية).

✓ تحسين نظام الرعاية الصحية وتشكيل السياسة الصحية

يهتم أيضا الأخصائيون في علم النفس الصحة بفهم تأثير نظام الرعاية الصحية والسياسات الصحية على سلوكنا، وعلى الرغم من أن البحث في هذا المجال ليس وفيرا مقارنة بالمجالات الثلاثة السابقة، فإنه يمثل دورا مهما للأخصائيين النفسيين للصحة (شويخ، 2012، ص ص. 12-13).

تعتبر هذه المهام أهداف تسعى الدول الغربية (كما صرح به المختصون في ملتقى علم النفس الصحة الذي يعقد كل سنتين في أوروبا والذي شاركنا فيه ببلجيكا في سنة 2014) الى تحقيقها في اطار سياسة الدولة وهي منصوص عليها في قوانين الصحة تحدّد اجراءاتها وطرق تنفيذها سواء تعلق الأمر بمجال البحث أو التربية الصحية أو التربية العلاجية لصالح المرضى المزمنين.

استطاع علم النفس الصحة (شيلي، 2008) أن يؤكد قدرته على تقديم مساهمات قيمة في المجال الصحي بحيث ساهم المختصون في علم النفس الصحة بتطوير مجموعة من إجراءات التدخل السلوكية قصيرة المدى (في اطار التربية الصحية) التي تصلح للتعامل مع مجموعة كبيرة من المشاكل الصحية، بما في ذلك التعامل مع الألم، وتعديل العادات الضارة بالصحة، مثل: التدخين، والتعامل مع الآثار الجانبية التي تنشأ عن علاج الأمراض المزمنة. فالأساليب التي تستغرق بضع ساعات لتعلمها ينجم عنها دائما فوائد تدوم لسنوات، مثل هذه التدخلات، ولاسيما تلك التي يتم توجيهها إلى المجالات التي يعتقد بأنها تشكل مصادر خطر، مثل نظام التغذية، والتدخين، ساهمت في حدوث انخفاض فعلي في بعض الأمراض، ولاسيما أمراض القلب والشرابين (McGinnis et al, 1992). كما يدرك المختص النفسي منذ سنوات عدة أن إحاطة المريض بشكل كامل بالأساليب العلاجية التي تتبع، والإحساسات المزعجة التي تنشأ عن القيام ببعض الممارسات الطبية كالجراحة، يساهم مساهمة فعالة في مساعدة المريض على التكيف معها ( J. E. Johnson, 1984 ; Janis, 1958) واستنادا إلى نتائج البحث يقوم الآن عدد من المستشفيات والمراكز العلاجية، كإجراء روتيني، بتهيئة المريض لإجراءات العلاج التي

سيخضع لها. وفي الحقيقة فإن تطور أي ميدان من ميادين المعرفة العلمية يتطلب توافر سجل علمي ومسلك محكم، وهذا ما حققه ميدان علم النفس (ص.46).

ويهتم علم النفس الصحة بالتربية الصحية والتي تعرفها منظمة الصحة العالمية في الاجتماع 36 (1983) على أنها " مجموع أنشطة الاعلام والتربية التي تحث الأفراد على البحث عن الحالة الصحية ومعرفة ما يمكن فعله فرديا وجماعيا للحفاظ على الصحة والبحث عن المساعدة عند الحاجة" فهي تعتبر التربية الصحية كمركب أو جزء من العلاج الصحي تهدف الى تشجيع الناس على تبني السلوك الصحي الايجابي. بالتربية الصحية نساعد الأفراد على التعرف على سلوكياتهم وكيفية تأثيرها على صحتهم وتشجيعهم على اختيارات شخصية لحياة صحية دون إرغامهم على التغيير، يتم تشجيعهم على المشاركة والاختيار بأنفسهم (OMS, 1990).

قام L. Green (1974) وهو رائد في مجال التربية الصحية بصياغة نموذج نظري يعرف بنموذج الإعداد Precede model حول كيفية التخطيط للصحة الجيدة والارتقاء بصحة المجتمعات إلى أعلى مستويات. ويرى أن الصحة الجيدة مرتبطة بشكل قوي ومباشر بالبيئة المحيطة بالفرد والعادات الصحية التي يمارسها ذلك الفرد، ولقد قام بتحديد مجموعة من متغيرات أو عوامل يفترض أنها تتحكم في نشأة وممارسة مظاهر السلوك الصحي وهي:

- عوامل الاستعداد predisposing factors:

تشمل العوامل المعرفية مثل المعارف الصحية والقيم والاتجاهات والمعتقدات الصحية والوعي الصحي، وتشكل هذه العوامل الهدف التقليدي لبرامج التربية الصحية التي والتي غالبا ما تسعى من خلال تغيير هذه المكونات المعرفية إلى دفع الفرد لممارسة عادات صحية سليمة.

- عوامل الكفاءة enabling factors:

وتتضمن المهارات والموارد الأخرى مثل الكتاب أو النادي الرياضي أو جمعية خاصة بضبط الوزن، وكلها تساعد على تنفيذ النشاط الصحي المرغوب كمرقبة مستوى ضغط الدم أو مراقبة استهلاك الكولسترول أو تعلم السباحة. وبمعنى آخر فإن عوامل الكفاءة تعمل على تأهيل الفرد وتزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق صحة جيدة.

- عوامل التعزيز reinforcing factors:

وتشمل جميع العوامل الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تمارس تأثيرا إيجابيا أو سلبيا على سلوك الفرد وعاداته الصحية كالإعلام من خلال النصيحة والأصدقاء من خلال ممارستهم الصحية وعوامل التنشئة الاجتماعية الأخرى كسلوك المربين (يخلف، 2001، ص. 37).

تهتم التربية الصحية بالنظرة إلى الصحة وتعتبرها كرفاهة جسدية ونفسية واجتماعية، تتوجه التربية الصحية للفرد الذي يختار الاعتناء بصحته هو بنفسه، فهو المسؤول على مشروع صحته وهي لا تكتفي بالإعلام عن المخاطر، بل تهتم أيضا بتكوين وتطوير التجربة الشخصية والمهارات والقدرة على الحكم تجاه عوامل الرفاهة أو عوامل الخطر بالتالي فهي تتطلب مشاركة كل الأفراد في المجتمع.

نهتم في البحث الحالي بالتربية الصحية المطبقة في مجال الصحة لكوننا نهتم بشريحة طلبة الجامعة، وهم شباب في مقتبل العمر، يقومون بتبني سلوكيات مختلفة قد تكون صحية أو لا فحن نهتم بتحديد معتقداتهم الصحية والسلوك الصحي الذي يتميزون به، لعلنا نساهم مستقبلا في ادراج برنامج خاص يساعد من هم بحاجة الى تغيير معتقداتهم تجاه الصحة والتي تتوقف على اختياراتهم الشخصية.

### خلاصة

حقق علم النفس الصحة توافق بين آراء العلماء حول استخدام النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في النظر إلى الصحة والمرض، واستمرار هذه الثوابت النظرية والتطبيقية سوف تساعد على زيادة في التركيز على أساليب تغيير السلوك، وتشجيع اجراء الدراسات للتحقق من النتائج التطبيقية لعلم النفس الصحة، ويتطلب هذا الأمر مساندة ومساعدة التخصصات الأخرى لهذا المجال العلمي الناشئ من أجل حماية الصحة النفسية والبدنية من الأمراض التي تواجهها نتيجة لأساليب الحياة الخاطئة التي يستخدمها بعض الناس في حياتهم اليومية.

حاليا ومع تطور علم النفس المعاصر، يظهر وجود علاقة وثيقة بين علم النفس الصحة وعلم النفس الإيجابي من حيث تركيز كل منهما على الجوانب الإيجابية للصحة سواء كانت عضوية أو نفسية، فكلاهما يؤكدان على علاقة الظواهر الإيجابية بالصحة العقلية والبدنية عن طريق التدخلات الطبية والنفسية التي تعزز المشاعر والأفكار والخبرات الإيجابية لتحسين الصحة والرفاهية، كما أن نقاط التشابه بين هذين العلمين كثيرة ومتشعبة، وتعتبر كل العوامل الايجابية في علم النفس الايجابي كعوامل وقائية يركز علم النفس الصحة على تشجيعها وتعزيزها لدى الأفراد للحفاظ على حالة صحية مناسبة.

## الفصل الثاني

### المعتقدات الصحية

## تمهيد

تأسس علم النفس الصحة بشكل واسع حول توجهات نظرية عديدة ومختلفة، عبارة عن نماذج نظرية، ساهمت كل واحد منها في إثراء هذا التخصص، وبفضل هذه الاختيارات النظرية، فرض هذا العلم نفسه كتخصص علمي، يتناول كل ما هو جديد في طريقة تناول وفهم مشكلات الصحة والمرض.

نقدم من خلال هذا العرض أهم النظريات المعرفية المتعلقة بالمعتقدات الصحية كنموذج المعتقد الصحي [HBM] Health Belief Model ونظرية من الدافعية إلى الحماية la théorie de la motivation à la protection [PMT] كما تعرض أهم النظريات الاجتماعية- المعرفية التي تركز على الفاعلية الذاتية في التنبؤ بالسلوك المنكف وغير المنكف في الصحة.

ظهرت نماذج المعتقدات الصحية في الخمسينيات وأعتبرت من النماذج النظرية الأكثر شيوعاً في الأوساط الصحية يعتمد عليها وإلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية والوقائية، وتسعى هذه النماذج إلى تحديد المبادئ التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي وتحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة مما يساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أكثر فعالية في التنفيذ.

تعتبر دراسة المعتقدات الصحية من بين أهم مجالات اهتمام الباحثين نظراً لأهمية الجانب الصحي الذي أصبح إهتمام العام والخاص في جميع الميادين، تختلف سلوكيات الأفراد الصحية باختلاف معتقداتهم حول صحتهم والتي ليست بالضرورة دائماً صحيحة، يمكن أن تكون المعتقدات إيجابية تنعكس على صحة الفرد بالإيجاب وتدفعه للحفاظ عليها وتطويرها، كما قد تكون المعتقدات سلبية وخاطئة مضرّة بالفرد رغم إعتقاده بعكس ذلك وقد ينجم عنها مضاعفات سلبية على صحته جراء هذه المعتقدات.

وتعتبر المعتقدات الصحية عمليات معرفية تؤثر في تبني وتفسير السلوكيات والممارسات، وهي تستعمل كمصدر للمعلومات تدفع الفرد للحفاظ على صحته وتوقع الخطر المرتبط بها وبغيرها من السلوكيات. بالتالي فهي تحمل أهمية في بناء الفرد وتكوينه المعرفي والوجداني والسلوكي بحيث تعمل على تزويد رصيده بالمعلومات والخبرات التي تتسخ مواقفه وأرائه وسلوكياته، ومن خلالها يمكننا التنبؤ ببعض الظروف التي يغير فيها الأفراد من سلوكياتهم المرتبطة بصحتهم. لذلك فإن مدركات الفرد تؤدي دوراً هاماً في تفسير سلوكه الخطر وانخراطه في ممارسة السلوكيات الصحية التي تقلل من التهديدات التي يمكن أن يتعرض لها.

وبالتالي قام علماء النفس الصحة بتطوير تصورات لتغيير العادات الصحية تعمل على دمج العوامل الدافعية والتعليمية في نماذج أكثر عمومية، وذلك للتدخل في تغيير السلوكيات الصحية، وأكثر النماذج المعرفية تركز اهتمامها على اختبار المدركات حول مدى توفر القابلية للتعرض للمخاطر الصحية، والمدركات حول الإمكانات الذاتية للحدّ من هذه المخاطر، نعرض من خلال هذا الفصل الأدبيات حول المعتقدات الصحية ومختلف النماذج المفسّرة في إطار نموذج علم النفس الصحة.

### 1. تعريف المعتقد

تخص المعتقدات طبيعة المعرفة والتعلم، ولكن ليس بحس أو اتجاه فلسفي صارم ويعتبر Perry هو الرائد في صياغة المعتقدات المعرفية داخل علم النفس التربوي وهو يعتبرها بعدا معقدا وفرديا (Schommer,1998, p. 129).

المعتقدات (de Shazer, 1996) هي مجموعة من الحقائق حول الذات والآخرين والعالم المحيطي، وهي تعكس نظام من الأفكار الخاص بالفرد، وهي في الغالب مكتسبة أحيانا بطريقة "حدسية" انطلاقا من ملاحظات ذاتية، وفي الغالب يتم تعلّمها في العائلة، الثقافة، والتكوين. تتعلق المعتقدات بكيفية السلوك في وضعيات معينة وكذا ما يمكن قوله عنها(نقلا عن Briefer & Briefer, 2003, p.2).

وحسب Dole و Sinatra (1994) المعتقدات هي التقييمات الايجابية او السلبية التي يقوم بها الافراد نحو الاشياء والتي تكون اما ملموسة أو افكار موجودة أو افكار ووجهات نظر حول شيء معين، كما تعتبر وحدات البناء للاتجاهات نقلا عن (خشاب، 2011، ص. 39).

فالمعتقد هو نظام فكري يكونه الفرد عن طريق خبرة شخصية بحيث تختلف هذه الأفكار من شخص لآخر. ويوجد نوعان من المعتقدات المرتبطة بالصحة وهما المعتقد الصحي العام والمعتقد الصحي التعويضي كما سوف نعرضه فيما يلي.

### 2. تعريف المعتقدات الصحية

يعرف krech و Autchfeil (1998) المعتقد الصحي Health Belief بأنه تنظيم يتسم بالثبات للمدركات حول جانب معين من حياة الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد(نقلا عن عبد اللطيف محمد خليفة، 1998، ص.16).

في حين يعرفه Rokeach بأنه توقع يتعلق بوجود كائن ما، أو بتقييم معين، أو عادات معينة، أو قضايا أمرية ناهية، أو وقائع سببية(نقلا عن معتز سيد عبد الله، 2001، ص.8).

تعتبر المعتقدات والنظريات حول الصحة عالمية ولا مفر منها تقريبا. وهي تؤثر في بعض الأحيان ك"الجراثيم" بل هي خطيرة وقاتلة في بعض الأحيان. كما أنها تنتقل من المعالج للمريض بشكل ارادي أو غير ارادي، بشكل لفظي أو غير لفظي. ولكونها تعيق الفرد على الاعتراف بالحقيقة (Briefer & Briefer, 2003, p.1).

يكفي أن ندرج بعض الحالات التي سبق أن أجرينا مقابلات معها من خلال الممارسة العيادية لنذكر أهمية المعتقدات الصحية: فرد مدخن يعتقد أنه اذا توقف عنه سوف يصاب بمرض خطير لذلك لا يتوقف عن التدخين وقد يصاب بالسرطان وعلى كل حال الطبيب نفسه يدخن. ومريضة بداء السكري تعالج بالأنسولين وهي لا تحترم الحمية ولا تتناول الدواء بانتظام وقد يؤدي ذلك الى تعقيدات خطيرة، هي سلوكيات تتعلق بمعتقدات الأفراد وقد تلحق الضرر بهم. عكس ذلك، نجد أفرادا ملتزمين بتناول الأغذية الصحية وبالتمارين الجسدية، لا يدخنون بسبب أضرار التبغ وهي سلوكيات مرتبطة بمعتقداتهم حول الحفاظ على الصحة الجيدة فيبتنون السلوك الصحي.

كما تشير المعتقدات الى مجموع الأفكار والأحكام التي يطورها كل فرد، سواء كان مريض أو طبيب، حول نفسه وحول ما يحيط به وحول المرض أيضا. قد تكون هذه المعتقدات واعية، وفي الغالب غير شعورية تؤثر على الدافعية والامتثال للعلاج ومقاومة أو تطور المرض، لهذا ينبغي تقديرها لتحديد السلوك.

تسمح المعتقدات والنظريات بانساب معنى للأحداث، فهي تحدّد فهمنا للعالم المحيط بنا، وأيضا رؤيتنا حوله، "فالإنسان يرى ما يعتقد"، سبق وأشار Albert Einstein وعلماء آخرون الى أن الملاحظ يؤثر على ما يلاحظه حسب معتقداته أو النظريات التي يعمل بها. للمعتقدات تأثير لا يقاس على المريض في مواجهة المرض وتجاه الأكل والمخدرات والأدوية. فهي تؤثر أيضا على ما يراه وما لا يراه، الى درجة يعتقد المريض أن الأدوية نفسها تشكل خطرا وقد يعاني من التأثيرات الجانبية التي لم يشار إليها، وآخرون يعتقدون أن الطبيب هو معصوم لن يرون بعض العلامات والآثار الجانبية الخطيرة. المعتقدات والنظريات التي يحملها كل واحد هي "حقيقية" بالنسبة له وهي تعطيه رؤية منطقية ومتناسقة للعالم، حتى لو كان ذلك رؤية مختلفة بالنسبة لكل واحد (Briefer & Briefer, 2003, p.2).

يلخص عبد اللطيف محمد خليفة عدة خصائص لمفهوم المعتقدات الصحية نذكر منها:

- المعتقدات عبارة عن معاني يضعها الفرد لمدركاته
- المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعلاته مع بيئته
- تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن
- يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن ان ترتبط بعدة جوانب من حياته

■ يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وبتقييمه للأمور (عبد اللطيف محمد خليفة، 1998، ص. 52).

ومن خلال التعاريف سالفة الذكر يمكننا اعتبار المعتقد كمفهوم معرفي محض، وعليه نعرّف المعتقدات الصحية على أنها أفكار تعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعته معرفته حول كل ما يتعلق بصحته، وهي ترتبط بتوقعاته وتقييمه للأمور، وبهذا فإنها تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد الصحية واستجاباتهم لمنبهات مختلفة تحافظ أو تضرّ بالصحة.

### 3. تعريف المعتقدات الصحية التعويضية

المعتقدات الصحية التعويضية Compensatory Health Beliefs عبارة عن مفهوم حديث في علم النفس الصحة وطوّره هذا المفهوم في البداية من مسلمة أن العنصر البشري يصارع للوصول إلى نوع من التوازن من خلال إشباع رغباته والوصول إلى أهدافه ويصنع الأفراد هذه الأهداف الخاصة بأنفسهم للاحتفاظ بالصحة الجيدة (كممارسة الرياضة، تنفيذ حمية خاصة). لكن بينت البحوث ( Rabiau, 2006, p.1) أن الحفاظ على هذه الأهداف يمثل تحدّ للفرد نفسه، وغالبا ما يفشل الأفراد في تطبيقهم خصوصا في الميدان الصحي. يحاول معظم الأفراد الحصول على الاتزان من خلال المتعة التي يشعرون بها من جهة ويحاولون التقليل من التأثيرات السلبية للسلوكيات التي يتبنونها على الصحة من جهة أخرى.

وتم تحديد الميكانيزمات التي يتخذها الأفراد للوصول إلى التوازن الصحي بتنشيط المعتقدات الصحية التعويضية (Rabiau, Knaüper, & Miquelon, 2006, p.139) لكن تبقى تأثيرات استعمال مثل هذه المعتقدات في ميدان الصحة غير ثابتة ويعتمد على درجة دقة المعتقدات، وكذلك التنفيذ الفعلي للسلوك التعويضي.

ومنه يعرف مصطلح المعتقدات الصحية التعويضية على انه " الاعتقاد بان التأثيرات السلبية لسلوك ما يمكن تعويضه بأداء سلوك آخر يعتبره الفرد مفيد للصحة " نقلا عن ( Knäuper, Rabiau, 2004, p.607).

ويعرفها كل من Knäuper و Rabiau و Miquelon (2006) بأنها قناعات يكونها الأفراد عن الجوانب السلبية للسلوك، وتمثل تعويضات بديلة عن السلوك السلبي كتناول طعام دسم يمكن التعويض عنه بممارسة الرياضة.

ويتفق كل من Radtke و Scholtz و Keller و Hornung (2012) على أن المعتقدات الصحية التعويضية بأنها المعتقدات ذات الآثار السلبية حول إمكانية تعويض سلوك سلبي غير صحي بسلوك آخر ايجابي (p. 91).

بالتالي تعتبر المعتقدات الصحية التعويضية بمثابة أفكار يعوّض بها الفرد سلوكه غير الصحي بممارسة سلوك صحي آخر لتعويض الضرر الذي قد يسببه السلوك غير الصحي الذي يمارسه كالتدخين وممارسة الرياضة للتقليل من أضرار التدخين وفي الحقيقة لن تعوض الرياضة ضرر السجائر.

#### 4. تعريف الدافعية الصحية Health motivation

الدافعية الصحية هو مفهوم ركز عليه البحث الحالي كمعتقد صحي يؤثر ويوجه السلوك الصحي، اشار النماذج النظرية لعلم النفس الصحة اليها والى المعتقدات المؤثرة على السلوك الصحي نتناولها في العنصر التالي المخصص للنماذج النظرية.

أشار Rosenstock وأتباعه (1988) في نموذج المعتقد الصحي [HBM] المؤسس جزئياً على النظرية المعرفية الاجتماعية في تفسير السلوك الصحي، الى أهمية إدراك القابلية والخطورة وإدراك الفوائد للقيام بفعل معين بأقل تكلفة مدركة أو أقل عوائق مدركة للفعل، إدراك العوائق، والدافعية للصحة health motive والتي تشير إلى قيمة التخفيف من التهديدات المدركة، ووفقاً لهذا النموذج، لا بد أن يكون للفرد حافز للقيام بفعل ما، كالشعور بالتهديد وبأن تغيير السلوك سوف يؤدي إلى فوائد عن طريق نتيجة بأقل تكلفة، بالتالي يشعر الفرد بمهارته (الفاعلية الذاتية) لتنفيذ التغيير (Champion & Skinner, 2008, p.48).

وتعتبر حسب نموذج الدافعية للحماية [PMT] نتيجة لتقييم التهديد وتقييم التعامل، فكما كانت الخطورة والاستعداد المدرك والاستجابة الفعالة مرتفعة كلها معاً، ارتفعت الدافعية للحماية وتكون مكونات التهديد منعدمة (Boer and Seydel, 1996, p.98). ومن بين عناصر النموذج: نجد فعالية الذات l'auto-efficacité ( لدي ثقة في قدراتي لتغيير الأغذية التي أتناولها)، تقوم هذه العناصر بالتنبؤ بالاتجاهات (النية) السلوكية les intentions comportementales (مثلاً لدي نية في تغيير سلوكي) والتي هي نفسها لها علاقة بالسلوك.

تركز نظرية الفعل المبرر The Theory of Reasoned Action (TRA) ونظرية الفعل المخطط the Theory of Planned Behavior (TPB) على البناءات النظرية المتعلقة بعوامل الدافعية لدى الفرد كمحددات لاحتمال الأداء سلوك صحي خاص.

وتفترض كلا النظريتين أن أحسن منبأ للسلوك هو النية في القيام بالسلوك التي تحدد بدورها بالاتجاه نحو السلوك والإدراك المعياري الاجتماعي حولها.

أشار Weinstein (1993) إلى أن النماذج HBM و PMT و TRA تفترض أن توقع نتيجة سلبية متعلقة بالصحة والرغبة في تجنب هذه النتيجة أو التخفيف من تأثيرها يخلق الدافعية لحماية الذات. كما يمكن تحديد التأثير المحتمل للنتيجة على الدافعية للقيام بالفعل عن طريق القيمة (VALUE) المتوقعة وبالتوقع (يعني PROB) امكانية حدوث النتيجة. ويختلف PMT عن HBM وعن TRA في الإشارة الواضحة لفعالية الذات لـ Bandura (1977) فهي تقدر بأسئلة تشير إلى توقع الأفراد لمشكلات مع حدث ما في اتخاذ الحذر أو في الشك حول قدرتهم على تغيير أنماط الحالية للسلوك (Beck & Lund, 1981; Rogers, 1983) بالتالي يمكن ان تسمى بالتكاليف أو العوائق للقيام بفعل في نظريات اخرى وليس بفعالية الذات.

واستنادا إلى Xu (2009) وفقا للبحوث النظرية والتجريبية حول الدافعية والدافعية الصحية motivation and health motivation، تنتج الدافعية الصحية قوة داخلية inner force التي تنشط وتوجه الأفراد لاختيار السلوكيات التي تمكن من الحفاظ على وترقية صحة الأفراد ويمكن أن تقيهم من الأمراض، تعمل القوة الداخلية هذه كـ "محرك" لآلة. وتنتج الطاقة لنظام سلوك الأفراد. وتختلف القوة الداخلية في هذا التعريف كثيرا عن الدافعية الداخلية لأن الدافع داخلي- خارجي هو طريقة لتصنيف دافعية الإنسان.

وتجعل الدافعية الداخلية الناس يقومون بأشياء من دون الحث الخارجي. إذا كان الشخص يفعل شيئا دون الحث الخارجي مثل المال، يمكننا أن نقول هذا الشخص هو في جوهره متحفز. ويمكن أن تشكل المصادر الداخلية والخارجية قوة داخلية. وتشير المصادر الداخلية إلى المفاهيم الذاتية المتعلقة بالصحة، مثل المعتقدات الصحية، والقيمة الصحية، والكفاءة الذاتية الصحية. وتشير المصادر الخارجية إلى الضغط الذي يصدر من آخرين مهمين، والتسهيلات، والمناخ على سبيل المثال، إذا كان شخص يعتقد أن ممارسة الأنشطة البدنية يمكن (p.32) أن يحافظ على صحته أو يحسنها، ويحول دون إصابته بمرض، فإنه قد يحاول إيجاد طريقة للمشاركة في الأنشطة البدنية (مثل الذهاب

إلى القاعة الرياضية بانتظام) وإذا كان تشجعه أمه على الانخراط في أنشطة بدنية، قد يسعى إلى تحقيق ذلك. القوة التي تدفع الشخص للقيام بالأنشطة البدنية هي القوة الداخلية (p.33). وتعتبر الدافعية الصحية العملية التي تتطوي على عدة مراحل مختلفة مثل تلك العمليات التي وصفها Heckhausen ومرآحل عمل لـ Gollwitzer.

**في المرحلة الأولى**، يصدر الناس اتجاهاتهم الدافعية ذات الصلة بالصحة. تؤثر العوامل الشخصية والبيئية على تشكيل هذه الاتجاهات وتشمل العوامل الشخصية الفاعلية الذاتية، والمعتقدات، والقيم الصحية، والمعرفة حول الصحة، وغيرها، وتشمل العوامل البيئية ضغط الأقران، والتسهيلات في المجتمع، والمناخ، والآخرين.

**في المرحلة الثانية** تتضمن وضع خطط أو تشكيل نوايا صحية، في هذه المرحلة يقوم الأفراد بحل المشاكل مثل كيف ومتى تنفيذ العمل لتحقيق الأهداف أو تحقيق الرغبات التي وضعت في المرحلة الأولى (ص.32).

**تنطوي المرحلة الثالثة** على الشروع في إجراءات هادفة، على سبيل المثال، إذا أراد الأفراد تحسين صحتهم (المرحلة الأولى) ويقررون التمرين لتحقيق هذا الهدف (المرحلة الثانية)، ثم في هذه المرحلة يجب عليهم الذهاب إلى قاعة الألعاب الرياضية أو القيام بأي شكل من أشكال التمارين الرياضية، تنطوي المرحلة الأخيرة على إرادة أو الثبات في السلوك.

لا يمكن تحقيق هدف المرء لتحسين الصحة بممارسة مرة أو مرتين، لتحقيق الأهداف أو رغبات، يجب على الأفراد أن يثابروا في ممارسة التمارين الرياضية.

والعوامل الشخصية والبيئية تؤثر ليس فقط على المرحلة الأولى، ولكن أيضا تؤثر على جميع المراحل الأخرى، وأي تغييرات في العوامل الشخصية أو البيئية قد تتسبب في حدوث تغييرات في الدافعية الصحية، وبالتالي تؤدي إلى تغييرات في السلوك الصحي.

وبالمقارنة مع تعريف Cox و Xu وآخرون للدافعية للصحة، التعريف المقترح حديثا له مزاياه. على سبيل المثال، على الرغم من أن Cox (1982) أشار إلى أن الدافعية للصحة هو نظام فرعي متعدد الأبعاد وسرد ثلاث عمليات: الاختيار، والحاجة والكفاءة، والتحديد الذاتي للشخص حول صحته، لا يشير هذا التعريف بوضوح الأهداف النهائية للدافعية للصحة. وكما اتفق عليه علماء النفس الدافعية، تشكل الدافعية الهدف الموجه goal-oriented.

ويتضمن هذا التعريف المقترح حديثاً بوضوح وبشكل محدد الأهداف النهائية للدافعية للصحة. في الأصل تم وضع تعريف Xu وآخرون للدافعية للصحة لترميز الجهود الشخصية، وكما يتضح من التعريف الوارد في فقرة السابقة، فإن هذا التعريف خاص جداً، وهو يشمل أنشطة يومية محددة. ومن المفترض أن يكون التعريف قادراً على التعميم على مجموعة واسعة من الوضعيات. من هذا المنظور، يمكن لهذا التعريف المقترح حديثاً ان يكون بمثابة تعريف للدافعية للصحة أفضل من التعريفين المتوفرين.

### 5. تعريف فعالية الذات الصحية Health self efficacy

أشارت Becker و Stuijbergen و Oh و Hall (1993) الى فعالية الذات الصحية من خلال التمرين والتغذية والممارسات الصحية المسؤولة، والرفاهية النفسية، وذلك بالاستناد الى الخلفية النظرية حول فعالية الذات. تم إثبات ان إدراك فعالية الذات هي منبأ قوي لسلوك صحي معين مثل التوقف عن التدخين، والتحكم في الوزن، واستخدام وسائل منع الحمل. اهتم باحثون بقياس القدرة الذاتية المدركة لتنفيذ سلوكيات وقائية متنوعة. كما بين Bandura ان فعالية الذات هي اقوى العوامل المفسرة لسلوك الفرد. وعرف ادراك فعالية الذات على أنه أحكام حول مدى نجاح الشخص في تنفيذ مسارات الفعل المطلوبة للتعامل مع المواقف المحتملة. تحدد احكام حول فعالية الذات ايضا مدى الجهود التي يبذلها الناس والمدة التي سيستمرون فيها في مواجهة العقبات أو التجارب المزعجة. ان احتمال قيام الافراد بسلوك معين يمكن التنبأ به من خلال معتقداتهم حول نتائج هذا السلوك، ومعتقداتهم حول قدرتهم على اداء سلوك خاص في وضعية خاصة. ولاحقاً، يمكن ان يختلف بناء فعالية الذات حسب مستوى صعوبات المهمة، تعميم فعالية الذات على المهمات الاخرى، وبالتأكيد على ادراك الفرد لقدرته على أداء المهمة. بين Bandura ان ادراك فعالية الذات لسلوك معين تنبثق من التجسيد المعرفي للفرد لكل المعلومات التي بحوزته حول الوضعية. بالتالي يتوقف ادراك فعالية الذات على ادراك صعوبات المهمة وعلى الأداء أيضاً (p.42).

طور Schwarzer (1992) نموذج عملية العمل الصحي [HAPA] للتمييز بين مرحلة الدافعية ومرحلة العمل أو الحفاظ على السلوكيات الصحية،. يشير هذا النموذج النظري إلى أن السلوكيات الصحية تتكون من مرحلتين: مرحلة الدافعية ومرحلة العمل في مرحلة الدافعية، يطور الأفراد " نية تبني تدبير وقائي أو تغيير سلوكيات الخطر لسلوكيات أخرى" (p. 234) وهو يعتقد أن توقعات الفعالية

الذاتية وتوقعات النتائج هما من أهم عوامل منبأة بالنية وأن الخطورة perceived severity والهشاشة vulnerability المدركتين يشتركان في تحديد التهديد، وتتكون مرحلة العمل في هذا النموذج من مستويات معرفية وسلوكية وموقفية، نقلا عن (Xu, 2009, p.16).

ماذا اقترح الباحثون في مجال الصحة حول المعتقدات الصحية؟ يمكننا الاجابة عن هذا السؤال من خلال عرض النماذج النظرية التي تم اقتراحها لهذا الغرض. كما يمكن عرض تفاصيل أكثر حول الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية من خلال هذه النماذج لعلم النفس الصحة المفسرة للعوامل المعرفية المنبأة بالسلوك الصحي بشكل عام.

### 6. النماذج النظرية المعرفية المفسرة للسلوك الصحي

تحدّد النماذج المعرفية العوامل المنبأة ومؤشرات السلوكيات الصحية، وهي تشير الى أن السلوكيات عبارة عن نتيجة لتقييم ذاتي وكلفتها وفوائدها. تصف هذه النماذج السلوك كنتيجة للتحليل العقلاني للمعلومة، كما تشير الى المعارف والسياق الاجتماعي التي تظهر فيه ومن بين هذه النماذج نجد نموذج المعتقدات الصحية The Health Belief Model ونموذج الدافعية للحماية Protection Motivation Theory كما سوف ندرجه فيما يلي.

#### 1.6. نموذج المعتقد الصحي [HBM] The Health Belief Model

يعتبر نموذج المعتقد الصحي (HBM) أقدم نموذج معرفي اجتماعي والأكثر استخدامًا في علم النفس الصحي (Rosenstock 1966; Becker 1974) ويعتبر HBM أكثر ارتباطًا فضفاضًا للمتغيرات التي وُجد أنها تتنبأ بالسلوك أكثر من كونها نموذجًا رسميًا (Conner 1993)، نقلا عن (Conner & Norman, 2005, p.8).

على نطاق واسع النظرية التي تشير لماذا الناس يمارسون أو لا يمارسون هذه السلوكيات وهي تعرف بنموذج المعتقد الصحي لـ (Becker, 1979; Becker & Rosenstock, 1984; Rosenstock, ) (1966) دعونا نرى ما تقترح هذه النظرية. تم تطوير نموذج المعتقدات الصحية HBM في بداية سنوات 1950 من قبل أخصائيين في علم النفس الاجتماعي لمصالح الصحة العمومية بالولايات المتحدة الأمريكية لتفسير فشل الناس على نطاق واسع للمشاركة في البرامج الوقائية والكشف عن المرض (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974). وفي وقت لاحق، تم توسيع نموذج لدراسة استجابات الناس للأعراض (Kirscht, 1974) وتصرفاتهم ردا على تشخيص مرض، وسيما الالتزام بالنظام الصحي (Becker, 1974). على الرغم من أن النموذج تطور تدريجيا ردا لمشاكل الصحة العمومية العملية جدا، وأساسه في النظرية النفسية هنا هو مساعدة القراء على فهم المنطق وجود بعض المفاهيم والعلاقات، وكذلك نقاط القوة والضعف فيه. في بداية سنوات 1950 طور علماء النفس

الاجتماعي تناول لفهم السلوكيات المنبثقة من نظريتين، النظرية السلوكية (Watson, 1925) والنظرية المعرفية (Lewin Tolman, 1932). كان أصحاب النظرية السلوكية يؤكدون على نتائج التعلم من الأحداث التي تخفف من التأثيرات الفيزيولوجية التي تنشأ السلوك، اقترح (Skinner, 1938) فرضية كانت مقبولة جدا حول تكرار السلوك الذي يتحدد بنتائجه أو التعزيز وليس بالأفكار والاستدلال. ومع ذلك يؤكد منظري النظرية المعرفية على دور الافتراضات الذاتية وتوقعات الأفراد، معتبرين أن السلوك هو وظيفة للسلوك الذاتي وهو قيمة الذاتية والنتيجة والاحتمال الشخصي، أو توقع بأن الفعل يسمح بتحقيق النتيجة. وتسمى هذه الصيغ عموما بنظريات قيمة-توقع -value expectancy theories. وتعتبر العمليات العقلية مثل التفكير والمنطق، والافتراض أو التوقع مكونات أساسية في كل النظريات المعرفية. ويرى المنظرون المعرفيون أن التعزيزات تعمل من خلال التأثير على التوقعات حول الوضع وليس من خلال التأثير على السلوك مباشرة. عندما أعيدت صياغة المفاهيم القيمة-التوقع تدريجيا في سياق السلوكيات المرتبطة بالصحة، وكان من المفترض أن (1) قيمة تجنب الأمراض / صحة جيدة و(2) توقع أن فعل الصحي هي عمليات بإمكانها منع (أو تحسين) المرض. كما حددت التوقعات في عبارات تقديرات الفرد والقابلية الشخصية والخطر المدرك للمرض، واحتمال الحد من هذا الخطر من خلال فعل شخصي (Champion & Skinner, 2008, p.46).

يحتوي HBM على العديد من المفاهيم الأساسية تتبأ لماذا الناس سوف يتخذون نشاط للوقاية، وللكشف، أو للتحكم في الأمراض. وتشمل هذه القابلية للإصابة بالمرض، خطورة والفوائد والعوائق التي تمنع اتخاذ سلوك ما، مؤشرات القيام بالفعل، ومؤشرات النشاط والاعتقاد في الفاعلية الذاتية. في البداية درس Hochbaum (1958) الإدراك حول ما إذا كان الأفراد يعتقدون في قابليتهم للإصابة بمرض السل ومعتقداتهم حول فوائد الكشف المبكر. ومن بين الأفراد الذين لديهم معتقدات حول القابلية للإصابة بمرض السل وحول الفوائد العامة من الكشف المبكر، 82% قاموا على الأقل بفحص طوعي بالأشعة السينية. بينما في مجموعة الأفراد الذين لم تكن لديهم هذه المعتقدات وجد 21 % فقط استفادوا من فحص الأشعة السينية الطوعية خلال هذه فترة الاختبار. إذا كان الأفراد يعتقدون في قابليتهم للتعرض لظرف معين، وأن الظروف قد تكون لها نتائج خطيرة، يعتقدون أن اتخاذ سلوك معين يكون له فائدة في خفض القابلية وخطر الظرف ويعتقدون بأن الفوائد المتوقعة لسلوك ما أكبر من العوائق (أو كلفة) السلوك بالتالي يقومون بالفعل الذي يعتقدون أنه يقلل من هذه المخاطر. وفي حالة المرض المستقر (أكثر من الحد من الحد من المخاطر) أعيدت صياغة هذه الأبعاد، وأصبحت تشمل تقبل التشخيص والتقدير الشخصي للقابلية لتوابع المرض والقابلية للمرض بشكل عام (Champion & Skinner, 2008, p.47).

## 1.1.1.6. العناصر الأساسية لنموذج HBM

1.1.1.6. القابلية المدركة Perceived Susceptibility : تشير إلى المعتقدات حول احتمال الإصابة بالمرض أو حدث معين، على سبيل المثال، ينبغي أن تعتقد المرأة أن هناك إمكانية الإصابة بسرطان الثدي قبل أن تكون مهتمة بإجراء الماموجرام.

الخطورة المدركة Perceived Severity: مشاعر تتعلق بخطورة المرض أو لمرض في غياب العلاج تشمل تقدير نتائج الطبية والعيادية (على سبيل المثال الموت، الإعاقة والألم) والنتائج الاجتماعية المحتملة (مثل التأثيرات على العمل، الحياة العائلية والعلاقات الاجتماعية). ووصف النقاء القابلية والخطورة كتهديد مدرك.

2.1.1.6. الفوائد المدركة Perceived Benefits: حتى لو كان لدى الفرد إدراك القابلية لظرف صحي خطير (تهديد مدرك) وإذا كان هذا الإدراك يؤدي إلى تغيير السلوك، فهو يتأثر بالمعتقدات المتعلقة بالفوائد المدركة لأنشطة متنوعة ومتاحة للتخفيف من تهديد المرض. ويوجد إدراك لا يتعلق بالصحة مثل التوفير المالي التابع للتوقف عن التدخين أو رضا العائلة من الماموجرام، كلها سوف تؤثر على القرارات السلوكية. هكذا فالأفراد الذين يظهرن معتقدات مثلى في القابلية والخطورة لا يتوقع أنهم يتقبلون أي فعل صحي ينصح به إلا إذا أدركوا أنه فعل مفيد لكونه يحد من التهديد.

3.1.1.6. العوائق المدركة Perceived Barriers : إن المظاهر الأساسية السلبية لفعل صحي معين -عوائق مدركة- يمكن أن تعمل كعوائق تمنع من اتخاذ السلوكيات التي ينصح بها. هو نوع من التحليل غير الشعوري للكلفة- فائدة، بحيث يقيّم الأفراد فوائد الفعل المتوقع مع النظر للعوائق "يمكن أن تساعدني، لكنها قد تكون مكلفة، ولها آثار جانبية سلبية، تكون غير سارة، وغير مريحة، أو تستغرق وقتاً طويلاً." وبالتالي، توفر مستويات الربط بين القابلية والخطورة الطاقة أو القوة للقيام بالفعل وتصور فوائد (نقص العوائق) توفر مسار العمل المفضل" (Rosenstock, 1974) (Champion & Skinner, 2008, p.47).

4.1.1.6. الاشارات المثيرة للفعل Cues to Action : تشمل مجموعة متنوعة من العوامل المثيرة لسلوك الفرد، يمكن ان تكون داخلية (كالعرض الجسدي) او خارجية (الدعاية او نصائح الغير) بالنسبة للفرد (Janz et Becker, 1984). ويمكن لافراد (Becker, 1974) ان يكون لديهم استعداد للاستجابة لمثل هذه الاشارات لقيمتها بالنسبة لصحتهم (بمعنى الدافعية للصحة) (Conner & Norman, 2005, pp.8-9).

5.1.1.6. **فعالية الذات Self-efficacy**: تعرف فعالية الذات بـ "القناعة بإمكانية تنفيذ بنجاح السلوك المطلوب لتحقيق النتائج" (Bandura, 1997). يميّز Bandura بين توقع الفعالية الذاتية وبين توقع النتيجة الذي يعرف بأنه تقدير الشخص بأن سلوك معين يؤدي إلى نتائج معينة. ويعتبر توقع النتائج مماثلة لكنها مختلفة عن مفهوم HBM للفوائد المدركة. في عام 1988، اقترح Rosenstock، Strecher و Becker أنه يمكن أن تضاف الفاعلية الذاتية لـ HBM بوصفها كبناء مستقل، مع دمج المفاهيم الأصلية: القابلية، الشدة، والفوائد، والعوائق. ولم تدرج الفاعلية الذاتية بشكل واضح في الصياغات الأولى لنموذج HBM، وقد تم تطوير النموذج الأصلي في سياق محدد بالإجراءات الصحية الوقائية (قبول الفحص أو تطعيم) ولم تدمج مثل هذه السلوكيات المعقدة. ولنجاح تغيير السلوك يجب (كما اقترحه HBM الأصلي) على الأفراد الشعور بأنهم مهتمين بالعادات السلوكية الحالية (إدراك القابلية والخطورة) والاعتقاد أن التغيير من نوع معين يؤدي إلى نتائج تقيّم بتكلفة مقبولة (الفائدة المدركة). كما ينبغي أن يشعر الأفراد أنهم أكفاء (فعالين ذاتياً) لتجاوز العوائق المدركة لاتخاذ الإجراءات اللازمة (Champion & Skinner, 2008, p.49).

كما أشار Rosenstock (1988) وأتباعه إلى أن النظرية المعرفية الاجتماعية ساهمت كثيراً في تفسير السلوك الصحي كما هو مدرج في HBM (p.177):

النظرية المعرفية الاجتماعية لـ Bandura	نموذج المعتقدات الصحية
التوقعات حول المؤشرات المحيطة	إدراك القابلية والخطورة
توقع النتيجة	إدراك الفوائد للقيام بفعل معين بأقل تكلفة مدركة أو أقل عوائق مدركة للفعل
توقعات حول فعالية الذات	إدراك العوائق
الحافز أو المكافأة	الدافعية للصحة health motive والتي تشير إلى قيمة التخفيف من التهديدات المدركة

هذا وأضاف Rosenstock وأتباعه أهمية مركز التحكم والذي يقابل في نموذجهم توقع النتيجة أو إدراك الفوائد للقيام بسلوك معين، كما أن فعالية الذات تختلف بين نظرية Bandura و HBM وذلك لصعوبة إحداث تغييرات في عادات سلوكية القديمة مثل الأكل، والشرب والتمارين والتدخين لكونها أصعب من إجراء اختبار تلقيح أو استكشاف، في الـ HBM لا بد أن يكون للفرد دافعية للقيام بفعل ما، كالشعور بالتهديد وبأن تغيير السلوك سوف يؤدي إلى فوائد عن طريق نتيجة بأقل تكلفة، بالتالي يشعر الفرد بمهارته (الفاعلية الذاتية) لتنفيذ التغيير. قام Janz و Becker بدمج فعالية الذات في عامل العوائق لـ HBM وهو يشمل التكلفة المادية، استجابات الخوف، العوائق الجسدية، التأثيرات الثانوية، العوامل

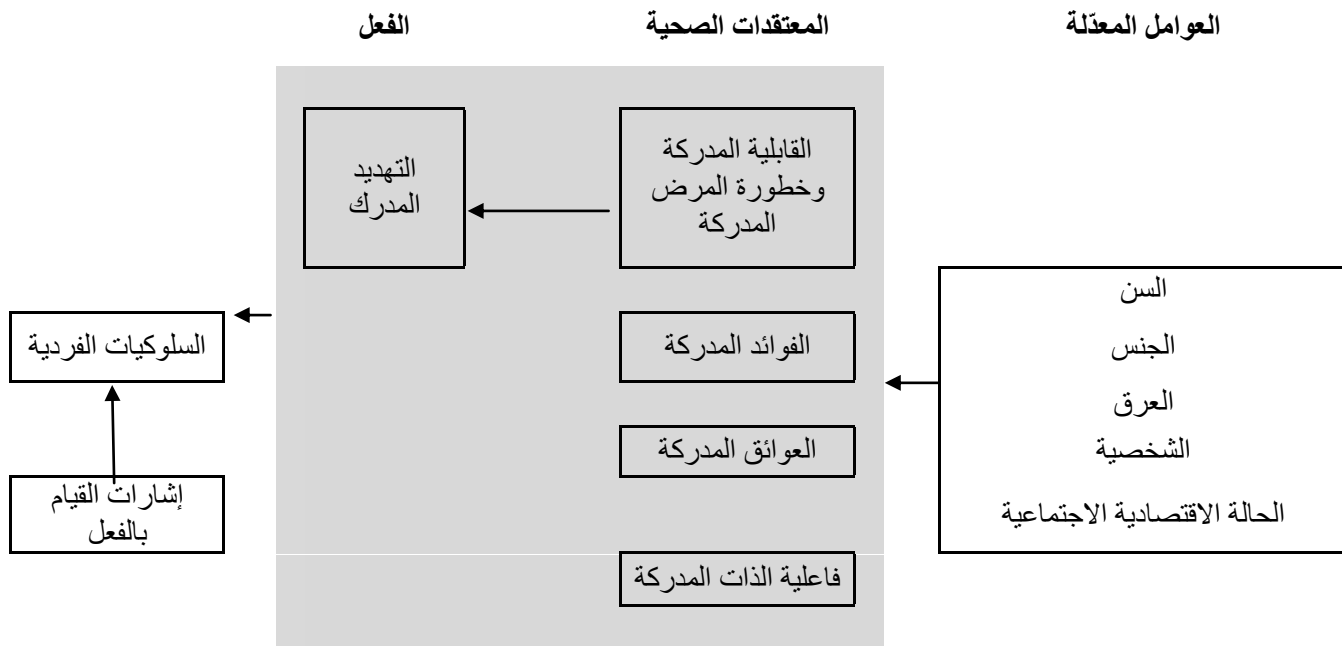
المتاحة ومميزات الشخصية. كما أشار Strecher وأتباعه (1986) إلى أهمية توقع النتيجة وفعالية الذات في تحديد السلوك الصحي بادراك صعوبة القيام بالسلوك أو إدراك فائدته (Rosenstock, 1980, pp.179-180). لهذا لاجل تبني سلوك صحي وتغيير السلوك، تنشط فعالية الذات وتوقع نتيجة ايجابية فالامر أكثر تعقيد من الشعور بالتهديد وبالقابلية للاصابة بمرض.

**6.1.1.6. متغيرات أخرى Other Variables :** وهي متنوعة قد تؤثر على المعتقدات منها الديموغرافية، النفسية-الاجتماعية، والمتغيرات البيئية، وبالتالي تؤثر بصورة غير مباشرة على السلوك ذات الصلة بالصحة. على سبيل المثال، العوامل الاجتماعية والديموغرافية، والتحصيل العلمي بشكل خاص، هي عوامل قد يكون لها تأثير غير مباشر على السلوك من خلال التأثير على إدراك القابلية، الخطورة، والفوائد، والعوائق (Champion & Skinner, 2008, p.50). وفيما يلي شكل يحدّد المفاهيم الرئيسية وتعريف نموذج المعتقدات الصحية.

المفهوم	التعريف	التطبيق
القابلية المدركة	الاعتقاد في احتمال تجربة خطر أو تعايش ظرف ما أو المرض	تحديد الناس للخطر مستويات الخطر إضفاء الطابع الشخصي على المخاطر المبني على خصائص الشخص أو السلوك ينظر للقابلية للخطر أكثر اتساقا مع خطر الفرد الفعلي
الخطورة المدركة	الاعتقادات حول: كيف تكون الخطورة وأثارها	تحديد نتائج المخاطر والظروف
الفوائد المدركة	الاعتقاد في فاعلية الفعل المنصوح به للحد من المخاطر أو خطورة تأثيره	تحديد الإجراءات التي يمكن اتخاذها: كيف، أين و متى؛ توضيح الآثار الإيجابية التي يمكن توقعها
العوائق المدركة	الاعتقاد حول تكاليف الملموسة والنفسية للفعل المنصوح به	تحديد والتقليل من العوائق المدركة من خلال الطمأنينة، تصحيح المعلومات الخاطئة، الحوافز والمساعدة
إشارات القيام بالفعل	استراتيجيات لتفعيل التحضير	توفير المعلومات العملية، تعزيز الوعي واستخدام أنظمة تذكير المناسبة
فعالية الذات	الثقة الفرد في القدرة على الشروع في فعل	توفير التدريب والتوجيه في الأداء الفعل الموصى به الاستخدام وتحديد الأهداف التدريجي تقديم التعزيز اللفظي إثبات السلوكيات المرغوبة تخفيف من الحصر

شكل(4): المفاهيم الرئيسية وتعريف نموذج المعتقدات الصحية

(Champion & Skinner, 2008, p.48)



الشكل (5): مكونات نموذج المعتقدات الصحية والعوامل المرتبطة (Champion & Skinner, 2008, p.49)

تعتبر العناصر المكونة لنموذج HBM المدرجة في الشكل أعلاه مرتبطة فيما بينها، تتضمن العوامل المعدلة، الحالة الاجتماعية الديمغرافية التي بإمكانها التأثير على الإدراك حول الصحة. تتضمن المعتقدات حول الصحة البناءات الأساسية للنموذج: القابلية، الخطورة، الفوائد، العوائق والفاعلية الذاتية. تقوم العوامل المعدلة بالتأثير على الإدراك مثلها مثل الإشارات للقيام بالفعل. ويؤدي الترابط بين المعتقدات إلى تبني سلوك معين، وفي الخانة "المعتقدات الصحية"، تجتمع القابلية والخطورة لتحديد التهديد.

ويرى الباحثون أن هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد مدى احتمال انخراط الأفراد في سلوك معين، والقاسم المشترك بين هذه العناصر هي عبارة "مدرك" perceived، وهذا يؤكد أن إدراكنا يؤدي دورا محوريا في هذه العملية وبالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي، ولكن على أساس إدراكي (هولت ولويس، 2015، ص.61).

ورغم أن نموذج HBM حدد العناصر البنائية التي تؤدي إلى سلوكيات معينة كنتيجة إلا أن العلاقات بين هذه العوامل بقيت غير محددة، وهو غموض أدى إلى الاختلاف في تطبيق HBM، على سبيل المثال، بينما حاولت بعض البحوث تحديد هذه الأبعاد الأساسية كعوامل مستقلة حاولت بحوث أخرى مضاعفة وجهات النظر، وتعتبر التناولات التحليلية ضرورية لتحديد الحاجة لنموذج HBM في التنبؤ بالسلوك.

وتبين للباحثين أيضا المكونات المختلفة للنموذج، ووجدوا أن المعوقات المدركة تمثل أفضل منبئ للفحص الطبي (Wringe et al 2009). وذلك تبعا لبحث بعضهم دور إشارات القيام بالفعل (الإشارات المفجرة) في التنبؤ بالسلوكيات الصحية خاصة الإشارات الخارجية، وعلى سبيل المثال كشف Schofield وزملاؤه (2007) المعتقدات المرتبطة بسلوك التدخين لدى كبار السن المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن) وهو مرض ناجم عن التدخين مما يسبب عدم تدفق الهواء داخل الرئتين)، ووجد الباحثون أن إشارات اتخاذ الإجراءات جاءت- سواء من زيادة خطورة المرض أو الأحداث الخارجة عن الفرد- مثل النصيحة من الطبيب، ويعد هذا العمل ضروريا خاصة لتدخلات تعزيز الصحة التي تعتمد عادة على الإشارات المفجرة أي الإشارات الخارجية لتغيير المعتقدات، وبالتالي تعزيز السلوك الصحي (نقلا عن هولت ولويس، 2015، ص.62).

وفيما يخص قياس العوامل البنائية لنموذج HBM ينبغي أن يتم على أمراض وسلوكيات معينة تأخذ بعين الاعتبار عوامل سوسيوديمغرافية وثقافية و فئات من الأفراد وغيرها.... ومن خلال اطلعنا على الأدبيات، يوجد مقياسين لـ Champion وأتباعها بين 1884 و1993 وآخر لـ Rawl وأتباعها في عام 2000 لقياس المعتقدات الصحية المنبثقة من هذا النموذج الخاصة بسرطان الثدي وسرطان القولون والمستقيم.

استعمل نموذج المعتقدات الصحية أكثر من نصف قرن للتنبؤ بالسلوكيات الصحية ولتأطير التدخلات لتغيير السلوكيات. وكما وسبقت الإشارة إليه، استعمل النموذج للتنبؤ وتأطير السرطان والسلوكيات الوقاية من مرض عجز المناعة المكتسبة VIH.

ولتقييم نموذج HBM وعرض التحيات حول استعماله للتنبؤ بالسلوكيات الصحية من خلال الأدبيات المتوفرة حول الموضوع، نقدم وجهة نظر Skinner وChampion التي تبدو لنا جد واضحة وتساعدنا على اتخاذ قرار يخص تبني أحد النماذج المعرفية لتقييم المعتقدات الصحية وقياسها. أشارت الباحثتان (Champion & Skinner, 2008) بأن بساطة النموذج سمحت للباحثين بتحديد عناصره الأساسية بالتالي برزت أهميته كنموذج للبحث وللتدخلات وفي نفس الوقت هي بساطة برزت حدوده الأساسية.

ويعتبر هذا النموذج تحدي للتنبؤ بالسلوكيات، بحيث يشكّل الثنائي القابلية والخطورة المدركة كعامل محدد للتهديد المدرك menace perçue بالتالي فهو ثنائي قوي مقارنة بالنماذج التي تعتبر التهديد كخطر مدرك منعزل. رغم هذا فالعلاقة بين القابلية والخطورة المدركة في تشكيل الخطر ليست دائما واضحة، فدرجة مرتفعة من الخطورة المدركة هي ضرورية قبل أن تصبح القابلية المدركة كعامل منبأ قوي. يمكن أن تكون القابلية المدركة منبأ قوي للالتزام بالسلوكيات صحية إذا كانت الخطورة المدركة

المرتبطة بها مرتفعة، لهذا لا بد من اعتبارهما معا في نفس الوقت. كما ينبغي اختبار العناصر الأخرى المشكّلة للنموذج بشكل كلي، على سبيل المثال يمكن أن تكون الفوائد والمعوقات كعوامل منبأة قوية بتغيير السلوك إذا كان إدراك التهديد (إدراك القابلية والخطورة) قوي أكثر منه ضعيف.

في الحالات التي يكون فيها التهديد المدرك ضعيف، لا تكون الفوائد والعوائق للانخراط في سلوك صحي بارزة. هي علاقة قد تتغير في وضعيات التي تكون فيها الفوائد المدركة مرتفعة والعوائق المدركة ضعيفة. المهم أن القيمة التنبؤية لعامل ما مرتبطة بقيم عامل آخر.

ويعتبر نموذج HBM محدود لكونه نموذج معرفي اغفل الجانب الانفعالي للسلوك. في هذا الصدد يعتبر Witte (1992) الخوف كعامل مرتبط بالسلوك الصحي، وهو يعتبر بمثابة انفعال سلبي مرافق بحالة تنبئية مرتفعة. قامت مجموعة من الباحثين (Champion, Skinner, et Menon, 2004 ; 2005 ; Champion, Menon, Rawl et Skinner, بتطبيق نموذج HBM بإضافة عامل الخوف له والذي ينبأ بسلوك إجراء الماموغرام، وتبين وجود علاقة بين العوامل المكونة للنموذج وبين الخوف التي قد تكون عوامل تنبئية ضرورية. فالخوف ينبأ بالخطورة المدركة والفوائد المدركة وبفعالية الذات. الخوف مع العوائق المدركة يمكنها أن تنبأ بالسلوك الحالي.

وتتفق هذه النتائج مع نظرية الدافعية للحماية لـ (Rogers and Prentice-Dunn, 1997). والمدخلات الأكثر مقنعة في هذا السياق هي تلك التي تثير الخوف وتحسن أنواع الإدراك التي تعتبر قلب النموذج HBM - خطورة الحدث واحتمال التعرض له، وفوائد الاستجابة للتهديد، وفعالية الذات في الحصول على هذه الفوائد- بالتالي فان دمج عامل انفعالي يمكنه أن يساعد على فهم العلاقات بين العناصر الأساسية لـ HBM (Rogers and Prentice-Dunn, 1997).

في الأخير يمكن القول بأن مؤشرات القيام بالفعل لم تحض بالدراسة، وهي قد تؤثر إلى حد كبير على السلوك في حالة يكون فيها التهديد والفوائد المدركة مرتفعة والعوائق المدركة منخفضة. لا تتوفر معلومات حول مؤشرات القيام بالفعل وتأثيرها على العوامل الأساسية الأخرى. استعملت دراسات حول استكشاف السرطان رسائل التذكير أو بطاقات بريدية كتدخلات وتبين أن لأغلبية المشاركين أنها تدخلات مهمة. قد تكون بطاقات التذكير إشارة للقيام بالفعل رغم أنها لم تصنّف هكذا. أكد بعض الباحثون أن التذكير البسيط قد يكون كل ما تحتاجه النساء اللواتي سبق لهن إجراء ماموغرام أو ترذن الحصول على فحص آخر.

## 6. 2. نظرية الدافعية للحماية La théorie de la motivation à la protection

طور Rogers (1975، 1983، 1985) نظرية الدافعية للحماية La théorie de la motivation à la protection [PMT] وهي تعتبر امتداد لنموذج HBM مع دمج عناصر جديدة كما جاء في (Ogden, 2008, p.30).

اقترح Rogers هذه النظرية في عام 1975 ثم اقترح مفهوم جديد وهو نداء للخوف Fear appeals وكان ذلك في 1983 حين حدثت تعديلات في النظرية بدمجها للتواصل المقنع persuasive communication مع افتراض وجود عمليات معرفية تتوسط تغيير السلوك. في البداية تطورت النظرية في إطار الخوف المثير للتواصل (Boer and Seydel, 1996, p.95).

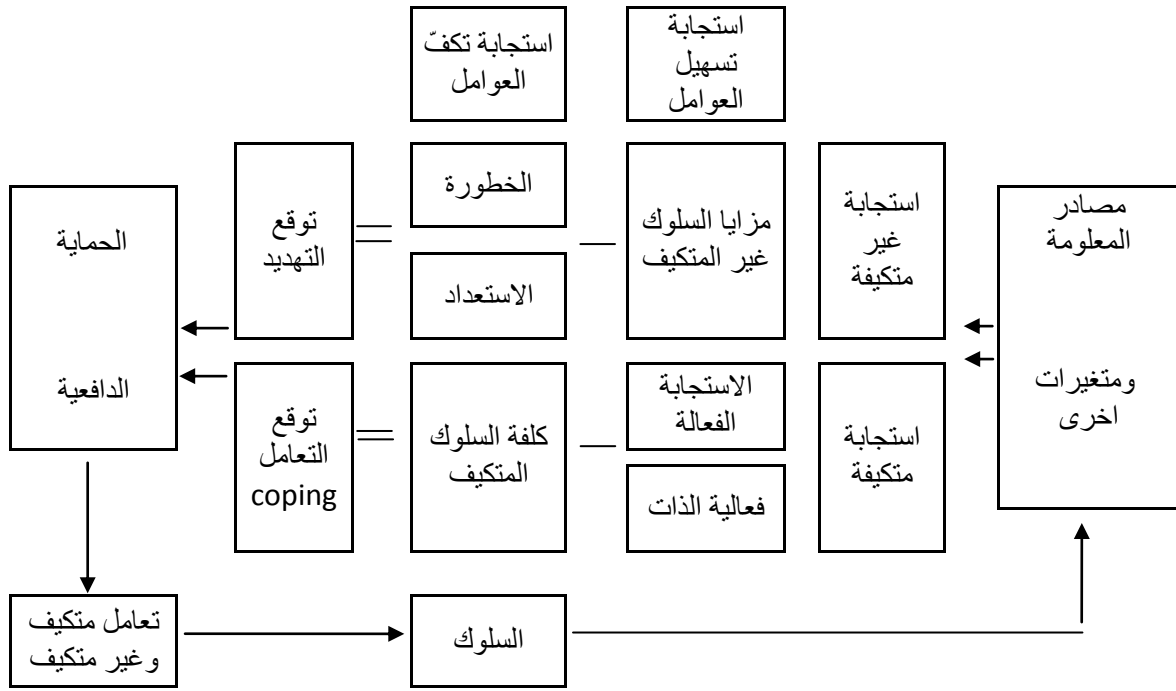
ركزت البحوث التي أجريت على الخوف بإثارة الاتصالات وهي بدورها تتأثر بالمعارف، الاتجاهات attitudes، والنية في السلوك intention والسلوك الصحي أو تأثيراتها غير المباشرة. انطلق أصحاب نظرية PMT من عدة دراسات حول آثار الخوف وعلاقتها بالاستجابات المنكيفة. في حالة التواصل الصحي الذي يثير الخوف يؤدي مستوى إثارة الخوف fear arousal إلى تحسين الخطورة المدركة والاستعداد المدرك للمرض. بالتالي يتأثير التواصل بالتخويف. تم اقتراح تعديلات في النظرية لعدة مرات (Maddux and Rogers, 1983 ; Rogers, 1983 ; Tanner et al, 1991). وترتكز PMT أساسا (Boer and Seydel, 1996, p.98) على نموذج Lazarus (1966) ونموذج Leventhal (1970) في وصفها للتعامل coping غير المتكيف مع التهديد الصحي كنتيجة لعمليتين:

- تقييم التهديد threat appraisal

- تقييم التعامل coping appraisal

وهي تعتبر كخيارات سلوكية تم تقييمها كمخففة للتهديد.

والمقصود بالحماية، الحماية من الهشاشة والخطورة المدركة للذان يلعبان دورا مركزيا في هذا النموذج مثل نموذج السلوك المخطط TRA ، بالإضافة إلى تأثير الرسالة المقنعة التي من المفروض أن تثير الخوف حسب (Beck & Frankel, 1981) بحيث تنتج عن إدراك الهشاشة والخطر (المرتبطين بتهديد مدرك) هذه الرسائل المخيفة، ويجمع هذا الإدراك بين الرسائل المتعلقة بوجود سلوكيات تحمي الصحة والتي تنتج عنها الدافعية للحماية وبالتالي النية في تبني سلوكيات مثلها.



الشكل (6): نظرية الدافعية للحماية (المصدر: Boer and Seydel, 1996, Figure 4.1)

يصدر توقع التهديد الصحي وتوقع نتيجة التعامل من النية intention لأداء استجابات متكيفة (دافعية الحماية) أي يمكن أن تؤدي إلى نتائج غير متكيفة وهي استجابات تجعل الفرد في خطر صحي وهي تشمل السلوك ذو نتائج سلبية (كالتدخين) وكذا غياب السلوك الذي قد يؤدي إلى نتائج سلبية (كالمشاركة في استكشاف سرطان الثدي وتقويت الفرصة للتشخيص المبكر للورم).

واستناداً لـ PMT تساهم عملية تقييم التهديد في تقييم مكونات المهمة له. في حالة السلوك الصحي تكون هذه، على سبيل المثال تقدير الحظ في الإصابة بالمرض (الاستعداد أو القابلية المدركة) وتقدير خطورة المرض (الخطورة المدركة).

-الاستعداد المدرك والخطورة المدركة، يتوقع أن تعمل على كفا احتمال ظهور استجابات غير متكيفة.

-أما مزايا السلوك غير المتكيف (عدم المشاركة في الاستكشاف عن السرطان) يسهل احتمال ظهور استجابة غير متكيفة.

-إثارة الخوف التي تحسن بشكل غير مباشر الدافعية للحماية بواسطة رفع الخطورة المدركة والاستعداد المدرك للمرض.

-بينما تقدر عملية تقييم التعامل المكونات المهمة لتقييم استجابات التعامل وهي تتمثل في تنفيذ التعليمات التي تحد من الخطر (فعالية الاستجابة) والاعتقاد في القدرة الخاصة على النجاح في تنفيذ هذه التوصيات (فعالية الذات).

-إن تكلفة السلوكيات المتكيفة تحدّد من الدافعية للحماية.  
تعتبر الدافعية للحماية نتيجة لتقييم التهديد وتقييم التعامل، كما تعتبر كمتغير وسيط mediating variable الذي يعمل على رفع أو تدعيم sustain والوقاية وتوجيه السلوك الصحي الوقائي.  
يسهل ذلك أو يتيح تبني سلوكيات متكيفة ويمكن قياسه بنية السلوك behaviour inetention ولا يمكن قياس كل هذه العناصر، يتم قياس:  
-الخطورة: ما هي خطورة نتائج المرض؟  
-الاستعداد: ما هو احتمال الإصابة بالمرض؟  
-فعالية الاستجابة: ما هي فعالية السلوك المنصوح به في تجنب النتائج السلبية؟  
-فعالية الذات: إلى أي مدى يمكنني أداء السلوك المنصوح به بنجاح؟  
-الدافعية للحماية: هل لدي النية لأداء السلوك المنصوح به؟  
-السلوك الوقائي: أداء السلوك المنصوح به.  
كلما كانت الخطورة والاستعداد المدرك والاستجابة الفعالة مرتفعة كلها معاً، ارتفعت الدافعية للحماية وتكون مكونات التهديد منعدمة. لكن لم يتم اثبات هذا الترابط في البحوث لهذا أكد Rogers (1983) أن هذا الارتباط والتنوع يرتبط بظروف البحث (Boer and Seydel, 1996, p.99).

### عناصر النظرية PMT

يقترح في الشكل الأصلي لـ PMT بأن السلوكيات الصحية هي نتاج أربعة عناصر:

- الخطورة la gravité (سرطان المستقيم هو مرض خطير)
- الهشاشة la vulnérabilité (إن حظوظي في الإصابة بسرطان المستقيم مرتفعة)
- فعالية الاستجابة l'efficacité de la réponse (تغيير الأغذية يحسن صحتي)
- فعالية الذات l'auto-efficacité (لدي ثقة في قدراتي لتغيير الأغذية التي أتناولها)
- تقوم هذه العناصر بالتنبؤ بالاتجاهات (النية) السلوكية les intentions comportementales (مثلاً لدي نية في تغيير سلوكي) والتي هي نفسها لها علاقة بالسلوك.
- اقترح Rogers (1985) إضافة عنصر خامس وهو الخوف la peur (استجابة انفعالية) كاستجابة للمعلومة أو للتربية الصحية.

استناداً لهذه النظرية تتدخل الخطورة والهشاشة وكذا الخوف في تقييم التهديد (تقييم التهديد الذي تمثله الوضعية) بينما تتدخل فعالية الاستجابة وفعالية الذات في فعالية التعامل coping (تقييم إمكانيات مواجهة التهديد).

وتصف النظرية PMT نوعين من المعلومات: محيطية (الإقناع persuasion والتعلم بالملاحظة) وأخرى فردية خاصة (مثل التجارب الماضية) وهي معلومات تؤثر على العناصر الخمسة للنظرية

(الخطورة، الهشاشة، فعالية الاستجابة، فعالية الذات، الخوف). والتي هي بدورها تنتج استجابة متكيفة (النية السلوكية) أو غير متكيفة (التجنب والرفض) (Ogden, 2008, p.30).

يحدد هذا النموذج عمليات التقييم المعرفية التي تسبق الدافعية للحماية، أي نية تبني السلوك الصحي، وحسب Rogers تثير الرسائل المخيفة إدراك وعدة تصورات تشجع الأفراد على تبني سلوك وقائي منها، الخطورة المدركة للتهديد، الهشاشة المدركة (أنظر نموذج السلوك المخطط) والفعالية المدركة لهذا السلوك (الاعتقاد بأن التقليل من سلوك غير الصحي يخفّض الخطر) وفعالية الذات (الاعتقاد بأن لنا القدرة على تبني سلوك صحي والتخفيف من السلوكيات المرضية).

يُميّز هذا النموذج بين تقييم التهديد من جهة وبين تقييم استجابة التعامل coping للفرد من جهة أخرى، هذان النوعان من التقييم يتطوران بصفة متوازنة. بحيث يمثل تقييم التهديد (مثلا التدخين) التقييم للهشاشة (هل أنا معرض للإصابة بسرطان الرئة؟) كذلك تقييم خطورة التهديد (هل هذا المرض خطير؟) وكذا الفوائد المرتبطة بتبني سلوك مرضي (التوقف عن التدخين يجعلني أقصد). يعتبر تقييم إستراتيجيات التعامل تقييم ذاتي للفرد لفعالية استجابته ولشعوره بفعالية الذات والثمن المرتبط بالسلوكيات الوقائية التي يبحث عنها. يتفاعل هذين النوعين المتوازيين من التقييم لتكون الدافعية للحماية أقوى عندما يأخذ الفرد التهديد بصفة جدية وعند اعتقاده بأن إستراتيجيات تعامله سوف تكون فعالة. فالرسائل التي تحث الفرد على تبني سلوك وقائي أفضل من الرسائل المخيفة التي تحاول رده عن تبني سلوك غير صحي. الرسائل المخيفة لها تأثير غير مباشر على الدافعية للحماية، تأثير يتوسطه تقييم التهديد، كما يوجد تأثير ارتدادي "boomerang" حين يكون إدراك التهديد كبير والفعالية ضعيفة تؤدي إلى خفض الدافعية للحماية (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014, p. 411).

وهكذا، فالرسالة المخيفة لها مفعول غير مباشر على الدافعية للحماية، أي مفعول مقاوم بتقييم التهديد، ونجد في المقابل المفعول "الارتدادي" في حالة أن التهديد يدرك على أنه مهم والفعالية ضعيفة هذا ما يفقدنا إلى خفض الدافعية للحماية (Rogers et Prentice-Dunn, 1997). أوضحت دراسات (Ruiter et Cok, 2006) أجريت على أفراد مدخنين فشلوا في محاولاتهم عدة مرات عن الإقلاع عن التدخين، أن النية للتوقف عن التدخين تتخفض عندما ترفع الرسائل المخيفة والتهديدات المدركة المرتبطة بالتدخين. كما ركزت مجلة الآداب لـ (De Hoog, Stroebe, and De Wit, 2007) على تأثيرات الرسائل المقنعة المخيفة وهي تميز بين التأثيرات المختلفة للرسائل حسب شكلها (مكتوبة أو صور صادمة..الخ) والاستعداد الفردي المدرك وخطورة السلوك المدركة من قبل الأفراد المستقبليين لهذه الرسائل، (نقلا عن Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014, p. 412).

تبعاً للمعطيات الخاصة بنموذجي المعتقد الصحي HBM والدافع للحماية، يتعلق السلوك الصحي بعدة معتقدات معرفية، وتظهر الدافعية الصحية في الـ HBM حتى يكون للفرد دافعية للقيام بفعل ما، يشعر مبدئياً بالتهديد وبأن تغيير السلوك سوف يؤدي إلى فوائد عن طريق نتيجة بأقل تكلفة، بالتالي يشعر الفرد بمهارته (الفاعلية الذاتية) لتنفيذ التغيير. كما تدمج فعالية الذات في عامل العوائق للـ HBM وهو يشمل التكلفة المادية، استجابات الخوف، العوائق الجسدية، التأثيرات الثانوية، العوامل المتاحة ومميزات الشخصية. وتولى أهمية لتوقع النتيجة وفعالية الذات في تحديد السلوك الصحي بإدراك صعوبة القيام بالسلوك أو إدراك فائدته.

بينما يحدد نموذج دافع للحماية PMT عمليات التقييم المعرفية التي تسبق الدافعية للحماية، أي نية تبني السلوك الصحي، تثير الرسائل المخيفة إدراك وعدة تصورات تشجع الأفراد على تبني سلوك وقائي منها (تثير الدافعية لتبني سلوك صحي)، الخطورة المدركة للتهديد، الهشاشة المدركة والفعالية المدركة لهذا السلوك (الاعتقاد بأن التقليل من سلوك غير الصحي يخفّض الخطر) وفعالية الذات (الاعتقاد بأن لنا القدرة على تبني سلوك صحي والتخفيف من السلوكيات المرضية).

## 7. النظريات المعرفية الاجتماعية

### 1.7. نظرية الفعل المبرر ونظرية الفعل المخطط

تركز نظرية الفعل المبرر (TRA) The Theory of Reasoned Action ونظرية الفعل المخطط (TPB) the Theory of Planned Behavior على البناءات النظرية المتعلقة بعوامل الدافعية لدى الفرد كمحددات لاحتمال الأداء السلوكي الخاص.

تفترض كلا النظريتين أن أحسن منبأ للسلوك هو النية في القيام بالسلوك التي تحدد بدورها بالاتجاه نحو السلوك والادراك المعياري الاجتماعي حولها. تعتبر نظرية السلوك المخطط TPB كامتداد لنظرية الفعل المبرر TRA وهي تشمل بناء جديد: التحكم المدرك perceived control في أداء السلوك.

في السنوات الأخيرة قام Fishbein وأتباعه بتمديد أو توسيع النظريتين بدمج عناصر للنظريات السلوكية الأساسية واقترحوا استعمال النموذج السلوكي التكاملية (IBM) an Integrated Behavioral Model.

يركز TRA و TPB على الاتجاه attitude ، المعيار الذاتي subjective norm والتحكم المدرك perceived control لتفسير نسبة كبيرة من التباين في نية السلوك، والتنبؤ بعدد من السلوكيات المختلفة التي تشمل السلوكيات الصحية. وجاء الدليل من مئات الدراسات التي تم تلخيصها في عدة دراسات تحليلية meta-analyses والمراجعات (Armitage and Conner, 2001; Albarracin, Johnson, Fishbein, and Muellerleile, 2001; Albarracin and others, 2003; Albarracin,

Kumkale, and Johnson, 2004; Albarracin and others, 2005; Downs and Hausenblas, 2005; Durantini and others, 2006; Hardeman and others, 2002; Sheeran and Taylor, 2006; Webb and Sheeran, 1999). رغم هذا تعرض النموذجين للنقد على أساس النتائج الارتباطية التي يمكن أن تفسر السلوك (Weinstein, 2007)، كما استعمل النموذجين بنجاح للتنبؤ وتفسير مجموعة واسعة من السلوكيات الصحية والنية السلوكية تشمل التدخين، الشرب، استعمال المصالح الصحية، التمرين الجسدي، والحماية المدرسية، الرضاعة الطبيعية، استعمال المواد، وسلوكيات الوقاية من فيروس المناعة المكتسبة والأمراض المنتقلة جنسياً HIV/STD واستعمال الواقي وكذا الماموغرام، القبعات الواقية وحزام الامن (Albarracin, Fishbein, and Goldstein de Muchnik, 1997; Bandawe and Foster, 1996; Albarracin, Johnson, Fishbein, and Muellerleile, 2001; Montañó and Fishbein, 1993; Bosompra, 2001; Bogart, Cecil, and Pinkerton, 2000; Steen, Peay, and Owen, 1998; Taplin, 1991; Morrison, Spencer, and Gillmore, 1998; Fishbein, 1990; Trafimow, 1996). واستعملت النتائج لتطوير التدخلات الفعالة لتغيير السلوك (Rye, 1995; Gastil, 2000; Hardeman and others, 2005; Jemmott, Fisher, Fisher, and Jemmott, and Fong, 2000; Jemmott and Jemmott, 1992) نقلاً عن (Montañó and Kasprzyk, 2008, p.68).

## 2.7. نبذة تاريخية

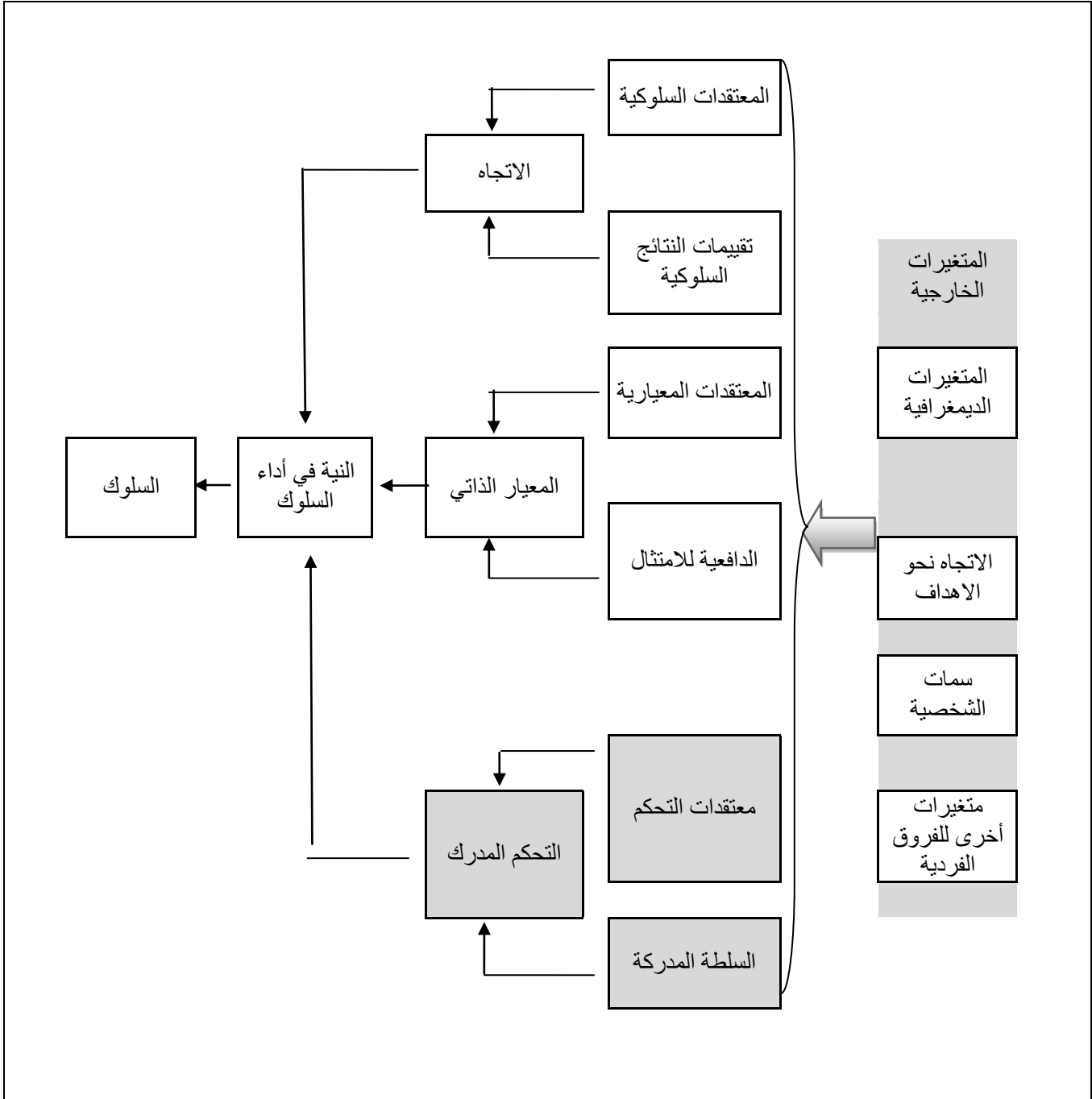
طور Fishbein (1967) نموذج TRA للفهم الجيد للعلاقة بين الاتجاهات والنية والسلوكيات. وبينت دراسات سابقة عديدة اجريت حول هذه العلاقات وجود تطابق ضعيف low correspondence بين الاتجاهات والسلوك، واقترح الباحثون حذف الاتجاه كعامل كامن وراء السلوك (Fishbein, 1993; see, for example, Abelson, 1972; Wicker, 1969). ومن خلال الاعمال التي تطور من خلالها نموذج TRA ميّز Fishbein بين الاتجاه نحو موضوع واتجاه نحو السلوك مع احترام الموضوع، على سبيل المثال نجد في الأول الاتجاه نحو السرطان، للتنبؤ بالسلوك (مثل الماموغرام أو استكشاف سرطان الثدي). بين Fishbein أن الاتجاه نحو السلوك (مثل الاتجاه نحو الماموغرام) هو منبأ جيد لسلوك اجراء الماموغرام (الحصول على الفحص) أكثر مقارنة بالاتجاه نحو الموضوع (السرطان) الذي يكون فيه السلوك موجه (Fishbein and Ajzen, 1975). حدد Fishbein و Ajzen (Fishbein and Ajzen, 1975; Ajzen, 1991; Ajzen and Fishbein, 1980) بشكل واضح المعتقدات (السلوكية والمعيارية)، الاتجاهات والسلوك وقياسهما (Montañó and Kasprzyk, 2008, p.68).

كما بين الباحثان صعوبة الحصول على درجة عالية تطابق بين مقاييس الاتجاه، المعيار. التحكم المدرك، النية، والسلوك كفعل (مثل ذهب، احضر)، الهدف (مثل الماموغرام)، السياق (مثلاً في مركز استكشاف السرطان) والزمن (مثلاً في 12 الأشهر المقبلة). كل تغير في عامل من هذه العوامل

ينتج عنه سلوك مفسر. إن ضعف التوافق بين مقاييس مكونات النموذج لكل هذه العوامل يمكن أن يرجع إلى ضعف الارتباطات بين متغيرات TPB / TRA بينما يرجع التوافق المرتفع إلى الارتباطات العالية ( Ajzen and Albarracin, 2007; Trafimow, 2007; Montañó and Kasprzyk , 2008, p.69).

وبعد الاطلاع على مختلف النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي، وبعد إجراء دراسات طولية حول السلوكيات الوقائية وبعد إجراء دراسة طولية حول سلوكيات الوقاية من فيروس HIV بالتعاون مع Fishbein، قام Montañó و Kasprzyk بتطوير النموذج التكاملي integrated model الذي كان تزامنا جوهريا مع التوصيات منطري ورشة عمل NIMH ( Kasprzyk, Montañó, and Fishbein, 1998) مع زيادة الاهتمام بالنظرية التكاملية. وصف Fishbein وأتباعه النموذج التكاملي بالتركيز مبدئيا على محدّدات نية القيام بالسلوك behavioral intention ( Fishbein and , 2000; Fishbein, 2006), كما نصح معهد الطب في تقرير 2002 حول الحديث عن الصحة، باستعمال النموذج التكاملي في استراتيجيات التواصل لتغيير السلوك الصحي. واستنادا على هذا العمل وتجربتهم مع العديد من الدراسات خلال العشر سنوات الماضية، اقترحوا النموذج السلوكي التكاملي the Integrated Behavioral Model (IBM) كامتداد لنموذجي TPB و TRA ( Montañó and Kasprzyk , 2008, p.69).

ويؤكد TRA أن أهم عامل محدد للسلوك هو النية في السلوك behavioral intention (انظر الخانات غير المظلمة في الشكل). المحددات المباشرة للسلوك الأفراد النية هي اتجاههم من أداء السلوك والمعايير الذاتي المرتبط بالسلوك. يضيف TPB التحكم المدرك على السلوك الذي يتم مع مراعاة الوضعيات التي قد لا يكون فيها التحكم الطوعي كاملا على السلوك (انظر مربعات مظلمة في الشكل).



الشكل (7): نظريات الفعل المبرر والفعل المخطط (Montaño and Kasprzyk , 2008, p.70, Figure)  
 (4.1)

تمثل كل الخانات غير المظلمة نظرية الفعل المبرر والشكل الكلي يمثل نظرية الفعل المخطط.

يتم تحديد الاتجاه بمعتقدات الفرد حول نتائج أو انسابات أداء السلوك (المعتقدات السلوكية)، يحدد وزنها بتقييمات لتلك النتائج أو الانسابات. وهكذا، فالشخص الذي يحمل معتقدات قوية يعطي قيمة إيجابية للنتائج سوف تؤدي إلى أداء السلوك الذي سيكون له اتجاه إيجابي نحو السلوك. على العكس

ذلك، الشخص الذي يحمل معتقدات قوية ويعطي قيمة سلبية للنتائج سوف ينتج عنه السلوك الذي سيكون له اتجاه سلبي.

ونفس الشيء، فإن المعيار الذاتي للشخص تحدده معتقداته المعيارية، أي حسب الأشخاص الذين يشكلون المرجعية المهمة يوافقون أو لا يوافقون على الأداء السلوك، يكون ذلك موزوناً بدافعية الفرد على الامتثال لتلك المرجعية.

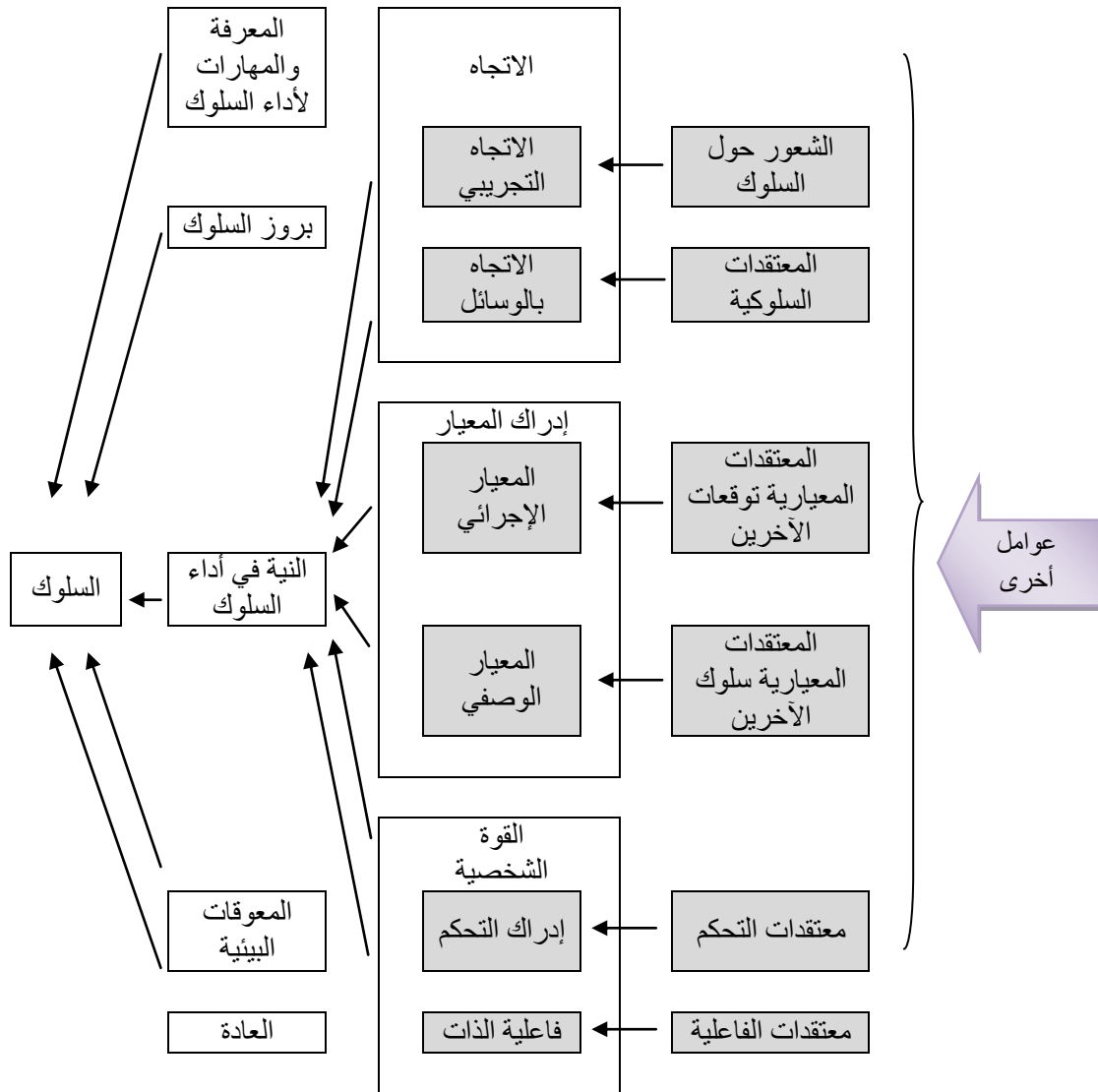
والفرد الذي يعتقد في بعض الأشخاص كمرجعية يعتقد في أدائه للسلوك، يكون وزنه بالدافع لتلبية توقعات هؤلاء الأشخاص سوف يتخذ معيار إيجابي ذاتي. وعلى العكس ذلك، الشخص الذي يعتقد في هذه المرجعية ويعتقد أنه لا يمكنه أداء السلوك يؤدي تكوين معيار ذاتي سلبي، والشخص الذي هو أقل دافعية للامتثال لتلك المرجعية سيكون له معيار ذاتي محايد نسبياً.

يفترض TRA أن المحدد المباشر للسلوك الأكثر أهمية هو النية في السلوك. ويرتبط نجاح النظرية في تفسير السلوك بالدرجة التي يكون السلوك تحت التحكم الاختياري (أي يمكن للأفراد ممارسة درجة كبيرة من التحكم على السلوك). ولا يظهر أن مكونات TRA كافية للتنبؤ بالسلوكيات التي يقلل فيها التحكم الاختياري.

وهكذا، أضاف Ajzen واتباعه ( Ajzen and Driver, 1991; Ajzen, 1991; Madden, 1986) التحكم السلوكي المدرك لنموذج TRA لمراعاة العوامل الخارجة عن التحكم الفردي والتي قد تؤثر على النية والسلوكيات. مع هذه الإضافة، قاموا باقتراح نموذج جديد وهو نظرية السلوك المخطط TPB. التحكم المدرك هو محدد بمعتقدات التحكم التي تتعلق بوجود أو غياب المسهلات وعوائق تجاه الأداء السلوكي، من خلال القوة المدركة أو التأثير لكل من عامل التحكم لتسهيل أو كف السلوك (Montaño and Kasprzyk , 2008, p.71).

### 3.7. النموذج السلوكي التكامل An Integrated Behavioral Model

هو نموذج IBM يشمل مكونات TRA/TPB ونظريات أخرى ذات الصلة، والمحدد الأساس للنموذج هو النية لأداء السلوك. وبدون دافعية لا يمكن للإنسان القيام بالسلوك المنصوح به.



الشكل (8): النموذج التكامل IBM (Montaño and Kasprzyk , 2008, p.77, Figure 4.2)

توجد أربعة عناصر تؤثر مباشرة على السلوك (Jaccard, Dodge and Dittus, 2002) ثلاث منها مهمة في تحديد ما إذا كان في إمكان النية في السلوك أن تؤدي إلى أداء السلوك.

أولاً، حتى لو كان الشخص لديه نية سلوكية قوية، فهي بحاجة للمعرفة والمهارة لتنفيذ السلوك. ثانياً، يجب أن تكون بعض العوائق البيئية التي تجعل الأداء السلوكي صعب جداً أو مستحيل (Triandis, 1980).

ثالثاً، يجب أن يكون السلوك بارزاً بالنسبة للفرد (Becker, 1974). وأخيراً، قد تؤدي الخبرة في أداء السلوك إلى جعله معتاداً، بحيث تصبح النية أقل أهمية في تحديد الأداء السلوكي لهذا الفرد (Triandis, 1980). (Montaño and Kasprzyk , 2008, p.78)

وهكذا سلوك معين هو الأكثر احتمالاً أن يحدث إذا (1) شخص: لديه نية قوية لأداء ولديه المعرفة والمهارة للقيام بذلك، (2) عدم وجود قيد بيئي يمنع أداء، (3) السلوك هو البارز، و(4) سبق للشخص أداء السلوك في السابق. تعتبر جميع هذه مكونات وتفاعلاتها هامة عند تصميم التدخلات لترقية السلوك الصحي. يتعين إزالة القيود البيئية لتعزيز الأداء السلوكي. ومن الواضح أن هناك النوايا السلوكية قوية ضرورية لدراسة عناصر النموذج، مثل مهارات أو القيود البيئية التي تؤثر على أداء سلوك، ويتم تحديد النية السلوكية بثلاث الفئات بنائية للنموذج.

هكذا يظهر من نموذج IBM الذي يشمل مكونات TRA/TPB ان الاتجاه يتحدد بمعتقدات الفرد حول نتائج أو انسابات أداء السلوك (المعتقدات السلوكية)، تجعل الفرد الذي يحمل معتقدات قوية يعطي قيمة إيجابية للنتائج سوف تؤدي إلى أداء السلوك اتجاهه ايجابي، بينما الفرد الذي يحمل معتقدات قوية ويعطي قيمة سلبية للنتائج سوف ينتج عنه السلوك الذي سيكون اتجاهه سلبي. يتوقف أداء السلوك على المعيار الذاتي الذي تحدده المعتقدات المعيارية للفرد ( يكون له دافع للقيام بالسلوك حسب ما يتوقعه من موافقتهم ام لا من أداء سلوكه)، بالتالي أداء السلوك يتوقف على دافعية الفرد للامتثال لتلك المرجعية. وعلى هذا الأساس وتتوفر هذه العناصر يكون للفرد اعتقاد بفعالية أدائه فيحقق السلوك الصحي. على خلاف النماذج المعرفية، يركز النموذج الاجتماعي التكامل على المرجعية والامتثال لها كركيزة لحدوث سلوك ما.

### 8. نموذج عبر النظري في تغيير السلوك

يستعمل نموذج عبر النظري [TTM] The Transtheoretical Model And Stages Of Change مراحل التغيير لدمج العمليات ومبادئ التغيير في مختلف نظريات التدخل العلاجي هذا هو أساس عبارة عبر نظري. ظهر TTM انطلافاً من تحليل بمقارنة نظريات العلاج النفسي وتغيير السلوك باجتهاد لدمج حقلاً كان مجزئاً في أكثر من 300 نظريات العلاج النفسي (Prochaska, 1984) نقلاً عن (Prochaska, Redding & Evers, 2008, p.97).

نشأ نموذج الزخم عندما أجرى Prochaska وزملاؤه تحليلاً مقارناً لمغيري الذات self-changers مقارنة بالمدخنين smokers في العلاجات المهنية.

ومن خلال هذه الدراسات حول السكان تم تحديد عشرة عمليات للتغيير التي تتبأ بالتوقف الناجح (مثلاً عن التدخين) (DiClemente et Prochaska, 1982) وهي تشمل الوعي في تقليد فرويد (Freud, 1959) وتسيير الاختلافات في تقليد سكينر (Skinner, 1971) وعلاقات المساعدة لتقليد روجرس (Rogers, 1951).

قام Prochaska و DiClemente بتقييم عدد المرات التي استخدمت فيها كل مجموعة من كل العمليات العشرة (DiClemente and Prochaska, 1982)، استخدم المشاركون عمليات مختلفة في أوقات مختلفة في الصراع مع التدخين. وأدرك الباحثون من خلالهم حول الظاهرة أنها لم تكون بعد جزءا رسميا في كل نظريات العلاج. وكشفوا أن تغيير السلوك يتأتى من خلال سلسلة من المراحل (Prochaska and DiClemente, 1983). غيرت هذه الرؤية العميقة مسار أبحاثهم وأدت إلى تطوير نموذج TTM. وانطلاقا من الدراسات الأولية حول التدخين، تم توسيع نموذج المرحلة بشكل سريع ليشمل البحوث والتطبيقات لمجموعة واسعة من السلوكيات الصحية والصحة العقلية، بما في ذلك الكحول وتعاطي المخدرات، والحصر واضطرابات الهلع، والتوتر والجنوح، والاكتئاب، واضطرابات الأكل والسمنة، والوجبات الغذائية عالية الدهون، والوقاية من فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز والتصوير الإشعاعي للتدخين وفحص أمراض سرطانية أخرى، والالتزام بالأدوية، ومنع الحمل غير المخطط له، والحمل والتدخين، وأساليب الحياة الساكنة، والتعرض لأشعة الشمس، والأطباء الذين يمارسون الطب الوقائي. مع مرور الوقت، توسع الباحثون في جميع أنحاء العالم، وصدقوا، وطبقوا، وحددوا البنى الأساسية لـ TTM (Hall and Rossi, 2008; Noar, Benac, and Harris, 2007; Prochaska, Wright, and Velicer, 2008) نقلا عن (Prochaska, Colleen & Redding, 2015, pp. 1-2).

### 1.8. البنيات الأساسية لنموذج TTM

#### مكونات نموذج عبر النظري

#### وصفها

#### المكونات

#### Stages of Change

#### مراحل التغيير

وصفها	المكونات
لا توجد نية لاتخاذ إجراء في غضون 6 أشهر المقبلة	قبل التفكير Precontemplation
العتزم على اتخاذ إجراء خلال الأشهر الستة المقبلة	التفكير Contemplation
العتزم على اتخاذ إجراء في غضون ال 30 يوما القادمة مع اتخاذ بعض الخطوات السلوكية في هذا الاتجاه	التحضير Preparation
تغيير السلوك العلني لمدة تقل عن 6 أشهر	عمل Action
تغيير السلوك العلني لأكثر من 6 أشهر	الحفاظ Maintenance
لا إجراء للانتكاس و 100% الثقة	الإنهاء Termination

#### وصفها

#### المكونات

Process of change

عمليات التغيير

رفع الوعي	ايجاد الحقائق الجديدة والأفكار والنصائح التي تدعم تغيير السلوك الصحي
الاستغاثة الدرامية	تجربة المشاعر السلبية (الخوف، والقلق، والقلق) ذلك جنبا إلى جنب مع المخاطر السلوكية غير الصحية
إعادة تقييم الذات	إدراك تغيير السلوك كجزء مهم من هوية الفرد كشخص
إعادة تقييم المحيط	إدراك التأثير السلبي للسلوك غير الصحي أو التأثير الإيجابي للسلوك الصحي على البيئة الفرد الاجتماعية و/ أو الجسدية
تحرير الذات	الالتزام الصارم بالتغيير
علاقات المساعدة	البحث واستخدام الدعم الاجتماعي لتغيير السلوك الصحي
التكيف المضاد	استبدال السلوكيات البديلة الصحية والمعارف للسلوك غير الصحي
إدارة التعزيز	زيادة المكافآت لتغيير السلوك الإيجابي وخفض مكافآت للسلوك غير الصحي
التحكم في المنبه	إزالة التنكير أو الأشارات للانخراط في السلوكيات غير الصحية وإضافة الأشارات أو تنكير للانخراط في السلوك الصحي
التحرر الاجتماعي	وإذ تدرك أن المعايير الاجتماعية تتغير في الاتجاه من دعم تغيير السلوك الصحي

ميزان القرار

الايجابيات	فوائد التغيير
سلبيات	تكاليف التغيير

فعالية الذات

الثقة	الثقة بأن بإمكان المرء أن يشارك في السلوك الصحي عبر المواقف الصعبة المختلفة
إغراء	إغراء للانخراط في السلوك غير الصحي في مختلف المواقف الصعبة

الشكل (9): مكونات نموذج عبر النظري (Prochaska, Redding & Evers, 2008, p.99).

## 2.8. مراحل التغيير

يعتبر البناء "المرحلة" مهما، جزئياً، لكونه يمثل بعداً زمنياً. في الماضي، غالباً ما كان يفسر تغيير السلوك كحدث منفصل، مثل الإقلاع عن التدخين أو الشرب أو الإفراط في تناول الطعام. ويعتبر نموذج TTM التغيير كعملية تتكشف مع مرور الوقت، مع التقدم من خلال سلسلة متكونة من ست مراحل رغم أنه في الغالب لا يتم بطريقة خطية (Prochaska, Redding & Evers, 2008, p.100).

## 1.2.8. مرحلة ما قبل التفكير Precontemplation stage

تعتبر المرحلة التي لا ينوي فيها الناس اتخاذ إجراءات على المدى القريب، تقاس عادة خلال الأشهر الستة المقبلة. قد يختلف الفاصل الزمني للنتيجة حسب السلوك. قد يجد الناس أنفسهم في هذه المرحلة لكونهم إما يجهلون أو تنقصهم المعلومات حول عواقب سلوكياتهم، أو أنهم حاولوا التغيير عدة مرات ويصبحون بمعنويات سيئة حول قدراتهم للتغيير. تميل كلا المجموعتين إلى تجنب القراءة، والحديث، والتفكير حول سلوكياتهم عالية المخاطر. وغالباً ما يتم وصف هؤلاء بأنهم عملاء يقاومون أو لديهم دافعية أو غير مستعدين للعلاج أو الاستفادة من برامج ترقية الصحة. وحسب تفسير بديل للبرامج التقليدية لترقية الصحة هؤلاء الأفراد غير جاهزين وليس لديهم دوافع تتناسب مع احتياجاتهم (Prochaska, Redding & Evers, 2008, p.100).

في هذه المرحلة لا يكون لدى الفرد النية في تغيير سلوكه، قد لا يدرك أن لديه مشكلة، رغم أن المحيطين به يدركون وجودها [كالمدمن على المخدرات والكحول] الذي يغفل تماماً المشكلات التي يسببها لعائلته، وقد يبحث فرداً آخر عن حل لمشكلته بسبب ضغط الآخرين عليه، فهو مكره على التغيير، بالتالي حتى وإن قام بالتغيير في سلوكه قد يعود لممارسته (شيلي، 2008، ص. 151).

بالتالي ما دام الفرد في هذه المرحلة الأولى، لا ينوي تغيير سلوكه، وأي تدخل علاجي لتغيير الفرد وهو في هذه المرحلة لا يحقق نتائج إيجابية، بمعنى لا تتوفر لديه الدافعية لإداء السلوك يحافظ على صحته.

## 2.2.8. مرحلة التفكير Contemplation stage

في هذه المرحلة يوجد لدى الفرد نية في التغيير خلال الستة أشهر اللاحقة، هو أكثر وعياً من الفرد الذي يتواجد في ما قبل التفكير بالإيجابيات من التغيير ولكن هو أيضاً أكثر وعياً حالياً بالسلبيات. هذا التوازن بين تكاليف وفوائد التغيير يمكن أن ينتج عنه تناقض عميق ويجعل الفرد عالقا في التأمل لفترات طويلة من الوقت. وغالباً ما توصف هذه الظاهرة بأنها تأمل مزمن أو ملاحظة سلوكية. مثل هذا الفرد هو أيضاً ليس على استعداد للاستفادة من البرامج العلاجية التقليدية التي تتوقع من المشاركين اتخاذ إجراء فوري (Prochaska, Redding & Evers, 2008, p.100).

يشعر الفرد في هذه المرحلة بوجود مشكلة ثم يشرع في التفكير بها، وقد لا يقدم على أي سلوك، كما أنه قد يبقى في هذه المرحلة لمدة زمنية طويلة، مثل سلوك التدخين بحيث يدرك ايجابياته وسلبياته ولكنه لا يتخذ اجراء للتغيير ويستمر في التدخين بابرار ايجابياته المرتبطة بالمتعة لتبرير الاستمرار فيه(شيلي، 2008، ص. 151).

### 3.2.8. مرحلة التحضير Preparation stage

في التحضير، يظهر لدى الفرد نية لاتخاذ إجراءات قريبا عادة ما تقاس على انها سوف تحدث في الشهر القادم. عادة، قد تتخذ بالفعل خطوة هامة نحو السلوك الذي كان يمارسه في العام الماضي. ولديه خطة عمل، مثل الانضمام إلى فئة التربية الصحية، واستشارة مستشار، والتحدث إلى الطبيب، وشراء كتاب المساعدة الذاتية، أو الاعتماد على نهج التغيير الذاتي. مثل هذا الفرد هو الذي ينبغي تجنيده لبرامج ذات توجه عملي، كالعلاجات التقليدية للإقلاع عن التدخين أو فقدان الوزن (Prochaska, Redding & Evers, 2008, p.100).

هكذا في هذه المرحلة يعقد الفرد العزم على تغيير سلوكه الذي ربما أخره لأسباب ما لم ينجح في السابق بسبب ضغوط معينة، يقوم بتعديل السلوك الى حدّ ما، مثل تقليل الفرد لعدد السجائر التي تعود عليها ولكنه لا يتوقف نهائيا عن التدخين(شيلي، 2008، ص. 152).

### 4.2.8. مرحلة العمل Action stage

في مرحلة العمل يقوم الأفراد بتعديل سلوكهم والخبرات، و/ أو البيئة للتغلب على مشاكلهم. ينطوي العمل على التغييرات السلوكية الأكثر علنية ويتطلب التزاما كبيرا بالوقت والجهد. يتم تصنيف الأفراد في مرحلة العمل إذا نجحوا في تغيير السلوك المضطرب لمدة من يوم واحد إلى 6 أشهر (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011, p.144).

في هذه المرحلة يقوم الأفراد بتعديل سلوكهم لأجل حل المشكلة التي تعترضهم، ويتطلب ذلك الالتزام والجهد لأجل أن يحدث التغيير الفعلي في السلوك وربما عن طريق القيام التوقف عنه وتحسين أسلوب الحياة والمحيط والتخلص من القرائن المرتبطة بحدوثه(شيلي، 2008، ص. 152).

### 5.2.8. مرحلة الاحتفاظ Maintenance stage

الحفاظ على نتائج التغيير هي المرحلة التي يعمل الناس على الوقاية من الانتكاسة وتعزيز المكاسب التي تحققت أثناء العمل. تمتد هذه المرحلة من 6 أشهر إلى فترة غير محددة بعد العمل الأولي. تبقى خالية من المشكلة و/ أو الانخراط باستمرار في السلوك جديد

غير المتوافق لأكثر من 6 أشهر هذه هي معايير مرحلة الحفاظ ( Norcross, Krebs & Prochaska, 2011, p.144).

هكذا تبدو هذه المرحلة مهمة لتعزيز المكاسب التي يحققها الأفراد فيها والوقاية من العودة للسلوك (شيلي، 2008، ص. 152).

وبفترض النموذج عبر النظري أن عمليات التغيير فعالة بشكل مختلف في مراحل معينة من التغيير. وبصفة عامة، فإن عمليات التغيير المرتبطة التقليدية بالإقتناعات تجريبية ومعرفية ونفسية تحليلية هي الأكثر استعمالاً خلال المراحل السابقة ما قبل التفكير والتفكير. إن عمليات التغيير تقليدياً مرتبطة بالتقاليد الوجودية والسلوكية، على النقيض من ذلك، هي الأكثر استعمالاً في مرحلتي العمل والحفاظ على النتائج. على سبيل المثال، يتم استخدام رفع الوعي في المراحل الأولى من التغيير لمساعدة العملاء التقدم في مرحلتي ما قبل التفكير والتفكير. التركيز على هذه العملية يساعد العملاء على زيادة وعيهم بمزايا التغيير والفوائد المتعددة للعلاج النفسي. وبالمثل، فإن عمليات الإغاثة المثيرة (الإثارة العاطفية)، مثل الحزن المتوقع ومواجهة الخوف أو الذنب أو التأسف التي قد يتأتى من عدم تغيير، وإعادة التقييم الذاتي، قد تشجع العملاء على التفكير في الصور الإيجابية لتحسين وتصور كيف يمكن أن يشعروا بأنفسهم إذا لم ينشطوا التغيير، وتستخدم لمساعدة المرضى للرفع من دافعيتهم للتغيير.

لقد أثبت هذا النموذج فعاليته في تغيير العادات المضرّة بالصحة رغم اختلاف رأي الباحثين حول نتائج تطبيقه المختلفة، استعمل للتوقف عن التدخين وتعاطي المخدرات وضبط الوزن وتعديل النظام الغذائي والممارسة الجنسية الآمنة والمواد الواقية من الشمس والمحافظة على ممارسة التمارين الرياضية والتصوير الاشعاعي للثدي الدوري (Prochaska et al., 1992) (نقلا عن شيلي، 2008، ص. 153).

لكن رغم أن النموذج قد حقق نتائج في تغيير السلوك الخاص بمرحلة معينة للوقاية من سلوكيات معينة إلا أنها تبقى نتائج متباينة من حالات لأخرى.

وما يهمنا هو تأكيد اصحاب النموذج ان تغيير السلوك من السكون الى الحركة (كالتمرين الجسدي) والالتزام بسلوك صحي ( مثل الاكل الصحي والبحث عن معلومات حول المواد الصحية)، والبحث عن المعلومة الصحية لتفادي الوقوع في الامراض وغيرها من السلوكيات كالتدخين وتعاطي الكحول...، كلها تتطلب الدافعية نحو تبني سلوكيات صحية للاعقاد في فوائدها والاعتقاد انع ولقبها مضرّة بالصحة، كما تتطلب الاعتقاد في فعالية الذات وفي تحقيق نتائج ايجابية من تبني مثل هذه

السلوكيات لما تعود على الفرد بالفائدة على المدى القصير اي عدم الاصابة بالمرض وعلى المدى البعيد اي امتداد طول الحياة في صحة جيدة.

### 9. تقييم بعض نماذج علم النفس الصحة

نركز في هذا الجزء على تقييم نجده غاية في الأهمية وهو Weinstein الذي قدم عرضا يجلب الانتباه للمقارنة أوجه التشابه والاختلاف بينها، قام بدحض الدراسات وأوجه النظر المدعمة لكل نموذج المستعملة في المجال الوقائي وهذا ما يهما في البحث الذي نحن بصدد إجرائه (pp.324-331).

قام Weinstein (1993) بتقييم أربعة نماذج السلوك الوقائي الصحي، يتعلق الأمر بنموذج المعتقدات الصحية HBM ونموذج الدافعية للحماية PMT ونموذج الفعل المبرر TRA ونظرية المنفعة المتوقعة الذاتية SEUT (علما أن آخر النموذجين لم يطورا لتفسير السلوك الصحي الواقعي). والهدف من هذه الدراسة هو تحديد نقاط الاختلاف بينها ومقارنتها.

أولاً: تفترض هذه النظريات وجود معتقدات حول عوامل الخطر المتعلقة بالصحة والسلوكيات الوقائية الصحية وهي تشترك في عدة نقاط رغم أنه نادرا ما يعترف بها.

ثانياً: كمجموعة تعتبر هذه النظريات من النماذج الأكثر استعمالا في البحث حول السلوك الصحي. في دراسة لقاعدة البيانات PsychLit database (SilverPlatter, INC, 1992) حول 250 مقالا نشرت بين 1974 و1991 والتي تتناول في عناونها واحدة من النظريات الأربعة، بينما تشير 10 مقالات الى أكثر من نظرية واحدة، و4 منها تناولت المقارنة الامبريقية.

اجريت عدة دراسات لاعادة النظر في النماذج حول السلوك الصحي الواقعي من بينها هذه النماذج الأربعة التي حظيت بنفس الدراسة (Glanz, Becker, 1991 ; Cummings, Becker, & Maile, 1980 ; Lewis, & Rimer, 1990 ; Hays, 1985 ; Mullen, Hersey, & Iverson, 1987 ; Nelson, & Moffit, 1984 ; Wallston & Wallston, 1988) ولكنها تجاهلت نقاط التقارب بينها ماعدا دراسة (Sutton, 1987) بالتالي لم تعرض تفاصيل حولها كما سوف يعرض هنا، الهدف ليس المقارنة بين هذه النماذج ولكن تحديد للباحثين لنقاط الضعف والقوة الخاصة بكل نموذج.

**المحتوى العقلي والدافعية للقيام بالفعل:** تفترض النماذج الأربعة أن توقع نتيجة سلبية متعلقة بالصحة والرغبة في تجنب هذه النتيجة أو التخفيف من تأثيرها يخلق الدافعية لحماية الذات. وأدرج توقع المعارض للنتيجة في عبارة الخطورة المدركة للعواقب الصحية perceived severity في نموذجي المعتقدات الصحية HBM وكذا نموذج الدافعية للحماية PMT، وفي عبارة المنفعة السلبية negative utility في نظرية المنفعة المتوقعة الذاتية SEUT، وفي عبارة التقييم السلبي negative evaluation في نموذج الفعل المبرر TRA. فهي عبارات تحمل نفس المعنى، كما ان الأسئلة المدرجة لتقييم هذه العبارات لا يمكن التمييز بينها من نظرية لآخرى.

كما تتفق النماذج على أن تأثير النتيجة السلبية negative outcome على الدافعية للفعل تتوقف أيضا على المعتقدات حول احتمال حدوث هذه النتيجة. ويشير هذا الاحتمال عادة الى الاستعداد المدرك perceived vulnerability أو القابلية المدركة perceived susceptibility في نموذجي المعتقدات الصحية HBM وكذا نموذج الدافعية للحماية PMT، والاحتمال الذاتي subjective probability في نظرية المنفعة المتوقعة الذاتية SEUT، والتوقع expectancy في نموذج الفعل المبرر TRA. كما أن هذه العبارات هي أيضا تحمل نفس المعنى، تم تقييمها بأسئلة في الاساس متبادلة(في بعض الاحيان يساء تفسير القابلية، كقابلية عامة للمرض بدلا من الاشارة الى احتمال نتائج خاصة، يمكن ان يكون هذا التفسير مناسباً إن كان هناك احتياط في المسألة(مثل التمارين أو الحماية الجيدة، تهدف لتحسين الصحة العامة). يمكن استعمال الخطورة severity (SEV) للإشارة الى تقييم الفرد للنتيجة الصحية التي يمكن أن تحدث، الاحتمال probability (PROB) للإشارة الى احتمال المدرك بان النتيجة سوف تحدث.

واستنادا لهذه النظريات تنشأ الدافعية للقيام بالفعل [الصحي] عن طريق التوقع بأن الفعل يمكن أن ينقص احتمال أو خطورة الضرر. وحسب نظرية المنفعة الذاتية المتوقعة SEUT ونظرية الفعل المبرر TRA يمكن أن تتحدد الفائدة المتوقعة من الفرق بين:

- (أ) المعتقدات حول حجم واحتمال الضرر بافتراض عدم تغير السلوك،  
 (ب) والمعتقدات حول نفس الأمور المحتملة لتبني طريقة وقائية.

في التطبيق، رغم أن الدراسة اعتمدت على نظرية الفعل المبرر TRA ، كثيرا ما نتساءل حول السلوك الحالي(Sutton, 1987) وأحيانا يمكن أن تبرز التساؤلات لكون النتائج تصاغ في عبارات تغيرات يمكن أن تحدث حول فعل منصوح به (Brubaker, & Wickersham, 1990) مثلا يمكن أن توصف النتيجة، اما كشف مبكر للسرطان ويمكن أن تقدر باحتمال( بمعنى يمكن أن يكون الكشف مبكرا) والرغبة(بمعنى فائدة ان يكون الكشف مبكرا). ومع ذلك غالبا ما يتغاضى الباحثون على اعتبار السلوك الحالي ويتساءلون حول العواقب غير المنطقية للفعل. على سبيل المثال يمكن للفحص الذاتي للخصي أن يؤدي الى علاج السرطان والشفاء من بدايته (Steffen, 1990, p.690) ولكن لا يحدد هذا التقدير اذا ما كان الأفراد يفكرون في احتمال الشفاء من السرطان حين يجرون الفحص الذاتي بشكل أكثر من عدم اجرائه. هكذا تسمح نظرية TRA بقياس التوقعات حول السلوك الحالي والسلوك البديل تحت ظروف معينة(باعتبار نتائج التغيرات).

عكس ذلك يأخذ نموذج HBM ونظرية PMT بعين الاعتبار احتمال وخطورة النتائج الصحية في حالة لم يتغير السلوك الحالي وتستعمل متغيرات أخرى للإشارة الى الفعالية المدركة أو فعالية الاحتياط precaution efficacy (EFFECT).

كما تعتبر النظريات الاربعة الفوائد المدركة expected benefits في خفض الخطر يمكن وزنها مقارنة بالتكاليف المتوقعة (COST) للتنبؤ بالتغيرات في السلوك. وهي بالنسبة لها تتضمن التكلفة الوقت، المجهود، المال والازعاج والخسارة والرضا عن السلوك الحالي.

تستعمل في HBM عبارة التكاليف او العوائق لتقييم التكاليف.

وتتميز PMT بشكل واضح بين الكلفة المدركة لاداء سلوك واقى وبين الفعالية الذاتية المدركة (SE) في اداء هذه النتيجة وخسارة المكافآت rewards الداخلية الحالية (IR) والمكافأة الخارجية (ER) التي يمكن ان تتبع تغيير السلوك.

تختلف TRA مع HBM وPMT باعتبارها لمجموعة واسعة من النتائج للاستمرار في السلوك الحالي) وليس فقط احتمال المشكلات الصحية) وباعتبارها ايضا لمجموعة واسعة من السلوك البديل) ليس بالتكلفة الظاهرة وخفض الخطر الصحي فقط) وهي نتائج ليست محددة مسبقا تظهر من خلال الدراسة.

كما يمكن تحديد التأثير المحتمل للنتيجة على الدافعية للقيام بالفعل عن طريق القيمة (VALUE) المتوقعة وبالتوقع (يعني PROB) امكانية حدوث النتيجة.

تظهر النتائج في TRA كتكاليف، بعضها نتائج صحية وأخرى غير الصحية (مثل التخوف من المرض). بالتالي تأخذ هذه النظرية بعين الاعتبار احتمال وخطورة النتائج الصحية عكس ما يراه بعض الباحثين. فهي تعطي اهمية ايضا للتأثير الاجتماعي، كتأثير الافراد في اداء الفرد لسلوك ما (كالمعتقدات معيارية). وكيف تكون لديه دافعية للتوافق motivated to comply (MC) مع الكل حسب ادائهم.

هكذا تقوم النظريات كلها بتقدير السلوك الواقي الذي يمكن ان يحدث لدى الافراد والجماعات العلاجية. بينت عدة دراسة وجود علاقة ارتباطية بين السلوك المتنبأ به والسلوك الملاحظ وهي تبدو مقنعة ولكنها لا تحدد نسبة الناس الذين بإمكانهم القيام بالفعل هل 20% او 50% أو 80%.

التكاليف Costs:

حددت النظريات عدة عوامل ذات الصلة بالتكاليف. يفترض نموذج HBM ضمناً بأن المسألة العامة حول التكاليف أو العوائق للقيام بالفعل يمكن أن تكون كافية أو تضاف كل أنواع التكاليف لبعضها البعض.

وتصنف PMT متغيرات مختلفة تتعلق بفقدان المكافأة rewards lost الداخلية والخارجية بالتخلي عن السلوك الحالي. هكذا يمكن البحث في هذه المتغيرات معا ثم اختيار متغيرات معينة منها، على سبيل المثال يمكن أن تكون للمكافآت الداخلية تأثيرا كبيرا على السلوك مقارنة بالمكافآت الخارجية كالكلفة المالية التي يتم تجربتها مرة واحدة فقط.

فعالية الذات self efficacy تختلف PMT عن HBM وعن SEUT وعن TRA في الإشارة الواضحة لفعالية الذات لـ Bandura (1977) فهي تقدر بأسئلة تشير الى توقع الأفراد لمشكلات مع حدث ما في اتخاذ الحذر أو في الشك حول قدرتهم على تغيير أنماط الحالية للسلوك (Rogers, Beck & Lund, 1981 ; 1983) وأشاروا الى الفرق بين فعالية الذات والنتيجة الفعالة، وتم تجاهل التشابه بين فعالية الذات والعوائق للقيام بالفعل. من المتوقع أن يواجه الناس مشكلات في اتخاذ التدابير الوقائية (كاستعمال كاليسيوم اضافي يوميا يمكن أن يكون صعبا بالنسبة لي) (Wurtelle, 1988, p.631). بالتالي يمكن ان تسمى بالتكاليف أو العوائق للقيام بفعل في نظريات اخرى وليس بفعالية الذات.

### خلاصة

قدمنا في هذا الفصل عرضا حول نماذج علم النفس الصحة المفسرة للمعتقدات كعوامل تتبأ بالسلوك الصحي، وهي تبدو غاية في الأهمية، إذ أنها شكلت اهتمام السياسة الصحية والباحثين في حقل الصحة، غايتها فهم كيفية اختيار الأفراد للسلوكيات الصحية سواء كانت ايجابية تحافظ على الصحة أو خطيرة قد تؤدي الى تبني سلوكيات قد تؤدي الى اتباع اسلوب حياة غير مناسب قد يعجل الاصابة بالأمراض الجسدية. ولعل أهمية هذه النماذج أنها تستخدم في تدخلات وقائية في مواقف مختلفة لتعليم الأفراد السلوكيات الصحية المناسبة وكيفية تأثير المعتقدات فيها، وتحديد المعتقدات التي تعيق تبني مثل هذه السلوكيات. ومن خلال عرض النماذج المعرفية الاجتماعية يمكن ان نتبأ بالسلوك الصحي لدى الافراد من خلال الدافعية الصحية التي تجمع بين مفاهيم متنوعة (العوائق، الفوائد، القابلية، والخطورة والعوامل الخارجية والداخلية المحفزة او المفجرة للسلوك الصحي وكذلك المعايير التي يدركها الفرد ويحاول اتخاذها كمرجعية لتبني سلوك صحي) كما يمكن التنبؤ بنفس السلوك بواسطة فعالية الذات الصحية، عبارة عن توقع الفرد على قدرته لاتخاذ سلوك صحي أو تغيير سلوكه الحالي باعتبار الفوائد التابعة له. وهذا ما نركز عليه في البحث الحالي الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية وتأثيرها على السلوك الصحي لدى الطلبة.

## الفصل الثالث السلوك الصحي

## تمهيد

شرع البحث في السلوك الصحي منذ الخمسينيات وشكّل موضوع دراسة في العديد من الأبحاث انطلاقاً من سنوات السبعينات، ويتعلق البحث في السلوك الصحي بتحديد السلوكيات الوقائية وطرق التي تؤثر في السلوكيات الصحية للأفراد، يتعلق الأمر بفهم الصحة البدنية والمرض وتطبيق هذه المعرفة في الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل بالنسبة للمرضى.

ظهر مفهوم السلوك الصحي في التراث الأدبي في الخمسينيات من القرن العشرين في البحث وان لم يكون بهذه العبارة إلا أن الدراسات تناولت تأثير عادة التدخين على الصحة في بريطانيا وأمريكا. حسب Giroux بدأت أول دراسات طولية في وقت واحد تقريبا حول عادة التدخين كعامل خطر للإصابة بسرطان الرئة وأمراض القلب والأوعية الدموية، وهي دراسات Bradford Hill et Richard Doll في بريطانيا العظمى، وCuyler Hammond et Daniel Horn في الولايات المتحدة، وكلاهما بدأ في عام 1950، ولكن قبل كل شيء، من ناحية أخرى الدراسة مسحية بـ Framingham التي تم تنفيذها تدريجياً بين عامي 1947 و 1949 (Giroux, 2011, p.300). اعتمدت منظمة الصحة العالمية على هذه الدراسات كقاعدة لإبراز خطورة العادة السلوكية التدخين على الفرد والعائلة والمجتمع بترجمة ونشر مقالات هؤلاء الباحثين وذلك في Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante (1999).

وتبلور مفهوم السلوك الصحي بمختلف أبعاده الايجابية والسلبية على يد مجموعة من الباحثين من خلال دراسة لعدد من الممارسات الصحية في مقاطعة ألميدا. حيث قام Breslow و Belloc (1972) بدراسة ركزت على تأثير أسلوب الحياة على كل من الصحة الجسمية والمرض وأجريت الدراسة على 7000 متخصصاً من الجمهور العام من الراشدين المقيمين في مقاطعة Alameda ألميدا بولاية كاليفورنيا الأمريكية، وتم استخدام اختبار يتكون من 23 بنداً، حددا الباحثان 7 أنماط من السلوكيات الصحية المهمة وهي: النوم لمدة 7-8 ساعات في الليل - عدم التدخين - تناول الإفطار في كل يوم - عدم تناول الكحول أكثر من مرة أو مرتين في اليوم - ممارسة الرياضة بشكل منتظم وتجنب الأكل بين الوجبات. وجد الباحثان أن عدد الأمراض كان ينخفض كلما زادت ممارسة الفرد للعادات الصحية الجيدة، وارتبطت ممارسة العادات الصحية الجسدية بزيادة التمتع بالنشاط والطاقة والشعور الجيد وقلة التعرض للعوامل المعوقة للأداء الفعال (تايلور، 2008، ص.110).

ودفعت هذه الدراسة ودراسات أخرى الكثير من الباحثين في الميدان لدراسة العوامل الفردية المنذرة التي تقف خلف أمراض معينة وهي تقوم مقام الأسباب، ومن تم البدء في التفكير في المفهوم السلوك الصحي كتكوين واسع له مكونات وأبعاد متعددة. وفي الوقت الراهن يلعب السلوك دوراً خاصاً في الحفاظ على الصحة، وقد جلب اهتمام الكثير من الباحثين والمختصين إذ تغيرت أسباب الوفاة، بعد أن كانت

الأمراض المعدية السبب الرئيسي لحدوث وفاة الأفراد أصبح في الوقت الحالي سلوك التغذية وعادات الطعام من أهم أسباب الوفاة، وفي نفس الوقت يمكن ان يخفض الاهتمام بالسلوك الصحي سليم كالغذاء الصحي والنشاط البدني، وعدم التدخين والرعاية الطبية المستمرة من معدل الوفيات.

اعتمدت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون في 22 ماي 2004 الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة. تتعلق هذه الإستراتيجية بحث الدول الأعضاء اتخاذ كل التدابير والإجراءات للحد من انتشار الأمراض غير السارية (غير المتقلبة) non transmissibles والمخاطر المتصلة بالنظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني. في هذا الصدد أقرت منظمة الصحة العالمية أن الأمراض غير السارية تؤدي إلى مشكلات صحية كالسمنة والأمراض القلبية الوعائية وبعض أنماط السرطان والأمراض التنفسية المزمنة بأرواح 60% من الوفيات السنوية البالغ عددها 58 مليون وفاة ما يعادل 35 مليون وفاة في العالم خلال 2005 من جراء هذه الأمراض. 23% منها حدثت في الإقليم الإفريقي و78% في أمريكا و52% في الشرق المتوسط، و68% في أوروبا، و54% في جنوب شرق آسيا و78% في غرب المحيط الهادي هذا بصرف النظر عن الحالة الاقتصادية لهذه الأقاليم. إمكان تدخلات رخيصة وعالية المردود أن تمنع نسبة 80% من أمراض القلب والسكري من نمط 2 ونسبة 40% من السرطانات، وتوجد بيانات علمية قوية تدل على ان النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني الكافي عنصران رئيسيان من عناصر الوقاية من الأمراض المزمنة (منظمة الصحة العالمية، 2009، ص.3).

أشارت منظمة الصحة العالمية أن الإستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة ليست برنامجا وطنيا ولكنها أداة شاملة تستهدف بها الدول الأعضاء في الجهود التي تبذلها من اجل الوقاية من الأمراض المزمنة، وهي تتناول بالتحديد نقاط عمل خاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني.

يتضمن نمط حياة الفرد العديد من السلوكيات التي تعتبر بمثابة عوامل خطر تؤدي إلي المرض، فالعديد من الأشخاص يتناولون أغذية غير صحية غنية بالدسم وفي نفس الوقت يتناولون أطعمة كثيرة ويتناولون كميات كبيرة من الكحول مما يؤدي إلى مشكلة السمنة وعدم البحث عن الاستشارة الطبية، وإجراء فحوصات طبية دورية، وفي المقابل تقل ممارسة الرياضة والحركة وتصدر لديهم تصرفات غير آمنة تؤدي إلى خطورة لبقائهم على قيد الحياة.

وانطلاقا من هذه المعطيات نتساءل ما هو السلوك الذي يحافظ على الصحة؟ هذا ما نسعى لعرضه في هذا الفصل بتحديد السلوك الصحي وأبعاده وطبيعة السلوكيات الصحية الايجابية والسلبية.

## 1. تعريف السلوك الصحي

عرّف Cobb و Kasl (1966) لسلوك الصحي " كل نشاط يقوم به الفرد يعتقد انه في صحة جيدة بهدف الوقاية من المرض او اكتشافه مبكرا قبل ظهور الأعراض " هذا التعريف له حدود تم التعرف عليها خلال العقدين الماضيين، بما في ذلك إغفال السلوكيات الصحية غير المحددة أو المحددة ذاتيًا. واستبعاد الأنشطة التي يقوم بها الأشخاص الذين يعانون من أمراض معروفة والموجهة نحو الإدارة الذاتية أو تأخير تطور المرض أو تحسين الرفاهية العامة ومع ذلك، فإن أهمية السلوك وأسلوب الحياة للصحة والرفاهية أصبح الآن معترفًا به على نطاق واسع (Wardle & Steptoe, 1991, p. 925).

السلوك الصحي حسب منظمة الصحة العالمية (1986) هو أي نشاط يقوم به أي الفرد، بغض النظر عن حالته الصحية الموضوعية أو الذاتية، بهدف تعزيز الصحة أو حمايتها أو الحفاظ عليها، سواء كان هذا السلوك فعالاً بشكل موضوعي بهدف تحقيق هذا الهدف ام لا ( Health Promotion Glossary, 1986) يمكن القول إن كل سلوكيات أو أنشطة الفرد تقريباً لها تأثير على صحته، في هذا السياق، من المفيد التمييز بين السلوكيات المعتمدة عمداً لتعزيز الصحة أو حمايتها والسلوكيات المعتمدة دون اعتبار العواقب الصحية. ينبغي التمييز بين السلوكيات الصحية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر، وهي سلوكيات مرتبطة بزيادة القابلية للتأثر لسبب محدد من اعتلال الصحة. ترتبط السلوكيات الصحية وتلك المشكلة خطر على الصحة معاً في مجموعة أكثر تعقيداً من السلوكيات تعرف بـ "أنماط الحياة" (OMS, 1999, p. 9).

تحتل مسألة السلوك الصحي وتمميته أهمية متزايدة ليس فقط فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وإنما بالجوانب النفسية أيضاً، وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين، وذلك في فهم الصحة وتمميتها وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي (رضوان وكونراد، 2001، ص.49).

وتعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرّة بالصحة والتنمية لها والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي خطوة أساسية نحو إيجاد الموارد المساعدة على تنمية الصحة وتطويرها، ومنه تحديد العوامل والاتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها.

عادة ما نربط السلوك الصحي بالأداء السلبي كتناول الكحوليات والتدخين أو تعاطي المخدرات، أو الأكل غير الصحي وسلوكيات أخرى. يمكن اعتبار السلوكيات الصحية مجموعة التصرفات التي ننخرط فيها لتحقيق حالة صحية جيدة، وللحفاظ عليها، وهي تشمل أيضاً التصرفات التي من شأنها أن تضمن الوقاية من الأمراض، ولذلك تشمل السلوكيات الصحية التصرفات الإيجابية (التوقف عن التدخين

أو المخدرات أو تقليل تناول الكحوليات أو تحسين النظام الغذائي أو ممارسة التمارين الرياضية بانتظام) وأيضا أداء السلوكيات الوقائية مثل تقبل فحص الصحة أو الانخراط في السلوكيات الوقائية (مثل تنظيف الأسنان وغسل اليدين)، لكن كيف ينخرط أو لا الفرد في السلوكيات الصحية؟ ترتبط العادات الصحية المؤدية لترسيخ السلوك الصحي بمعارف ومعتقدات الأفراد حولها، فمن يعتقد في أهمية عادة صحية ايجابية على حالته الصحية في المستقبل يلتزم بتبني سلوكيات ويتعود على نمط حياة ليحافظ على صحته أطول فترة ممكنة لتطول حياته والعكس صحيح.

بمعنى أوسع، يشير السلوك الصحي إلى تصرفات الأفراد والجماعات والمنظمات، فضلاً عن محدداتها وارتباطاتها وعواقبها، بما في ذلك التغيير الاجتماعي وتطوير السياسات وتنفيذها وتحسين مهارات التعامل وتحسين نوعية الحياة (Parkerson and others, 1993). يشبه هذا التعريف العملي للسلوك الصحي الذي اقترحه Gochman على الرغم من أن تعريفه أكد على الأفراد: فهو لا يشمل فقط الأفعال الظاهرة التي يمكن ملاحظتها، بل يشمل أيضاً الأحداث العقلية وحالات الشعور التي يمكن التصريح عنها وقياسها، عرّف السلوك الصحي بأنه " تلك الانسابات الشخصية للمعتقدات والتوقعات والدوافع والقيم والتصورات والعناصر المعرفية الأخرى، خصائص الشخصية، بما في ذلك الحالات الوجدانية والانفعالية والسمات، وأنماط السلوك الظاهر والأفعال والعادات التي تتعلق بالحفاظ على الصحة واستعادتها وتحسينها (Gochman, 1982, 1997). يتماشى تعريف Gochman مع تعاريف فئات معينة من السلوك الصحي الظاهر التي اقترحتها Kasl and Cobb في مقالاتهم الرئيسية (1966a, 1966b)، ويتضمن هذا التعريف ثلاث فئات من السلوك الصحي:

- أ. السلوك الصحي الوقائي: أي نشاط يقوم به فرد يعتقد نفسه (أو نفسها) في صحة جيدة، بغرض منع أو اكتشاف المرض في وضعية خالية من الأعراض.
- ب. سلوك المرض: أي نشاط يقوم به فرد الذي يدرك أنه مريض لتحديد الحالة الصحية، واكتشاف علاج مناسب (Kasl and Cobb, 1966a).
- ج. سلوك دور المرض: أي نشاط يقوم به فرد يعتبر نفسه مريضاً بغرض التحسن، ويشمل تلقي العلاج من مقدمي الخدمات الطبية، ويشمل عادة مجموعة كاملة من السلوكيات التابعة، ويؤدي إلى درجة معينة من الإعفاء الفرد من مسؤوليات المعتادة (Kasl and Cobb, 1966b) نقلاً عن (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008, p.12).

ويشير مفهوم السلوك الصحي حسب يخلف (2001) إلى أنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة" (ص.20).

هكذا نعتبر السلوك الصحي كل تصرف يؤدي إلى تأثير (إيجابي أو سلبي) على الصحة، يمارسه الفرد بإرادته وقد يدخل ضمن عاداته التي يحاول من خلالها الانخراط في سلوكيات ايجابية للتحكم في صحته وكذلك البحث عن سبل للوقاية من السلوكيات الخطرة المؤدية إلى الوقوع في الأمراض.

## 2. تعريف ترقية الصحة

تعرف ترقية الصحة حسب منظمة الصحة العالمية (WHO EMRO, 2019) بأنها "العملية التي تمنح الناس الوسائل اللازمة لكسب قدر أكبر من التحكم في صحتهم وتحسينها". يتطلب هذا تعزيز الصحة البدنية والعقلية والرفاهية الاجتماعية، وليس فقط مكافحة الأمراض والإعاقة، على النحو المحدد في دستور منظمة الصحة العالمية للصحة الذي يقر أن الصحة هي حالة كاملة من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية، ولا تتألف فقط من عدم وجود مرض أو عجز. ولتطبيق مفاهيم ترقية الصحة والتربية الصحية، من الضروري الآخذ بعين الاعتبار المخاطر المرتبطة بسلوك السكان وظروفهم المعيشية. كلما تلقى الأفراد تربية في مجال الصحة كلما زادت قدرتهم على حماية صحتهم. ومن الضروري دراسة السلوك لتقييم الاتجاهات المتعلقة بعوامل الخطر. ينبغي إجراء الدراسات تكون بمثابة قاعدة لوضع تدخلات لترقية الصحة والتربية الصحية. بالإضافة إلى تحسين المعرفة الصحية، من المهم أن يعيش الناس في بيئات داعمة وصحية، تدعمها سياسات عامة تهدف إلى الحد من التعرض للمخاطر، ولتحديد عوامل الخطر المرتبطة بالسلوك، يقوم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع مقر المنظمة ومراكز مراقبة الأمراض والوقاية منها في مراكز Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta بتحقيق دراسة عالمية حول الصحة المدرسية، وتركز الجهود المبذولة للحد من المخاطر على:

- مكافحة قلة النشاط البدني la sédentarité
- تنظيم الإعلانات لصالح الطعام والمشروبات غير الكحولية المخصصة للأطفال،
- تعزيز الأكل الصحي.

لإنجاح عملية ترقية الصحة التي تسعى منظمة الصحة العالمي لنشرها في كل الدول الأعضاء عبر القارات، يتطلب الأمر التدخل المبكر لدى فئات الأطفال، لكونها فئات تنمو في ظروف معينة وتثقيفها حول السلوكيات الصحية ومخاطرها تعمل مستقبلا على إنجاح التحكم في السلوكيات وتبني الصحية منها لدى الفئات الأكبر سنا، بالتالي تربية أجيال على سلوكيات صحية، تعلم يتفادون الأمراض المزمنة والإعاقة المحتملة التابعة للإصابة بها في سن متقدمة.

تهدف ترقية الصحة إلى تسهيل الحماية وتحسين الحالة الصحية لأفراد المجتمع (زيادة طول العمر، تحسين نوعية الحياة، الوقاية أو التقليل من آثار الأمراض على الأفراد المصابين بها وعلى القائمين على رعايتهم) فهي تتدخل على مستويين هما: تحسين العوامل المحيطة، تعديل العوامل السلوكية، فالتدخلات السلوكية لها هدف رئيسي لتحسين أنماط حياة الأفراد والتي تقترح إجراءات معينة، أولا: تغيير من المفاهيم

والمعتقدات والمواقف والتمثلات (التصورات) وثانياً: تعزيز المعرفة والمعلومات حول مخاطر وأسباب وعواقب الأمراض.

### 3. أبعاد السلوك الصحي

أشار يخلف (2001) إلى أن السلوك الصحي يتضمن ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

- **البعد الوقائي:** ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلاً أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء فحوص دورية.
- **بعد الحفاظ على الصحة:** ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كإقبال على الأكل الصحي مثلاً أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوص بها.
- **بعد الارتقاء بالصحة:** يشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة. فالسلوك الصحي مثله مثل السلوكيات الأخرى يكتسب نتيجة لتعرض الفرد لخبرات تعليمية معينة أثناء عملية التنشئة الاجتماعية، وذلك من خلال النمذجة وتقليد العادات الصحية للأصدقاء والأقارب، وكذلك من خلال آليات الملاحظة الاجتماعية (ص.21).

يشمل السلوك الصحي الأنماط الإيجابية والوقائية:

✓ أبعاد السلوك الصحي الإيجابية والمحسنة للصحة وتشمل السلوكيات كممارسة التمرينات الرياضية والنشاط البدني والسلوك الغذاء أو الحمية وضبط الوزن وسلوك النوم الصحي وعدم التدخين وعدم تعاطي المخدرات والكحوليات.

✓ أبعاد السلوك الصحي الوقائي ويشمل على الممارسات السلوكية مثل السلوكيات الخاصة بتدابير الأمان والفحص الدوري أو الذاتي وسلوك التعرض لأشعة الشمس.

✓ أبعاد السلوك الصحي لدى المرضى وتشمل على الممارسات السلوكية كاستخدام الخدمات الصحية والالتزام بالتعليمات العلاجية.

ولا يتوقف السلوك الصحي على الفرد فحسب بل يرتبط بظروف أخرى قد تسهل تبنيه أو العكس.

في هذا الصدد أشار مازن عبد الهادي أحمد وآخرون أن هناك خمسة عوامل مهمة يمكن أن تحدد أنماط السلوك الصحي وهي:

- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن وتاريخ الحالة والمعارف والاتجاهات... الخ).

- العوامل المتعلقة بالحماية والمجتمع (المهنة والتأهيل أو التعليم وتوقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص والدعم الاجتماعي...الخ).
  - العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى المحافظة أو القطر (العروض المتوفرة وسهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية ومنظومات التواصل العامة...الخ).
  - العوامل الثقافية والاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية والأنظمة القانونية...الخ).
  - عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية...الخ).
- (مازن عبد الهادي أحمد، النفاخ نزار حسين جعفر، الجنابي سلمان وعكاب سرحان، 2008، ص.89).

ولا تتوقف ممارسات السلوك الصحي على الأسوياء فقط بل تمتد إلى المرضى، فعندما يحدث المرض يستوجب ذلك قيام المرضى بسلوكيات صحية كالتوجه لاستشارة الأطباء، الالتزام بالتعليمات الطبية في الفحص والعلاج لتفادي تعقيدات الأمراض.

#### 4. أنواع السلوك الصحي

لا يقتصر السلوك الصحي على أنواع سلوك مفيدة للصحة، وإنما يقصد به جميع أنواع السلوك المرتبطة بالصحة ايجابية كانت أم سلبية، يتخذها الفرد كنمط في حياته التي سوف تحدد حالته الصحية مستقبلاً، فإذا كانت سلوكيات مفيدة سوف تقيه من الوقوع في الأمراض وإذا كانت سلبية سوف تعجله مع مرور الوقت وتقدمه في السن، قد يصاب بأمراض قد تكون مزمنة.

يشمل نمط حياة الشخص النموذجي العديد من السلوكيات التي تشكل عوامل خطر للمرض والإصابة. على سبيل المثال، الملايين من الأميركيين يدخنون السجائر، ويشربون بشكل مفرط، ويتعاطون المخدرات، ويأكلون حمية غنية بالدهون وعالية الكوليسترول، ويأكلون أكثر من اللازم ويزيدون في الوزن، ويمارسون نشاطاً بدنياً قليلاً للغاية، ويتصرفون بطرق غير آمنة، مثل عدم استخدام حزام الأمان في السيارات، يدرك الكثير من الناس هذه المخاطر ويقومون بضبط سلوكهم لحماية صحتهم. ويمكن للراشدين الذين لديهم أنماط حياة صحية تشمل ممارسة الرياضة وتناول الوجبات الغذائية التي تحتوي على الفواكه والخضروات وعدم التدخين وعدم شرب الكثير، أن يتوقعوا العيش لمدة 12 عاماً أكثر مما كانوا يتوقعون (Kvaavik et al., 2010) كل من هذه السلوكيات الأربعة تزيد من احتمال حياة أطول (Sarafino & Smith, 2011, p. 132).

واستناداً Matarazzo وأتباعه (1984) يوجد نوعان من السلوكيات الصحية هما:

أ. سلوكيات المخاطرة Les comportements à risque

وهي سلوكيات ذات منشأ مرضي وترفع من احتمال الإصابة بالمرض (التدخين، شرب الكحول، استهلاك الكثير من المواد الدسمة أو السكريات...الخ).

#### ب. سلوكيات صحية أو وقائية Les comportements sains ou protecteurs

هي سلوكيات التي تقلل من خطر الإصابة بالمرض (ممارسة التمرين الرياضي، إتباع التعليمات الطبية، استشارة الطبيب بانتظام، النوم بصورة كافية، وضع حزام الأمان، تنظيف الأسنان بانتظام، وضع الكريمة الواقية من الشمس، أكل الفواكه والخضر، استعمال الواقي) ولقد تم تعريف هذه السلوكيات الصحية (Kasl et Cobb, 1966) على أنها الأفعال التي يدركها كفوائد والتي ينفذها بهدف الوقاية من الأمراض أو الكشف عنها في مرحلة مبكرة، فيدرك الأفراد بأن هذه السلوكيات يمكن أن تساعدهم على البقاء بصحة جيدة، فيقومون بتبنيها بصفة شعورية، ولا يتعلق هذا التعريف إلا بالوقاية الأولية وليس السلوكيات الصحية لدى الأفراد المصابين أصلا بالأمراض، بالتالي السلوكيات الصحية هي التي تسمح بالوقاية أو الكشف عن المرض ولكن أيضا بالحماية من المخاطر وتعزيز أو تحسين الحالة الصحية المرضية (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, pp.399-400).

ومنذ اعتماد منظمة الصحة العالمية لإستراتيجية الارتقاء بالصحة في الدول الأعضاء ارتفع العمر المتوقع بنسبة 5 سنوات بين 2000 و2015 وهي أسرع زيادة منذ الستينيات (OMS, 2016).

وما يهمننا في البحث الحالي هو السلوكيات الصحية المفيدة للصحة أي الوقائية، والتي تعتبر بمثابة عوامل تقي الأفراد من الأمراض وهي بسيطة وغير مكلفة لكن نتائجها غاية في الأهمية، يكفي ان نذكر منها الوقاية من تأخر الأمراض المزمنة الى سن متقدمة وربما الى سن متأخرة، ورفع طول مدة الحياة مثل النشاط البدني والأكل الصحي وغيرها.

#### 1.4, السلوكيات الصحية الوقائية

السلوك الصحي هو أي نشاط يقوم به الناس للحفاظ على صحتهم أو تحسينها، بغض النظر عن حالتهم الصحية المدركة أو ما إذا كان السلوك يحقق هذا الهدف بالفعل. لاحظ الباحثون أن الحالة الصحية للأشخاص تؤثر على نوع السلوك الصحي الذي يقومون به ودوافعهم للقيام بذلك (Kasl & Cobb, 1951; Parsons, 1966a, b) نقلا عن (Sarafino & Smith, 2011, p. 133).

السلوك الجيد هو أي نشاط يقوم به الأفراد للحفاظ على صحة جيدة أو تحسينها وتجنب المرض. يمكن أن تشمل هذه الأنشطة ممارسة الأفراد للنشاط الصحي، وتناول وجبات صحية، وإجراء فحوصات منتظمة للأسنان، والحصول على لقاحات ضد الأمراض. لكن عندما يكونون في حالة جيدة، قد لا يشعرون بالميل إلى تكريس الجهد والتضحية التي ينطوي عليها السلوك الصحي وبالتالي، يعتمد الانخراط

في السلوك الصحي على عوامل الدافعية motivational factors، لا سيما فيما يتعلق بإدراك الأفراد لخطر الإصابة بالمرض، وقيمة السلوك في الحد من هذا التهديد، والانجذاب نحو السلوك المعاكس. غالباً ما يُنظر إلى بعض السلوكيات غير الصحية مثل الشرب أو التدخين، على أنها ممتعة أو الشيء "المطلوب فعله" نتيجة لذلك، لا يقاوم العديد من الأفراد بدء السلوكيات غير الصحية وقد يرفضون الجهود أو النصائح للإقلاع عنها (Sarafino & Smith, 2011, p. 133).

تشير الدلائل إلى أن السلوكيات الصحية مثل التغذية الجيدة والنشاط البدني المنتظم وعدم التدخين يمكن أن تبقى الفرد بصحة جيدة حتى يبلغ من العمر 60 أو 70 أو 80 عاماً إذا تم التحكم في المخاطر الأخرى. وفر العمل المنجز في السنوات الأخيرة فهما أفضل لفوائد التغذية الجيدة والنشاط البدني، فضلاً عن التدابير الفردية وتدخلات الصحة العامة، ولا تزال هناك حاجة لمزيد من البحوث، لكن المعرفة الحالية تستدعي بالفعل اتخاذ إجراءات عاجلة للصحة العامة (OMS, 2004, p.10). ويمكن للراشدين الذين لديهم أنماط حياة صحية تشمل ممارسة الرياضة وتناول الوجبات الغذائية التي تحتوي على الفواكه والخضروات وعدم التدخين وعدم شرب الكثير، أن يتوقعوا العيش لمدة 12 عاماً أكثر مما كانوا يتوقعون (Kvaavik et al., 2010) كل من هذه السلوكيات الأربعة تزيد من احتمال حياة أطول (Sarafino & Smith, 2011, p. 132).

من يمارس السلوك الصحي ولماذا؟ نحن بعيدين عن الإجابة الكاملة على هذا السؤال، ولكن هناك اختلافات بين الجنسين، وأخرى ثقافية واجتماعية، وعمرية في ممارسة السلوكيات الصحية (Schoenborn, 1993; NCHS, 2009a) حالياً وجدت دراسة استقصائية دولية للبالغين في البلدان الأوروبية أن المرأة تؤدي سلوكيات صحية أكثر من الرجل (Steptoe et al., 1994). أحد أسباب هذه الاختلافات هو أن الناس يبدو أنهم يؤدون سلوكيات بارزة بالنسبة لهم (Sarafino & Smith, 2011, p. 134).

#### 1.1.4. النشاط البدني

يتم تعريف النشاط البدني على أنه أي حركة جسدية تنتجها عضلات الهيكل العظمي والتي تؤدي إلى إنفاق الطاقة أكثر من انفاقها في وضعية الراحة. التمرين عبارة عن مجموعة فرعية من النشاط البدني تم التخطيط له وهيكلته وهو يتكرر بهدف لتحسين أو الحفاظ على اللياقة البدنية (Exercise and physical fitness, 2009; Exercise for children, 2009; WHO, 2010). التمرين الجسدي هو مجهود بدني للجسم يجعله يمارس النشاط البدني وهو يترجم بمستوى من اللياقة البدنية صحية، أو أكثر صحية أي صحة عقلية وبدنية في نفس الوقت. إن فيسيولوجيا التمرين هي فرع في علم الحركة kinesiology الذي يعالج الاستجابات البيولوجية قصيرة المدى للضغط والنشاط البدني وللكيفية التي يتكيف بها في مراحلها المتكررة مع مرور الوقت (Mburu-Matiba, 2015, p.3).

يرى Caspersen وآخرون (1985) ضرورة التمييز بين النشاط البدني والتمارين، يعرف النشاط البدني على انه كل نشاط جسدي بدون نية تطوير صحة جيدة، بينما يعرف التمرين على انه حركات جسدية مخططة مبنية ومتمكرة ومنفذة بغرض تحسين أو الحفاظ على مظهر او مظهرين للصحة الجسدية. بالتالي فالفرد ينوي القيام بالتمارين لأجل الوصول إلى هدف. بينما يرى Blair وآخرون (1992) التمييز بين التمرين والنشاط الجسدي حسب النتائج المنتظرة، قد يهدف الفرد إلى تحسين القدرات الجسدية (نشاط مكثف: التمرين) أو إلى تحسين الحالة الصحية (نشاط معتدل: نشاط). واعتبر (Paffenbarger & Hale, 1975) أيضا النشاط البدني حسب مكان ممارسته، فإذا تم تنفيذه في مكان العمل يعتبر نشاط مهني وإذا تم ذلك في وقت يحدده الفرد فهو نشاط ترفيهي، نقلا عن (Ogden, 2008, p. 174).

لكن يمكن اعتبار النشاط البدني كل حركة تنتج عن العضلات، لا يشمل ذلك التمرين والرياضة فحسب (Shephard, 1995) بل أيضا كل نشاط ضمن الهوايات وحتى الأعمال المنزلية (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 735). وعادةً ما يكون النشاط البدني ذا كثافة متوسطة ويمكن الحفاظ عليه لفترة طويلة (السباحة، والمشي، والتجوال)، ومن ناحية أخرى، يشمل أنشطة ذات كثافة عالية لفترة قصيرة جدًا (العدو، القفز على الحبل) (Wilmore & Costill, 2006). (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 136). ويعتبر التمرين رياضة وهي من أساسيات الرشاقة والأناقة والحفاظ على الصحة، بالتالي تحقق الرياضة فوائد عديدة يستفيد بها كل الفئات العمرية من الطفولة إلى الشيخوخة، حتى أن ممارسة الرياضة تزيد من العمر.

ويمكن تصنيف جميع الأنشطة أو الحركات الممكنة في أربع فئات رئيسية: النشاط البدني المنزلي (النظافة الشخصية، والتنظيف...)، ونشاط البدني في العمل (الخدمات على الطاولات، ونقل صناديق...)، والنشاط البدني للتنقل (المشي إلى العمل، وركوب الدراجات إلى المدرسة...). والنشاط البدني الترفيهي (الرياضة والرقص واللياقة البدنية...). لكن يمكن اعتبار النشاط البدني المنزلي وفي مكان العمل نوعان يصعب أن يتحكم الفرد فيهما بالتالي يصعب تغييرهما بينما النشاط البدني الذي يبرمج في أوقات الراحة والترفيه وذلك المتعلق بالتنقل يمكن للفرد التحكم فيهما.

النشاط البدني في المنزل	النشاط البدني في مكان العمل	النشاط البدني خاص بالنقل	النشاط البدني الخاص بالهواية
الغسل	ترتيب الادوات	الذهاب للعمل مشيا	المشي
تلبس الأطفال	اداء الخدمات على الطاولات	الذهاب للمدرسة بالدراجة	استعمال الدراجة
استعمال المكنسة الكهربائية	نقل الطرود	الذهاب لزيارة صديقة بالزلاجات الدوارة en patins à roulettes	التعبئة الجسدية الذاتية ] الرياضة]
التزيق	تجريف التربة	الخ	استعمال الهوكي على الجليد
قلب التربة	الخ		الرقص الاجتماعي
التسوق			الخ

الشكل(10): فئات النشاط البدني يحتمل أدائه يوميا (Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 171)

فيما يتعلق بالنشاط البدني في أوقات الفراغ، يعد القرار الفردي مكوناً أساسياً، حتى لو كان من الممكن أن تؤثر العوامل الداخلية أو الخارجية على الفرد، كانت قابلة أو غير القابلة للتعديل، بشكل كبير في أداء النشاط من عدمه في وقت الفراغ (Dishman, 1994). ومن بين المتغيرات التي تسمح بفهم أفضل لتبني النشاط البدني المنتظم، يمكن الإشارة للنية السلوكية، يتم تعريف النية، وفقاً لـ (Ajzen & Fishbein, 1980)، على أنها احتمال تحقيق السلوك في وقت محدد، هذا هو التعبير عن الدافعية، لقد وثق العديد من الباحثين أهميتها في التنبؤ بالنشاط البدني كما أشار إليه (Godin & Kok, 1996) (Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 172).

لكن لأجل قيام الفرد بنشاط بدني لفائدته المدركة على صحته، يفترض أن تتوفر لديه مميزات كالنية في أداء السلوك والدافعية ولكن سلوكه هذا يتحدد أيضا بمحددات اجتماعية ثقافية، برامج توعية لمصالح الصحة التي تبرز أهمية مثل هذه الأنشطة، برامج وطنية تتماشى والإستراتيجية المسطرة من قبل منظمة الصحة العالمية، فالهدف ليس الحفاظ على اللياقة فحسب وإنما الحفاظ على الصحة لأطول مدة ممكنة لما يحققه النشاط البدني من توازن جسدي وبيولوجي معروف لتجنب الأفراد الإصابة بالأمراض المزمنة.

إن التأثيرات النشاط البدني على الصحة الجسمية كثيرة اذ تعتبر الدراسات ان اكثر من نصف السكان في الدول الغربية تميزت بقلة النشاط البدني (Buckworth, ) population est sédentaire

حسب (Dishman, 2007) (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 136). وقدّرت نسبتهم بـ 3/1 حسب (Allied Dunbar Fitness, 1992 ; Statistique du centre National de la Santé des Etats Unis, 1996) نقلا عن (Ogden, 2008, p.175). بالتالي أصبحت مكافحة قلة النشاط البدني *sédentarité* مسألة الصحة العمومية في العالم وإستراتيجية اعتمدها منظمة الصحة العالمية للحد من انتشار الأمراض المزمنة.

وعادةً ما يكون النشاط البدني ذا كثافة متوسطة ويمكن الحفاظ عليه لفترة طويلة (السباحة، والمشي، والتجوال)، ومن ناحية أخرى، يشمل أنشطة ذات كثافة عالية لفترة قصيرة جداً (العدو، القفز على الحبل) (Wilmore & Costill, 2006). (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 136).

أشارت منظمة الصحة العالمية منذ زمن للتأثيرات الصحية للنشاط البدني (OMS, 2004) وهي تعتبر التمرين أحد المحددات المهمة لنفقات السعرات الحرارية وهو أساسي لتحقيق توازن الطاقة ولتجنب زيادة الوزن، فهو يقلل من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ومرض السكري وله تأثيرات وقائية مهمة ضد العديد من الحالات، وليس فقط تلك المرتبطة بالسمنة. الآثار المفيدة للتمرين على متلازمة الاستقلاب *syndrome métabolique* يمكن تفسيرها من خلال الآليات التي تعمل أكثر من منع زيادة الوزن، على سبيل المثال، فهو يقلل من ضغط الدم، ويزيد من مستوى الكوليسترول في البروتينات الدهنية عالية الكثافة، ويساعد على التحكم في نسبة السكر في الدم لدى الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن، حتى دون فقدان الوزن بشكل كبير، ويقلل من خطر الإصابة بسرطان القولون وسرطان الثدي. وفيما يتعلق بالتدريبات البدنية، يوصى بأن تمارس التمارين الرياضية طوال الحياة، تختلف النتائج الصحية تبعاً لشكل التمرينات: 30 دقيقة على الأقل من التمارين البدنية المعتدلة الكثافة يومياً تقريباً تقلل من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ومرض السكري، سرطان القولون والثدي، في حين أن التمارين لبناء العضلات وتعزيز التوازن تساعد في منع السقوط وتحسين الأداء الوظيفي لدى كبار السن. يلزم أحياناً بذل جهود مكثفة لتجنب زيادة الوزن. ويتطلب إدراج هذه التوصيات، بالإضافة إلى تدابير فعالة لمكافحة التبغ، في إستراتيجية عالمية تؤدي إلى خطط عمل وطنية وإقليمية التزاماً سياسياً مستداماً وتعاون العديد من الشركاء، هذه الإستراتيجية سوف تساعد بشكل فعال في الوقاية من الأمراض غير السارية (المزمنة) (OMS, 2004, p.11).

تجدر الإشارة أن الأدبيات أشارت إلى التأثيرات الإيجابية للتمرين الجسدي شريطة ان لا يكون مكثف لكون هذا الأخير يعكس التأثيرات الإيجابية ويحدث تعب ووهن واضطرابات قلبية وغيرها (ارجع إلى المراجع حول الموضوع والمدرجة في هذا الفصل)، المهم أن التمرين الجسدي يؤثر على عملية الايض أو الاستقلاب البيولوجي، في هذا السياق، نعلم أن هناك استقلاب محيطي واستقلاب عصبي مركزي، التمرين الجسدي يحدث تأثيراً على الأول وهذا الأخير يؤثر على الثاني بواسطة تحولات بيولوجية

من جراء التمرين، فنتج أحماض أمينية احد مكونات تركيب نواقل عصبية مثل السيروتين وهذا الحمض الاميني بإمكانه عبور الحاجز دم- مخ الذي لا يسمح بعبور كل المواد الا تلك المذابة في الدهون، بالتالي يؤثر الاستقلاب المحيطي على الاستقلاب العصبي المركزي من جراء التمرين الجسدي المنتظم.

لقد تبين ان التمرين الجسدي المنتظم يخفض تركيز الكليكوجين (سكر) في العضلات، احتياطي الطاقة لدينا، بالتالي فانخفاض في توافر ركائز الكربوهيدرات *substrats glucidiques* يدفع الجسم إلى استخدام تدريجيا ركائز الدهون والبروتين. تعتمد العلاقة المفترضة بين التعب والتمثيل الغذائي للبروتين على وجود صلة بين عملية الاستقلاب للأحماض الأمينية، وسلائف البروتينات واستخدامها كركائز للطاقة، وتوافر بعض العوامل العصبية الدماغية المشاركة في التعب، المحدد الرئيسي الذي هو الناقل العصبي السيروتين: يزداد تركيبه في نفس الوقت الذي يتم فيه إطالة التدريب وتكثيفه. من خلال آليات كيميائية حيوية معقدة، ينتج عن ذلك زيادة في إنتاج *tryptophane* في الكبد وتحسين في مروره عبر حاجز الدم في الدماغ *tryptophane* عبارة عن حمض أميني سلسلة متفرعة يعزز توافره تركيب السيروتونين، يشارك هذا الناقل العصبي في تنظيم العديد من السلوكيات، بما في ذلك الحالة المزاجية أو الشهية أو النوم وبالتالي، فإن الزيادة في السيروتين تؤدي إلى خفض الشهية والقلق. كما ان التمرين يزيد من نسبة الهرمونات التي تفرزها الغدة الكظرية مثل الكورتيزول، بشكل عام يحدث تغير في عمل الجهاز السمباتي، كما ان التمرين يزيد من تدفق الدم 25 ل/د، بالتالي تزيد تروية الدماغ (Guezennec, 2011, pp.141-144).

اهتمت منظمة الصحة العالمية بالنشاط البدني كمحدد أساسي للحالة الصحية للأفراد، وهي ارتكزت على نتائج دراسات سابقة مدعمة لهذه الفرضية، في سنوات سابقة تم دراسة تأثيرات النشاط البدني وبالأخص التمرين على الحيوان، وتبين وجود آثار على الأنظمة الفسيولوجية الرئيسية: الغدد الصماء العصبية، الحركية القلبية الوعائية (عضلات الأطراف السفلية) والمناعة.

في تجربة اخضع الفأر للجري على حزام جري كهربائي وتبين أن التأثيرات نفسها تحدث عند الإنسان الخاضع لتمرين تحمل، يعمل النشاط البدني على زيادة الحد الأقصى لنقل الأكسجين عبر ذلك من الحد الأقصى لحجم طرد الانقباضي *d'éjection systolique* (Scheuer & Tipton, 1977)، وزيادة القدرات المؤكسدة لألياف العضلات والهيكل العظمي المعينين أثناء التمرين (Baldwin, Cooke & Booth & Thomason, 1991; Holloszy & Coyle, 1984; Chedale, 1977). هذه الزيادة في الأيض المؤكسد العضلي ناتجة عن ارتفاع عدد الميتوكوندريا والألياف العضلية السفلية من النوع *lia2* (الألياف ذات الانتقباض البطيء والتمثيل الغذائي المؤكسد بشكل رئيسي) ومن زيادة التروية الدموية العضلية. فالنظم الفسيولوجية تلك التي لوحظت في البشر، على وجه الخصوص: زيادة تركيز الدم من

،augmentation des concentrations sanguines des catécholamines et des glucocorticoïdes وزيادة نقل الأكسجين والتمثيل الغذائي للطاقة العضلية. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن التمرينات العضلية لا تؤثر فقط على النظم الفسيولوجية المسؤولة مباشرة عن النشاط الحركي (العدد الصم العصبية والقلبية الوعائية والعضلية)، ولكن أيضاً على الأنظمة الأخرى، مثل الجهاز المناعي، على سبيل المثال، تملأ التمارين المعزولة في الدم مجموعات فرعية معينة من الخلايا التائية (+ CD) أو الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) من أجزاء من الجسم بالتالي فالنشاط البدني يزيد من عمل الجهاز المناعي (Ferry & Rieu, 1994, ) (p.669).

يمكن تلخيص فوائد النشاط البدني المنتظم في الشكل الموالي وهو يدعم كل ما عرض أعلاه حول التأثيرات الفسيولوجية لهذا النشاط، شريطة ان يتماشى وتوصيات منظمة الصحة العالمية، فالنشاط البدني ليس بنشاط عفوي وإنما تمرين منتظم يداوم عليه الفرد لاعتقاده في فائدته على الصحة الجسمية والعقلية، يكفي ان يعرف ان طول عمره قد يزيد بعشرية كاملة اذا ما ثابر عليه، ناهيك عن حماية أعضاء الجسم من الإنهاك والضغط.

زيادة استهلاك الأكسجين إلى أقصى درجة
خفض معدل استرخاء عضلة القلب
خفض ضغط الدم (عند البعض)
زيادة قوة وفعالية القلب (ضخ دم أكثر مع كل عملية انقباض)
تقليل استخدام مصادر الطاقة مثل الجلوتامين Glutamine
زيادة فترات النوم ذات الموجات البطيئة
زيادة البروتين الدهني ذو الكثافة العالية lipoprotein- High density HDL وإبقاء البروتين الكلي بدون تغيير
تقليل الإصابة بأمراض القلب والشرابين
تقليل السمنة
إطالة العمر
قليل فترة الدورة الشهرية وخفض معدل إطلاق الايستروجين والبروجستيرون
تقليل الإصابة ببعض أنواع السرطان
زيادة فعالية وظائف جهاز المناعة
تقليل حدوث الحالة المزاجية السلبية

الشكل (11): الفوائد الصحية التي يحققها التمرين المنتظم (تايلور، 2008، ص.173)

للنشاط البدني تأثيرات على الصحة النفسية، أصبحت فوائد النشاط البدني الصحية معروفة، فهو يقلل من خطر الوفاة المبكرة من بعض أمراض القلب والأوعية الدموية (مثل احتشاء عضلة القلب وارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية) والسكري من النوع الثاني وسرطان القولون. بالإضافة إلى قوتها على الصحة النفسية، يساعد النشاط البدني على التحكم في الوزن، ويقلل من ارتفاع ضغط الدم، ويحسن وظيفة العضلات والمفاصل وتنقلها لدى كبار السن.

إن تأثيرات النشاط البدني على الصحة النفسية هي قوية إلى درجة اعتبار بعض المؤلفين للنشاط البدني كعلاج نفسي قائمة بحد ذاته (Biddle & Mutrie, 2001 ; Taylor, 2000). فهو يخفض الفوبيا (O'Connor, 2000) والاكتئاب والحصر (Martinsen, 1993) (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, ) (2009, p. 136).

بينت دراسات ارتباطية وجود علاقة عكسية أو سلبية بين النشاط البدني والاكتئاب (Morgan & O'Connor, 1988) وقام McDonald و Hodgdon (1991) بدراسة تحليلية للابحاث الارتباطية والتجريبية حول النشاط البدني والاكتئاب، ووجدوا ان النشاط aerobic مرتبط بانخفاض في الاكتئاب، كما بينت دراسات تجريبية (McCann & Holms, 1984 ; Hall et al, 2002) تناولت تدريب جماعات على النشاط البدني تأثيره الايجابي البارز على المزاج وانخفاض درجة الاكتئاب في القياس بعد التدريب (Ogden, 2008, p.177).

من الناحية الفيزيولوجية العصبية، منذ عام 1981، كان هناك دليل على زيادة في مستويات الدم من الاندورفين endorphines خلال النشاط البدني، نحن نعلم أن الاندورفينات الدماغية هي وسائط عصبية تعمل كمسكن (Guezennec, 2011, p.144). والزيادة في الإندورفين endorphines (مثل المواد الأفيونية) المنتشرة أثناء ممارسة الرياضة البدنية سيكون لها تأثير وسطي على الآثار النفسية، بسبب أهميتها في تنظيم العواطف وفي إدراك الألم. أشار Steinberg و Sykes (1985) ان النشاط البدني يحفز افراز الاندورفينات (الافيونات) الطبيعية في الدماغ وكذلك افراز النورادرينالين في المخ وهي تلعب دورا في الاكتئاب (Ogden, 2008, p.178). وبالتالي فإن الزيادة في تركيزات الإندورفين في البلازما سيكون لها تأثير على الحالة المزاجية والقلق (O'Neal,, Dunn & Martinsen, 2000) نقلا عن (De Matos, ) (Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 136).

يبدو ان فوائد النشاط البدني مرتبطة بزيادة في النواقل العصبية الكيميائية في الدماغ مثل الدوبامين والنورادرينالين والسيروتونين، وبالتالي يمكن للنشاط البدني من خلال هذه العملية أن يقلل من الاكتئاب المرتبط بخلل في افراز وعمل الامينات الأحادية هذه. ويقال إن الدوبامين الذي يلعب أيضا دورًا مهمًا في الحركة، يزداد بممارسة النشاط البدني (Chaouloff, 1989) يؤكد تحليل نشاط الدماغ هذه الزيادة في

استقلاب الدوبامين أثناء النشاط البدني في الدماغ المتوسط، حصان البحر، الأجسام المخططة وفي تحت المهاد (Davis, & Bailey, 1997). يعد نورابينفرين أو النورأدرينالين أكبر مُعدّل للنشاط العصبي في الدماغ، ويبدو ان استجابات النظام الادرينارجي Noradrenergic تعدّل الاستجابات الفسيولوجية والسلوكية والتكيف مع الضغط (Soares, Holmes, Renner, Edwards, Bunnell & Dishman, 1999). وقد لوحظت زيادة في نورادرينالين واستقلابه في مناطق مختلفة من الدماغ بعد التمرين (Dishman, 1997). ويرتبط السيروتونين (HT-5) بالألم والتعب وعدم الاكتراث والنوم والنشاط بالكورتيكوستيرويد، يتم توزيع نشاط الخلايا العصبية المنتجة HT-5 في جميع أنحاء الجهاز العصبي المركزي، مثل المهاد، تحت المهاد، اللوزة، حصان البحر والقشرة الجبهية. صاغ Dietrich (2006) فرضية "القصور الجبهي العابر" كآلية توضيحية أخرى، تكمل هذه الفرضية تلك الخاصة بالنواقل العصبية وتستند إلى فكرة أن الدماغ يناضل من أجل الحصول على الموارد الأيضية وتكون قادرة على معالجة المعلومة. كما ان التأثير المضاد للاكتئاب والقلق للتمرين الجسدي يعزى لكف النشاط النوروني الزائد في المناطق قبل جبهية وفي اللوزة، فالنشاط الزائد لهذه المناطق معروف انه مرتبط بالاضطرابات النفسية (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 137).

ومن الناحية السيكلوجية، بينت دراسات ان النشاط البدني مرتبط بخفض الحصر ربما عن طريق تغيير الانتباه من مصدر الحصر لدى الفرد، كما يعيق إدراك حدث ضاغط بالإلهاء وشد الانتباه نحو امر آخر (النشاط)، او يمارس النشاط البدني كطريقة تعامل لمواجهة حدث يدرك كضاغط، نقلا عن (Ogden, 2008, p.178). ومن المحتمل أن يكون تأثير النشاط البدني على الاكتئاب والقلق ناتجا عن زيادة الشعور بالتحكم والشعور بالفعالية وخلص Sacco وآخرون (2005) إلى أن هذا الشعور يتوسط التمرين والاكتئاب، ويتوسط مؤشر كتلة الجسم والاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة. اقترح Ryan (2008) أن تحسين تقدير الذات وكذلك تحسين الفعالية الذاتية كانت كافية للنشاط البدني للحصول على نتائج مضادة للاكتئاب (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 137).

كما انه بإمكان النشاط البدني تحسين الرفاهية النفسية بالتالي تحسين تقدير الذات والثقة في النفس يرى King وآخرون (1992) نقلا عن (Ogden, 2008, p.178) إن نتائج النشاط البدني يمكن إن ترتبط بالرضا بالجسم الذي يرتبط بدوره بتقدير الذات العام والثقة بالنفس، هذا ويساعد النشاط أيضا على تحسين الشعور بفعالية الذات.

مع هذا يمكن اعتبار عوامل أخرى تحفّز النشاط البدني تتعلق بالمجتمع وما يتيح من وسائل لأجل تمكين الأفراد من أداء أنشطة مثل الأماكن المخصصة لذلك، فإذا كنت ارغب في تمارين السباحة لأجل الاهتمام بصحتي وأنا لا أجد طريقة لتحقيق ذلك في المجتمع الذي أعيش فيه فسوف تعيق لدي هذه

الرغبة، لهذا تحت إستراتيجية منظمة الصحة العالمية إتاحة الظروف الملائمة الوسائل والأماكن المخصصة لمساعدة أفراد المجتمع على المثابرة على الأنشطة البدنية للحفاظ على الصحة، والشروع في حث المواطنين منذ الطفولة وفي المدرسة لأجل التعود على مثل هذه العادات وجعلها نمط للحياة الصحية الايجابية، ومنه هناك من العوامل يتوقف على التوجه الفردي لكن هناك عوامل تتعلق بالظروف الاجتماعية والاقتصادية.

وبناء على ما تقدم هناك العديد من الفوائد الصحية والنفسية على الأفراد في كل الأعمار من ممارسة مختلف الأنشطة الرياضية، من ناحية نجد ان للتمارين الرياضية تأثيرات ايجابية على الحالة النفسية والمزاجية والجسمية حيث تؤدي إلي الشعور بالارتياح كنتيجة للممارسة الطويلة المدى لبرامج التمرينات الرياضية، كما يرتبط النشاط الرياضي بتحسين التفاعل الاجتماعي نتيجة للممارسة الجماعية.

#### 2.1.4. الأكل الصحي

إن الالتزام بغذاء صحي والمثابرة في الحفاظ عليه يجب أن يكون هدفا لكل شخص لان السمنة obesity لا يمكن التحكم بها، والتي تؤدي إلى التعرض إلى الكثير من الأمراض المؤدية إلى الموت. وهناك فقط نسبة 35% من المجموع السكاني من الذين يتناولون 5 من الخضر والفواكه في اليوم وفقا لما توصى به المنظمة العالمية للصحة، ويقدر الخبراء أن التغذية التي لا تراعى القواعد الصحية مسؤولة عن أكثر من 300000 حالة وفاة كل عام حسب ( Centers for Disease Controle and Prevention, 1999, National Center for Health Statistics, 2000b) (نقلا عن تايلور، 2008، ص.192).

بينت الدراسات نموذجان رئيسيان لسلوك الأكل: النظام الغذائي للبحر الأبيض المتوسط، السائد في الدول الغربية، والمعروف بـ "الحذر" «prudent» والذي يتميز بزيادة في استهلاك منتجات الألبان الخفيفة، الفواكه والخضروات والأسماك والمياه والنظام الغذائي الأمريكي القياسي، الذي يتميز بارتفاع استهلاك اللحوم الحمراء والبطاطا والسمن والصلصات والمشروبات الغنية بالسكر، التي يسند لها وباء السمنة في الولايات المتحدة (15 ٪ من السكان في عام 1960 ، 35 ٪ في عام 2000) ( Sabbagh & Etivan, 2012,p. 264).

ماذا عن التنظيم الفسيولوجي للأكل؟ يتم تنظيم تناول الطعام لدى البشر من خلال نظام إشارات فسيولوجي معقد، تقوم آلياته المعروفة جيداً، بتنظيم الجوع والشبع، يتناوب إيقاع الساعة اليومي لتناول الطعام خلال الفترة النشطة خلال النهار مع فترة الصيام التي تتوافق مع مرحلة النوم في الليل. يعارض هذا التوقف الاستخدام المستمر للطاقة والمواد المغذية من قبل الخلايا، وبالتالي يتم تخزين هذه التدفقات. يعرف الشعور بالجوع faim على أنه الحاجة العقلية للأكل ويترجم بشعور واع. التخمة La satiete هي

حالة تثبيط الجوع. والشبع Le rassasiement هو عملية توقف تناول الطعام وتتحكم في كمية الطعام الذي يتم تناوله (Sabbagh & Etivan, 2012, p. 265).

إن الآليات التي تنظم الشهية معروفة ومن الناحية النظرية، كل فرد هو مهياً فسيولوجياً للتوقف عن تناول الطعام بمجرد تلبية احتياجات الجسم.

لا يقوم توازن الغذاء على وجبة واحدة ولكن على سلسلة من الوجبات المتعاقبة، وبالتالي، بعد تناول وجبة خفيفة، سيسعى الجسم إلى التعويض بزيادة تناول الطعام أثناء الوجبة التالية، هكذا يعمل هذا التعويض بشكل أفضل في حالة العجز مقارنة بالفائض. يفسر هذا لا تماثل لماذا يصعب التحكم في زيادة الوزن بعد تناول وجبة جيدة عكس في استعادة الوزن بعد الصيام. يظهر هذا التنظيم فعالاً لدى الأطفال الصغار جداً، لكنه يظهر أقل فعالية لدى الأطفال والراشدين الذين يمكنهم الاستمرار في تناول الطعام حتى بعد مرحلة الشبع. على سبيل المثال، يمكن أن يتعرض إدراك الشبع لخلل بسبب الضغط، فيؤدي ذلك إلى الإفراط في تناول الأطعمة الممتعة " اللذيذة " التي توفر شكلاً من أشكال الراحة. يمكن أن يؤدي الحرمان العاطفي أو التوتر الانفعالي إلى اندفاع نحو الأكل أو على العكس نحو فقدان الشهية. إن ظاهرة تحديد الطعام، التي تعتبر جهد متعمد للحد من تناول الطعام والتحكم في الوزن، هي موثقة جداً من حيث علاقتها بزيادة في الوزن والأمراض المرتبطة به. تم تحديد عوامل أخرى مرتبطة بالأكل، مثل عدم الاهتمام بما نأكله، مشاهدة التلفزيون، على سبيل المثال ، تشتت انتباه تجاه الأكل، بالتالي نجد الفرد يزيد من تناول الطعام، والأهم من ذلك انه في هذه الوضعية يستهلك الأطعمة الأكثر حيوية هو تشتت انتباه يسبب قلة الوعي بفعل الابتلاع، علاوة على ذلك، تم تأكيد دور الذاكرة بشكل كبير من خلال الدراسات التي أجريت على المرضى الذين يعانون من فقدان الذاكرة الذين لديهم القدرة على تناول الوجبة نفسها عدة مرات على التوالي (Sabbagh & Etivan, 2012, p. 265).

يوجد محدد أساسي آخر هو كون الأطعمة تستثير الحواس، فهي تحرك جميع الحواس في عملية الأكل: الرؤية والذوق والشم واللمس. هكذا حتى قبل وصول الطعام إلى الفم، تنبه هذه الإشارات الحسية مسبقاً ميكانيزمات فسيولوجية المتعلقة بتنظيمه فهي تستدعي ذاكرتنا لتأثيرات الأغذية (افرازات وحركية المعدة) التي تظهر بمجرد الاختيار عند شراء الأطعمة. عند بلع الأطعمة الغنية بالسكر والدهون، تنشيط الإشارات الحسية مراكز الاثابة centres de la recompense، هكذا في حالة التناول الزائد المنتظم، تنخفض هذه المتعة المدركة عند بلع نفس الكمية، بالتالي يثير آليا الرغبة في تناول طعام أكثر من أجل الحصول على ااثابة مماثلة. هذا التنوع الحسي يثير الشهية للطعام، فاشتهاء طعام معين ينخفض خلال تناوله، وعرض طبق آخر يثير اشتهاه بالتالي يزيد الفرد من تناول الطعام. بينما تناول طعام فريد (ياؤرت لوحده، ااناس، بطاطا..) تدعم فقدان الوزن على المدى القصير. كما يتوقف الشبع على

المكونات الكبيرة للأطعمة، على سبيل المثال يعرف ان البروتينات تشبع أكثر من الكربوهيدرات les glucides والدهون les lipides. إن الكربوهيدرات "البطيئة"، الموجودة على سبيل المثال في العدس، أفضل من الكربوهيدرات السريعة الموجودة في السكر أو الخبز الأبيض، وعليه وبالنسبة لنفس الطعام مثل العجائن، فان طريقة الإنتاج والطهي يمكن أن تغير الكربوهيدرات البطيئة إلى الكربوهيدرات السريعة. كما هو معروف فالأطعمة الغنية بالكربوهيدرات البطيئة المكونة للألياف تزيد في جهد المضغ فتبطئ سرعة البلع بالتالي تعزز الشبع. تناول مثل هذه الأطعمة مرتبط بخفض المخاطر القلبية الوعائية، السكري وبعض أنواع السرطان. بالتالي التنوع في الأطعمة الغنية بالألياف يمنح الإمكانية لتحسين النوعية شريطة تناول الحبوب كاملة غنية بالمغذيات الدقيقة micronutriments. تزيد الدهون من الكثافة الطاقوية للطعام ولكنها لا تدعم الشبع. ومع ذلك، يمكن تعديل حركية التحويل الكيميائي وامتصاص الدهون عن طريق التحكم في المستحلبات، دون أن نعرف بعد ما هي العواقب المترتبة على الشبع وعلى السيطرة على الوزن (Sabbagh & Etivan, 2012,p. 266).

وتشير الحمية إلى مجموعة من التمارين البدنية وتناول مجموعة متنوعة من الأطعمة التي تعطي واحدة من العناصر الغذائية اللازمة لنمط حياة صحي. غالباً ما يتم استخدام الحمية مع ممارسة التمارين البدنية لفقدان الوزن، عادةً لدى الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة يعني الأكل الصحي، أي تناول مجموعة متنوعة من الأطعمة التي تمنحك العناصر الغذائية التي تحتاجها للحفاظ على صحتك، والشعور بالرضا والطاقة، وتشمل العناصر الغذائية البروتين والكربوهيدرات والدهون والماء والفيتامينات والمعادن كما يظهر في الشكل الموالي لهرم الأكل الصحي، The nutrients include protein, vitamins and minerals. carbohydrates, fat, water, (Mburu-Matiba, 2015, p.3)



الشكل (12): هرم الأكل الصحي (Mburu-Matiba, 2015, p.4)

تقر مؤسسة التغذية الأسترالية (Australian Nutrition Foundation) (2015) كما يظهر في الشكل اعلاه على ضرورة الاختيار الصحي للتغذية واقترحت حسب اهميتها هرما ترتب فيه كل الاغذية والسوائل الضرورية للصحة نجد في قاعدة الهرم الأساسيات: اختيار الماء والاستمتاع بالأعشاب، ثم تحفز على تناول الضروريات من المأكولات من فاكهة وخضروات، ثم نتوجه صعودا نحو الحث على تناول البقوليات والحليب واللبن والجبن والبدائل، اللحم الطازج والدواجن والأسماك والبيض والمكسرات والبذور ونجد في الأعلى الدهون الصحية. وتنصح المؤسسة الفرد ان يستمتع بمجموعة متنوعة من الطعام وان يكون نشطاً في كل يوم.

### 3.1.4. سلوك النوم الصحي

تطورت جميع الكائنات الحية استجابة للظروف الإيقاعية وهي تتعرض جميعها إلى تناوب لمدة 24 ساعة ليلاً ونهاراً *rythmicité circadienne* او الساعة البيولوجية الداخلية ماعدا تلك التي تعيش في أعماق البحار أو في الظلام.

تقترب الحاجة المثالية للنوم من 8 ساعات ولكن المدة الفعلية أقل في الواقع بسبب مشاغل الحياة، هناك من الأفراد نومهم "قصير" وهناك من الافراد نومهم "طويل" (Vecchierini, 2013, p. 848).

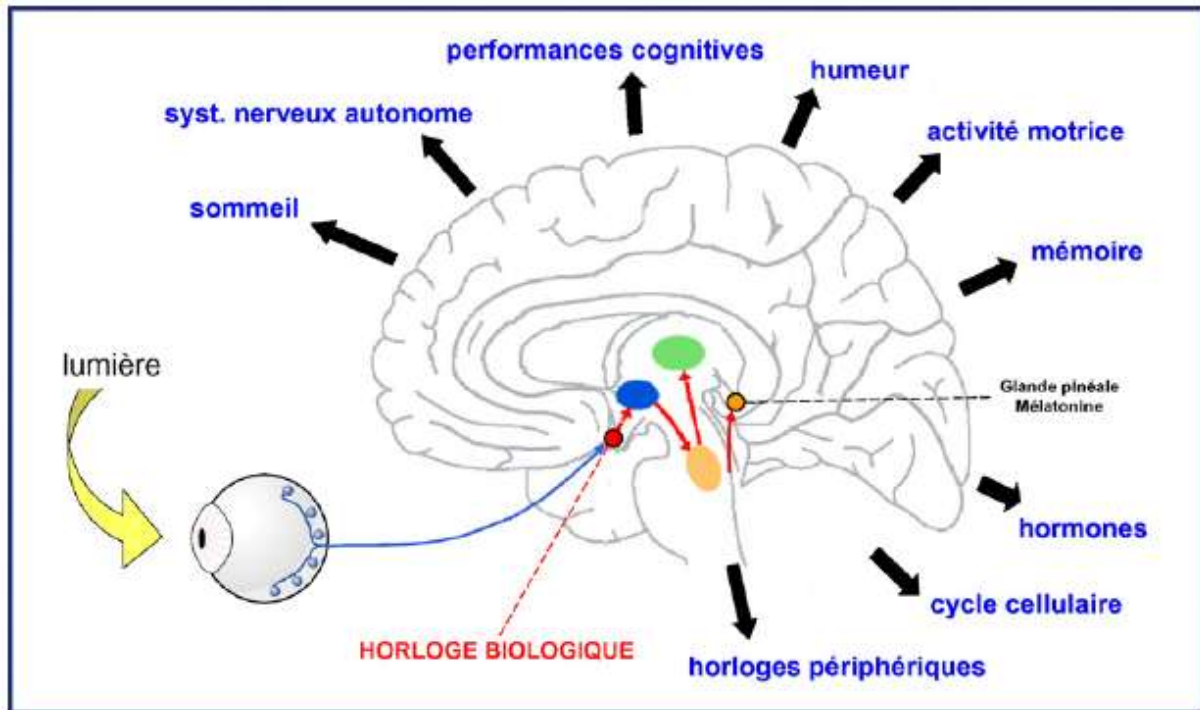
هناك نوعان من التذبذبات المختلفة في الجسم: الأولى موجودة في الجهاز العصبي المركزي، وهي "ضعيفة"، يخضع لها إيقاع يقظة/نوم وتلك الخاصة بهرمونات معينة (البرولاكتين، هرمون النمو)، والثانية يقال أنها قوية، تقع في تحت المهاد الجانبي، تعتمد على إيقاع درجة الحرارة، النوم البطيء، الكورتيزول والميلاتونين. تفتقر هذه التذبذبات معاً وتكون مدتها الداخلية 24 ساعة تحت تأثير التزامات الخارجية وأهمها الضوء الذي يتم إدراكه خلال اليوم (Vecchierini, 2013, p. 846).

وهناك (Collis & Boulton, 2007) العديد من الأنشطة البيولوجية مثل تركيزات الهرمونية، والأداء المعرفي والقوة العضلية، ودورة النوم واليقظة، والبنية الداخلية للنوم، وانقسام الخلايا وفي الآونة الأخيرة إصلاح الحمض النووي هي كما أشار إليه (Dunlap, Loros & DeCoursey, 2004) تحت سيطرة الساعة البيولوجية. في البشر والثدييات الأخرى. تقع هذه الساعة (Moore & Eichler, 1972) في الجهاز العصبي المركزي في انوية *noyaux suprachiasmiques* في منطقة تحت المهاد *hypothalamus*. هذه الساعة البيولوجية هي داخلية لكن تنتظم وفق الضوء.

ينتج عن الخلل في تزامن الساعة اليومية بشكل عام تغيير العديد من الوظائف الفسيولوجية (النوم، اليقظة، الأداء الإدراكي، نظام القلب والأوعية الدموية، الجهاز المناعي) (Dunlap, Loros & DeCoursey, 2004 ; Brandenberger, Gronfier, Chapotot, Simon & Piquard, 2000; Spiegel, Leproult & Van Cauter, 1999). تدهور العمليات المعرفية العصبية (الأداء الإدراكي والذاكرة) واضطراب النوم واليقظة

(Wright, Hull & Czeisler, 2002) لوحظت هذه الاضطرابات الفسيولوجية لدى الأفراد الذين يتعرضون لاضطرابات دورة النوم والاستيقاظ مثل عمال المناوبة (Gronfier, 2009, p.4).

العديد من الوظائف الفسيولوجية تخضع لإيقاع الساعة البيولوجية عند البشر، التحكم اليومي (كما يبينه الشكل الموالي) في النوم، والجهاز العصبي اللاإرادي، والأداء المعرفي، والحالة المزاجية، والنشاط الحركي، والذاكرة، وبعض الإفرازات الهرمونية واليقظة والأداء المعرفي، والذاكرة، والكفاءة العضلية، ودرجة حرارة الجسم، والأنشطة المعوية، وضغط الدم، يكون في أقصى درجة خلال اليوم، وهذا يعني أثناء الاستيقاظ، في المقابل، فإن إفراز هرمون الميلاتونين *mélatonine*، استرخاء العضلات يجب أن يكون ضغط النوم أقصى أثناء الليل وأثناء النوم.



الشكل (13): التمثيل التخطيطي للوظائف البيولوجية التي تسيطر عليها الساعة البيولوجية الهياكل المبينة بالألوان على التوالي، باللون الأحمر: النواة فوق الحنكية *noyau suprachiasmatique* باللون البرتقالي: الغدة الصنوبرية *glande pinéale* باللون الأزرق: منطقة تحت المهاد (التي تحتوي على المنطقة البطنية الجانبية قبل البصرية *l'aire ventrolatérale [VLPO]* *préoptique* والتي تسمى مفتاح السكون)، باللون البني الفاتح: جذع الدماغ (يحتوي على المسار القشري التنشيطي المساعد ومفتاح النوم البطيء/ مفتاح نوم حركة العين السريعة) وباللون الأخضر: المهاد (المسؤول عن التنشيط القشري وتزامن EEG). شكل معدل من قبل Mignot وآخرون (2002). المصدر (Gronfier, 2009, p.5).

يتم اكتشاف العديد من الوظائف أو الأنشطة البيولوجية الايقاعية الأخرى بانتظام، سواء على المستوى الجهاز العصبي المحيطي أو على المستوى الجهاز العصبي المركزي. يشارك نظام الإيقاع 24 ساعة يومياً في السيطرة على انقسام الخلايا، موت الخلايا المبرمج *l'apoptose* في السرطان (Granda,

هذا من خلال من وجهة نظر آلية، في معرفة كيف يمكن أن يكون عدم التزامن في النظام اليومي مسؤولاً عن زيادة انتشار بعض أنواع السرطان في العمل التناوبي travail posté لذلك فإن أهمية النظام الإيقاعي وتزامنه الجيد كل 24 ساعة تبدو غاية في الأهمية للصحة (Gronfier, 2009, p.5).

بينت العديد من الدراسات الدور الأساسي للنوم على الصحة والرفاهية والتوازن الجسدي والنفسي للأفراد في جميع الأعمار (Giordanella, 2006). إنه عامل مهم في حماية الحالة الصحية، وعلى العكس من ذلك، فإن اضطرابات النوم لها عواقب على أداء العضوية وسيكولوجياتها، وبالتالي على الحياة الاجتماعية والمهنية، مثل التغيب أو الحوادث على الطريق والعمل المتعلق بالنعاس (Leger et al., 2002; Godet-Cayre et al., 2006; Leger et al., 2006). ويعتبر النوم ضروري للحفاظ على المهارات المعرفية والحركية، وتعديل العديد من الإفرازات الهرمونية وكذلك استعادة الجهاز المناعي أو في بقية الجهاز القلبي الوعائي. من السهل حدوث قلة محددة للنوم، لكن إذا كان النقص في النوم مزمنًا تحدث أمراض أخرى، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، والسمنة، ومرض السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وكذلك اضطراب المزاج أو السلوك حسب National Institutes of Health (NIH, 2005). أثبتت الدراسات الحديثة أيضًا وجود صلة بين مدة النوم وطول العمر المتوقع (Gallicchio et Kalesan, 2009) لذلك يبدو من المهم بشكل خاص ضمان المراقبة الوبائية لسلوك النوم لدى السكان (Beck, Richard & Leger, 2013, p. 957).

النوم ليس بحالة متجانسة، بعد النوم في بداية الليل يظهر النوم البطيء le sommeil lent ثم يفسح المجال أمام نوم حركة العين السريعة «sommeil paradoxal (ou sommeil rem pour rapid-eye movement)» ينتظم تسلسل النوم البطيء ونوم حركة العين السريعة في دورات تتكرر ثلاث إلى خمس مرات أثناء نوم الليل، أي تقريبًا كل تسعين دقيقة، تعرفنا على التأثيرات الإيجابية للنوم والسلبية لقلته أو انعدامه، وماذا عن تأثير الجانب النفسي أو بالأحرى الانفعالي للنوم؟ يرتبط هذا التأثير بالحلم معروف أن الفرد يحلم طوال فترة نومه، وفي علم النفس معروف أيضًا أن الحلم هو حارس النوم، ما فائدة الحلم الذي لن يحدث إذا بقي الفرد مستيقظًا؟

معروف منذ 1950 أن الإنسان يحلم خلال مرحلة نوم حركة العين السريعة، فهي تدل على الحالة الفيزيولوجية للحلم. لكن حاليًا تشير الأدبيات أننا نحلم طوال فترة النوم (Oudiette et al., 2012) والأحلام التي تصدر أثناء النوم البطيء تتميز بأفكار أو تكرارات فقيرة من حيث الصور الحسية، وقل كثافة في الانفعالات خاصة السلبية منها وقل قصصًا. عكس ما يحدث في نوم حركة العين السريعة.

أثناء نوم حركة العين السريعة، هناك نشاط عقلي قوي يمتد على طول المناطق الحركية والمرئية والجدارية الصدغية وهو ما يتناسب مع المحتوى الحركي المرئي للأحلام في مرحلة النوم هذه. على العكس من ذلك، فإن انخفاض النشاط أو "نقص نشاط" القشرة قبل الجبهي في جزئها الجانبي يمكن أن يمنع عمليات التحكم المعرفي والذاكرة العملية التي تضمنها هذه المنطقة عادة أثناء اليقظة، وتثبير الأفكار غير المنطقية، الانقطاع الزمني وفقدان التوجه (Schwartz, Maquet, 2002). تمثل قصص الأحلام، خاصة أثناء نوم حركة العين السريعة، شحنة انفعالية قوية، وغالبًا ما تكون أكثر سلبية من الواقع، مثل القلق أو الخوف الشديد، ولكن أيضًا تجارب المتعة والرضا (Schwartz, 2015, p. 35).

يوضح العمل الحديث أن بعض الآليات البيولوجية العصبية التي تحدث أثناء النوم مواتية لليونة الدماغية *plasticité cérébrale*، وبالتالي للذاكرة، يأتي مؤشر قوي على دور النوم في الذاكرة من ملاحظة أن نشاط الشبكات العصبية، المرتبط سابقًا بسلوك تم تعلمه مؤخرًا في حالة اليقظة، يتم "إعادة تشغيله" تلقائيًا خلال فترات النوم اللاحقة.

المناطق التي تم تنشيطها خلال تجارب اليقظة يعاد تنشيطها تلقائيًا أثناء النوم، تؤدي الى تغييرات طويلة الأمد في نشاط والاشتباكات الدماغية (Oudiette, Paller, 2013 ; Peigneux et al., 2004 ; Rasch, Born, 2007 ; Schwartz, Maquet, Frith, 2002) بالإضافة إلى ذلك، تشير العديد من الدراسات إلى أن الحرمان من النوم يمنع هذه التأثيرات المفيدة للنوم. باختصار تشير هذه البيانات الحديثة إلى أن النوم يعزز إعادة التنظيم والتوحيد للمعلومات المكتسبة حديثًا في ذاكرة (Diekelmann, Born, 2010). (Schwartz, 2015, p. 36). يساهم النوم أيضا في تنظيم الوظائف الانفعالية في الحياة اليومية، وهو ضروري للتوازن النفسي.

غالبا ما ترتبط الشكاوى المتعلقة بقلة النوم باضطراب انفعالي (Waters et al., 1993) كما ترتبط غالبية الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والحصر واضطرابات ثنائية القطب باضطراب في النوم (Benca et al., 1992). تسبب ليلة بيضاء اضطرابات التحكم في الانفعال: الغضب والاندفاعية وعدم احترام الاتفاقيات الاجتماعية وعلاقات غير مناسبة مع الغير (Harrison, Horne, 2000).

تشكل قلة النوم أولويات الاهتمام الأساسي للصحة لدى كل الفئات، والحلم أثناء النوم مشبع بانفعالات قوية وهو يلعب دور في تسيير الانفعالات الموائية الخاصة بحالة اليقظة. غالبا ما تحتوي الأحلام على محتوى غني بالانفعالات السلبية مقارنة بانفعالات النهار أو اليقظة، لكن يمكن أيضا أن تكون الأحلام فرصة لإشباع رغبات وهي مشبعة بانفعالات ايجابية.

كثيرا ما نحلم بأننا نسقط، وأنا نطارد، ونشل، نتأخر لعقد اجتماع مهم. كيف يفسر ذلك؟ تم اقتراح نظرية أولى، تعرف بـ "نظرية تظاهر التهديد" *théorie de simulation de la menace* من قبل النفساني والفيلسوف الفنلندي (2000) Antti Revonsuo ووفقاً لهذه النظرية، تساعدنا الأحلام على الاستجابة بشكل مناسب وفعال للمواقف الخطيرة في الواقع. يتم تنشيط اللوزة خلال نوم حركة العين السريعة، وهي تسمح بتجربة انفعالات سلبية مزعجة، لكن سيسمح الحلم بتظاهر سلوكيات لتبنيها أمام المواقف المهددة، ولكن دون التعرض لخطر حقيقي. بالتالي فهو يحضرنا لمواجهة التهديد في الواقع بعد الحلم. هكذا بواسطة الحلم ندرب قدراتنا للاستجابة بشكل عال لوضعيات مهددة عند الحاجة حتى لو لم نتعرض لمثل هذا التهديد. وفقاً لنظرية ثانية اقترحتها (2007) Tore Nielsen نفساني في مونتريال وفريقه، فإن الأحلام ستقلل من الدلالة السلبية للأحداث المزعجة أو المؤلمة عن طريق إعادة تنشيطها في سياق آخر. في الواقع، أثناء الحلم، يحدث غالباً أن نتصور التفاصيل المرتبطة بحدث مخيف. بعد مهاجمة كلب لنا في اليقظة، نحلم اننا نتجول في حديقة ونشاهد كلب لكنه مربوط في بيته، بمعنى معايشة نفس الحدث لكن خالي من انزعاج فالحلم يسمح بتكرار التجربة مع صدمة في سياق آخر فهو يطفئ الانفعالات المرتبطة بذكريات مخيفة. وأثناء نوم حركة العين السريعة فإن الحفاظ على نشاط قشرة الفص الجبهي المتوسط، وهي منطقة معروفة بالتحكم التثبيطي الذي تمارسه على اللوزة سيخدم وظيفة "التفريغ" للحلم. نعلم أيضاً أن قشرة الفص الجبهي المتوسط تلعب دوراً في إسناد النوايا إلى الآخرين لذلك يمكننا أن نفترض أنه عندما تنشط هذه المنطقة في نفس وقت اللوزة، فإن الحالم يضيف الأفكار والعواطف على شخصيات أحلامه. وهكذا سيحقق الحلم شكلاً من أشكال لعب الأدوار من شأنه تسهيل حل الصراعات بين الأشخاص. بالإضافة إلى تنشيط الدارات المسؤولة عن المشاعر (مثل اللوزة والقشرة الأمامية للجبهي الوسطي) فقد أبرز البحث دور المناطق المهمة للذاكرة (مثل حسان البحر) ودائرة المكافأة (مهمة لسلوكيات التقرب والغرائز الشهية) في عمليات دمج الذاكرة أثناء النوم وإنتاج محتوى التحفيزي للحلم (Schwartz, 2015, pp. 37-38).

وعليه يتميز النوم بالحلم وهذا الأخير مفيد في إعادة معايشة التجارب اليومية بأقل ضغط بهدف إعادة تسييرها، يساعد على تحضير التعامل مع مشكلات واقعية محتملة، وينشط الذاكرة ويعزز عملية التعلم من خلال ما اكتسبه الفرد في اليقظة، كما انه وسيلة تفريغ تخفض من الضغط ومن خلاله يعاد تنظيم الصراع العلائقي.

وماذا لو تعذر على الفرد النوم كما يفترض أن يكون، خاصة عند فئة الشباب في عصرنا هذا، مع التطور التكنولوجي، نجدهم يقضون ليالي بيضاء منهمكين في التواصل الاجتماعي، سوف تكون بالتأكيد عواقب وخيمة على الصحة النفسية والجسمية، لا يتاح للجسم الاسترخاء والسكون في وقت تتخفص إفرازات وأنشطة أعضائه لتجديد الخلايا وإصلاح بعض الميكانيزمات الفيسيولوجية. كما لا تتاح فرصة

للدماغ في إنتاج الأحلام وإعادة تنظيم المشكلات الانفعالية التي يتعرض لها الفرد في اليقظة، ولا يحرم الدماغ من فرصة إعادة تنظيم تأثير الصدمات والتحصير للتعامل المناسب مع ظروف حياة في المستقبل، هي وطائف الحلم أثناء النوم.

#### 2.4. السلوكيات الصحية الخطرة

يتم تعريف المخاطرة *risque* على أنها "المشاركة النشطة للفرد في السلوك المحتمل أن يكون خطيراً" (Michel, 2001, p. 7) تشكل المخاطرة جزءاً من تطور الإنسان والحياة نفسها غير ممكنة بدون المخاطر (Pompignac-Poisson, Allanic, 2009, p. 89) ومع ذلك، فإن بعض السلوكيات يمكن أن تضر بالفرد، وعليه يعرف السلوك الخطر على أنه ذلك الذي يقوم به الفرد عمداً، وهو سلوك لا يفرضه الظروف المعيشية ولكن يبحث الفرد من اتخاذه البحث عن الأحاسيس القوية التي يوفرها (Adès et al., 2004) نقلا عن (Bonnaire & Varescon, 2012, p.89).

لا يزال دور السلوك في مجال الصحة يحظى باهتمام متزايد في البلدان في جميع أنحاء العالم لأن عادات الناس الصحية - أي سلوكياتهم المعتادة المتعلقة بالصحة - تؤثر على احتمال إصابتهم بأمراض مزمنة ومميتة، مثل أمراض القلب والسرطان والإيدز (WHO, 2009) يمكن تقليل المرض والموت المبكر إلى حد كبير إذا ما تبنى الناس أساليب حياة تعزز العافية، مثل تناول الوجبات الصحية وعدم التدخين. فأعراض القلب والأوعية الدموية (أمراض القلب والسكتة الدماغية) والسرطان هي أكثر الأمراض الفتاكة في العالم في جميع الدول المتقدمة تقريباً. وبالطبع، لا يمكننا العيش إلى الأبد، لكن يمكننا إطالة حياتنا وأن نكون أكثر صحة في سن الشيخوخة عن طريق إجراء العديد من التغييرات في نمط الحياة (Manton, 2008; Yates et al., 2008). إذا تمكنا من إجراء كل هذه التغييرات وإذا وجد الباحثون علاجاً لمعظم الأمراض الرئيسية، فإن متوسط العمر المتوقع للأشخاص في البلدان المتقدمة تقنياً سيرتفع لعدة سنوات إلى حوالي 85 عاماً، وهو الحد الأعلى المحتمل (Olshansky, Carnes, & Cassel, 1990) نقلا عن (Sarafino & Smith, 2011, p. 132).

ما هي أسباب الأمراض المزمنة؟ حسب منظمة الصحة العالمية (OMS, 2006) الأسباب أو بالأحرى عوامل الخطر للإصابة بالأمراض المزمنة راسخة ومعروفة، إنها مجموعة صغيرة من عوامل الخطر الشائعة المسؤولة عن معظم الأمراض المزمنة. عوامل الخطر هذه قابلة للتعديل وتتماثل لدى الرجال والنساء: الأكل غير الصحي، حالة قلة النشاط البدني *sédentarité* والتدخين، يتم التعبير عن هذه الأسباب من خلال عوامل الخطر الوسيطة: ارتفاع ضغط الدم وارتفاع السكر في الدم، خلل الدهون في الدم، زيادة الوزن والسمنة. تشرح عوامل الخطر الرئيسية القابلة للتعديل، المرتبطة بعوامل الخطر غير القابلة للتعديل مثل العمر والوراثة، معظم حالات أمراض القلب والسكتة الدماغية وأمراض الجهاز التنفسي

المزمنة وبعض أنواع السرطان الهامة، فالعلاقة بين عوامل الخطر الرئيسية القابلة للتعديل والأمراض المزمنة الرئيسية هي نفسها في جميع مناطق العالم (أنظر الشكل أدناه).



الشكل (14): أسباب الأمراض المزمنة (OMS, 2006)

يشير الباحثون في حقل علم النفس الصحة إلى أنماط الحياة life styles، عوامل الخطر risk factors والصحة health لكونها عناصر ترتبط فيما بينها لتسبب العديد من الأمراض الجسمية المرتبطة بالوفيات.

يشمل نمط حياة الشخص النموذجي العديد من السلوكيات التي تشكل عوامل خطر للمرض والإصابة. على سبيل المثال، الملايين من الأميركيين يدخنون السجائر، ويشربون بشكل مفرط، ويتعاطون المخدرات، ويأكلون حمية غنية بالدهون وعالية الكوليسترول، ويأكلون أكثر من اللازم ويزيدون في الوزن، ويمارسون نشاطاً بدنياً قليلاً للغاية، ويتصرفون بطرق غير آمنة، مثل عدم استخدام حزام الأمان في السيارات، يدرك الكثير من الناس هذه المخاطر ويقومون بضبط سلوكهم لحماية صحتهم ( Sarafino & Smith, 2011, p. 132).

هكذا فالمخاطر الصحية متعلقة بأنماط الحياة styles de vie التي يتخذها الأفراد في تسيير حياتهم، بمعنى سلوكيات يومية وعادات متكررة، غالباً ما يدركون أنها تشكل خطراً على صحتهم لكن تعودوا على الاستمتاع بها بالتالي يصعب عليهم التخلي عنها مثل الأكل غير الصحي الذي يؤدي للسمنة وانعدام النشاط البدني والتدخين واستهلاك الكحول، قد يرغم البعض منهم التخلي عن سلوك وعادة بعد الوقوع في المرض وربما يكون خطيراً كالسرطان.

## 1.2.4. الأكل غير الصحي

في الوقت الحالي، هناك انشغال حقيقي بشأن زيادة عادات الأكل غير الصحية، بما في ذلك تخطي وجبة الإفطار وزيادة استهلاك المشروبات الغازية السكرية من قبل الشباب، والدور المحتمل لهذه العادات في انتشار السمنة لدى الأطفال (Brown, Dulloo & Montani, 2008; Croezen, Visscher, Ter Bogt, Veling & Haveman-Nies, 2009). وأشارت بيانات من دراسة أجريت على مراهقين أمريكيين إلى أن تناول وجبة الإفطار خلال سنوات الدراسة كان مرتبطاً باحتمال أقل بنسبة 30% تقريباً من زيادة الوزن أو السمنة في وقت لاحق (Boutelle, Neumark-Sztainer, Story & Resnick, 2002) بالإضافة إلى ذلك، تشير الدراسات والمراجعات إلى أن تخطي وجبة الإفطار منتشر على نطاق واسع بين المراهقين في الولايات المتحدة وأوروبا (Rampersaud, Pereira, Girard, Adams & Metz, 2005) وكذلك في العديد من الدول العربية (Abalkhail B, Shawky, 2002: Mikki N, Abdul-Rahim HF, Shi Z, Holmboe- (Ottesen, 2010) نقلا عن (Hazzaa, Al-Hazzaa, Abahussain, I Al-Sobayel, Qahwaji & Musaiger, 2011, p. 2).

السمنة هي عبارة عن تراكم متزايد للدهون في الجسم، وأسباب هذا التراكم متنوعة، من المفروض أن تشكل الدهون 20 إلى 27% من أنسجة الجسم لدى المرأة، وحوالي 15 إلى 22% من أنسجة جسم الرجل (نقلا عن تايلور، 2008، ص. 199).

تعتبر السمنة من الأمور الشائعة ومن أكثر العوامل المساهمة في حدوثها سوء التغذية في كل أنحاء العالم. يعود انتشار السمنة إلى عوامل جينية وأيضاً التوفر المتزايد للأغذية الغنية بالدهون والطاقة، وعن تدني النشاط البدني في المجتمعات المعاصرة (Kopelman, 2000) (نقلا عن تايلور، 2008، ص. 200).

ومن مخاطر السمنة Risks of obesity نجد ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع نسبة الكوليسترول في البلازما (Kopelman, 2000) كما أن السمنة تزيد من عدد الوفيات وترتبط بتصلب الشرايين وفرط ضغط الدم، والسكري، وبعض أنواع السرطان، وأمراض المرارة، والشرايين (Brownell & Wadden, 1992) (نقلا عن تايلور، 2008، ص. 201).

يرتبط نظام الغذاء بتطور العديد من الأمراض، بحيث يوجد ارتباط بين الغذاء ومستوى الكوليسترول الكلي في الدم والبروتين المنخفض الكثافة، إذا ارتفع المستوى الكلي للكوليسترول في بلازما الدم البروتين الدهني المنخفض الكثافة، تكون عوامل مهددة بخطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية، وارتفاع ضغط الدم، وكمية الملح المستهلكة تلعب دوراً أيضاً في حدوث ذلك (Jeffery, 1992: Law & Frost & )

(Wald, 1991) وقد يكون للغذاء دور في الموت الفجائي بسبب خطر حدوث التخثر الشرياني بعد تناول وجبة غنية بالدهون (Miller et al, 1989) (نقلا عن تايلور، 2008، ص. 191).

كما يرتبط نظام الغذاء بتطور عدة أنواع من السرطان (القولون، المعدة، البنكرياس والثدي) (Steinmetz, Kushi, Bostick, Folsom & Potter, 1994) وقد تكون التغذية السيئة أكثر خطرا خاصة إذا تزامنت مع عوامل خطر أخرى كالضغط الذي قد يزيد من تراكم الدهون (Dimsdale & Herd, 1982) وتساعد التغذية السليمة على تحسين الصحة هي تلك الغنية بالألياف فهي تقي الفرد من السمنة، وأمراض القلب والشرايين التاجية، وذلك من خلال خفض مستوى الانسولين (Ludwig et al., 1999) كما يساعد على خفض الكوليسترول في الدم (Carmody, Matarazzo & Istvan, 1987) بالتالي يساعد على التقليل من خطر تصلب الشرايين atherosclerosis (نقلا عن تايلور، 2008، ص. 193).

الملح الغذائي كمية الملح (كلوريد الصوديوم) الموجودة في الغذاء هو أحد المحددات المهمة لضغط الدم وارتفاع ضغط الدم وخطر العام للقلب والأوعية الدموية. توصي منظمة الصحة العالمية بتناول الملح بأقل من 5 غرامات (حوالي 2 غ من الصوديوم) للشخص الواحد في اليوم للوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية، التي تعد السبب الرئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم. ومع ذلك، تشير البيانات من مختلف البلدان إلى أن معظم السكان يستهلكون ملحا أكثر بكثير من هذا. يوجد في العديد من البلدان المرتفعة الدخل حوالي 75٪ من الملح في الغذاء نتاج الأطعمة المصنعة والوجبات المحضرة خارج المنزل. في كثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، معظم الصوديوم المستهلك من الملح هو مضاف عند إعداد وجبات الطعام في المنزل أو على الطاولة أو عن طريق إضافة التوابل (السبك أو صلصات الصويا). إن انخفاض في استهلاك الملح من المستوى الحالي البالغ 9-12 غرام يوميا للعودة إلى المستوى الموصى به والذي يقل عن 5 غرام يوميا، سيكون له تأثيرا كبيرا على ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية ويجنب حدوث في جميع أنحاء العالم ما يصل 2.5 مليون حالة وفاة كل عام بسبب النوبات القلبية والسكتة الدماغية *infarctus et aux accidents vasculaires cérébraux*. تدعم الأدلة استراتيجيات الحد من الملح باعتبارها أفضل طريقة للوقاية من الأمراض غير السارية. وقد تجلى ذلك في بلدان مثل فنلندا وأيسلندا واليابان والمملكة المتحدة التي أسفرت مبادراتها عن نتائج إيجابية قابلة للقياس (OMS, 2012, p.21).

ارتفاع ضغط الدم: يقدر أن ارتفاع ضغط الدم يسبب 7.5 مليون حالة وفاة في جميع أنحاء العالم، أو 12,8٪ من إجمالي الوفيات، ارتفاع ضغط الدم هو أحد عوامل الخطر الرئيسية لأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية والنزيف *les accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques*

في عام 2008، كان معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 25 عاماً 40٪ (OMS, 2012, p.19).

#### 2.2.4. قلة النشاط البدني La sédentarité

عرّف الإنسان البدائي بنشاط بدني كبير لكونه كان عليه بدل جهود لأجل اكتفاء حاجاته للبقاء على قيد الحياة، ليضمن أكل وشرب كان عليه الاصطياد، والمشي طويلاً بحثاً عن حاجاته الحياتية، تدريجياً مع تطور نوعية الحياة بتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية وكذلك الخدمات الصحية وخاصة مع التطور التكنولوجي، أصبح الإنسان في أقل حاجة لاستعمال عضلاته والتحرك مسافات لاقتناء حاجاته، أكثر من ذلك سمحت له الخدمات المتوفرة عن طريق الانترنت البقاء جالساً وما عليه إلا أن يضغط على الزر ويتقدم بطلباته لتلبي وهو بالبيت، بالتالي قد يمضي وقت طويل وهو جالس، أيضاً في مكان العمل يقوم بأداء مهامه وهو جالس (بالنسبة لكثير من الوظائف) ويمضي طلبة الجامعة وقت كبير في التواصل عبر الانترنت واستعمال التكنولوجيا لتحقيق أهدافهم. وعليه أصبح الإنسان الحالي يميل إلى قلة النشاط البدني الذي يظهر انه يرتبط بأمراض عديدة.

بينت دراسة (Platat, Perrin, Ujja, Wagner, Haan, Schlienger, Simon, 2006) وجود ارتباط منفصل بين السلوكيات قلة النشاط البدني والنشاط البدني مع عادات الأكل المتميزة: بدأ أن النشاط البدني يرتبط أكثر بالخيارات الصحية، في حين أن سلوكيات قلة النشاط البدني كانت أكثر ارتباطاً بالخيارات غير الصحية نقلاً عن (Hazzaa, Al-Hazzaa, Abahussain, Al-Sobayel, Qahwaji & Musaiger, 2011, p. 2).

تستعمل عبارة قلة النشاط البدني (باللاتينية sedere أي جلوس) لوصف السلوكيات التي يكون فيها استنفاد الطاقة ضعيف بما في ذلك وقت الجلوس الطويل أو العابر في العمل وفي المنزل وفي وقت الفراغ وفي هذا السياق، يتم استخدام METs metabolic equivalent tasks لتقدير نفقات الطاقة للأنشطة، يوافق 1 MET لنسبة الأيض أثناء الراحة، للجري قيمة 8 METs على الأقل، بينما للمشي ذو السرعة المعتدلة قيمة من 3 إلى 4 METs، ويكون إنفاق الطاقة في حالة قلة النشاط البدني أقل أو يساوي 1.5 ≤ METs (Owen et al.2000; Pate et al.2008) نقلاً عن (Tremblay, Colley, Saunders, Healy, & Owen, 2010, p. 727).

قد تستعمل العبارة اللاتينية sédentarité بأشكال مختلفة في الأدبيات، أحيانا تبدو كأنعدام النشاط البدني مقارنة بالتمارين الجسدي المكثف، وأحيانا أخرى للإشارة إلى ضعف في إنفاق الطاقة مع وجود نشاط ادني. سبق واشرنا أعلاه أن النشاط البدني أنواع، هناك أنشطة منزلية وأخرى في مكان العمل تدريجياً نصل إلى التمرين الجسدي أو الرياضة. انعدام النشاط البدني يظهر من خلال الجلوس أو التمدد

المستمر والذي يؤثر بشكل كبير على عملية الأيض وعلى العضلات. في هذا البحث نقصد بالعبارة قلة النشاط البدني، فهو متوفر لكن ضعيف نسبياً، وهو أكيد يؤثر على التوظيف الجسدي. نعرض في الجدول الموالي تعريف قلة النشاط البدني وهو يظهر في ثلاثة مستويات أخطرها الخمول البدني.

مصطلح	تعريف
قلة النشاط البدني sedentary	فئة مميزة من السلوكيات (كالجلوس ومشاهدة التلفزيون والقيادة) تتميز بحركة بدنية قليلة ونفقات منخفضة للطاقة ( $\leq 1.5$ METs)
قلة النشاط لكن النشطة جسدياً Sedentarism Physically active	امتداد المشاركة في سلوكيات تتميز بأدنى حركة وانخفاض في استهلاك الطاقة، والراحة، مع ثلثية الإرشادات المحددة للنشاط البدني (عادة ما تنعكس في تحقيق عتبة الدقائق من النشاط البدني المعتدل إلى النشط يومياً)
الخمول البدني Physical inactivity	غياب النشاط البدني، ينعكس عادةً على مقدار أو نسبة الوقت الذي لا يمارس فيه النشاط البدني لشدة معينة المحددة مسبقاً

ملاحظة: METs metabolic equivalent tasks مهام الأيض المعادلة

الشكل (15): المصطلحات المهمة المستخدمة لوصف استمرارية الحركة

(Tremblay, Colley, Saunders, Healy, & Owen, 2010, p. 727)

قام Hamilton واتباعه بعرض نتائج بعض الدراسات تشير إلى عوامل خطر قلة النشاط البدني وأقروا أن عوامل الخطر لمتلازمة الاستقلاب ومرض السكري من النوع 2 ترتبط مع مؤشرات وقت قلة النشاط البدني. متلازمة الاستقلاب عبارة عن كوكبة من عوامل الخطر للأمراض القلبية الوعائية ومرض السكري من النوع 2، بما في ذلك الدهون الثلاثية في البلازما triglycérides plasmatiques، والكوليسترول الحميد cholestérol HDL، والجلوكوز في البلازما، وضغط الدم والسمنة المركزية أو محيط الخصر. بينت الدراسات أن تصنيف الأشخاص المصابين بمتلازمة الاستقلاب (Dunstan et al., 2005; Bertrai et al., 2007; Gao, Nelson & Tucker, 2005) وعوامل الخطر المرتبطة بالاستقلاب (Healy et al., 2007; Dunstan et al., 2004; Kronenberg et al., 2000) الإفراط في السمنة أو زيادة الوزن (Owen, Leslie, 2000; Salmon & Fotheringham, 2000; Levine et al., 2005; Brown et al., 2005; Mummery et al., 2005) وسوء إدارة الأطفال المصابون بداء السكري من النوع 1 (Margeirsdottir, Larsen, Brunborg, Sandvik, 2007) وخطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني (Dunstan et al., 2004; Hu et al., 2001; Hu et al., 2003) جميعها مرتبطة مباشرة بوقت الجلوس و/أو العكس إلى انخفاض النشاط البدني. خلصت تقديرات التلفزيون والكمبيوتر الطويلة إلى أن الجلوس المفرط يمكن أن يزيد بأكثر من خطر الإصابة بمتلازمة الاستقلاب (Dunstan et al., 2005; Bertrai et al., 2005; For et al., 2005) وجد

Dunstan وأتباعه (2005) أنه لكل زيادة ساعة واحدة في مشاهدة التلفزيون يوميا، كانت هناك زيادة بنسبة 26% في انتشار متلازمة الاستقلاب لدى النساء (Hamilton, Hamilton & Zderic, 2007, p.2659).

نفس النتائج أشار إليها Tremblay وأتباعه (2010) بحيث تشير الدلائل الحديثة إلى أن قلة النشاط البدني له تأثير مباشر على التمثيل الغذائي (الايض او الاستقلاب)، والنسبة المعادن للعظام وصحة الأوعية الدموية. قلة النشاط البدني والمؤشرات الحيوية للقلب. وواحدة من التأثيرات الواضحة لقلة النشاط البدني هو خلل في عملية الايض، الذي يتميز بزيادة مستويات الدهون الثلاثية triglycérides في البلازما (Tremblay, Colley, Saunders, Healy, & Owen, 2010, p. 729). وانخفاض مستويات البروتين الذهني عالي الكثافة haute lipoprotéines de densité (HDL) وانخفاض حساسية للأنسولين. على سبيل المثال، فحص Hamburg وآخرون (2007) تأثير 5 أيام من الراحة الكاملة في الفراش على صحة عملية الايض لدى 22 متطوع راشد، بقي المشاركون في الدراسة على السرير لأكثر من 23.5 ساعة في اليوم، ينهضون فقط في الأمور المتعلقة بالنظافة الشخصية. عند الانتهاء من الدراسة، على الرغم من عدم حدوث أي تغييرات في وزن الجسم، فقد عانوا من زيادات ملحوظة للكوليسترول الكلي cholestérol total والدهون الثلاثية triglycérides plasmatiques في البلازما والجلوكوز ومقاومة الأنسولين. كانت التغييرات في استقلاب الكربوهيدرات واضحة جدا، حيث واجه المشاركون استجابة للأنسولين بنسبة 67% أكبر من ثقل الجلوكوز التابعة لـ 5 أيام، نقلا عن (Tremblay, Colley, Saunders, Healy, & Owen, 2010, p. 730).

بالتالي يمكن لقلة النشاط البدني ان يزيد من مخاطر الاستقلاب بالتالي فهو سلوك يشكل خطرا على الصحة لكونه خطر للإصابة بمرض القلب والأوعية وكذلك السكري.

يبدو أن الآثار الضارة للسلوك قلة النشاط البدني على الصحة الأيضية تسببها جزئيا على الأقل التغييرات في عمل الليباز البروتين الدهني lipoprotéines lipas (LPL) وهو إنزيم يسهل امتصاص الأحماض الدهنية الحرة في عضلات الهيكل العظمي والأنسجة الدهنية، ترتبط المستويات المنخفضة من LPL بزيادة مستويات الدهون الثلاثية المنتشرة، وانخفاض الكوليسترول الحميد HDL وزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (Hamilton et al., 2007). يبدو أن نشاط LPL قد انخفض كاستجابة لقلة النشاط البدني الحاد والمزمن (Tremblay, Colley, Saunders, Healy, & Owen, 2010, p. 730).

قلة النشاط البدني هو عامل خطر لحوالي 3.2 مليون من الوفيات وفاة، و32.1 مليون سنة من الحياة المعدلة بالإعاقة (2.1% من الرقم العالمي) يعزى إلى انعدام النشاط البدني كل عام. يتعرض الأشخاص ذوو النشاط البدني غير الكافي لخطر متزايد للوفيات لجميع الأسباب، في حدود 20 إلى 30% مقارنة بأولئك الذين يمارسون 30 دقيقة على الأقل من النشاط البدني المعتدل أيام الأسبوع. في عام

2008، قدر أن 31.3% من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاماً لا يمارسون نشاط بدني (28.2% رجال و 34.4% نساء) (OMS, 2012, p.22).

وماذا لو اقترنت قلة النشاط البدني مع الأكل غير الصحي وقلة النوم، مشكلات تضاف إلى المشكل الأول لتتعدد الحالة الصحية للفرد وتؤثر على عملية الاستقلاب والعضلات ووظيفة القلب، قد تجتمع عوامل الخطر الصحية لدى نفس الفرد تكون نتائجها وخيمة على صحته.

#### 3.2.4. تعاطي والإدمان على المواد

من بين السلوكيات المحفوفة بالمخاطر، نجد استخدام المواد ذات التأثير النفسي (المخدرة) والسلوكيات الإدمانية (مع أو بدون مواد) وبعض السلوكيات مثل الرياضة المتطرفة (على سبيل المثال: ركوب الأمواج بالألواح الشراعية) القيادة الخطرة للسيارة، ولكن أيضاً النشاط الجنسي الخطر ومحاولات الانتحار، الهروب من المنزل، الأعمال الإجرامية أو العنيفة والألعاب الخطرة مثل ألعاب التحدي وألعاب الاعتداء والألعاب غير المؤكسجة (Michel, Bernadet, Aubron, Cazenave, 2010) نقلا عن (Bonnaire & Varescon, 2012, p.89).

نركز فيما يلي على السلوك الإدماني، والذي قد يكون على المواد المسموحة (التبغ، الأدوية والكحول) أو المواد غير المسموحة (الافيونات، الكوكايين...). ان التأثير الرئيسي للاستهلاك المفرط للمواد ذات التأثير النفسي يتعلق بالصحة البدنية، ويبدو من الصعب وضع قائمة شاملة لجميع المضاعفات الجسدية لكل المواد ولكن نركز على أهم المواد في تناول جميع الفئات والتي تشكل خطراً كبيراً على الصحة على المدى القصير أو البعيد أهمها التبغ والكحول والأدوية النفسية، تظهر استجابة الجسم مختلفة بين الأفراد، توجد فوارق فردية فيسيولوجية ونفسية تجعل الفرد يستمر في تناولها رغم معرفته بمخاطرها.

#### 1.3.2.4. التدخين

صرحت منظمة الصحة العالمية (OMS, 2019) بمناسبة اليوم العالمي بدون تدخين أن استخدام التبغ يعد أحد أخطر التهديدات التي تواجه الصحة العامة على الإطلاق ويقتل أكثر من 8 ملايين شخص في جميع أنحاء العالم كل عام، أكثر من 7 ملايين منهم من المستهلكين أو المستهلكين السابقين، وحوالي 1.2 مليون من غير المدخنين يتعرضون قسرياً للتدخين، يعيش حوالي 80% من 1.1 مليار مدخن على هذا الكوكب في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث يكون عبء المرض والوفاة المرتبطان بالتبغ أكبر، يساهم التدخين في الفقر من خلال تحويل الإنفاق على منتجات التبغ التي كان يمكن للأسر أن تنفقها على الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء والمأوى، من الصعب عكس هذا السلوك نظراً لقوة إدمان التبغ القوية. وتعتبر التكاليف الاقتصادية للتدخين كبيرة: يتعلق الأمر بتكاليف الرعاية الصحية الكبيرة

لعلاج الأمراض الناجمة عن التدخين ورأس المال البشري المفقود بسبب المرض والوفيات المرتبطة بالتبغ، وفي بعض البلدان، يعمل أطفال الأسر الفقيرة في زراعة التبغ لتكملة دخل أسرهم فيتعرض هؤلاء الأطفال بشكل خاص إلى "مرض التبغ الأخضر" «maladie du tabac vert» والذي ينتج عن امتصاص النيكوتين عبر الجلد عند التعامل مع أوراق التبغ الرطبة.

في عام 2000، تسبب التدخين في وفاة 4200000 شخص في جميع أنحاء العالم، نصفهم وقع في البلدان النامية، وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب من 100 مليون شخص قد ماتوا نتيجة استخدامهم للتبغ طوال القرن العشرين وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى عشرة أضعاف عدد الوفيات في القرن الحادي والعشرين ومن المتوقع وفاة عشرة ملايين شخص بسبب التبغ في الأعوام 2025-2030 (Le Faou, Scemama, 2005, p. 8S29).

يشير مصطلح "التدخين السلبي" إلى التعرض للتدخين من منتجات التبغ مثل السجائر أو البيدي أو الشيشة في أماكن مثل المطاعم أو المكاتب أو الأماكن الضيقة الأخرى، يحتوي دخان التبغ على أكثر من 7000 مادة كيميائية، من المعروف أن 250 منها على الأقل ضارة و 69 مادة على الأقل مسرطنة ولا يوجد عتبة دنيا للتدخين السلبي الآمن. بمعنى انه يشكل خطراً على الصحة في كل الأحوال (OMS, 2019). والنيكوتين هي من القلوبات (Vareson, 2005) لها خاصية نفسية منشطة موجودة في التبغ ولها تأثير منبه، مضاد للقلق وتقطع الشهية (نقلا عن سايل، 2015، ص.45).

هناك نوعان من مستقبلات الأسيتيل كولين على الخلايا، مستقبلات المسكارينية والنيكوتينية، والتي يتم تنشيطها بشكل مصطنع بواسطة المسكارين (سم الغار الذبابة) والنيكوتين (التبغ). يحفز النيكوتين الدماغ ويسبب الشعور بالراحة. استخدم التبغ لآلاف السنين، وهو يسبب الإدمان لأنه لا يحدث شعوراً غير سار بالتسمم (Landry & Gies, 2003) لا يوجد مضادات معروفة للنيكوتين، لذلك لا يوجد إقلاع سهل عن التدخين باستخدام ادوية، تجدر الإشارة إلى أن جميع الأدوية القريبة كيميائياً من الأتروبين atropine تسبب جفافاً شديداً في الفم وتسرع في تسوس الأسنان وداء المبيضات. يغير التدخين من حاسة الشم والذوق ويعطي صوتاً صاخباً (سعال مزعج). يحتوي التبغ على قطران يترك رواسب سوداء على الأسنان، يسبب رائحة الفم الكريهة ويزيد من خطر التهاب اللثة (Gonsalves, Chi & parodontite, 2009; Neville, 2007; Lundstrom, 2009) من التهاب الحويصلات الهوائية d'alvéolite وربما فشل زرع مبكر (Heitz-Mayfield, 2008; Sverzut et al., 2008) بسبب تأثير مضيق للأوعية الدموية للنيكوتين على الأوعية الشعيرية، الأسنان الأولى المتأثرة عادةً هي القواطع السفلية غالباً ما يفقد المرضى الذين يعانون من إدمان متعدد أسنانهم في حوالي 40 عاماً: سوء النظافة ورفض العناية بالأسنان، جفاف الفم، التهاب اللثة وتسوس الأسنان السريع إلخ (Tezal et al., 2009) (Pesci-Bardon & Prêcheur, 2011, p.3).



الشكل (16): سرطان اللثة لدى مدخن ومتعاطي الكحول (Pesci-Bardon & Prêcheur, 2011, p.3)

يحتوي استهلاك المنتظم للتبغ المزمن والمتعدد الأيام على إمكانية سمية جسدية كبيرة، يرجع هذا أساسًا إلى المركبات التي يتم إنتاجها أثناء الاحتراق والتي ستصل إلى الممرات الهوائية الرئوية حيث يتم تداولها (خطر الإصابة بالسرطان الموضعي ، التهاب الشعب الهوائية المزمن ، وما إلى ذلك) والجسم كله عند انتقاله إلى نظام الدم (خطر القلب والأوعية الدموية بما في ذلك احتشاء عضلة القلب، والسكتة الدماغية أو التهاب الشرايين في الأطراف السفلية، وخطر الإصابة بسرطانات بعيدة مثل سرطان المثانة (Dautzenberg, 2006). في المتوسط يتضاعف لدى المدخن خطر الإصابة بسرطان الرئة بعشر وفي خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي قبل سن 45 سنة (Perriot, 2005). ويزداد خطر الإصابة بالسرطان بسبب أهمية الاستهلاك ولا سيما مدة الاستهلاك، واستهلاك المواد الأخرى مثل الكحول أو الحشيش، هذه المضاعفات هي سبب الوفيات المبكرة عند المدخنين (Delorme et Fouilland, 2010) (Bonnaire & Varescon, 2012, p. 105).

يشكل استهلاك التبغ بدون تدخين والتبغ بالتدخين والتعرض للتدخين السلبي مخاطر صحية، وجميع الأشخاص الذين يستهلكون التبغ (يوميًا أو بالمناسبة) معرضون لخطر الإصابة بالعديد من المشكلات الصحية في حياتهم وإصابتهم بالأمراض المزمنة عند سن الرشد، وتشير التقديرات إلى أن استهلاك التبغ (المدخن وغير المدخن) يسبب حوالي 71% من الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة، و50% من الوفيات الناجمة عن سرطان تجويف الفم، و42% حالات أمراض الجهاز التنفسي المزمنة وحوالي 12% من الوفيات الناجمة عن مرض نقص تروية القلب (cardiopathie ischémique) (OMS, 2012, p.20).

منذ سنوات 1950 أشارت البحوث الأبيدميولوجية الأولى إلى التأثيرات السلبية للتبغ، ومنذ ذلك الحين لم تتوقف قائمة الأمراض المرتبطة بالتدخين عن التوسع. وكان Doll و Hill قد أشارا منذ سنوات 1950 إلى المخاطر الصحية التابعة للتدخين مثل الإصابة بسرطان الرئة، ثم ظهر أن التدخين يؤثر أيضا

على الأمراض التاجية القلبية وسرطانات أخرى مثل سرطان الحنجرة والمعدة والأمعاء. كما تبين بعدها ارتباط التدخين بنقص طول الحياة لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين، أصبحت مخاطر التبغ ملموسة ومعروفة في كتاب Peto وآخرون (1994)، وتوقع هؤلاء الباحثون في بريطانيا أن من بين 1000 شاب مدخن بانتظام، والبالغ عمرهم 20 سنة تقريبا، منهم 1 يتم قتله، 6 يموتون بسبب حادث مرور، 250 يموتون بسبب التدخين في الخمسين سنة من عمرهم، و250 آخرين يموتون بسببه في سن متقدمة 70 سنة فأكثر. وفي الدول المتقدمة يتم فقدان سنوات الصحة الجيدة بسبب التدخين. يموت المدخن 8 سنوات قبل غير المدخن ويعانون من إعاقات في 12 السنة قبل غير المدخنين، كما يموت المدخنون بمعدل 23 سنة مبكرا (West & Shiffman, 2004). هذا ولا يوجد أي تأثير إيجابي للتدخين على الصحة ماعدا ما صرح به المدخنون وهو تأثير إيجابي على المزاج، يساعدهم التدخين على مواجهة الظروف الصعبة (Graham, 1987). كما تبين أن التدخين يصعب من تحسن المريض بعد العملية الجراحية، فهو يتحسن إذا كان قد توقف لمدة طويلة قبل الجراحة لتفادي التعقيدات ما بعد الجراحة (Theadom & Cropley, 2006) نقلا عن (Ogden, 2014, p.87).

كما تبين أن التدخين السلبي يحمل تأثيرات سلبية سريعة في المراهقة. وهو مرتبط بضعف القدرة على التنفس، والربو وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع الالتهابات في المسارات التنفسية (American Lang Association, 2002a ; 2002b) نقلا عن (Ogden, 2014, p.88). بالإضافة إلى المشكلات الصحية البدنية، يحدث الإدمان على النيكوتين مشكلات نفسية، أدرجتها الجمعية السيكاتيرية الأمريكية في متلازمة الانسحاب من التدخين، تتميز على الأقل بأربعة مظاهر من بين ثمانية: سرعة الغضب والإحباط، الحصر، صعوبات التركيز، ارتفاع في الشهية، التهيج، مزاج اكتئابي والارق (Association Psychiatrique Américaine, 2013, p.681).

التدخين هو سلوك يشكل خطورة كبيرة على صحة الفرد، يحدث السرطان يتبع بداية مسار تناوله الفم ثم الحنجرة البلعوم المعدة ليصل إلى المثانة ناهيك عن أمراض القلب والأوعية، يصل تأثيره إلى الدماغ عن طريق المستقبلات النيكوتينية للاسيتيل كولين، يتعلم الفرد من خلال هذه العادة الاستمتاع والشعور بالرضا، وخفض الضغط وكذلك تحسين صورته الاجتماعية، فإذا كانت تأثيراته تقريبا في مجملها سلبية فهو لا تشهد له الدراسات بتأثيرات إيجابية، مضاره قاتلة.

#### 2.3.2.4. تعاطي الكحول

لتعاطي الكحول تأثيرات سلبية عدة على الصحة، يسبب الإدمان على الكحول تشمع الكبد cirrhose وسرطان الكبد والبنكرياس وارتفاع ضغط الدم واضطرابات الذاكرة (White et al, 2002). كما يزيد الكحول من مخاطر الإصابات بعد حوادث (المرور وغيرها) وحوادث السقوط، العنف وعلاقات جنسية غير الآمنة (Corbin & Fromme, 2002) نقلا عن (Ogden, 2014, p.88).

يسبب إدمان الكحول مضاعفات متعددة تظهر عواقبه على المستوى الجسدي: اضطرابات الجهاز الهضمي troubles gastro-entérologiques (التهاب الكبد hépatite، تشمع الكبد cirrhoses، التهاب البنكرياس الحاد pancréatites aiguës، التهاب المعدة gastrites، إلخ)، اضطرابات استقلابية troubles métaboliques (زيادة في: الوزن، نسبة السكر في الدم، ضغط الدم، الكوليسترول والدهون الثلاثية triglycérides)، اضطرابات دائرة الفم- الحنجرة - البلعوم oro-pharyngo-laryngée (سرطانات الحنجرة والبلعوم، إلخ)، قصور القلب، اختلال الدماغ encéphalopathies، التهاب الأعصاب polynévrites، الصرع épilepsie، تلف الأوعية الدموية، تداعيات الجلد...، على المستوى العصبي النفسي: اضطرابات الطبع، اضطرابات المزاج والاضطرابات العصبية، اضطرابات الذاكرة، ضعف الوظائف التنفيذية، إلخ (Varescon, 2005) خطر الموت من استهلاك الكحول مرتفع (-105 pp. Bonnaire & Varescon, 2012, pp. 106).

يعتبر الكحول (الإيثانول) هو الأكثر تنشيطاً للوسيط العصبي GABA l'acide gamma-aminobutyrique [ الذي يلعب دور في كف عمل الخلايا العصبية في الدماغ التي لا يمكن ان تنشط لوقت طويل يفوق العتبة لان ذلك يسبب سمية وموت الخلايا] تعادل وحدة واحدة من الكحول كوباً قياسياً (من النبيذ والبييرة والويسكي والشمبانيا وما إلى ذلك) وتساوي 10 غرام من الكحول، تكون آثاره أكثر أو أقل تعقيداً حسب التركيز المستخدم ونوع مستقبلات GABA-A هذا ما يفسر التأثيرات المتعددة والعكسية للكحول بين مستهلكيه (Landry & Gies, 2003) إدمان الكحول الحاد والمزمن مسؤول عن الحوادث والاضطرابات العصبية والنفسية (سكر، عنف، عجز عند الرجال، صرع، اضطرابات معرفية)، التهاب الكبد، تشمع الكبد، نزيف، نقص التغذية وسرطان خاصة في الجهاز الهضمي (-NSERM, 2003 ; Cadet, 2008). لدى النساء الحوامل يؤدي تنشيط مستقبلات GABA-A بعد تناول الكحول أو البنزوديازيبينات أو الباربيتورات إلى موت الخلايا المبرمج للخلايا العصبية المسؤولة عن تشوهات الدماغ في الجنين (Landry & Gies, 2003 ; Dictionnaire Vidal des médicaments, 2009) وغالباً ما يصاب مرضى الكحول بسوء التغذية مع ارتفاع خطر الإصابة بأمراض اللثة والمضاعفات المعدية والسرطان الذي يتفاقم إلى حد كبير بسبب إضافة مشكل التدخين (Gonsalves, Chi, 2009; Amaral Cda, Vettore & Leao, 2009; Neville, 2007) مرضى الكحول الذين يعانون من تشمع الكبد لديهم انخفاض في الصفائح الدموية (نقص الصفائح) أو انخفاض في مستويات البروثرومبين (TP) taux de prothrombine مع خطر النزيف، خاصة إذا كان هناك عدوى بفيروس التهاب الكبد B أو C أو الآخر، بالامتداد وبالتوافق مع الطبيب، في المرضى المعرضين لخطر النزيف، يجب برمجة قلع الأسنان بنقل الصفائح قبل الجراحة (Pesci-Bardon & Prêcheur, 2011, pp. 5-6).

وفي حالة الإدمان تظهر كما جاء في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس DSM5 للجمعية السيكاترية الأمريكية (2013) أعراض الانسحاب عبارة عن مظاهر نفسية وجسمية اذا توفر منها اثنان فهو دليل على التبعية للكحول، منها زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل مثل زيادة ضربات القلب والتعرق، زيادة رعشات في اليدين، فقدان النوم، الغثيان أو التقيؤ، هلاوس أو اووهام مرئية انتقالية وحسية وسمعية، تهيج نفسي حركي، الحصر وأزمات تشنجية من النوع العام ( Association psychiatrique Americaine, ) 2013, p.593).

#### 3.3.2.4. الإدمان على الأدوية النفسية

الأدوية الأكثر وصفا في مجال الطب النفسي: مضادات القلق، المنومات، مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان والتي يتم تعيينها لعلاج الاضطرابات النفسية انطلاقا من التوتر إلى اضطرابات النوم واضطرابات الحصر والاكتئاب والذهان.

توجد حالات، يقوم الفرد بسوء استعمال الأدوية دون تعميم الفكرة، يبحث من خلال الأدوية إما عن الرضا من خلال تناول أدوية ترفع من الاجتماعية، وإما كمساند للتحمل بسبب اضطراب علاقته مع الغير، أو لمقاومة الأرق وغير ذلك.

حسب الدليل الاحصائي DSM5 للجمعية السيكاترية الامريكية ( Association Psychiatrique ) 2013, p . 654-655) تتضمن المواد المسكنة والمنومة والمضادة للقلق (المهدئات) التي تحدت اضطرابات نفسية: مشتقات البنزوديازيبين (zolpiden, zalepton) و les carbamates و (glutéthimide, méprobamate) والباربيتورات (sécobarbital) وكذا المنومات المماثلة للباربيتورات (glutéthimide, méthaqualone) وهي كلها أدوية يتم وصفها لغرض العلاج وقد يتم استعمالها بطريقة غير المسموحة، بالتالي قد تسبب اضطراب وظيفي وألم عيادي بارز يتميز بمظاهر مختلفة خلال 12 شهرا.

تعمل هذه الأدوية مثلها مثل الكحول كمثبطات دماغية ويمكنها أن تسبب نفس الاضطرابات التي يحدثها استعمال مادة. يمكن أن تحدث الأدوية المسكنة والمنومات أو مضادات القلق سريعة أو متوسطة المفعول التسمم، وهو نفس الحال لتلك الأدوية طويلة المفعول. وتحدث الرغبة الملحة craving خلال الاستعمال أو التوقف عن المادة. وقد تستعمل ويحدث التسمم بتعاطيها مع مواد أخرى كالكوكايين و amphétamines أو méthadone. ويظهر الاضطراب من خلال التغيب المتكرر عن العمل، والأداء المهني السيئ، التغيب أو الطرد من المدرسة، التهاون في المهام المنزلية ورعاية الأطفال، وتواصل محدود مع العائلة أو الأصدقاء، تجنب العمل والمدرسة والتوقف عن ممارسة الهوايات. مع احتمال استعمال المتكرر للمهدئات والمنومات أثناء قيادة السيارة أو العمل على آلة.

كما يمكن تطوير بارز للتسامح وظهور أعراض التوقف بسبب استعمال الادوية المسكنة والمنومات أو مضادات القلق، وقد يحدث ذلك بعد وصف هذه الأدوية لمدة طويلة، وتتوقف خطورة الاضطراب على عدد المؤشرات التي يتم تشخيصها.

قد تستعمل هذه الأدوية لتعويض أو تقادي الانسحاب التابع لتعاطي مواد أو مخدرات أخرى كالكحول والكوكايين والافيونات والمنشطات، بالتالي يظهر تسامح بجذع المخ بسبب تناول المفرط لها بحثا عن المرح أو عن تأثيرات أخرى، بالتالي قد يحدث هبوط في التنفس وانخفاض مفاجئ للضغط الدم قد يؤدي إلى الوفاة. وقد يؤدي التسمم المنكرر بهذه الأدوية إلى ظهور الاكتئاب قد يسبب محاولات انتحارية وانتحار منفذ (سايل، 2019، ص. 59).

لماذا يبقى الفرد على هذه العادات (تدخين، تعاطي وإدمان على مواد) رغم إدراك أضرارها؟ تجيبنا على هذا السؤال النظريات المعرفية الاجتماعية لعلم النفس الصحة والتي أدرجتها في الفصل السابق، يتعلق السلوك الصحي وغير الصحي بالمعتقدات الصحية التي تتبأ بحدوثه. اذا كان الفرد يدرك خطر استعمال مادة ما وخطر الإصابة بأمراض مزمنة، تحفز لديه الدافعية لعدم الانخراط في مثل هذا السلوك الخطير. واذا لم يدرك خطورة استعماله او يدرك انه مهما فعل جهده لن يكون فعالا (ضعف فعالية الذات) فانه لا يتخلى عنه. او تنشط لديه معتقدات صحية تعويضية ( انظر مطلع الفصل) فسوف يستعمل طرق كالمصفاة، أو السجائر الالكترونية مثلا او تعاطي مادة والقيام بتمرين جسدي في اعتقاده لتفادي التعقيدات التابعة للتدخين مثلا، وهي في الحقيقة لا تجدي نفعاً.

### خلاصة

تطرقنا في الفصل التالي إلى تحديد السلوك الصحي وعرض أنواع السلوكيات الصحية الوقائية والمضرة بالصحة، نجد أن السلوكيات التي من شأنها أن تحافظ على صحتنا هي بسيطة وسهلة التنفيذ ولكن من منا يلتزم بها؟ ما يمنعا من القيام بتمارين رياضية وتناول الأكل الصحي، وتجنب الأكل الدسم والفاست فود، والسياسة بحذر، والوعي بصحتنا عن طريق إجراء فحوص دورية والكشف المبكر الذي يقينا من أمراض السرطان، فهي تبدو سلوكيات بسيطة ولكنها تتطلب تدخل الدولة لتحضير أرضية تتيح للأفراد الوصول لتحقيق مثل هذه الأهداف، ثم لا ننسى قضية المعتقدات الصحية، التي تتوقف عليها مواقفنا وسلوكياتنا الصحية اللاحقة وهي تحمل مميزات فردية قد ترتبط بالمحددات المحيطة حيث يعيشون، هذا ما عرضناه في الفصل السابق.

في البحث الحالي، نحاول تناول أكبر عدد من السلوكيات الصحية لفحصها لدى طلاب الجامعة، وبما أن هذه السلوكيات تتوقف على معتقدات الأفراد حول ما يحدث في محيطهم والمتعلق بالسلوك

الصحي وكيفية الحفاظ عليه، ارتأينا الاعتماد على نماذج علم النفس الصحة المفسرة لاختيارات السلوكيات الصحية.

## الفصل الرابع

### الاجراءات المنهجية للبحث

## تمهيد

نتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للبحث عبر مراحل مفصلة، انطلاقاً من تصميم البحث، الدراسة الأولية وعينة البحث وأدوات البحث، إجراءاته والمعالجة الإحصائية، أجريت الدراسة الأولية بغرض ترجمة أدوات البحث وعرضها على الخبراء لتحكيمها قبل الشروع في إجراءات الدراسة الأساسية. تطلبت هذه العملية وقتاً وتفرغ المحكمين من الأساندة، كما تطلب هذا الأمر وقتاً للترجمة والتحكيم قبل اختبار الخصائص السيكومترية لكل أدوات البحث وعددها أربعة، يحتوي هذا التقرير عرضاً شاملاً لكل إجراءات البحث.

## 1. الدراسة الأولية

بداية نقدم مبررات اختيارنا لبعض المقاييس التي سوف نستعملها في هذا البحث لقياس بعض المعتقدات الصحية الوقائية وهي تخص اثنان من السلوكيات الصحية: التمرين الجسدي والتغذية الصحية، تتمثل هذه المقاييس في سلام الدافعية للصحة للقيام بالتمرين الجسدي، والدافعية للصحة لتناول الغذاء الصحي ومقياس فعالية الذات الصحية في التمرين والتغذية.

تم هذا الاختيار بسبب عدم توفر مقياس عام للمعتقدات الصحية يخص كل السلوكيات الوقائية، كما يصعب علينا حالياً بناء مقياس لهذا الغرض بسبب صعوبة الإجراء العلمي الراجع للبناء النظري الذي اعتمدنا عليه، والذي استخدم إجرائياً إلى غاية اليوم لدراسة سلوك محدد وليس لمجموعة من السلوكيات الصحية بشكل عام.

وقبل إجراء الدراسة الأساسية، تم إجراء دراسة أولية تهدف إلى:

- ترجمة المقاييس المعتمدة في هذا البحث
- دراسة خصائصها السيكومترية.

بداية نذكر أن سلوكيات الأفراد الصحية تختلف باختلاف معتقداتهم حول صحتهم والتي ليست بالضرورة دائماً صحيحة، يمكن أن تكون المعتقدات إيجابية تنعكس على صحة الفرد بالإيجاب وتدفعه للحفاظ عليها وتطويرها، كما قد تكون المعتقدات سلبية وخاطئة مضرّة بالفرد رغم اعتقاده بعكس ذلك وقد ينجم عنها مضاعفات سلبية على صحته جراء هذه المعتقدات. بالتالي فإن مدركات الفرد تؤدي دوراً هاماً في تفسير سلوكه الخطر وانخراطه في ممارسة السلوكيات الصحية التي تقلل من التهديدات التي يمكن أن يتعرض لها. وبالتالي قام علماء النفس الصحة بتطوير تصورات لتغيير العادات الصحية تعمل على دمج العوامل الدافعية والتعليمية في نماذج متنوعة عرضناها الجانب النظري.

نقدم تذكيراً بنماذج علم النفس الصحة حول المعتقدات الصحية، وعرض باختصار وجهة نظر الباحثين حول المعتقدات التي تقيسها المقاييس التي قمنا باختيارها.

❖ أشار Rosenstock (1988) وأتباعه في نموذج المعتقد الصحي (HBM) Health belief model (HBM) المؤسس جزئياً على النظرية المعرفية الاجتماعية في تفسير السلوك الصحي، إلى أهمية إدراك القابلية والخطورة وإدراك الفوائد للقيام بفعل معين بأقل تكلفة مدركة أو أقل عوائق مدركة للفعل، إدراك العوائق، والدافعية للصحة health motive والتي تشير إلى قيمة التخفيف من التهديدات المدركة، في الـ HBM لا بد أن يكون للفرد حافز للقيام بفعل ما، كالشعور بالتهديد وبأن تغيير السلوك سوف يؤدي إلى فوائد عن طريق نتيجة بأقل تكلفة، بالتالي يشعر الفرد بمهارته (الفاعلية الذاتية) لتنفيذ التغيير (Champion & Skinner, 2008, p.48).

❖ تعتبر حسب نموذج الدافعية للحماية Protection motivation theory (PMT) نتيجة لتقييم التهديد وتقييم التعامل، فكلما كانت الخطورة والاستعداد المدرك والاستجابة الفعالة مرتفعة كلها معاً، ارتفعت الدافعية للحماية وتكون مكونات التهديد منعدمة (Boer and Seydel, 1996). ومن بين عناصر النموذج: نجد فعالية الذات l'auto-efficacité (لدي ثقة في قدراتي لتغيير الأغذية التي أتناولها)، تقوم هذه العناصر بالتنبؤ بالاتجاهات (النية) السلوكية les intentions comportementales (مثلاً) لدي نية في تغيير سلوكي) والتي هي نفسها لها علاقة بالسلوك.

❖ تركز نظرية الفعل المبرر (TRA) The Theory of Reasoned Action ونظرية الفعل المخطط the Theory of Planned Behavior (TPB) على البناءات النظرية المتعلقة بعوامل الدافعية لدى الفرد كمحددات لاحتمال الأداء سلوك صحي خاص. وتفترض كلا النظريتين أن أحسن منبأ للسلوك هو النية في القيام بالسلوك التي تحدد بدورها بالاتجاه نحو السلوك والإدراك المعياري الاجتماعي حولها.

أشار Weinstein (1993) إلى أن النماذج HBM و PMT و TRA تفترض أن توقع نتيجة سلبية متعلقة بالصحة والرغبة في تجنب هذه النتيجة أو التخفيف من تأثيرها يخلق الدافعية لحماية الذات. كما يمكن تحديد التأثير المحتمل للنتيجة على الدافعية للقيام بالفعل عن طريق القيمة (VALUE) المتوقعة وبالتوقع (يعني PROB) امكانية حدوث النتيجة.

ويختلف PMT عن HBM وعن TRA في الإشارة الواضحة لفعالية الذات لـ Bandura (1977) فهي تقدر بأسئلة تشير إلى توقع الأفراد لمشكلات مع حدث ما في اتخاذ الحذر أو في الشك حول قدرتهم على

تغيير أنماط الحالية للسلوك (Beck & Lund, 1981 ; Rogers, 1983) بالتالي يمكن أن تسمى بالتكاليف أو العوائق للقيام بفعل في نظريات اخرى وليس بفعالية الذات.

واستنادا إلى Xu (2009) وفقا للبحوث النظرية والتجريبية حول الدافعية motivation والدافعية الصحية and health motivation، تنتج الدافعية الصحية قوة داخلية inner force التي تنشط وتوجه الأفراد لاختيار السلوكيات التي تمكن من الحفاظ على وترقية صحة الأفراد ويمكن أن تقيهم من الأمراض، تعمل القوة الداخلية هذه كـ "محرك" لآلة. وتنتج الطاقة لنظام سلوك الأفراد. وتختلف القوة الداخلية في هذا التعريف كثيرا عن الدافعية الداخلية لأن الدافع داخلي- خارجي هو طريقة لتصنيف دافعية الإنسان.

وتجعل الدافعية الداخلية الناس يقومون بأشياء من دون الحث الخارجي. إذا كان الشخص يفعل شيئا دون الحث الخارجي مثل المال، يمكننا أن نقول هذا الشخص هو في جوهره متحفز. ويمكن أن تشكل المصادر الداخلية والخارجية قوة داخلية. وتشير المصادر الداخلية إلى المفاهيم الذاتية المتعلقة بالصحة، مثل المعتقدات الصحية، والقيمة الصحية، والكفاءة الذاتية الصحية. وتشير المصادر الخارجية إلى الضغط الذي يصدر من آخرين مهمين، والتسهيلات، والمناخ على سبيل المثال، إذا كان شخص يعتقد أن ممارسة الأنشطة البدنية يمكن (p.32) أن يحافظ على صحته أو يحسنها، ويحول دون إصابته بمرض، فإنه قد يحاول إيجاد طريقة للمشاركة في الأنشطة البدنية (مثل الذهاب إلى القاعة الرياضية بانتظام) وإذا كان تشجعه أمه على الانخراط في أنشطة بدنية، قد يسعى إلى تحقيق ذلك. القوة التي تدفع الشخص للقيام بالأنشطة البدنية هي القوة الداخلية (p.33).

وتعتبر الدافعية الصحية العملية التي تتطوي على عدة مراحل مختلفة مثل تلك العمليات التي وصفها Heckhausen ومراحل عمل لـ Gollwitzer.

**في المرحلة الأولى**، يصدر الناس اتجاهاتهم الدافعية ذات الصلة بالصحة. تؤثر العوامل الشخصية والبيئية على تشكيل هذه الاتجاهات وتشمل العوامل الشخصية الفاعلية الذاتية، والمعتقدات، والقيم الصحية، والمعرفة حول الصحة، وغيرها، وتشمل العوامل البيئية ضغط الأقران، والتسهيلات في المجتمع، والمناخ، والآخرين.

**في المرحلة الثانية** تتضمن وضع خطط أو تشكيل نوايا صحية، في هذه المرحلة يقوم الأفراد بحل المشاكل مثل كيف ومتى تنفيذ العمل لتحقيق الأهداف أو تحقيق الرغبات التي وضعت في المرحلة الأولى (p.32).

تتطوي المرحلة الثالثة على الشروع في إجراءات هادفة، على سبيل المثال، إذا أراد الأفراد تحسين صحتهم (المرحلة الأولى) ويقررون التمرين لتحقيق هذا الهدف (المرحلة الثانية)، ثم في هذه المرحلة يجب عليهم الذهاب إلى قاعة الألعاب الرياضية أو القيام بأي شكل من أشكال التمارين الرياضية، تتطوي المرحلة الأخيرة على إرادة أو الثبات في السلوك.

لا يمكن تحقيق هدف المرء لتحسين الصحة بممارسة مرة أو مرتين، لتحقيق الأهداف أو رغبات، يجب على الأفراد أن يثابرون في ممارسة التمارين الرياضية.

والعوامل الشخصية والبيئية تؤثر ليس فقط على المرحلة الأولى، ولكن أيضا تؤثر على جميع المراحل الأخرى، وأي تغييرات في العوامل الشخصية أو البيئية قد تتسبب في حدوث تغييرات في الدافعية الصحية، وبالتالي تؤدي إلى تغييرات في السلوك الصحي.

وبالمقارنة مع تعريف Xu و Cox وآخرون للدافعية للصحة، التعريف المقترح حديثا له مزاياه. على سبيل المثال، على الرغم من أن Cox (1982) أشار إلى أن الدافعية للصحة هو نظام فرعي متعدد الأبعاد وسرد ثلاث عمليات: الاختيار، والحاجة والكفاءة، والتحديد الذاتي للشخص حول صحته، لا يشير هذا التعريف بوضوح الأهداف النهائية للدافعية للصحة. وكما اتفق عليه علماء النفس الدافعية، تشكل الدافعية الهدف الموجه goal-oriented.

ويتضمن هذا التعريف المقترح حديثا بوضوح وبشكل محدد الأهداف النهائية للدافعية للصحة. في الأصل تم وضع تعريف Xu وآخرون للدافعية للصحة لترميز الجهود الشخصية، وكما يتضح من التعريف الوارد في فقرة السابقة، فإن هذا التعريف خاص جدا، وهو يشمل أنشطة يومية محددة. ومن المفترض أن يكون التعريف قادرا على التعميم على مجموعة واسعة من الوضعيات. من هذا المنظور، يمكن لهذا التعريف المقترح حديثا ان يكون بمثابة تعريف للدافعية للصحة أفضل من التعريفين المتوفرين.

في الدراسة الأولية تم تحكيم ترجمة المقاييس من قبل ثمانية خبراء من المختصين في علم النفس، وتم على إثرها في مرحلة أولى عرض النسخة المترجمة الأولى بالعربية على أربعة خبراء، ثلاثة منهم من جامعة الجزائر2 من قسم علم النفس: الدكتور: "مهمل آسيا"، "بوزيد شهرة أنور السادات"، "مزياني فتيحة". وأستاذة من جامعة تيزي وزو الدكتورة "بن سي السعيد نعيمة". تم على إثرها انجاز النسخة المترجمة الأولى، أنظر الملحق (2) والتي تم عرضها في مرحلة ثانية على أستاذة خبراء آخرين وعددهم أربعة منهم خبيرين من جامعة الجزائر2: "دوقة احمد" و"بوطمين سمير"، وخبيرين من جامعة البليدة: "زعموشي رضوان" و"تاني نبيلة"، وتم الاحتفاظ بالنسخة المترجمة الثانية كما هي في الملحق (3، 4، 5).

يتعلق الأمر بمقاييس باللغة الانجليزية سلمين لقياس الدافعية للصحة لـ Xu (2009) تم وهما على التوالي:

- سلم الدافعية للصحة في النشاطات البدنية Health Motivation Scale in Physical Activities  
 - سلم الدافعية للصحة في الغذاء الصحي Health Motivation Scale in Healthy Eating  
 - سلم فعالية الذات الصحية The Scale of Health Self-efficacy وضعته Becker وأتباعها (1993) ويتكون من أربعة أبعاد: التمرين، والتغذية، والممارسات الصحية المسؤولة، والرفاهية النفسية. ولأغراض هذا البحث، لم يتم اختيار سوى المقاييس الفرعية للتمرين والتغذية. البند مثال على ممارسة "هل التمارين التي هي جيدة بالنسبة لي" مثال على التغذية "أكل نظام غذائي متوازن" نقلا عن ( Xu, 2009, p. 75).

بعد اعتماد الترجمة النهائية، استمرت الدراسة الأولية باختبار الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث ( نتائجها مدرجة في الملحق 7)، أجريت الدراسة الأولية على عينة من طلبة الجامعة من مؤسسات جامعية من البلدة والجزائر قوامها 226 طالب من الجنسين والذين قبلوا المشاركة في الدراسة. وتم اختيار عينة من الطلبة (طلاب وطالبات) يتراوح سن أغليبتهم بين 18-27 سنة، ( 187 = ن، 82,7 %، و 11,5 % ( 26 = ن) يتراوح سنهم بين 28-37 سنة، و 9,4 % ( 11 = ن) يتراوح سنهم بين 38-47 سنة و 9 % ( 2 = ن) يتراوح سنهم بين 48-54 سنة. أغلبية المشاركين نساء (ن = 153، 67,7 % ) بينما بلغت نسبة الرجال (ن = 73، 32,3 %)، أغليبتهم عزاب (ن = 193، 85,40 % ) مقابل (ن = 30، 13,30 % ) متزوجين. أغلبية المشاركين هم طلبة في تكوين الماستر (ن = 126، 55,80 %) ونسبة منهم في تكوين الليانس (ن = 92، 40,70 %) وعدد ضئيل في تكوين الدكتوراه والعلوم الطبية (0,90% - 2,70%). كما أن أغلبية المشاركين من تخصص العلوم الاجتماعية (ن = 131، 58 %) ثم العلوم التقنية (ن = 64، 28,30 %) ثم العلوم الطبية (ن = 24، 10,60 %). أغلبية المشاركين هم طلبة من جامعات البلدة 1 والبلدة 2 (ن = 146، 64,15 %)، وبلغت نسبة طلبة من جامعات الجزائر 1 والجزائر 2 (ن = 80، 35,39 %). أغلبية المشاركين هم طلبة خارجيين غير مقيمين بالاقامات الجامعية (ن = 180، 79,60 %) بينما بلغت نسبة المقيمين بها (ن = 46، 20,40 %) يتعلق الامر باقامات جامعية العفرون 1- العفرون 3- البلدية 6- دالي ابراهيم- حيدرة- اولاد فايت (12,80 % - 2,20 % - 1,80 % - 0,40 % - 0,40 % - 2,20 %).

وتم اختبار الصدق عن طريق اختبار الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط بين البنود وأبعادها، وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس قصد التأكيد على النتائج السابقة المتحصل عليها في اختبار الثبات. وجاءت نتائجها كما يلي:

### 1.1. الخصائص السيكومترية لمقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية

تم اختبار ثبات المقياس بحساب معامل الفا كرونباخ لكل بعد من ابعاد مقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية.

الجدول 1: نتائج اختبار ثبات مقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية

الأبعاد	معامل الفا كرونباخ
ميل الدافعية للصحة	0, 76
النية الصحية	0, 76
الدافعية للمبادرة بالفعل	0, 81
دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)	/

يشير الجدول الى نتائج مقبولة تشير الى معامل الفا لكل يتراوح بين 0,76 و0,81 وهو يدل على وجود اتساق داخلي لثلاث أبعاد للمقياس، ولكن بعد الدافعية للمثابرة يشير الى مشكل بحيث ظهر سلبيا لكن يظهر اختبار الارتباط بين هذا البعد وبنوده قوي ودال عند المستوى 0,01 ( كما نراه في اختبار الصدق). لهذا لا نريد إحداث أي تغيير في بناء المقياس في هذه المرحلة.

كما جاءت النتائج اختبار صدق المقياس بوجود ارتباطات بين البنود وإبعادها وهي دالة إحصائيا عند المستوى 0,01 وهي مؤشرات على وجود اتساق داخلي وصدق المقياس، ندرجها في الجداول التالية حسب الأبعاد.

الجدول 2: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الميل للدافعية للصحة

البنود	معامل الارتباط ببعد الميل للدافعية للصحة
البنود 1	,85**
البنود 2	,82**
البنود 3	,79**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 3: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ النية الصحية

معامل الارتباط ببعد النية الصحية	البند
,82**	البند4
,84**	البند5
,81**	البند6

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 4: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الدافعية للمبادرة بالفعل

معامل الارتباط ببعد الدافعية للمبادرة بالفعل	البند
,91**	البند7
,91**	البند8

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 5: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)

معامل الارتباط ببعد دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)	البند
,56**	البند9
,60**	البند10
,29**	البند11
,29**	البند12
,49**	البند13

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 6: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي الأبعاد/ مقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية

الأبعاد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لمقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية
الميل للدافعية للصحة	,68**
النية الصحية	,08
الدافعية للمبادرة بالفعل	,60**
دافعية للمثابرة (قوة الإرادة)	,79**

\*\* دال عند المستوى 0,01

جاءت النتائج اختبار الصدق بوجود ارتباطات بين البنود وابعادها وهي دالة احصائيا، تتراوح بين 0,79 و0,85 بالنسبة لبعء الميل للدافعية الصحية، وبين 0,81 و0,84 بالنسبة لبعء النية الصحية، و0,91 بالنسبة لبعء الدافعية للمبادرة، وبين 0,29 و0,60 بالنسبة لبعء الدافعية للمثابرة.

كما تشير النتائج إلى وجود ارتباطات بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس وهي دالة عند المستوى 0,01، تتراوح بين 0,60 و0,79 وهي مؤشرات على وجود اتساق داخلي وصدق المقياس بالنسبة لثلاث أبعاد بينما الارتباط بين بعء النية الصحية مع الدرجة الكلية للمقياس غير دال رغم وجود ثبات يخص هذا البعد وارتباطه الدال بابعاده كما يشير اليه الجدول اعلاه، في الدراسة الحالية لا نريد احداث تغيير في بناء المقياس ليس هو هدف البحث وانما البحث عن مؤشرات الدافعية الصحية، ان احداث أي تغيير في بناء المقياس يتطلب عمل خاص واختبارات خاصة. تعرض نسخة المقياس في الملحق(3).

### 2.1. الخصائص السيكومترية لمقياس الدافعية الصحية في الأكل الصحي

تم اختبار ثبات المقياس بحساب معامل الفا كرونباخ لكل بعء من ابعاد مقياس الدافعية الصحية في الأكل الصحي.

الجدول 7: نتائج اختبار ثبات مقياس الدافعية الصحية في الأكل الصحي

الأبعاد	معامل الفا كرونباخ
ميل الدافعية للصحة	0,48
النية الصحية	0,75
الدافعية للمبادرة بالفعل	0,80
دافعية للمثابرة (قوة الإرادة)	/

يشير الجدول إلى نتائج مقبولة تشير إلى معامل الفا لكل يتراوح بين 0,75 و 0,80 وهو يدل على وجود اتساق داخلي لاثنين من أبعاد للمقياس، ولكن بعد الميل للدافعية الصحية يتميز بثبات منخفض رغم ارتباطه القوي بالدرجة الكلية للمقياس، ويشير بعد الدافعية للمثابرة الى مشكل بحيث ظهر سلبيا لكن يظهر اختبار الارتباط بين هذا البعد وبنوده قوي ودال عند المستوى 0,01 ( كما نراه في اختبار الصدق). لهذا لا نريد إحداث أي تغيير في بناء المقياس في هذه المرحلة.

كما جاءت النتائج اختبار صدق المقياس بوجود ارتباطات بين البنود وإبعادها وهي دالة إحصائية عند المستوى 0,01 وهي مؤشرات على وجود اتساق داخلي وصدق المقياس، ندرجها في الجداول التالية حسب الأبعاد.

الجدول 8: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الميل للدافعية للصحة

البند	معامل الارتباط ببعد الميل للدافعية للصحة
البند 1	,57**
البند 2	,63**
البند 3	,63**
البند 4	,26**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 9: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ النية الصحية

البند	معامل الارتباط ببعد النية الصحية
البند 5	,56**
البند 6	,58**
البند 7	,48**
البند 8	,43**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 10: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ الدافعية للمبادرة بالفعل

معامل الارتباط ببعد الدافعية للمبادرة بالفعل	البند
,57**	البند9
,68**	البند10
,83**	البند11
,80**	البند12

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 11: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)

معامل الارتباط ببعد دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)	البند
,71**	البند13
-,06	البند14
-,16*	البند15
,70**	البند16

\*\* دال عند المستوى 0,01 \* دال عند المستوى 0,05

الجدول 12: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي الأبعاد/ مقياس الدافعية الصحية في الاكل الصحي

معامل الارتباط بالدرجة الكلية لمقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية	الأبعاد
,70**	الميل للدافعية للصحة
,22**	النية الصحية
,82**	الدافعية للمبادرة بالفعل
,81**	دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)

\*\* دال عند المستوى 0,01

جاءت النتائج اختبار الصدق بوجود ارتباطات بين البنود وابعادها وهي دالة احصائيا، تتراوح بين 0,26 و0,63 بالنسبة لبعد الميل للدافعية الصحية، وبين 0,43 و0,58 بالنسبة لبعد النية الصحية، ، وبين 0,57 و0,83 بالنسبة لبعد الدافعية للمبادرة، وبين -0,16 و0,71 بالنسبة لبعد الدافعية للمثابرة، هكذا علاقة البند 14 ببعده غير دال بينما البند 15 له ارتباط ذو دلالة لكنه عكسي.

كما تشير النتائج إلى وجود ارتباطات بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس وهي دالة عند المستوى 0,01، تتراوح بين 0,22 و0,82 وهي مؤشرات على وجود اتساق داخلي وصدق المقياس بالنسبة لكل الأبعاد ونذكر انه في الدراسة الحالية لا نريد إحداث تغيير في بناء المقياس ليس هو هدف البحث وانما البحث عن مؤشرات الدافعية الصحية، ان احداث أي تغيير في بناء المقياس يتطلب عمل خاص واختبارات خاصة. انظر نسخة من المقياس في الملحق (4).

### 3.1. نتائج اختبار الخصائص السيكومترية لمقياس فعالية الذات الصحية

تم اختبار ثبات المقياس بحساب معامل الفا كرونباخ لكل بعد من ابعاد مقياس فعالية الذات الصحية.

الجدول 13: نتيجة قياس معامل ألفا لثبات مقياس فعالية الذات الصحية

الابعاد	معامل Alpha de Cronbach
التمرين	0,797
التغذية	0,785

بلغ معامل الاتساق الداخلي للمقياس الفا 0,85 وهو يدل وجود اتساق داخلي بين بنود المقياس، وبلغ معامل الاتساق الداخلي الفا 0,797 بالنسبة لبعد التمرين وبلغ 0,785 لبعد التغذية وهو يدل وجود اتساق داخلي لبعد المقياس، وهو مؤشر لثبات المقياس.

كما جاءت النتائج اختبار صدق المقياس بوجود ارتباطات بين البنود وإبعادها وهي دالة إحصائياً عند المستوى 0,01 وهي مؤشرات على وجود اتساق داخلي وصدق المقياس، ندرجها في الجداول التالية حسب الأبعاد.

الجدول 14: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ بعد التمرن

البند	معامل الارتباط ببعد التمرين
البند1	,620**
البند2	,714**
البند3	,723**
البند4	,747**
البند5	,573**
البند6	,697**
البند7	,634**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 15: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ بعد التغذية

معامل الارتباط ببعد التمرين	البند
,645**	البند1
,672**	البند2
,701**	البند3
,785**	البند4
,766**	البند5
,579**	البند6

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 16: نتائج اختبار الارتباط بين الدرجة الكلية لأبعاد/ الدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس	الأبعاد
,890**	البعد1: التمرين
,862**	البعد 2: التغذية

\*\* الارتباط دال عند المستوى 0,01

جاءت النتائج اختبار الصدق بوجود ارتباطات بين البنود وأبعادها وهي دالة احصائيا، تتراوح بين 0,57 و 0,74 بالنسبة لبعد التمرين، وبين 0,57 و 0,78 بالنسبة لبعد التغذية. كما تشير النتائج إلى وجود ارتباطات بين درجات البعدين والدرجة الكلية للمقياس وهي دالة عند المستوى 0,01، وهي 0,86 بالنسبة لبعد التغذية و 0,80 بالنسبة لبعد التمرين وهي مؤشرات على وجود اتساق داخلي وصدق المقياس. انظر نسخة من المقياس في الملحق (5).

#### 4.1. نتائج اختبار الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي

تم اختبار الخصائص السيكومترية لهذا المقياس في أبريل 2019 على عينة مكونة من 639 طالب يتراوح سن اغليبتهم بين 18 و 27 سنة بنسبة 92,3 % (450 طالبة و 189 طالب) اغليبتهم عزاب بنسبة 93,3%، من مستوى ليسانس وماستر (307، 325) من جامعات من الجزائر والبلدية، المقيمين بالاقامات الجامعية هم اقل بكثير من الخارجيين أي غير المقيمين (1,19 % مقابل 80,9 %) ومن تخصصات العلوم التقنية والعلوم الاجتماعية والانسانية.

نعرض النتائج في جداول مفصلة كما قمنا به في مرحلة سابقة في اختبار هذه الخصائص للمقاييس الثلاث للمعتقدات الصحية، وتم اختبار ثبات المقياس بحساب معامل الفا كرونباخ لكل بعد من ابعاد مقياس السلوك الصحي.

الجدول 17: نتائج اختبار ثبات مقياس السلوك الصحي

الأبعاد	معامل الفا كرونباخ
العناية بالجسم	0,68
العناية بالصحة العامة	0,77
التعامل مع الادوية والعقاقير	0,72
النفس الاجتماعي	0,87

يشير الجدول الى نتائج مقبولة تشير الى معامل الفا لكل يتراوح بين 0,68 و 0,87 وهو يدل على وجود اتساق داخلي لأبعاد المقياس، وهو مؤشر لثبات المقياس.

كما جاءت النتائج اختبار صدق المقياس بوجود ارتباطات بين البنود وإبعادها وهي دالة إحصائية عند المستوى 0,01 وهي مؤشرات على وجود اتساق داخلي وصدق المقياس، ندرجها في الجداول التالية حسب الأبعاد.

الجدول 18: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ العناية بالجسم

البنود	معامل الارتباط ببعد العناية بالجسم
البنود 1	,556**
البنود 2	,584**
البنود 3	,633**
البنود 4	,650**
البنود 5	,612**
البنود 6	,620**
البنود 7	,543**
البنود 8	,518**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 19: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ العناية بالصحة العامة

البتد	معامل الارتباط بعدد العناية بالصحة العامة
البتد9	,51**
البتد10	,59**
البتد11	,62**
البتد12	,51**
البتد13	,59**
البتد14	,57**
البتد15	,43**
البتد16	,49**
البتد17	,55**
البتد18	,61**
البتد19	,55**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 20: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ التعامل مع الادوية والعقاقير

البتد	معامل الارتباط بعدد التعامل مع الادوية والعقاقير
البتد20	,462**
البتد21	0,46**
البتد22	,670**
البتد23	,765**
البتد24	0,66**
البتد25	0,66**
البتد26	,527**
البتد27	,653**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 21: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي بنود/ النفس الاجتماعي

البنود	معامل الارتباط ببعد النفس الاجتماعي
البنود 28	,483**
البنود 29	,540**
البنود 30	,600**
البنود 31	,701**
البنود 32	,702**
البنود 33	,596**
البنود 34	,702**
البنود 35	,648**
البنود 36	,594**
البنود 37	,539**
البنود 38	,528**
البنود 39	,634**
البنود 40	,640**
البنود 41	,596**
البنود 42	,549**

\*\* دال عند المستوى 0,01

الجدول 22: نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي الأبعاد/ مقياس السلوك الصحي

الأبعاد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي
العناية بالجسم	,679**
العناية بالصحة العامة	,765**
التعامل مع الادوية والعقاقير	,617**
النفس الاجتماعي	,723**

\*\* دال عند المستوى 0,01

يبين هذا الجدول وجود اتساق داخلي الذي ميزته معاملات الارتباط بين درجات ابعاد مقياس السلوك الصحي والدرجة الكلية للمقياس، ارتباطات دالة عند المستوى 0,01 وهو مؤشر قوي على صدق المقياس.

هكذا يتميز مقياس السلوك الصحي بالثبات والصدق لدى عينة جزائرية من الطلبة، بالتالي فهو يقيس ما أنجز لقياسه، تم الاحتفاظ بنسخة من المقياس كما هي مدرجة في الملحق (6).

## 2. الدراسة الأساسية

تم الشروع في تطبيق مقياس البحث لجمع بيانات الدراسة الأساسية منذ شهر مارس 2019، ونظرا للظروف التي عرفتھا الجامعات الجزائرية منذ بداية السنة والمتعلقة بالإضراب عن الدراسة، واجهتنا صعوبات في اختيار عينة البحث، التي كان يفترض اختيارها بالطريقة العشوائية وبسبب الظروف الصعبة اعتمدنا على تطبيق المقياس على كل الطلبة من جامعات الجزائر والبلدية حسب ما وجدناه متاح، كل من قبل المشاركة في البحث كان له الحظ في تشكيل عينة البحث.

### 1.2. تصميم البحث

- نتناول في هذا البحث موضوع المعتقدات الصحية وتأثيرها على تبني السلوك الصحي لدى عينة من طلاب الجامعة والمقارنة بين مجموعات منهم باعتبار بعض المتغيرات كالسن والجنس ومحل الإقامة، نذكر بأسئلة البحث التي قمنا بطرحها في الإشكالية:  
هل نموذج البحث المفترض يشتغل؟ بمعنى هل تأثر الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية؟

- هل توجد علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير السن؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير الجنس؟
- هل يوجد فروق بين أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير الإقامة؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير السن؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الإقامة؟

وعليه ونظرا لطبيعة الموضوع وقع اختيارنا على تصميم بحثي غير التجريبي، أو بالأحرى تصميم وصفي وتصميم ارتباطي ومقارن.

وكما يشير إليه اسمها (Barker, Pistrang & Elliott, 2002)، عادة تهدف التصميمات الوصفية إلى وصف المتغيرات، وتهدف التصميمات الارتباطية إلى فحص الارتباطات بين متغيرات البحث، بغرض التوصل إلى التنبؤ أو استكشاف الروابط السببية.

وتهدف البحوث الوصفية إلى فهم الظواهر النفسية محل الاهتمام، وتهدف التصميمات الارتباطية إلى فحص العلاقة بين متغيرين أو أكثر، ويمكن تجاوز البحث عن علاقة خطية بين المتغيرات للبحث بالتصميم العلائقي (Elliot, 1993) بغية التنبؤ بالسببية (pp.139-140). بمعنى البحث (مثلا في البحث الحالي) عن تأثير بعض المعتقدات الصحية (الدافعية للصحة في النشاطات البدنية وفي التغذية الصحية وفعالية الذات الصحية) على ظهور السلوك الصحي لدى عينة البحث. هذا لا يعني إطلاقا ارتباط سببي مطلق خاصة بالنسبة للظواهر النفسية، لكن التوصل إلى استنتاجات سببية حول التلازم في التغير من خلال تحليل إحصائي مناسب.

## 2.2. عينة البحث

تم اختيار عينة البحث بشكل عمدي وذلك بسبب استحالة الاعتماد على الطريقة العشوائية التي كنا نفضل استعمالها لكن بسبب إضراب طلبة الجامعات وغيابهم عن الجامعات اضطررنا إلى إدماج كل طالب يرغب في المشاركة في البحث، تنقلنا إلى المؤسسات الجامعية ونطبق المقاييس على الأفراد المتواجدين بالجامعة، الطلبة بمختلف تخصصاتهم من مؤسسات جامعية من منطقتي الجزائر والبلدية كما كان متاحا لنا. فيما يلي خصائص العينة الأولية المتكونة من 778 طالبا وطالبة من مؤسسات جامعية من البلدية والجزائر ويظهر في الجداول الموالية خصائصها (الملحق 8).

الجدول 23: توزيع أفراد العينة حسب السن

الفئات العمرية	العدد	%
18-27	729	94
28-37	30	4
38-47	15	2
48-54	4	1
المجموع	778	100

يبين الجدول أن أغلبية أفراد العينة هم طلبة يتراوح سنهم بين 18 و 27 سنة بنسبة 94% وبلغ متوسط السن 23,41.

الجدول 24: توزيع أفراد العينة حسب النوع

النوع	العدد	%
طالبة	549	70,6
طالب	229	29,4
المجموع	778	100

يبين الجدول أن أغلبية المشاركين هن طالبات بنسبة 70,6% بينما بلغت نسبة الرجال من الطلبة 29,4%.

الجدول 25: توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	%
اعزب	734	94,3
متزوج	40	5,1
آخر	4	0,5
المجموع	778	100

يبين الجدول أن أغلبية المشاركين هم طلبة من العزاب بنسبة 94,3%.

الجدول 26: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	%
ليسانس	375	48,2
ماستر	354	45,5
دكتوراه	49	6,3
المجموع	778	100

يبين الجدول أن أغلب المشاركين في البحث هم طلبة من مستوى ليسانس بنسبة 48,2% ثم من مستوى ماستر بنسبة 45,5% وطلبة الدكتوراه بنسبة ضئيلة.

الجدول 27: توزيع أفراد العينة حسب مؤسسة الانتماء

المؤسسة الجامعية	العدد	%
الجزائر 1	2	,3
الجزائر 2	241	30,8
الجزائر 3	1	,1
البلدية 2	166	26,0
المدرسة العليا بوزيعة	28	3,6
المدرسة العليا القبة	5	,6
المدرسة العليا للاعلام الآلي الجزائر	1	,1
المدرسة العليا متعددة التقنيات الجزائر	1	,1
جامعة التكنولوجيا باب الزوار	76	9,8
البلدية 1	195	25,1
المدرسة العليا للري البلدية	62	8,0
المجموع	778	100

يبين الجدول مشاركة متنوعة لطلبة من مؤسسات جامعية للعلوم التقنية ومن مؤسسات العلوم الاجتماعية من المؤسسات الجامعية من الجزائر والبلدية والتي شكلت اكبر نسبة وكذلك طلبة من المدارس العليا للري واللغات ومتعددة التقنيات وغيرها.

الجدول 28: توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

الإقامة	العدد	%
الإقامة الجامعية/ داخلي	130	16,7
غير مقيم/ خارجي	648	83,3
المجموع	778	100

يبين الجدول ان المقيمين بالاقامات الجامعية هم اقل بكثير من الخارجيين غير المقيمين (16,7% مقابل 83,3%)، هذا ما استطعنا جمعه في الظروف الصعبة التي واجهتنا.

الجدول 29: توزيع أفراد العينة حسب التخصص

التخصص	العدد	%
علوم اجتماعية	336	43,2
علوم انسانية	51	6,6
علوم تقنية	220	28,3
طب	43	5,5
بيولوجيا	78	10,0
آداب ولغة عربية	1	,1
اعلام واتصال	1	,1
علوم الأرض	1	,1
لغات أجنبية	46	5,9
شبه طبي	1	,1
المجموع	778	100

يبين الجدول ان اغلبية الطلبة المشاركين في البحث هم من تخصص علوم اجتماعية بنسبة 43,2 % وشارك الطلبة من العلوم التقنية بنسبة 28,3 %، من البيولوجيا بنسبة 10,0 % ومن العلوم الانسانية بنسبة 6,6 %، والباقي يتاقسمه الطلبة من تخصصات متنوعة.

الجدول 30: توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة الجامعية

الإقامة الجامعية	العدد	%
البلدية	66	50,77
الجزائر	64	49,23
المجموع	130	100

يبين الجدول عدد المقيمين بالاقامات الجامعية الذي بلغ 130 منهم 50,77% من اقامات جامعية بمدينة البلدية و 49,23% من اقامات مختلفة من منطقة الجزائر العاصمة.

### 3.2. مجال البحث

بالنسبة للمجال المكاني، اجري البحث خلى مستوى 11 مؤسسة جامعية من ولايتي الجزائر والبلدية، وهي: الجزائر1، الجزائر2، الجزائر3، المدرسة العليا بوزريعة، المدرسة العليا القبة، المدرسة العليا للإعلام الآلي الجزائر، المدرسة العليا متعددة التقنيات الجزائر، جامعة التكنولوجيا باب الزوار، البلدية1، البلدية2، والمدرسة العليا للري البلدية.

وبالنسبة للمجال المكاني، اجري البحث- الدراسة الاساسية- في الفترة الممتدة بين جانفي وديسمبر 2019، فترة أطول مما كنا نتوقعه بسبب الظروف التي عرفتها الجزائر والتي جعلت لقاءنا بالطلبة صعب نسبيا.

### 4.2. أدوات البحث

لاختبار فرضيات البحث المدرجة اعلاه، وقع اختيارنا على تقنيات بحث تقيس متغيراته، منها استمارة المعلومات العامة لجمع خصائص العينة، مقياس الدافعية الصحية للنشاط البدني ومقياس الدافعية الصحية للأكل الصحي، ومقياس فعالية الذات الصحية، ومقياس السلوك الصحي، ندرجها فيما يلي.

#### 1.4.2. استمارة معلومات عامة

تتضمن معلومات تحدد خصائص عينة البحث، متعلقة بالسن والجنس والحالة الاجتماعية والمستوى الدراسي ومكان الإقامة والتخصص وكذلك المؤسسة الجامعية وهي مدرجة ضمن الملحق (3).

#### 2.4.2. مقاييس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية وفي الأكل الصحي

قام Xu وآخرون (2009) ببناء مقاييس لقياس الدافعية الصحية في الأنشطة البدنية وفي الأكل الصحي على التوالي، وهما مقياسين Likert، يستندان إلى التعريف والنموذج النظري حول الدافعية والدافعية الصحية، أشار Xu واتباعه الى تعريفين للدافعية الصحية السابقين لتعريفه وهما ناقصين، الاول لـ Heckhausen (1991) يشير الى مراحل فإذا أراد الأفراد تحسين صحتهم (المرحلة الأولى) وقرروا ممارسة الرياضة لتحقيق هذا الهدف (المرحلة الثانية) ، في هذه المرحلة يجب عليهم الذهاب إلى صالة gym أو ممارسة أي شكل من أشكال التمرين .وتتطوي المرحلة الأخيرة على الرغبة أو المثابرة في السلوك .ممارسة الرياضة مرة أو مرتين لا يمكن أن تحقق هدف الفرد في تحسين الصحة . وهذا هو ، لتحقيق الأهداف أو الرغبات ، يجب أن يكون الأفراد مثابرين في ممارسة التمارين الرياضية. والثاني هو لـ Cox (1982) الذي وصف الدافعية الصحية كنظام فرعي متعدد الابعاد وهو

مدرج في ثلاث عمليات، الاختيار والحاجة للكفاءة والتحديد الذاتي المتعلق بصحة الفرد وهو تعريف لا يشير إلى الأهداف النهائية للدافعية الصحية.

بينما اقترح Xu واتباعه (2009) تعريف الدافعية الصحية يتضمن بوضوح وبشكل خاص الأهداف النهائية للدافعية الصحية. تعريف Xu وآخرون للدافعية الصحية التي تم تطويرها في الأصل لترميز الجهود الشخصية هذا التعريف محدد للغاية، ويتضمن أنشطة يومية خاصة. من المفترض أن يكون التعريف قادراً على التعميم على مجموعة واسعة من الوضعيات. من هذه المنظور، يمكن أن يكون هذا التعريف المقترح حديثاً بمثابة تعريف للدافعية الصحية أفضل من التعريفين السابقين. انطلاقاً من هذا طور Xu مقياسين للدافعية الصحية الأول خاص بالنشاطات البدنية والثاني خاص بالاكل الصحي. يتكون كل مقياس من أربعة أبعاد او مقاييس فرعية: الميل للدافعية الصحية، النية الصحية، بعد النية الصحية، بعد الدافعية للمبادرة، وبعد الدافعية للمثابرة. تتكون المقاييس الفرعية من ستة إلى تسعة بنود وثيقة الصلة ببعضها، ويتكون كل مقياس من 30 بند في المجموع.

ولضمان صدق محتوى المقاييس، تم إرسال المقاييس الأصلية إلى أربعة خبراء للتعليق والاقتراحات تم تنقيح المقاييس بناءً على تحكيمهم وبعد ذلك، تم إرسال المقاييس المعدلة للتقييم والتعليق مرة أخرى ليتم تنقيح المقاييس وتعديلها وفي الأخير، تم اختيارهم بنود المقاييس في صورة النهائية بعد اجراء دراسة على عينة قوامها 259 طالب من الطور الأول من قسم علم النفس بجامعة Nevada à Las Vegas وبعض الأقسام من نفس القسم. من بينهم 68 رجال و64 نساء و17 غير محددى النوع. يتراوح سنهم بين 18 و49 سنة وبلغ متوسط السن 20,83 ( الانحراف المعياري=4,33). تم اختبار الخصائص السيكومترية للمقياسين:

▪ مقياس الدافعية في النشاطات البدنية the Health Motivation Scale in Physical Activities (HMS-PA): تم اختبار ثبات المقياس عن طريق اختبار الاتساق الداخلي في نسخته الأولى وبلغ معامل الفا كرونباخ 0,97 بينما بلغ هذا المعامل بالنسبة لابعاد المقياس على التوالي: 0,90، 0,87، 0,86، 0,92، وتراوح معامل الارتباط بين الأبعاد بين 0,76 و0,87 بمتوسط بلغ 0,81.

ولاختبار صدق البناء، اجري التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis لاختبار صحة البناء المفترض لاربعه ابعاد التي يتكون منها المقياس: بعد الميل للدافعية الصحية health motivational tendency، بعد النية الصحية health intention، بعد الدافعية للمبادرة health action initiation motivation، وبعد الدافعية للمثابرة persistence motivation وذلك بالاعتماد على المؤشرات التقليدية وهي: principal analysis (PCA) و maximum components و likelihood (ML) و factoring and principal axis factoring (PAF). تم الاعتماد على طريقة تدوير

Oblimin لتحديد العوامل (الابعاد) بسبب الارتباطات القوية بين العوامل الاولية، وبالمقارنة مع المخارج ML و PAF يظهر ان مخرج PAF oblimin ( $\Delta = 0$ ) هو الذي ينبغي اختياره لكونه بسيط واقرب الى البناء العاملي المفترض مقارنة بمخرج ML. ويمثل الابعاد الأربعة 60,59% من التباين، بينما تشترك في البيانات بنسبة تتراوح بين 0,40 و 0,78.

في دراسة أولى تم التحليل الاستكشافي، تبين نتائج تشعب بنود في ابعادها المفترضة بينما يوجد 17 بنداً اما تشعباتها منخفضة (اقل من 0,30) او تشعب في اكثر من بعد لهذا تم حذفها. من تم قام الباحث باجراء نفس الاختبار على المقياس المتكون من 13 بند. وبعد معاينة تشعب البنود الذي يتراوح بين 0,45 و 0,88.

نذكر ان الباحث قام باختبار ثلاث نماذج مقترحة ولكن نحتفظ بالنموذج الثاني له لانه تم التأكد من مؤشرات المطابقة من خلال التحليل العاملي التوكيدي، ويظهر انه الاكثر قبولاً ونصح الباحث استعمال هذه النسخة في الدراسات المستقبلية.

وتبين ان المقياس يتميز بثبات عالي، يظهر من خلال الاتساق الداخلي لهذا المقياس جيد بحيث بلغ الفا كرونباخ الذي سجل 0,99 للمقياس ككل، وللاربع أبعاد على التوالي بعد الميل للدافعية الصحية، بعد النية الصحية، بعد الدافعية للمبادرة، وبعد الدافعية للمثابرة (0,79 - 0,79 - 0,83 - 0,90) (p.45).

وفي دراسة الصدق التمييزي لهذا المقياس باختبار الارتباط بين درجته ودرجات مقاييس سابقة الوجود وهي *Health Self Determinism Index (HSDI)* (Cox, 1985) و *Self-Motivation Inventory (SMI)* (Dishman & Ickes, 1981) وبلغ معامل الارتباط على التوالي (0,02 - 0,06) هذا يعني ان مقياس الدافعية للصحة في النشاطات البدنية لا يقيس ما تقيسه هذه المقاييس (p.50).

في دراسة ثانية وبعد اجراء التحليل العاملي التوكيدي لكل نموذج (بعد تطبيه على عينة 287 طالب: 170 امرأة و 111 رجل، متوسط السن 20,98 بانحراف معياري 4,30)، ومقارنته بالنموذج المفترض، توصلت النتائج الى الاحتفاظ بالمقياس المتكون من اربعة أبعاد التي ذكرت سالفاً، لكونها تتميز بمؤشرات المطابقة الأكثر قبولاً والتي تتماشى والبناء النظري.

وعليه، تم الاحتفاظ بالمقياس المتكون من اربعة ابعاد والتي تتشكل من البنود كما يلي:

- ميل الدافعية للصحة: يتكون من البند 2، 3 و 9.
- النية الصحية: يتكون من البند 12، 13 و 15.
- الدافعية للمبادرة بالفعل: يتكون من البند 21 و 22.

- دافعية للمثابرة (قوة الإرادة): يتكون من البند 24، 25، 26، 27 و 30.

يتميز هذا المقياس في نسخته المختصرة بمؤشرات مطابقة مقبولة،  $p < .001$ ،  $365.56$ ،  $N = 234$ ،  $59$ ،  $CFI = .925$ ،  $GFI = .892$ ،  $NFI = .892$ ،  $NNFI = .901$ ،  $Standard\ RMR = .056$ ،  $RMSEA = .090$  ( $CI = .106$ )،  $.074$ ، وتتشعب البنود في ابعادها بقيم تتراوح بين  $0.53$  و  $0.88$  . كما تتراوح معاملات التأثير  $R^2$  بين  $0.28$  و  $0.78$  .

**التعليمات:** ستجد في القسم التالي سلسلة من العبارات التي عادة ما تستعملها لوصف نشاطاتك البدنية. تضم النشاطات المذكورة هنا مجموعة من السلوكيات مثل التمرين، اللياقة، السباحة، الجري، العدو، المشي، لعب كرة السلة... الخ  
يرجى منك قراءة كل عبارة بعناية والحكم إلى أي مدى تنطبق عليك أو تصفك على سلم 5 نقاط يتراوح من (-2) "لا يمثلني بشدة"، (-1) "لا يمثلني نوعا ما"، (0) "حيادي"، (1) "يمثلني نوعا ما"، إلى (2) "يمثلني بشدة". الرجاء وضع دائرة حول الرقم المناسب بعد حكمك أيهم انسب اليك. يرجى الانتباه أن إجاباتك هي سرية وبهدف البحث فقط. لا توجد جيدة أو سيئة، كن فقط صادقا وموضوعيا.

#### ■ مقياس الدافعية للصحة في الأكل الصحي

تم اختبار ثبات المقياس عن طريق اختبار الاتساق الداخلي في نسخته الأولى وبلغ معامل الفا كرونباخ  $0.97$  بينما بلغ هذا المعامل بالنسبة لابعاد المقياس على التوالي:  $0.90$ ،  $0.91$ ،  $0.86$ ،  $0.91$ ، و تتراوح معامل الارتباط بين الأبعاد بين  $0.74$  و  $0.92$  بمتوسط بلغ  $0.80$  ( $p.54$ ).

ولاختبار صدق البناء، اجري التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis لاختبار صحة البناء المفترض لاربعة ابعاد التي يتكون منها المقياس: بعد الميل للدافعية الصحية health motivational tendency، بعد النية الصحية health intention، بعد الدافعية للمبادرة health action initiation motivation، وبعد الدافعية للمثابرة persistence motivation وذلك بالاعتماد على المؤشرات التقليدية وهي: principal analysis (PCA) و maximum components و likelihood (ML) و factoring and principal axis factoring (PAF). تم الاعتماد على طريقة تدوير Oblimin لتحديد العوامل (الابعاد) بسبب الارتباطات القوية بين العوامل الاولية، وبالمقارنة مع المخارج ML و PAF يظهر ان مخرج PAF oblmin ( $\delta = 0$ ) هو الذي ينبغي اختياره لكونه بسيط واقرب الى البناء العاملي المفترض مقارنة بمخرج ML. ويمثل الابعاد الأربعة  $64.05\%$  من التباين، بينما تشترك في البيانات بنسبة تتراوح بين  $0.48$  و  $0.81$ .

في دراسة أولى تم التحليل الاستكشافي، تبين نتائج تشعب بنود في ابعادها المفترضة بينما يوجد 14 بندا اما تشعباتها منخفضة(اقل من 0,30) او تتشعب في اكثر من بعد لهذا تم حذفها. من تم قام الباحث باجراء نفس الاختبار على المقياس المتكون من 16 بند.

نذكر ان الباحث قام باختبار ثلاث نماذج مقترحة ولكن نحفظ النموذج الثالث له لانه تم التأكد من مؤشرات المطابقة من خلال التحليل العاملي التوكيدي، ويظهر انه الاكثر قبولاً ونصح الباحث استعمال هذه النسخة في الدراسات المستقبلية.

وتبين ان المقياس يتميز بثبات عالي، يظهر من خلال الاتساق الداخلي لهذا المقياس جيد بحيث بلغ الفا كرونباخ الذي سجل 0,93 للمقياس ككل، وللأربع أبعاد على التوالي بعد الميل للدافعية الصحية، بعد النية الصحية، بعد الدافعية للمبادرة، وبعد الدافعية للمثابرة (0,84 - 0,86 - 0,81 - 0,83). (p.64)

وفي دراسة الصدق التمييزي لهذا المقياس باختبار الارتباط بين درجته ودرجات مقاييس سابقة الوجود وهي HSDI Health Self Determinism Index (Cox, 1985) و SMI Self-Motivation Inventory (Dishman & Ickes, 1981) وبلغ معامل الارتباط على التوالي (0,01 - 0,07) هذا يعني ان مقياس الدافعية للصحة في النشاطات البدنية لا يقيس ما تقيسه هذه المقاييس (p.65).

في دراسة ثانية وبعد اجراء التحليل العاملي التوكيدي لكل نموذج (بعد تطبيقه على عينة 287 طالب: 170 امرأة و111 رجل، متوسط السن 98,20 بانحراف معياري 4,30)، ومقارنته بالنموذج المفترض، توصلت النتائج الى الاحتفاظ بالمقياس المتكون من أربعة أبعاد التي ذكرت سابقاً، لكونها تتميز بمؤشرات المطابقة الأكثر قبولاً والتي تتماشى والبناء النظري.

وعليه، تم الاحتفاظ بالمقياس المتكون من اربعة ابعاد والتي تتشكل من البنود كما يلي:

- ميل الدافعية للصحة: يتكون من البند 1، 3، 6 و 8.
- النية الصحية: يتكون من البند 10، 12، 14 و 15.
- الدافعية للمبادرة بالفعل: يتكون من البند 16، 18، 19 و 20.
- دافعية للمثابرة(قوة الإرادة): يتكون من البند 25، 26، 27 و 30.

يتميز هذا المقياس في نسخته المختصرة بمؤشرات مطابقة مقبولة،  $p < .001$ ,  $282.80$  ( $N = 238$ ) ( $98$ )  $CFI = .914$ ,  $NFI = .875$ ,  $NNFI = .894$ ,  $GFI = .859$ ,  $Standard\ RMR = .064$ ,  $RMSEA = .089$  ( $CI = .077, .101$ ). وتتشعب البنود في أبعادها بقيم تتراوح بين 0,42 و 0,89. كما تتراوح معاملات التأثير  $R^2$  بين 0,17 و 0,78 (pp.88-102).

**التعليمات:** ستجد في القسم التالي سلسلة من العبارات التي عادة ما تستعملها لوصف نشاطاتك البدنية. تضم النشاطات المذكورة هنا مجموعة من السلوكيات مثل التمرين، اللياقة، السباحة، الجري، العدو، المشي، لعب كرة السلة... الخ

يرجى منك قراءة كل عبارة بعناية والحكم إلى أي مدى تنطبق عليك أو تصفك على سلم 5 نقاط يتراوح من (-2) "لا يمثلني بشدة"، (-1) "لا يمثلني نوعا ما"، (0) "حيادي"، (1) "يمثلني نوعا مل"، إلى (2) "يمثلني بشدة". الرجاء وضع دائرة حول الرقم المناسب بعد حكمك أيهم انسب اليك. يرجى الانتباه أن إجاباتك هي سرية ويهدف البحث فقط. لا توجد جيدة أو سيئة، كن فقط صادقا وموضوعيا.

### 3.4.2. مقياس فعالية الذات الصحية

وضعت Becker و Oh و Stuijbergen و Hall (1993) مقياس قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية (فعالية الذات الصحية) لقياس هذه الفعالية من خلال التمرين والتغذية والممارسات الصحية المسؤولة، والرفاهية النفسية، وذلك بالاستناد الى الخلفية النظرية حول فعالية الذات. تم إثبات ان إدراك فعالية الذات هي منبأ قوي لسلوك صحي معين مثل التوقف عن التدخين، والتحكم في الوزن، واستخدام وسائل منع الحمل. اهتم باحثون بقياس القدرة الذاتية المدركة لتنفيذ سلوكيات وقائية متنوعة. بين Bandura ان فعالية الذات هي اقوى العوامل المفسرة لسلوك الفرد. وعرف ادراك فعالية الذات على أنه أحكام حول مدى نجاح الشخص في تنفيذ مسارات الفعل المطلوبة للتعامل مع المواقف المحتملة. تحدد احكام حول فعالية الذات ايضا مدى الجهود التي يبذلها الناس والمدة التي سيستمرون فيها في مواجهة العقبات أو التجارب المزعجة. السلوك هو وظيفة مشتركة للنتائج والفعالية الذاتية المتوقعة. بصيغة اخرى، ان احتمال قيام الافراد بسلوك معين يمكن التنبأ به من خلال معتقداتهم حول نتائج هذا السلوك، ومعتقداتهم حول قدرتهم على اداء سلوك خاص في وضعية خاصة.

ولاحقا، يمكن ان يختلف بناء فعالية الذات حسب مستوى صعوبات المهمة، تعميم فعالية الذات على المهمات الاخرى، وبالتأكيد على ادراك الفرد لقدرته على أداء المهمة. بين Bandura ان ادراك فعالية الذات لسلوك معين تنبثق من التجسيد المعرفي للفرد لكل المعلومات التي بحوزته حول الوضعية. بالتالي يتوقف ادراك فعالية الذات على ادراك صعوبات المهمة وعلى الأداء أيضا (p.42).

### بناء مقياس قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية (فعالية الذات الصحية)

تم بناء مجموعة أولية متكونة من 50 بندا مصممة لقياس القدرات اللازمة للقيام بمختلف أنشطة ترقية الصحة من قبل مجموعة اولى وثانية من الباحثين.

تم اختيار البنود لتقييم قدرات ترقية- الصحة في أربعة مجالات رئيسية: التغذية، والتمرين، والرفاهية النفسية (مثل تسيير الضغط والعلاقات الاجتماعية). والممارسات الصحية المسؤولة (على سبيل المثال، الحصول على المعلومات والمساعدة المتعلقة بالصحة). تم اختيار هذه البنود انطلاقاً من مراجعة الأدبيات المتوفرة حول ترقية الصحة ومن تجارب العيادية والبحوث السابقة للعديد من المؤلفين، بمساعدة مستشار التمريض لإعادة التأهيل، وبعد ذلك تم ضبط الأداة وخفض بنودها إلى 32.

تم توزيع سلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية المتكون من 32 بنداً على مجموعة مراجعين من الخبراء، منهم ممرضتين في طور تحضير الدكتوراه من ذوي الخبرة في مجال ترقية الصحة، ومراجع خبير في بناء أدوات القياس، وأخصائي في التربية، بالإضافة إلى ذلك، تم اختبار الأداة التجريبية على 15 شخصاً بالغاً من ولايتين جنوبيتين، وتم استخدام ردود الفعل من كلا المجموعتين لتعديل محتوى واتجاهات الأداة.

يحتوي السلم المتكون من 28 بنداً على تعليمة للمستجوبين، تتعلق بتقييم إلى أي مدى هم قادرين على القيام بكل ممارسة صحية وذلك على سلم 5، يتراوح من 0- لا إطلاقاً إلى 4- تماماً. وانطلاقاً من اقتراحات المستجوبين في الدراسة الأولية، تم جمع 7 بنود في كل بعد من الأبعاد الأربعة الأساسية، ويتم جمع درجات السبعة بنود لكل بعد أو مقياس فرعي، وهي: التمرين، التغذية، الالتزام بالممارسات الصحية وتسيير الضغط. ويتم جمع درجات البنود 28 للحصول على الدرجة الكلية على سلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية. وعليه تتراوح الدرجات الكلية بين 0 و 112، بينما تتراوح درجات المقاييس الفرعية بين 0 و 28.

تم اختيار عينة أولى تتكون من 223 راشدين من الرجال والنساء مشاركين في معرض الصحة الاجتماعية خلال زيارتهم لمعرض تربيوي حول طرق مراقبة حرارة الجسم والكشف عن ارتفاع ضغط الدم من جامعة علوم التمريض. تتكون العينة النهائية من 188 فرداً، 73 رجل (39%) و 114 امرأة (61%). يتراوح سنهم بين 17 و 80 سنة، بلغ متوسط سن المشاركين 37,4. أغلبيتهم متزوجين (54%)، يمارسون وظائف متنوعة، ولا يعانون من أمراض جسدية (p.43).

اجري التحليل العاملي لتحديد ابعاد السلم عن طريق تدوير varimax مع معيار الذي يمثله كل عامل يكون بنسبة 5% من التباين، ويمثل العوامل الاربعة المتوقعة 61% من التباين، تتمثل العوامل الأربعة في: التمرين (8 بنود)، التغذية (6 بنود)، والرفاهية النفسية (7 بنود) وممارسات صحية المسؤولة (7 بنود). ظهر بند تنظيف الأسنان في المقياس الفرعي: التغذية، لكن أظهر في هذه العينة

تشبعا مع عامل: التمرين رغم ان تنظيف الأسنان لا يعتبر تمرينا لهذا تم الغائه. بغض النظر عن هذا بلغ تشبع البنود أكثر من 0,40 (p.45).

تم دراسة الثبات المقياس عن طريق قياس الاتساق الداخلي بحساب معامل ألفا Cronbach لسلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية ولابعادها الأربعة ، وبلغ معامل ألفا الكلي 0,94 ، بينما بلغ هذا المعامل في الابعاد الأربعة على التوالي: 0,92 و 0,81 و 0,90 و 0,86 في التمرين والتغذية، والرفاهية النفسية والممارسات الصحية المسؤولة (p.45).

ولدراسة ثبات سلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية، تم اختبار العلاقة بين الدرجات المقياس الجديد والمقياس العام للفعالية الذاتية ل Sherer وآخرون. تم استخدام مقياس الفعالية الذاتية العام لقياس الفعالية الذاتية العامة المدركة، في حين يرى Bandura أن الفعالية الذاتية هي حالة محددة وليست استعدادا شاملا، أشار Sherer وآخرون إلى نتائج Bandura الخاصة كدليل على أن تجارب الشخصية المتقنة تساهم في توقع الفعالية التي تعمم على الأفعال غير السلوك المستهدف المقاس أصلاً (p.46).

كانت النتائج على مقياس الفعالية الذاتية العامة مرتبطة بشكل معتدل مع الدرجات الكلية لسلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية ( $r = 0,43$ )، وكانت درجات الفعالية الذاتية العامة أكثر ارتباطا وإلى حد كبير بالمقاييس الفرعية: الممارسات الصحية المسؤولة والرفاهية النفسية ( $r = 0,44$ ) و ( $r = 0,43$ ، على التوالي). وكانت معاملات ارتباط Pearson المقابلة بين مقياس الفعالية الذاتية العامة ل Sherer وآخرون وبعدي التمرين والتغذية ذات دلالة عند المستوى ( $p < 0,01$ ) (p.46).

اجرى الباحثون (Becker, Stuifbergen, Oh, & Hall, 1993) دراسة الصدق وثبات المقياس على عينة أخرى مكونة من 111 من طلاب الجامعة، وللتعمق أكثر في ثبات وصدق لمقياس القدرات، قام 111 طالب مسجلين في التدرج لدراسة ترقية الصحة بملئ سلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية، ونمط الحياة لترقية الصحة the Health- Promoting Lifestyle Profile [HPLP] وسلم العوائق ترقية الصحة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة - the barriers to health-promoting behaviors among persons with disabilities scale.

الثبات: لاختبار استقرار الدرجات على أداة التقييم الذاتي للقدرات بمرور الوقت، تم تطبيق الأداة مرتين، تم التطبيق الثاني بعد أسبوعين من الأول، وبلغت معاملات ارتباط بيرسون بين التطبيقين هي على التوالي (0,70 و 0,63 و 0,63 و 0,69 و 0,73) بالنسبة للدرجات الكلية، والتغذية، والرفاهية النفسية، والتمرين والممارسات الصحية المسؤولة . وبلغ معامل ألفا كرونباخ بالنسبة للمقياس

الإجمالي 0,94، وبلغ ألفا للمقاييس الفرعية على التوالي (0,81، و0,86، و0,89، و0,88) في ومكونات التغذية، والرفاهية النفسية، والتمرين الممارسات الصحية المسؤولة. الصدق: استخدمت معاملات الارتباط بيرسون لتحليل العلاقة بين المقاييس المذكورة اعلاه. ترتبط الدرجات الكلية على سلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية بقوة مع مجموع الدرجات مقياس ونمط الحياة لترقية الصحة HPLP (r=.69).

بالإضافة إلى ذلك، كانت المقاييس الفرعية لسلم القدرات مرتبطة بقوة مع بعدي مقياس HPLP الذي يتعامل مع نفس المحتوى. على سبيل المثال، يرتبط بعد التمرين لسلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية بشكل كبير مع المقياس الفرعي التمرين لمقياس HPLP (r=.58)، في حين يرتبط بعد الرفاهية النفسية لسلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية بشكل قوي مع بعد التطبيق الذاتي لمقياس HPLP (r=.65). كما بلغ معامل ارتباط بعد تسيير الضغط (r=.55) لسلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية مع بعد الدعم الاجتماعي لمقياس HPLP (r=.65). كما ان هناك ارتباطات سلبية بين درجات السلم القدرات ودرجات السلم الفرعي العوائق (r=.55). علما ان كل هذه الارتباطات دالة عند المستوى (p<.01) (p.47).

تم دراسة عينة ثالثة متكونة من 117 من المعاقين (22 اعاقه) لمقارنة نتائجهم بعينة الأصحاء من معرض الصحة الاجتماعية. وتم قياس الاتساق الداخلي لاختبار الثبات بواسطة ألفا كرونباخ الذي بلغ على التوالي: 0,91، و0,76، و0,90، و0,86، و0,77 بالنسبة إلى مجموع الدرجات، والمقاييس الفرعية: التغذية، والتمرين، والرفاهية النفسية، والممارسات الصحية. وبلغ متوسط الدرجات على مقياس القدرات 79.87، وبلغ الانحراف المعياري 17.03، وكانت الدرجة الكلية على مقياس القدرات أقل بشكل ملحوظ لدى عينة المعاقين مقارنة بعينة الأصحاء (t = 2,40, p > .01, df = 303)، سجلت عينة الأصحاء أعلى الدرجات مقارنة بعينة المعاقين في جميع المقاييس الفرعية، باستثناء الممارسات الصحية المسؤولة، إلا أن الاختلافات في التمرين والتغذية كانت ذات دلالة إحصائية (p.47).

وانطلاقاً من هذه النتائج، يظهر ان سلم قدرات التقييم الذاتي للممارسات الصحية يتميز باتساق داخلي وثبات عن طريق إعادة تطبيقه، كما أظهر تحليل عاملي أربعة أبعاد أساسية المقاييس الفرعية. ووجدت ارتباطات ايجابية بين السلم ومقياس الفعالية الذاتية العام، كما أجاب الأفراد المصابين بإعاقات مختلفة بدرجات ضعيفة على هذا السلم خاصة في أبعاده التمرين والتغذية.

وفي البحث الحالي لم تم اختيار المقاييس الفرعية للتمرين والتغذية فحسب التي تتماشى وأغراض البحث. تم اختبار ثبات وصدق المقياس على عيّنتين من طلبة الجامعات الجزائرية، وأظهرت النتائج معاملات ثبات وصدق المقياس نتائجها مدرجة في الدراسة الأولية أعلاه.

#### 4.4.2. مقياس السلوك الصحي

لقياس السلوك الصحي لدى طلاب الجامعات، تم تطبيق مقياس السلوك الصحي، وضع صورته الأولى صمادي وصمادي (2011) ويتكون في صورته الأصلية من 45 فقرة تقيس سلوكيات الطلبة في مجالات: النفس الاجتماعي، العناية بالصحة العامة، التعامل مع الأدوية، ومجال العناية بالجسم. تم وضع امام كا فقرة تدريج خماسي نوع لا يكرت (دائما=5، غالبا=4، احيانا=3، نادرا=2 ومطلقا=1) تتراوح الدرجة الكلية بين 45-180، وكلما ارتفعت درجة المبحوث كلما تشير الى ارتفاع مستوى السلوك الصحي لديه(اسماعيل احمد الحارثي، 2014، ص. 46).

للتأكد من صدق المقياس الاصيل اعتمد صمادي وصمادي (2011) على طريقة صدق المحتوى تم تطبيقه على 1849 طالب وطالبة، من جامعات حكومية وخاصة في الاردن، وتم حساب معاملات الارتباط بين البنود والابعاد التي تنتمي اليها كما خضعت فقرات المقياس الى تحليل عاملي الذي كشف عن وجود اربعة ابعاد تفسر 0,32 من التباين وهي تتشابه مع البنية النظرية للمقياس، وهو يدل على صدق بناء المقياس، الذي يبين قدرة تمييزية بين المستوى الصحي والعالي والمستوى الصحي المتدني.

وللتأكد من ثبات المقياس قام الباحثان بحساب معاملات الاتساق الداخلي لابعاد المقياس وللمقياس ككل باستعمال الفا كرومباخ وتبين انه يتمتع بمعامل اتساق داخلي (0,87) ومعاملات الابعاد الفرعية التي تراوحت ما بين (0,68-0,74) كما اعتمد الباحثان لاختبار الثبا على اعادة التطبيق وبلغ معامل الثبات (0,79) للدرجة الكلية ومعاملات الابعاد الفرعية ما بين (0,75-0,81) (اسماعيل احمد الحارثي، 2014، ص. 47).

واستعملنا في البحث الحالي النسخة المعدلة من قبل اسماعيل احمد الحارثي (2014). قام الباحث بالتأكد من صدق المقياس على عينة 36 من طلبة جامعات سعودية وبينت النتائج بعد التحكيم من قبل خبراء تم حذف واطافة فقرات ليصبح عددها 42 فقرة موزعة على اربعة ابعاد:

- البعد الاول: العناية بالجسم، 8 فقرات (1-8)
- البعد الثاني: العناية بالصحة العامة 11 فقرة (9-19)
- البعد الثالث: التعامل مع الأدوية والعقاقير 8 فقرات (20-27)

-البعد الرابع: النفس اجتماعي 15 فقرة (28-42).

تم حساب معامل الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه وتراوحت معاملات الارتباط ما بين (0,812-0,133) ومع الدرجة الكلية للمقياس ما بين (0,583-0,013). وللتأكد من ثبات المقياس على عينة مكونة من 36 من الطلاب تم حساب معامل الاتساق الداخلي وبلغ معامل الفا للمقياس ككل 0,834 وتراوحت معاملات الاتساق الداخلي للابعاد الفرعية ما بين (0,766-0,714). وهي مرتفعة تدل على ثبات المقياس. (اسماعيل احمد الحارثي، 2014، ص. 47). كما تم التأكد من ثبات المقياس باعادة التطبيق بعد اسبوعين وبلغ معامل الارتباط للمقياس ككل 0,883 وبالنسبة للابعاد الفرعية ما بين (0,813-0,741) (اسماعيل احمد الحارثي، 2014، ص. 48). ولتصحيح المقياس تعطى درجة (دائما=5، غالبا=4، احيانا=3، نادرا=2 ومطلقا=1). وتتراوح الدرجة الكلية بين 42-170، يقدر زمك الاجابة ما بين 10-15 دقيقة (اسماعيل احمد الحارثي، 2014، ص. 49).

وفي البحث الحالي تم تم اختبار ثبات وصدق مقياس السلوك الصحي اسماعيل احمد الحارثي وتم اعتماد حساب الدرجات الخام على عينة من طلبة الجامعات الجزائرية، وأظهرت النتائج معاملات ثبات وصدق المقياس مقبولة نتائجها مدرجة في الدراسة الأولية أعلاه.

## 5.2. إجراءات البحث

تم الحصول على اعتماد مشروع البحث الجامعي CNEPRU في جانفي 2016 (الملحق 1)، وتم الشروع في البحث فعليا في نهاية السنة بعد الحصول على الموافقة بشكل متأخر، تم انجاز الجانب النظري في 2017، انطلق البحث الميداني في بداية 2018 بشكل خاص الدراسة الاولية بعد اختيار مقاييس البحث، الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الاكل الصحي ومقياس فعالية الذات الصحية، تم ترجمتها الى العربية وعرضها على أساتذة محكمين من جامعات مختلفة، ثم اختبار الخصائص السيكومترية لهذه المقاييس عبر مرحلتين، في مرحلة اولى تم التطبيق على عينة 226 من الطلبة من جامعات ولايتي الجزائر والبليدة من تخصصات علمية والعلوم الاجتماعية والانسانية، ليتم التأكد من صدق وثبات هذه المقاييس نتائجها مدرجة أعلاه.

في مرحلة ثانية في نهاية 2018 تم اختبار الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي في صورته العربية على عينة أخرى مكونة من 439 طالب أيضا من نفس الجامعات نتائجها مدرجة أعلاه.

وبعد الانتهاء من الدراسة الأولية و في بداية 2019 تم إجراء تطبيقات الدراسة الأساسية والتي التي استمرت إلى غاية ديسمبر 2018 نظرا للظروف الجامعية الصعبة التي واجهتنا، تتعلق بإضراب الطلبة، والتي جعلتنا نحدّد من اختياراتنا بالنسبة للمعينة التي كنا نأمل ان تكون عشوائية لكن اضطررنا إلى الاكتفاء بالمعينة القصدية لعينة البحث، سوف تعرض نتائج الدراسة الأساسية في الفصل الموالي.

## 6.2. المعالجة الإحصائية

لاختبار فرضيات البحث وتحليل البيانات تم استخدام لاختبار فرضيات البحث اعتمدنا على أساليب احصائية متنوعة باستعمال برنامج الحزمة الإحصائية SPSS وكذلك وبرنامج Amos، وعليه تم معالجة البيانات بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط Pearson لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس المستعملة في البحث.
- حساب معامل alpha Cronbach's للتأكد من ثبات المقاييس المستعملة في البحث.
- التكرارات والنسب المئوية لوصف عينة البحث في البيانات العامة الخاصة بها.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل متغيرات البحث.
- نموذج المعادلة البنائية [SEM] Structural Equation Modelisation وبشكل خاص تحليل المسار Path analysis لأجل اختبار مطابقة نموذج البحث الذي سبق وعرضناه، وباستعمال Amos يتم حساب مؤشرات المطابقة لمقارنتها بالمؤشرات المعيارية وتحديد ما اذا كان النموذج المقترح في البحث يشغل ام لا والتي تعرض لاحقا.
- اختبار "ت" t- test العينة واحدة لتحديد مستوى السلوك الصحي لعينة البحث وتحديد مستويات كل أبعاده.
- اختبار Friedman بواسطة كاف مربع  $X^2$  لقياس الدلالة الإحصائية للفروق في ترتيب مستويات السلوك الصحي.
- اختبار تحليل التباين Anova one way الأحادي لدراسة الفروق في السلوك الصحي بين المجموعات حسب السن.
- اختبار "ت" t- test لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين متوسطات درجات السلوك الصحي حسب الجنس والإقامة.

## الفصل الخامس

### عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث

### تمهيد

سنتناول في هذا الفصل عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث بإتباع خطوات، نشرع في عرض نتائج التي تم التوصل إليها في هذا البحث بعد المعالجة الإحصائية للبيانات بالاعتماد على برنامج Amos لاختبار مطابقة النموذج والحزمة الإحصائية SPSS للتأكد من صحة فرضيات البحث (الملحق 9)، وفيما يلي تذكير بها:

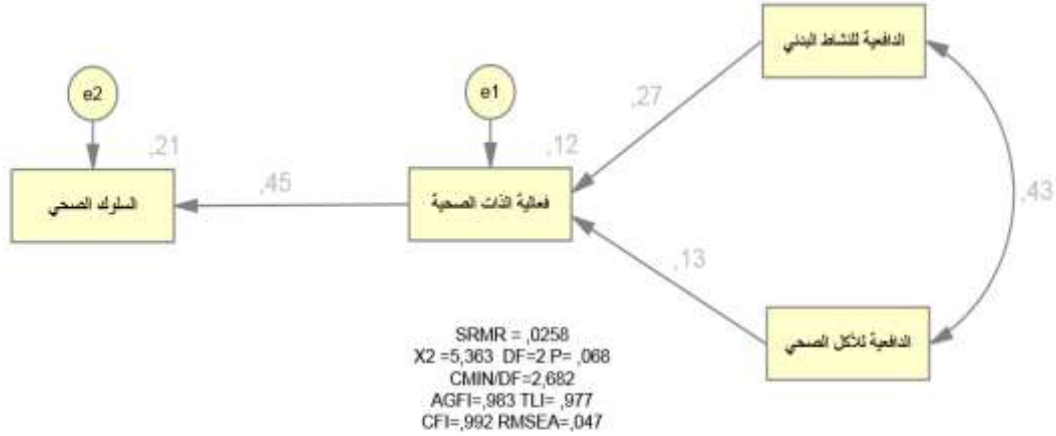
- نموذج البحث مطابق ويشتمل، تؤثر الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية التي تعمل كمؤثر وسيطي.
- توجد علاقة موجبة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي
- توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير السن
- توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزي لمتغير النوع (الجنس)
- توجد فروق بين الطلاب في السلوك الصحي تعزي لمتغير الإقامة
- توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير السن
- توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير النوع (الجنس)
- توجد فروق بين الطلاب في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الإقامة.

بعد عرض النتائج الإحصائية المتحصل عليها، نقوم بمناقشتها وتحليلها اعتماداً على ما ورد في إجابات المستجوبين وبالتركيز على نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري لنهي التحليل بوضع بروفيل حول مميزات الطلبة، مستويات السلوك الصحي لديهم، الفروق في هذا السلوك حسب النوع والإقامة ثم تبيان تأثير المعتقدات على السلوك الصحي وإبراز دور فعالية الذات الصحية كعامل وسيط في هذا التأثير لدى طلبة الجامعات.

### 1. عرض النتائج

#### 1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى

تنص الفرضية الأولى على: نموذج البحث مطابق ويشتمل، تؤثر الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية التي تعمل كمؤثر وسيطي.



الشكل (17): نتائج تحليل المسار في اختبار مطابقة نموذج البحث

### 1.1.1. تعيين النموذج

نبحث من خلاله تحديد اذا كان النموذج معين أم لا، بمعنى يستدعي التحليل والبحث عن المطابقة، فإذا كان غير معين او مشبع لا داعي لاختباره. يقصد بالتعيين تحديد أو تقدير احتياجات النموذج المفترض ومقارنتها بوحدات المعلومات غير المنكثرة في البيانات (المعلومات المتاحة أو المتوفرة في البيانات).

يتم اختبار تعيين النموذج بحساب:

وحدات المعلومات = 10

متطلبات النموذج = 8

درجة الحرية = 2

لا توجد مشكلة في تقدير البرامترات، والنموذج متعدي التعيين بدليل وجود درجة حرية موجبة ننتقل الآن إلى معاينة مؤشرات المطابقة وهي كالتالي:

2.1.1. نتائج اختبار جودة مطابقة النموذج عن طريق مؤشرات المطابقة

الجدول 31: نتائج اختبار مؤشرات مطابقة نموذج البحث

مؤشرات المطابقة المطلقة							مؤشرات المطابقة التزايدية		مؤشرات المطابقة الاقتصادية		الأسلوب الإحصائي [ مربع كاي $^2x$ ]	نموذج البحث
[ محك الدقة والقدرة على تمثيل البيانات ]							[ محك المساهمة ]		[ محك الاقتصاد ]			
NC	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	GFI	Df	CMIN				نموذج البحث	
2,682	0,992	0,977	0,047	0,0258	0,997	2	5,363				النتائج	
ممتاز	ممتاز	ممتاز	ممتاز	ممتاز	ممتاز		دال				التفسير	

يبين الجدول أن كل مؤشرات المطابقة ممتازة لنموذج البحث أي النموذج المفترض، بالتالي فهو مقبول بمتغيراته والارتباطات والتأثير بين المتغيرات كما تم إدراجها في الشكل أعلاه، له القدرة على تفسير المتغيرات مقارنة بنموذج العدم أو المستقل (الذي يفترض غياب العلاقات بين المتغيرات). نتفحص الآن حجم التأثيرات المباشرة (الدافعية في النشاط البدني وفي الاكل الصحي على فعالية الذات الصحية، ثم تأثير فعالية الذات الصحية على السلوك الصحي) والتأثيرات غير المباشرة والدلالة الإحصائية التي تأكدها (تأثير كل المعتقدات الصحية: الدافعية وفعالية الذات الصحية على السلوك الصحي مع إبراز حجم تأثير المتغير الوسيط: فعالية الذات).

3.1.1. حجم البرامترات ودلالاتها الإحصائية ( حجم تأثير المسارات والارتباطات )

الجدول 32: معاملات الانحدار الجزئية للمسارات غير المعيارية

المسارات	معامل الخطأ	الانحدار المعياري	مستوى الدلالة
	Estimate	SE	
الدافعية في النشاط البدني <---> فعالية الذات الصحية	0,492	0,07	***
الدافعية في الاكل الصحي <---> فعالية الذات الصحية	0,196	0,06	***
فعالية الذات الصحية <---> السلوك الصحي	0,863	0,061	***

\*\*\* دالة عند المستوى 0,001

يبين للجدول أن معاملات الانحدار الجزئية للمسارات غير المعيارية كلها دالة، بالتالي تؤثر الدافعية الصحية ( في النشاط البدني وفي الأكل الصحي) على فعالية الذات الصحية، كما أن هذه الأخيرة تؤثر على السلوك الصحي. هذا يعني انه كلما ارتفعت كل من الدافعية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي بوحدة 1 كلما زادت فعالية الذات الصحية ب ( 0,492 و 0,196) وكلما ارتفعت فعالية الذات الصحية بوحدة 1 كلما يزيد السلوك الصحي ب 0,863، نفس الشيء بالنسبة للمتغيرات الأخرى، وهذه القيم تدل على تأثيرات مباشرة بين المتغيرات المستقلة (الدافعية) والمتغيرات التابعة (فعالية الذات كمتغير تابع جزئي والسلوك الصحي).

الجدول 33: معاملات الانحدار المعيارية

معامل الانحدار المعيارية	المسارات
0,272	الدافعية في النشاط البدني <---
0,127	الدافعية في الاكل الصحي <---
0,453	فعالية الذات الصحية <---

يبين الجدول معاملات تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة، هي معاملات الانحدار المعيارية تلك التي تظهر على شكل النموذج المفترض أعلاه. نلقي نظرة على العلاقات الارتباطية بين المتغيرات المستقلة: الدافعية في النشاط البدني والدافعية في الأكل الصحي

الجدول 34: الارتباط بين المتغيرات المستقلة

معامل الارتباط	مستوى الدلالة
<--->	***

\*\*\* دالة عند المستوى 0,001

يبين الجدول ارتباط دال إحصائيا بين المتغيرات المستقلة أي الدافعية في النشاط البدني والدافعية في الأكل الصحي.

الجدول 35: التأثيرات غير المباشرة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع

الدافعية في الاكل الصحي	الدافعية في النشاط البدني	فعالية الذات الصحية
0	0	0
0,169	0,424	0

يبين الجدول معامل التأثير غير المباشر بين السلوك الصحي والدافعية الصحية (في النشاط البدني في والاكل الصحي).

التأثرات غير المباشرة: هي تساوي التأثير المباشر للمتغير المستقل على الوسطي X التأثير الوسطي على التابع بمعنى بالنسبة للنشاط البدني:  $0,492 \times 0,863$  انظر جدول التأثيرات المباشرة) = 0,424 هو التأثير غير المباشر للمتغير الوسطي، السلوك الصحي يتأثر بالدافعية للنشاط البدني عن طريق فعالية الذات الصحية.

اذن هناك تأثير غير مباشر للدافعية على السلوك الصحي لكن هل هو تأثير له دلالة احصائية؟ اذا كان الامر كذلك يعني ان فعالية الذات الصحية تلعب فعلا دور الوسيط في التنبؤ بالسلوك الصحي، ولتحديد ذلك تم إجراء البوتسترايبينج Bootstrapping وكانت النتائج كما يلي، الخطأ المعياري بعد البوتسترايبينج للمسارات الأوزان الانحدارية للمسارات غير المعيارية بالنسبة لمعرفة الخطأ المعياري بعد البوتسترايبينج، بالنسبة للعلاقة غير الباشرة تقديرها الأصلي كان (العلاقة غير المباشرة غير المعيارية)، يتبين مستوى الدلالة في الجدول الموالي.

الجدول 36: نتائج اختبار دلالة التأثيرات غير المباشرة للمعتقدات الصحية على السلوك الصحي

الدافعية في الاكل الصحي	الدافعية في النشاط البدني	فعالية الذات الصحية
...	...	...
0,003	0,001	...

يبين فعلا الجدول ان تأثير الدافعية في الأكل الصحي (0,169) على السلوك الصحي دال عند المستوى 0,003، وتأثير الدافعية في النشاط البدني (0,424) على السلوك الصحي دال عند المستوى 0,001. هي دلالة التأثير غير المباشر على مستوى العينة، بينما على مستوى المجتمع، طريقة البوتسترايبينج تحدد لنا مجال الدلالة عبارة عن ادنى واعلى لمستويات الدلالة وهي كالتالي.

الجدول 37: مجال الدلالة الاحصائية الأدنى للتأثير غير المباشر للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع

الدافعية في الاكل الصحي	الدافعية في النشاط البدني	فعالية الذات الصحية
0	0	0
0,091	0,323	0

الجدول 38: مجال الدلالة الاحصائية الأعلى للتأثير غير المباشر للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع

الدافعية في الاكل الصحي	الدافعية في النشاط البدني	فعالية الذات الصحية
0	0	0
0,255	0,543	0

يبين الجدولين 37 و 38 مجال الدلالة للتأثير غير المباشر للدافعية في الاكل الصحي على السلوك الصحي [0,091 - 0,255] و مجال الدلالة للتأثير غير المباشر للدافعية في النشاط البدني على السلوك الصحي [0,323 - 0,543] ومادام المجال خال من قيمة صفر فهو دال ومقبول بمعنى:

0	0,091	0,255	مجال الدلالة لتأثير الدافعية في الأكل الصحي على السلوك الصحي
---	-------	-------	--

0	0,323	0,543	مجال الدلالة لتأثير الدافعية في النشاط البدني على السلوك الصحي
---	-------	-------	--

بالتالي يظهر أن الدافعية الصحية تتبأ بالسلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية، هكذا تحققت فرضية البحث الأولى، نموذج البحث المفترض مطابق ويشغل، تؤثر الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية التي تعمل كمؤثر وسيطي، بصيغة أخرى تعبر الدافعية الصحية المعتقد بالتنبؤ بالسلوك الصحي عبر المعتقد فعالية الذات الصحية.

2.1. عرض نتائج الفرضية الثانية

تنص الفرضية الثانية على: توجد علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي

الجدول 39: نتائج اختبار الارتباط بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي (مصنوفة الارتباطات)

السلوك الصحي	فعالية الذات الصحية	الدافعية في الاكل الصحي	الدافعية في النشاط البدني
			1
			الدافعية في النشاط البدني
		1	0,430**
			الدافعية في الاكل الصحي
			0,326**
	1	0,244**	0,213**
			فعالية الذات الصحية
			0,213**
1	0,453**	0,160**	0,213**
			السلوك الصحي
			778 = ن

\*\* دالة عند المستوى 0,01

يبين الجدول وجود ارتباطات الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي بفعالية الذات الصحية (0,326، 0,244) كما ترتبط الدافعية الصحية بالسلوك الصحي على التوالي (0,213، 0,160) كما ترتبط فعالية الذات الصحية بالسلوك الصحي (0,453)، وهي ارتباطات بين متغيرات البحث كلها دالة عند المستوى 0,01.

وإذا دققنا في قيمة الارتباطات نجد إن الارتباطات بين الدافعية في النشاط البدني والدافعية في الأكل الصحي أصغر من معامل الارتباط بين فعالية الذات الصحية والسلوك الصحي، تدعم هذه النتائج ما جاء في نتائج الفرضية الأولى، بمعنى الارتباط الأقوى بين فعالية الذات والسلوك الصحي يجعل من فعالية الذات متغير وسيطي والدليل هو التأثير غير المباشر والذال بينهما والذي بينه تحليل المسار بالنمذجة البنائية وعليه، تحققت الفرضية الثانية توجد علاقة موجبة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي.

3.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة

تنص الفرضية على: توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزى لمتغير السن

الجدول 40: تحليل التباين الأحادي لتحديد الفرق في السلوك الصحي لدى أفراد عينة البحث حسب السن

الفئات العمرية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار التجانس Levene	الدلالة في التجانس
18-27	729	154,1125	21,06194		
28-37	30	160,2	18,13817		
38-47	15	162,6667	21,45316	0,669	0,571
48-54	4	165,5	12,23383		
المج	778	154,5707	20,9781		

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2564,702	3	854,901		
داخل المجموعات	339377,9	774	438,473	1,95	غير دال
المج	341942,6	777			

يبين الجدول وجود تجانس في درجات السلوك الصحي بين المجموعات بحيث يبين اختبار ليفين (0,571) تفوق المستوى 0,05، وعليه يوجد تجانس بين المجموعات. كما يظهر ان متوسط السلوك الصحي يرتفع كلما ارتفع السن حسب الفئات العمرية، قدر في فئة 18-27 (154,11) وفي فئة 28-37 (160,2) وفي فئة 38-47 (162,67) وفي فئة 48-54 (165,5).

وبين تحليل التباين ANOVA بين وداخل المجموعات أن التباين في متوسط السلوك الصحي بين المجموعات ( $F=1,95$ ) غير دال إحصائياً وعليه، لم تتحقق الفرضية الثالثة، لا توجد فروق في السلوك الصحي بين أفراد عينة البحث تعزى للسنة.

#### 4.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة

تنص الفرضية على: توجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزى لمتغير النوع

الجدول 41: نتائج اختبار Test-t لتحديد الفرق في السلوك الصحي حسب النوع

مستوى الدلالة	Test-t	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دال	0,26	20,30	156,07	376	طالبات
		21,07	153,96	186	طلاب

يبين الجدول ان متوسط الطالبات (156,07) في السلوك الصحي أكبر من متوسط الطلاب (153,96) هو فرق طفيف، بحيث بلغت قيمة "ت" 0,26 وهي تدل على ان الفرق غير دال احصائياً بالتالي، لم تتحقق الفرضية الرابعة، لا يوجد فرق في النوع بين الطالبات والطلاب في السلوك الصحي.

#### 5.1. عرض نتائج الفرضية الخامسة

تنص الفرضية على: يوجد فروق لدى أفراد العينة في السلوك الصحي تعزى لمتغير الإقامة

الجدول 42: نتائج اختبار Test-t لتحديد الفرق في السلوك الصحي حسب الإقامة

مستوى الدلالة	Test-t	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دال	1,66	17,97	158,78	70	داخلي
		20,87445	154,88	492	خارجي

يبين الجدول ان متوسط السلوك الصحي لدى أفراد العينة القاطنين بالإقامات الجامعية (158,78) أكبر من متوسط أفراد العينة غير المقيمين بها اي هم يعيشون مع عائلاتهم. هو فرق طفيف بحيث بلغت قيمة "ت" 1,66 تدل على ان هذا الفرق غير دال وعليه، لم تتحقق الفرضية الخامسة، لا يوجد فرق في السلوك الصحي يعزى لمتغير الإقامة.

6.1. عرض نتائج الفرضية السادسة

تنص الفرضية على: توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن

الجدول 43: نتائج تحليل التباين الاحادي لتحديد الفروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن

الدافعية في النشاط البدني

الفئات العمرية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار التجانس Levene	الدلالة في التجانس
18-27	729	3,31	6,059		
28-37	30	5,13	6,65		
38-47	15	5,13	6,05	0,268	0,849
48-54	4	5,5	5,92		
المجموع	778	3,43	6,09		

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	157,72	3	52,6		
داخل المجموعات	28626,89	774	36,99	1,42	غير دال
المجموع	28784,6	777			

الدافعية في الاكل الصحي

الفئات العمرية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار التجانس Levene	الدلالة في التجانس
18-27	729	5,67	7,29		
28-37	30	6,83	4,28	1,99	0,11
38-47	15	5,8	5,37		

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	F	مستوى الدلالة
48-54	4	7	4,69		
المج	778	5,72	7,15		
بين المجموعات	45,58	3	15,19		
داخل المجموعات	39721,55	774	51,3	0,296	غير دال
المج	39767,14	777			

فعالية الذات الصحية

الفئات العمرية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار التجانس Levene	الدلالة في التجانس
18-27	729	33,63	11,03		
28-37	30	37,73	10,37		
38-47	15	34,2	11,42	0,30	0,82
48-54	4	31,75	11,90		
المج	778	33,79	11,02		

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	505,05	3	168,35		
داخل المجموعات	93901,53	774	121,32	1,39	غير دال
المج	94406,58	777			

يبين الجدول 43 وجود تجانس في درجات المعتقدات الصحية بين المجموعات بحيث يبين اختبار ليفين (الدافعية في النشاط البدني = 0,27، الدافعية في الاكل الصحي = 1,99، فعالية الذات الصحية =

(0,30) تفوق دلالاته المستوى 0,05 وهو على التوالي (-0,84 -0,11 -0,82)، بالتالي يوجد تجانس بين المجموعات في المتغيرات الثلاثة.

ويبين تحليل التباين ANOVA بين وداخل المجموعات أن التباين في متوسط المعتقدات الصحية الثلاثة بين المجموعات غير دال إحصائياً وعليه، لم تتحقق الفرضية السادسة، لا توجد فروق في المعتقدات الصحية بين أفراد عينة البحث تعزى للسن. لا يختلف الطلبة في الدافعية الصحية في النشاط البدني ولا في الدافعية الصحية في الاكل الصحي ولا في فعالية الذات الصحية حسب السن.

### 7.1. عرض نتائج الفرضية السابعة

تنص الفرضية على: توجد فروق لدى أفراد العينة في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير النوع

الجدول 44: نتائج اختبار "ت" لتحديد الفروق في المعتقدات الصحية تعزى للنوع (الجنس)

النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Test-t	مستوى الدلالة
طالبات	549	3,07	6,12	-2,58	0,01
طلاب	229	4,29	5,94		
طالبات	549	5,67	7,14	-0,31	غير دال
طلاب	229	5,85	7,20		
طالبات	549	33,62	11,08	-0,65	غير دال
طلاب	229	34,18	10,90		

يبين الجدول ان متوسط الطالبات في المعتقدات الصحية: الدافعية في النشاط البدني، الدافعية في الاكل الصحي وفعالية الذات الصحية هي على التوالي (3,07، 5,67، 33,62) وهي اصغر من متوسط الطلاب (4,29، 5,85، 34,18) هي فروق لصالح الطلاب الرجال، بحيث بلغت قيمة "ت" لكل متغير على التوالي (-2,58، -0,31، -0,65) وهي تدل على ان الفرق دال احصائياً بالنسبة للدافعية في النشاط البدني، بينما الفرق غير دال في الدافعية في الاكل الصحي وفي فعالية الذات الصحية، وعليه تحققت الفرضية السابعة جزئياً، يوجد فرق في النوع، بين الطالبات والطلاب في الدافعية الصحية في النشاط البدني لصالح الطلاب، لكن لا توجد فروق بينهما في الدافعية الصحية في الأكل الصحي وفي فعالية الذات.

8.1. عرض نتائج الفرضية الثامنة

تنص الفرضية على: توجد فروق بين الطلاب في المعتقدات الصحية تعزي لمتغير الإقامة

الجدول 45: نتائج اختبار Test-t لتحديد الفرق في المعتقدات الصحية حسب الإقامة

مستوى الدلالة	Test-t	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الإقامة
غير دال	0,017	6,90	3,44	130	داخلي
		5,91	3,43	648	خارجي
غير دال	0,162	7,68	5,82	130	داخلي
		7,05	5,70	648	خارجي
غير دال	-1,911	11,16	32,08	130	داخلي
		10,97	34,13	648	خارجي

يبين الجدول ان متوسط الطلبة المقيمين في الاقامات الجامعية في المعتقدات الصحية: الدافعية في النشاط البدني، الدافعية في الاكل الصحي هي على التوالي (3,44 ، 5,82) وهي اكبر من متوسط الطلاب غير المقيمين بها في الدافعية الصحية (3,43، 5,70) بينما المتوسط اكبر لدى المقيمين اصغر في فعالية الذات الصحية من متوسط غير المقيمين (32,08، 34,13) هي فروق لصالح الطلاب الداخليين في الدافعية الصحية ولصالح الخارجيين في فعالية الذات الصحية، لكن هذه الفروق ليست لها دلالة احصائية، بحيث بلغت قيمة "ت" لكل متغير على التوالي (0,017، 0,162، -1,91) وهي تدل على ان الفروق غير دالة احصائيا بالنسبة للدافعية في النشاط البدني وفي الاكل الصحي وفي فعالية الذات الصحية، وعليه لم تحقق الفرضية الثامنة، لا يوجد فرق في المعتقدات الصحية تعزي للإقامة.

2. تحليل ومناقشة نتائج البحث

يتم تحليل ومناقشة نتائج البحث وفق كل المتغيرات والعوامل المؤثرة والمدرجة في فرضيات البحث التي تم عرض نتائجها وذلك في ضوء المادة التي تم جمعها من خلال الإجراءات التطبيقية وكذلك الدراسات السابقة والنماذج المعرفية لعلم النفس الصحة والتي تتماشى مع النتائج المتوصل إليها.

## 1.2. تأثير الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية

بينت نتائج البحث ان نموذج البحث المفترض مطابق ويعمل بشكل جيد، بمعنى ان المعتقدات الصحية تتبأ بالسلوك الصحي، بحيث تؤثر الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية، تلعب هذه الأخيرة دور الوسيط في هذا التأثير.

أول شيء ظهر بعد تحليل المسار بالنمذجة البنائية، تبين ان النموذج معين وهو مؤشر جيد جعلنا نبحث عن مؤشرات المطابقة. ظهر تعيين النموذج من خلال (كا=2=5,363 تدرجة الحرية=2)، كما تبين ان المعلومات المتوفرة في البيانات (10) أكبر من احتياجات النموذج (8)، بالتالي يظهر النموذج المتعدي التعيين overidentified.

بعد توفر هذا الشرط، وحين نتفحص مؤشرات المطابقة، يظهر بالنسبة لمؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit indices [مك الدقة والقدرة على تمثيل البيانات] (GFI = 0,997, SRMR = 0,0258, RMSEA=0,047). وفيما يخص مؤشرات المطابقة التزايدية Comparative/ incremental Fit Indices [مك المساهمة] (TLI= 0, 977, CFI= 0,992) وهي المؤشرات التي تقدر مقدار التحسن النسبي في المطابقة التي يتمتع بها النموذج المفترض (نموذج الباحث) مقارنة بنموذج المستقل او العدم، وبالنسبة لمؤشرات المطابقة الاقتصادية [مك الاقتصاد] (NC= 2,682). وهي كلها ممتازة تدل، إذن النموذج مقتصد يتوفر على مطابقة ممتازة جدا. بالتالي كل التأثيرات التي تم اقتراحها بين المتغيرات تعمل جيدا، بمعنى المعتقدات الصحية تؤثر على السلوك الصحي.

هكذا مؤشرات المطابقة ممتازة يبقى الآن أن نفحص حجم البرامترات ودلالاتها الإحصائية، حين نتفحص كيف هو هذا التأثير من خلال تحليل المسار تظهر معاملات التأثير المباشرة وغير المباشرة (التي تأكد على التأثير الوسيطي) تظهر أوزان الانحدار او التأثيرات المباشرة: بين الدافعية في النشاط البدني وفعالية الذات الصحية (0,492 p= 0,001) بوزن انحدار معياري (0,272)،

بين الدافعية في الاكل الصحي وفعالية الذات الصحية (0,196 p= 0,001) بوزن انحدار معياري (0,127)،

بين فعالية الذات الصحية والسلوك الصحي (0,863 p= 0,001) بوزن انحدار معياري (0,453). كلها عبارة عن معاملات الانحدار الجزئية للمسارات غير المعيارية، ونجد أنها دالة. وعليه تؤثر الدافعية الصحية على فعالية الذات الصحية كما تؤثر فعالية الذات الصحية على السلوك الصحي. لكن يهمننا بالخصوص التأثيرات غير المباشرة، اي بين الدافعية الصحية والسلوك الصحي، هي التي تؤكد على مطابقة النموذج.

يقدر التأثير غير المباشر بين الدافعية في النشاط البدني والسلوك الصحي (0,424) والتأثير المعياري (0,123) وهو دال عند المستوى (0,001) بالنسبة للعينة. بينما يقدر التأثير غير المباشر بين الدافعية في الأكل الصحي والسلوك الصحي (0,169) المعياري (0,058) وهو دال عند المستوى (0,003) بالنسبة للعينة.

بالتالي تحققت الفرضية الأولى ويعتبر نموذج البحث الذي اقترحاته مطابق، يعمل وجيد، يؤكد تحليل المسار انه فعلا تؤثر المعتقدات الصحية على السلوك الصحي، بصيغة أخرى تؤثر الدافعية الصحية في النشاط البدني والدافعية في الأكل الصحي على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية التي تلعب دور الوسيط.

لقد اعتمدنا في بناء هذا النموذج على النماذج المعرفية والاجتماعية في علم النفس الصحي والمفسرة للسلوك الصحي، توجد عوامل تؤثر عليه او تتبأ به ألا وهي المعتقدات الصحية، وفي الحقيقة أدرج المنظرون العديد من المعتقدات المرتبطة بالسلوك الصحي، ولا تزال البحوث جارية حول كيفية تأثيرها على تبني الأفراد لسلوكيات صحية. المعتقدات الصحية هي مجموع الأفكار والأحكام التي يطورها كل فرد حول نفسه وحول ما يحيط به وحول المرض أيضا. قد تكون هذه المعتقدات واعية، وفي الغالب غير شعورية تؤثر على الدافعية واتخاذ السلوك الوقائي يحافظ على الصحة ويجعله يتبع نمط حياة صحي.

واستنادا للنموذج المعتقد الصحي HBM (Becker, 1979; Becker & Rosenstock, 1984; Rosenstock, 1966) توجد مفاهيم أساسية تتبأ بالسلوك الصحي، لماذا الناس سوف يتخذون نشاط للوقاية، وللكشف، أو للتحكم في الأمراض، وهي تشمل القابلية للإصابة بالمرض، خطورة والفوائد والعوائق التي تمنع اتخاذ سلوك ما، مؤشرات القيام بالفعل، ومؤشرات النشاط والاعتقاد في الفاعلية الذاتية. فإذا كان الأفراد يعتقدون في قابليتهم للتعرض لظرف معين، وأن الظروف قد تكون لها نتائج خطيرة، يعتقدون أن اتخاذ سلوك معين يكون له فائدة في خفض القابلية وخطر الظرف ويعتقدون بأن الفوائد المتوقعة لسلوك ما أكبر من العوائق (أو كلفة السلوك) بالتالي يقومون بالفعل الذي يعتقدون أنه يقلل من هذه المخاطر (Champion & Skinner, 2008, p.47). على هذا الأساس إذا كان الفرد يدرك خطورة ان قلة النشاط البدني والأكل غير الصحي ونقص النوم عوامل تؤثر سلبا على الصحة، وانه يمكن ان يصاب بالمرض في أي وقت سوف يفكر في اتخاذ الإجراءات اللازمة لإتباع نمط حياة ايجابي.

في عام 1988، اقترح Rosenstock، Strecher و Becker أنه يمكن أن تضاف الفاعلية الذاتية لنموذج HBM بوصفها كبناء مستقل، مع دمج المفاهيم الأصلية: القابلية، الشدة، والفوائد، والعوائق. ولم تدرج الفاعلية الذاتية بشكل واضح في الصياغات الأولى لنموذج HBM، وقد تم تطوير النموذج الأصلي في سياق محدد بالإجراءات الصحية الوقائية (قبول الفحص أو تطعيم) ولم تدمج مثل هذه السلوكيات المعقدة. ولنجاح تغيير السلوك يجب (كما اقترحه HBM الأصلي) على الأفراد الشعور بأنهم مهددين بالعادات السلوكية الحالية (إدراك القابلية والخطورة) والاعتقاد أن التغيير من نوع معين يؤدي إلى نتائج تقيّم بتكلفة مقبولة (الفائدة المدركة). كما ينبغي أن يشعر الأفراد أنهم أكفاء (فعالين ذاتيا) لتجاوز العوائق المدركة لاتخاذ الإجراءات اللازمة (Champion & Skinner, 2008, p.49).

حسب HBM لا بد أن يكون للفرد دافعية للقيام بفعل ما، كالشعور بالتهديد وبأن تغيير السلوك سوف يؤدي إلى فوائد عن طريق نتيجة بأقل تكلفة، بالتالي يشعر الفرد بمهارته (الفاعلية الذاتية) لتنفيذ التغيير. قام Janz و Becker بدمج فعالية الذات في عامل العوائق لا HBM وهو يشمل التكلفة المادية، استجابات الخوف، العوائق الجسدية، التأثيرات الثانوية، العوامل المتاحة ومميزات الشخصية. كما اشار Strecher واتباعه (1986) إلى أهمية توقع النتيجة وفعالية الذات في تحديد السلوك الصحي بادراك صعوبة القيام بالسلوك أو إدراك فائدته (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

طور Rogers (1975، 1983، 1985) نظرية الدافعية للحماية La théorie de la motivation à la protection [PMT] وهي تعتبر امتداد لنموذج HBM مع دمج عناصر جديدة كما جاء في (Ogden, 2008, p.30). والاستعداد المدرك والخطورة المدركة، يتوقع أن تعمل على كفا احتمال ظهور استجابات غير متكيفة، أما مزايا السلوك غير المتكيف يسهل احتمال ظهور استجابة غير متكيفة. وإثارة الخوف التي تحسن بشكل غير مباشر الدافعية للحماية بواسطة رفع الخطورة المدركة والاستعداد المدرك للمرض. بينما تقدر عملية تقييم التعامل المكونات المهمة لتقييم استجابات التعامل وهي تتمثل في تنفيذ التعليمات التي تحد من الخطر (فعالية الاستجابة) مثلا ( تغيير الأغذية يحسن صحتي) والاعتقاد في القدرة الخاصة على النجاح في تنفيذ هذه التوصيات (فعالية الذات) مثلا ( لدي ثقة في قدراتي لتغيير الأغذية التي أتناولها) وتتدخل فعالية الاستجابة وفعالية الذات في فعالية التعامل coping (تقييم إمكانيات مواجهة التهديد) (Boer and Seydel, 1996, p.99).

يمثل تقييم التهديد (مثلا التدخين) التقييم للهشاشة او القابلية (هل أنا معرض للإصابة بسرطان الرئة؟) كذلك تقييم خطورة التهديد (هل هذا المرض خطير؟) وكذا الفوائد المرتبطة بتبني سلوك مرضي (التوقف عن التدخين يجعلني أقتصد). يعتبر تقييم إستراتيجيات التعامل تقييم ذاتي للفرد لفاعلية

استجابته ولشعوره بفعالية الذات والثمن المرتبط بالسلوكيات الوقائية التي يبحث عنها. يتفاعل هذين النوعين المتوازيين من التقييم لتكون الدافعية للحماية أقوى عندما يأخذ الفرد التهديد بصفة جدية وعند اعتقاده بأن إستراتيجيات تعامله سوف تكون فعالة، فالرسائل التي تحث الفرد على تبني سلوك وقائي أفضل من الرسائل المخيفة التي تحاول رده عن تبني سلوك غير صحي. الرسائل المخيفة لها تأثير غير مباشر على الدافعية للحماية، تأثير يتوسطه تقييم التهديد، كما يوجد تأثير ارتدادي حين يكون إدراك التهديد كبير والفعالية ضعيفة تؤدي إلى خفض الدافعية للحماية ( Bruchon-Schweitzer et al., 2014, p. 411).

تركز نظرية الفعل المبرر (The Theory of Reasoned Action (TRA) ونظرية الفعل المخطط (The Theory of Planned Behavior (TPB) على البناءات النظرية المتعلقة بعوامل الدافعية لدى الفرد كمحددات لاحتمال الأداء السلوكي الخاص. يركز TRA و TPB على الاتجاه attitude ، المعيار الذاتي subjective norm والتحكم المدرك perceived control لتفسير نسبة كبيرة من التباين في نية السلوك، والتنبؤ بعدد من السلوكيات المختلفة التي تشمل السلوكيات الصحية.

في السنوات الأخيرة بالتعاون مع Fishbein ، قام Kasprzyk و Montaño بتطوير النموذج التكاملي (an Integrated Behavioral Model (IBM) يجمع بين TRA و TPB (Montaño and Kasprzyk , 2008, p.69). ووفقاً للباحثين حتى لو كان الشخص لديه نية سلوكية قوية، فهي بحاجة للمعرفة والمهارة لتنفيذ السلوك. ومن الواضح أن هناك النوايا السلوكية قوية ضرورية لدراسة عناصر النموذج، مثل مهارات أو القيود البيئية التي تؤثر على أداء سلوك.

هكذا إذا جمعنا بين كل هذه الأدبيات، مفاهيم معرفية متنوعة تظهر على السطح وهي ذات صلة بالسلوك الصحي: إدراك الخطورة، القابلية للإصابة بالأمراض، إدراك فائدة سلوك معين على الصحة، وكلفته، الامتثال لمعيار اجتماعي ومعيار ذاتي، معايير لها علاقة بالسلوك الصحي، كلها عوامل تنمي الدافعية لأداء سلوك صحي، فتنمو النية لأداء السلوك، لكن هذا لا يكفي لتبني سلوك صحي، حين يتم إدراك العوائق التي قد تعرقل أداء السلوك (الصحي)، للتحكم فيها يتم اتخاذ القرار بتقليصها عن طريق اتخاذ إجراءات مناسبة تعتمد على الثقة في الذات، يتعلق الأمر بفعالية الذات في تنفيذ سلوك صحي.

أشار Schwarzer انه من الصعب تغيير السلوكيات التي تهدد الصحة مثل قلة النشاط البدني والعادات الغذائية السيئة، تفترض معظم النظريات المعرفية الاجتماعية أن النية في التغيير هي أفضل منبأ للتغيير الفعلي، لكن غالباً ما يكون السلوك معاكس للنوايا، يرجع الاختلاف بين النية والسلوك إلى

عدة أسباب، على سبيل المثال، قد تظهر عوائق غير متوقعة، أو قد يستسلم الأفراد للإغراءات لذلك، ينبغي أن ترتبط النية بعوامل أخرى مباشرة بإمكانها تصعب أو تسهل انتقال النوايا إلى عمل، وقد تم تحديد بعض هذه العوامل مثل التخطيط الاستراتيجي وفعالية الذات المدركة، فهي تساعد على سدّ الفجوة بين النية والسلوك (Schwarzer, 2008, p. 1).

كما تخضع أنظمة التحكم في التغذية، وضبط الوزن والتغذية الوقائية لمعتقدات الفعالية الذاتية self efficacy beliefs في إطار دورة التنظيم الذاتي هذه، لقد وُجد أن فعالية الذات تعمل بشكل أفضل بالتنسيق مع التغييرات العامة في نمط الحياة، بما في ذلك ممارسة الرياضة البدنية وتقديم الدعم الاجتماعي، كان عملاء برامج التدخل الواثقين بأنفسهم أقل عرضة للرجوع إلى نظامهم الغذائي غير الصحي السابق (Bagozzi & Edwards, 1998; Brug, Hospers, & Kok, 1997; Fuhrmann & Kuhl, 1998; Gollwitzer & Oettingen, 1998; Murray و Chambliss (1979) أن الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن كانوا أكثر استجابة للعلاج السلوكي عندما كان لديهم شعور كبير بالفعالية الذاتية (Schwarzer & Renner, 2009, p.4).

كما يعتمد تحفيز الناس على ممارسة التمارين الرياضية بانتظام على عدة عوامل، من بينها ثقة في الذات متفائلة بشأن القدرة على الأداء بشكل مناسب، يظهر أن فعالية الذات المدركة بمثابة قوة محفزة أساسية في تشكيل النوايا لممارسة الرياضة والحفاظ عليها لفترة طويلة (Dzewaltowski, Noble et Shaw, 1990; Feltz et Riessinger, 1990; McAuley, 1992, 1993; Shaw , Dzewaltowski et Jackson, 1992; Weiss, Wiese et Klint, 1989; Weinberg, Grove et Jackson, 1992; McElroy, 1992) نقلا عن (Schwarzer & Renner, 2009, p.4).

لهذا تعتبر فعالية الذات معتقد وسيطي بين الدافعية الصحية والسلوك الصحي، موضوع تناولته بعض الدراسات تتماشى نتائجها مع نتائج البحث الحالي، وهي اعتمدت على ما جاءت به النماذج المفسرة للسلوك الصحي.

أجرت Von زملائها (2004) الدراسة على عينة 161 من طلاب الجامعات المسجلين في دورة مدخل علم النفس للإجابة على شكل تقرير ذاتي حول الضغط، الدعم الاجتماعي، فعالية الذات، ومكونات نموذج المعتقد الصحي Health Belief Model بما في ذلك التهديد المدرك والفوائد المدركة والعوائق المدركة، والسلوكيات الصحية الشائعة. تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد وتم الاحتفاظ بمؤشرات تنبؤية كمعدلات في تحليل المسار. بينت النتائج أن فعالية الذات تنبأ بشكل كبير بسلوك الكحول والتدخين، والسلوكيات الوقائية للنشاط البدني والتغذية والسلوك الوقائي للسلامة العامة والسلوك الواقي من الشمس. تحت تهديد مدرك شديد، تتوسط فعالية الذات العوائق المدركة للشرب بنهم،

وتعتدل بواسطة العوائق المدركة للنشاط البدني وسلوكيات التغذية/ بالإضافة إلى ذلك، تحت تهديد مدرك بشكل كبير، كانت فعالية الذات معدلة بالتهديد المدرك لاستهلاك الكحول في 30 يوما و 6 أشهر. وتحت تهديد منخفض، كانت فعالية الذات تتوسطها العوائق المدركة لسلوك التدخين والسلوكيات الوقائية العامة للسلامة. لهذا ينبغي أن تستخدم برامج تعزيز الصحة في المستقبل مع طلاب الجامعات التدخلات التي تزيد من الفعالية الذاتية وتقلل من الحواجز التي تحول دون تبني أسلوب حياة صحي ( Von et al., 2004, pp. 463-469).

وقامت Zalewska-Puchata وأتباعها بدراسة على عينة مكونة من 164 طالب سنة أولى تمرير بهدف تشخيص السلوك الصحي لطلاب الجامعات، وتقييم إحساسهم بالفعالية الذاتية وتحديد العلاقة بين السلوك الصحي المقدم من المشاركين وشعورهم بالفعالية الذاتية، تم استخدام مقياس الكفاءة الذاتية المعمم (GSES-R) Schwarzer, M. Jérusalem واستبيان السلوك الصحي الذي صممه أحد المؤلفين، ومقياس مؤشر كتلة الجسم (MCI) وبينت نتائج الدراسة تحقق جزئي للفرضية حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي. كما كشفت عن تأثير ذو دلالة إحصائية لشعور الفعالية الذاتية على السلوك الصحي مثل استهلاك الدهون في النظام الغذائي اليومي وشرب الكحول، بينت النتائج أن معظم الطلاب المشاركين في الدراسة اظهروا مؤشرا كبيرا على الشعور بالفعالية الذاتية وقدموا كل من السلوك الصحي جيد وسيء. إن الإحساس بفعالية الذات للمشاركين هو مؤشر واعد وإيجابي على استدامة وتغيير السلوك الصحي ( Zalewska-Puchata, Majda, Gałuszka & Kolonko, 2007, ) (p.73).

تم في دراسة تطبيق برنامج My Student Body.com-Nutrition (MSB-N) وهو برنامج للتغذية والنشاط البدني قائم على الإنترنت لطلاب الجامعات، أجريت على عينة الطلاب 476 من ست جامعات في الولايات المتحدة بشكل عشوائي في 2005 تم تشكيل ثلاث مجموعات: MSB-N (مجموعة تجريبية الأولى) و (مجموعة تجريبية ثانية) MSB-N plus Booster داعم أكثر أو مجموعة ضابطة، بينت النتائج انه قام المشاركون في المجموعة الأولى والثانية بزيادة تناولهم للفواكه والخضروات بنسبة 0,33 و 0,24 حصصًا على التوالي مقارنة بالمجموعة الضابطة وذلك بعد الاختبار. كما حسنت كلتا المجموعتين التجريبيتين من دوافعهم لتغيير سلوكيات الأكل وكانوا أكثر قابلية لرفع الدعم الاجتماعي والفعالية الذاتية للتغيير الغذائي، قام افراد مجموعات التجريبية أيضا بتحسين موقفهم تجاه ممارسة الرياضة، ولكن لم يلاحظ أي تغييرات سلوكية في النشاط البدني (Franko et al., 2008, p. 369). وعليه يظهر ان تحفيز او تنشيط الدافعية للصحة عن طريق التدريب ساهم في تحسين الاتجاه نحو

الأكل الصحي والنشاط البدني لكن هذا يقترن برفع فعالية الذات هو معتقد صحي يجعل الفرد يحقق نتائج مرضية.

وبينت حسب Xu (2009) دراسات سابقة أن فعالية الذات للصحة تظهر لمرات عديدة كمنبأ الأقوى للسلوكيات الصحية، نفس النتيجة أكدتها دراسة Xu التي أجريت على عدة مراحل على عينات من الطلاب على التوالي (246، 251، 118، 249) (pp.108-125) من الجنسين، بينت النتائج ان الدافعية للصحة تعتبر منبأ جيد للسلوكيات الصحية، رغم أنها لا تظهر كمنبأ دال للانشطة البدنية، لكن يمكن الاستنتاج ان الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية هما احسن مؤشرات تنبأ بالنشاطات البدنية، او بالأكل الصحي مقارنة بمؤشرات أخرى (BMI, health value) (p.152).

في الأخير، نعتبر أن تحليل المسار لنموذج البحث الحالي أفادنا بنتائج تدل فعلا على تأثير المعتقدات الصحية، الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحية على السلوك الصحي عن طريق فعالية الذات الصحية التي يبدو أنها ذات أهمية في تبني الطلاب لسلوكيات صحية، نعتبر هذه النتيجة مبدئية قد تستدعي الدراسة على عينات أخرى متنوعة بهدف تعميم النتائج.

## 2.2. علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الصحي

بينت النتائج وجود ارتباطات موجبة بين كل المتغيرات لدى عينة البحث، ارتباطات الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي بفعالية الذات الصحية (0,326، 0,244) كما ترتبط الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي بالسلوك الصحي على التوالي (0,213، 0,160) كذلك ترتبط فعالية الذات الصحية بالسلوك الصحي (0,453)، وهي ارتباطات بين متغيرات البحث كلها دالة عند المستوى 0,01.

وفي الواقع تدعم هذه النتيجة اختيارنا لنموذج البحث الذي فصلنا سابقا في مطابقته، لانه حين ندقق في قيمة الارتباطات نجد ان معاملات الارتباط بين الدافعية في النشاط البدني والدافعية في الأكل الصحي أصغر من معامل الارتباط بين فعالية الذات الصحية والسلوك الصحي، بمعنى الارتباط الأقوى بين فعالية الذات والسلوك الصحي يجعل من فعالية الذات متغير وسيطي والدليل هو التأثير غير المباشر والبدال بينهما والذي بينه تحليل المسار بالنمذجة البنائية وعليه، المعتقدات الصحية ترتبط مع بعضها ارتباطا قويا، هذا ما اقترحتة النماذج المفسرة للسلوك الصحي، اقترح المنظرون المعتقدات الصحية كالدافعية وفعالية الذات الصحية كعوامل منبأ بالسلوك الصحي.

السلوك الصحي هو أي نشاط يقوم به الناس للحفاظ على صحتهم أو تحسينها، بغض النظر عن حالتهم الصحية المدركة أو ما إذا كان السلوك يحقق هذا الهدف بالفعل. لاحظ الباحثون أن الحالة الصحية للأشخاص تؤثر على نوع السلوك الصحي الذي يقومون به ودوافعهم للقيام بذلك ( Kasl & Cobbe, 1966a, b; Parsons, 1951). (Sarafino & Smith, 2011, p. 133).

السلوك الصحي ليس سلوكاً ظاهراً فحسب بل هو يرتبط بمعارف وأفكار يملكها الفرد حول أهمية هذا السلوك أو عدم أهميته، إذا كان يعتبر أن السلوك الصحي خاصة الوقائي منه أمر إيجابي وضروري للحفاظ على الصحة وتفادي الأمراض المزمنة أطول مدة ممكنة، ويعتقد أنه معرض للإصابة بالمرض وأن المرض خطير، نجده يبحث عن المعلومة للتعرف على الأخطار الصحية هذا ما ينمي الدافعية الصحية لديه للبحث عن السبل التي يتوصل بها إلى الهدف المنشود وهو الحفاظ على الحالة الصحية، في هذه المرحلة يمكن الحديث عن النية في تبني السلوك الصحي، والتي قد لا تحقق الهدف الأساسي "تمط حياة صحي" إلا إذا فكر في كيفية تنفيذ خطته لممارسة السلوك الصحي والمثابرة عليه، هذا بفضل تنشيط فعالية الذات الصحية، توصلنا إلى هذا الاستنتاج من خلال الاضطلاع على الأدبيات حول النماذج المفسرة للسلوك الصحي وكذلك بعض الدراسات حول علاقة بعض المعتقدات الصحية بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعات.

لنجاح في تغيير السلوك يجب (كما اقترحه HBM الأصلي) على الأفراد الشعور بأنهم مهددين بالعادات السلوكية الحالية (إدراك القابلية والخطورة) والاعتقاد أن التغيير من نوع معين يؤدي إلى نتائج تقيّم بتكلفة مقبولة (الفائدة المدركة). كما ينبغي أن يشعر الأفراد أنهم أكفاء (فعالين ذاتياً) لتجاوز العوائق المدركة لاتخاذ الإجراءات اللازمة (Champion & Skinner, 2008, p.49).

تفترض النماذج حسب Weinstein (1993) أن توقع نتيجة سلبية متعلقة بالصحة والرغبة في تجنب هذه النتيجة أو التخفيف من تأثيرها يخلق الدافعية لحماية الذات. وأدرج توقع المعارض للنتيجة في عبارة الخطورة المدركة للعواقب الصحية perceived severity في نموذجي المعتقدات الصحية HBM وكذا نموذج الدافعية للحماية PMT، واستناداً لهذه النظريات تنشأ الدافعية للقيام بالفعل [الصحي] عن طريق التوقع بأن الفعل يمكن أن ينقص احتمال أو خطورة الضرر.

يعتمد الانخراط في السلوك الصحي على عوامل الدافعية motivational factors، سيما فيما يتعلق بإدراك الأفراد لخطر الإصابة بالمرض، وقيمة السلوك في الحد من هذا التهديد، والانجذاب نحو السلوك المعاكس. غالباً ما يُنظر إلى بعض السلوكيات غير الصحية مثل الشرب أو التدخين، على

أنها ممتعة أو الشيء "المطلوب فعله" نتيجة لذلك، لا يقاوم العديد من الأفراد بدء السلوكيات غير الصحية وقد يرفضون الجهود أو النصائح للإقلاع عنها (Sarafino & Smith, 2011, p. 133).

الحديث عن السلوك الصحي حسب Gochman لا يشمل فقط الأفعال الظاهرة التي يمكن ملاحظتها، بل يشمل أيضًا الأحداث العقلية وحالات الشعور التي يمكن التصريح عنها وقياسها، السلوك الصحي هو تلك الانسابات الشخصية للمعتقدات والتوقعات والدوافع والقيم والتصورات والعناصر المعرفية الأخرى، خصائص الشخصية، بما في ذلك الحالات الوجدانية والانفعالية والسمات، وأنماط السلوك الظاهر والأفعال والعادات التي تتعلق بالحفاظ على الصحة واستعادتها وتحسينها (Gochman, 1982, 1997) نقلا عن (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008, p.12).

أجرت يعيش وسایل (2017) دراسة حول الدافعية الصحية للنشاط البدني والأكل الصحي وعلاقتها بفعالية الذات الصحية لدى عينة من الطلبة الجامعيين. على عينة قوامها 226 طالب، يتراوح أعمار أغلبهم بين 18-27 سنة (73 طلبة، 153 طالبات)، أغلبية المشاركين نساء من جامعات مختلفة من ولاية الجزائر والبلدية. وللتحقق من الفرضيات طبق سلمين لقياس الدافعية للصحة في النشاطات البدنية وفي لأكل الصحي على التوالي من إعداد Xu (2009) وسلم فعالية الذات الصحية ل Becker (1993) تبين النتائج وجود علاقة موجبة بين الدافعية الصحية للنشاط البدني والأكل الصحي مع الفعالية الذاتية الصحية لدى طلبة الجامعة، كما توجد ارتباطات موجبة ودالة إحصائيا بين الأبعاد الأربعة (ميل الدافعية للصحة، النية الصحية، الدافعية للمبادرة بالفعل، ودافعية للمثابرة) لكل من النشاط البدني والأكل الصحي مع الفعالية الذاتية الصحية ببعديها التمرين والأكل (ص ص. 41-45). تعتبر الدافعية للصحة وفعالية الذات الصحية معتقدين مرتبطين ايجابيا ببعضهما.

كما أجرى النادر والعلوان والقضاة (2015) دراسة حول علاقة السلوك الصحي بفعالية الذات، على عينة متكونة من 219 طالب (103 رجال و 116 نساء)، تم اختيارهم بصفة عشوائية من جامعة مؤتة من كلية علوم الرياضة، بينت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي لدى الطلبة متوسط رغم دراستهم للرياضة، كما بينت وجود علاقة طردية بين السلوك الصحي وفعالية الذات.

وبينت دراسات خاصة بطلبة الجامعات ان النشاط البدني وعادات الاكل هي مرتبطة بالدافعية وبالعوائق المدركة (Downes, 2015). بشكل عام يظهر ان الطلبة لا يمارسون النشاط البدني والاكل الصحي المنصوح به من قبل مصالح الصحة والمصالح الاجتماعية وتلك التبعية للفلاحة ( ; 2010; Downes, 2015; Garcia-Williams, Moffitt, & Kaslow, 2014; Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services, sd; Rye et al., 2012) نقلا عن (Hoying, Melnyk, Hutson & Tan, 2020, p. 2).

واستنادا لكل ما سبق، نعتبر السلوك الصحي اعقد مما يظهر عليه فهو يرتبط بمعتقدات متعددة قمنا من خلال هذا البحث بدراسة اثنان منها، الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية، وأسفرت النتائج فعلا على وجود ارتباط قوي بين هذه المعتقدات نفسها وبينها وبين السلوك الصحي.

### 3.2. العوامل المؤثرة (السن، النوع، الإقامة) على السلوك الصحي

بينت نتائج البحث انه لا توجد فروق في السلوك الصحي تعزى لمتغيرات السن والنوع والإقامة، مهما كان اختلاف الطلبة في هذه المتغيرات فهم يظهرون سلوك صحي فوق المتوسط.

في هذا الصدد وقبل اختبار المقارنات، قمنا بتحديد مستويات السلوك الصحي وهي مسألة لم نطرحها في الفرضيات ولكن بغرض الاستكشاف، ارتأينا معرفة مستوى السلوك الصحي وأبعاده ثم ترتيبها حسب استعمال الطلبة لها كما هو مدرج في آخر الملحق(9)، بينت النتائج ان السلوك الصحي لدى عينة البحث هو فوق المتوسط بعد مقارنة متوسط هذا المتغير لدى العينة (154,57) بالمتوسط الاختباري اي للمجتمع (126) وذلك بعد حساب اختبار "ت" الذي قدر بـ 37,99 وهي دالة عند المستوى 0,01.

كما ان مستويات ابعاد السلوك الصحي تم تحديدها بنفس الطريقة، وتبين أن متوسط كل بعد أكبر من المتوسط الاختباري، العناية بالجسم (24,70، 24)، التعامل مع الادوية والعقاقير (32,53، 24)، العناية بالصحة العامة (37,19، 33)، النفس الاجتماعي (60,14، 45)، وهي تدل على وجود فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الافتراضي لكل منها، بحيث بلغت قيمة "ت" على التوالي (2,71، 38,90، 15,941، 46,294) وهي تدل كلها على أن الفروق دالة عند المستوى 0,01. كما قمنا بترتيب هذه الأبعاد باستعمال اختبار Friedman ويظهر استعمال أفراد العينة بالترتيب لسلوكيات صحية في بعدها النفسي الاجتماعي في المرتبة الأولى ثم التعامل مع الأدوية والعقاقير يليه العناية بالصحة العامة وفي الأخير العناية بالجسم، وهو فرق في ترتيب دال إحصائياً عند المستوى 0,01 بقيمة  $\chi^2$  1926,58.

نرجع لنتائج الفروق بين الطلبة في السلوك الصحي حسب السن والنوع والإقامة والتي بينت:

- بالنسبة للسن: يظهر أن متوسط السلوك الصحي يرتفع كلما ارتفع السن حسب الفئات العمرية، قدر في فئة 18-27 (154,11) وفي فئة 28-37 (160,2) وفي فئة 38-47 (162,67) وفي فئة 48-54 (165,5). ويبين تحليل التباين ANOVA بين وداخل المجموعات أن التباين في متوسط السلوك الصحي بين المجموعات (F=1,95) غير دال إحصائياً وعليه، لا توجد فروق في السلوك الصحي بين أفراد عينة البحث تعزى للسن.

- بالنسبة للنوع: بينت النتائج أن متوسط السلوك الصحي لدى الطالبات (156,07) أكبر من متوسط الطلاب (153,96) هو فرق طفيف، بحيث بلغت قيمة "ت" 0,26 وهي تدل على أن الفرق غير دال إحصائياً بالتالي، لا يوجد فرق في النوع بين الطالبات والطلبة في السلوك الصحي.

- بالنسبة للإقامة: يظهر متوسط السلوك الصحي لدى أفراد العينة القاطنين بالاقامات الجامعية أكبر من متوسط أفراد العينة غير المقيمين بها أي هم يعيشون مع عائلاتهم. هو فرق طفيف بحيث بلغت قيمة "ت" 1,66 تدل على أن هذا الفرق غير دال إحصائياً وعليه، لا يوجد فرق في السلوك الصحي يعزى لمتغير الإقامة.

هكذا، تبين نتائج البحث انه لا يوجد اختلاف بين أفراد عينة البحث في السلوك الصحي يعزى للسن، رغم أن النتائج تبين ارتفاع متوسط السلوك الصحي كلما ارتفع سن الطلبة إلا أن هذا الاختلاف غير دال إحصائياً. كما لا يوجد اختلاف بين الطالبات والطلبة في السلوك الصحي، ولا يوجد اختلاف بين الطلبة القاطنين الاقامات الجامعية وغير المقيمين بها في السلوك الصحي.

الطلبة الجزائريون، أفراد العينة، يظهرون سلوك صحي مقبول، فوق المتوسط، يستعمل طلبة الجامعات بالترتيب، في المرتبة الأولى لسلوكيات صحية في بعدها النفسي الاجتماعي، على سبيل المثال " أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج له " " أحاول أن أحظى بالقبول من جميع أفراد أسرتي " " لدي إحساس جيد بالمرح " " اشعر بالرضا عن ذاتي " " أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة والنشاط والمتعة " " لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية " " أتحمّل نتائج جميع تصرفاتي " " أضع نفسي أهدافاً واقعية بحيث يمكن تنفيذها " " اجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ القرار " وغيرها وهي تشير إلى الثقة بالنفس وفي اتخاذ القرار المناسب، والاستمتاع بما يقوم به الفرد والبحث عن المعلومة.

ثم في مرتبة ثانية يستعمل الطلبة التعامل مع الأدوية والعقاقير بشكل مناسب على سبيل المثال "الجأ إلى استخدام الأدوية عند الضرورة فقط" "لا استخدم أي نوع من التبغ ( سجائر، معسل، شيشة)" "أتجنب تناول الأدوية المهدئة إلا بوصف طبيباً" "أتجنب تناول الأدوية المنومة إلا بوصف طبيباً" "أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها الطبيب" "أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها (فقط من الأطباء)" "أحاول التعرف على الأعراض الجانبية لأي دواء أتأوله" "أتجنب الخلط بين الأدوية دون إشراف طبيب" يظهر من خلال هذه الاختيارات أن الطلبة لا يستعملون الأدوية مهما كانت بدون وصفة طبية والبحث عن المعلومة حول الدواء.

وبليها في الرتبة الثالثة العناية بالصحة العامة، على سبيل المثال نجد اختيارات " عندما اختار البروتين الحيواني فإنني أتناول اللحوم البيضاء والأسماك" "أتناول وجبة الإفطار يوميا وبانتظام" "أتناول الخضار والفواكه الطازجة بشكل يومي" أكثر من شرب المياه النقية(السوائل)" "أقوم بإجراء الكشف المناسب عندما أعاني من أي ألم" "أحافظ على تنظيف أسناني بعد تناول وجبات الطعام" "أحصل على كفايتي من النوم" وغيرها. عبارة عن عادات الأكل الصحية وما يرتبط بها من عادات صحية كتنظيف الأسنان وإجراء الكشف الدوري.

وفي الأخير يختار الطلبة العناية بالجسم، نذكر اختيارات منها " أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي" "أركز في غذائي على نسبة قليلة جدا من الأملاح البيضاء (الملح الأبيض المكرر)" "أقل من تناول الأغذية الغنية بالسكر الأبيض (العادي)" "أتجنب المشروبات الغنية بالسكريات الحرارية" "أقل من الأغذية الغنية بالدهون الحيوانية (اللحم والدجاج)" "أتابع برامج التنقيف الصحي الخاصة بالرياضة والغذاء" "أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها".

يظهر من خلال اختيارات الطلبة، أن العناية بالصحة العامة والعناية بالجسم هي أقل أهمية من الاهتمام بالأدوية واختيارات نفسية اجتماعية كالثقة بالنفس واتخاذ القرار، لكن العادات الصحية تستدعي احترام أكل صحي والاعتناء بالجسم، هذا ما اثار اهتمامنا بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعات، بحيث تكررت ملاحظتنا حول عادة الأكل لديهم في الجامعة، نوع الأكل الذي يتناوله الطلبة يوميا ومنذ الصباح الباكر عبارة عن أكل سريع، غني بالدهون، قبل إجراء هذا البحث انتقلنا إلى المطاعم الموجودة قرب الجامعة، يتردد عليها الطلبة كثيرا، واقتنينا من كل المأكولات التي يتناولها الطلبة، وهي عبارة عن حلويات غنية بالسكر واكل سريع يحتوي على بطاطس مقليه والقليل من اللحم، والكثير من الصلصات الغنية بالدهون، وحين سألنا الطلبة عن هذه العادات التي تبدو سيئة أجابوا انه لا وقت لديهم للتفكير في أكل صحي أثناء الدراسة، وحتى أوقات الأكل المعروفة لا يتم احترامها فهم يأكلون في كل وقت حتى في قاعات التدريس. في هذا الصدد تم الإشارة ( Sabbagh & Etivan, 2012) إلى أن بعد تناول وجبة خفيفة، سيسعى الجسم إلى التعويض بزيادة تناول الطعام أثناء الوجبة التالية، هكذا يعمل هذا التعويض بشكل أفضل في حالة العجز مقارنة بالفائض، يفسر هذا لا تماثل لماذا يصعب التحكم في زيادة الوزن بعد تناول وجبة جيدة عكس في استعادة الوزن بعد الصيام ( p. 265).

تتماشى هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات العربية، ولا تتماشى مع دراسات غربية، تقدم لنا الدراسات العربية مؤشرات حول السلوك الصحي للطلبة وهو يبدو متوسطا أو فوق المتوسط لكن لا

يخلو، كما هو الحال بالنسبة لطلبة الدول الغربية، من ممارسات خطيرة على الصحة أهمها الأكل غير صحي، قلة النشاط البدني وهي لا تتماشى وتوصيات منظمة الصحة العالمية.

في الجزائر، نفس النتائج عموماً توصلت إليها دراسة فاضلي، سايل وبن نوار دراسة (2017) هدفت إلى تحديد مستويات السلوك الصحي لدى عينة قوامها 297 من طلبة الجامعة يتراوح سنهم بين 18 و29 سنة (63 طلاب و234 طالبات)، بينت نتائجها ممارسة الطلبة للسلوك الصحي بشكل فوق المتوسط، يتمتع طلبة الجامعة بسلوك صحي من خلال التغذية، التحكم بالضغوط النفسية، عدم استعمال المنشطات كالتدخين والمخدرات بصفة تلت الانتباه، والعناية الصحية، بينما يعتبر الطلبة أقل نشاطاً بدني الذي يظهر تحت المتوسط، كما بينت النتائج انه لا يوجد اختلاف في السلوك الصحي يعزي لمكان الإقامة ولا للنوع، إلا أن الطلبة الذكور أكثر نشاطاً بدني من الطالبات ( ص ص. 443-453).

يمارس الطلبة سلوكيات صحية ولكن أيضاً سلوكيات أخرى غير الصحية كالأكل غير الصحي وقلة النشاط البدني.

واستعمل في دراسة الشيخ يعقوب وزناقي سفيان (2018) نفس المقياس الذي استعملناه في هذا البحث، لكن هذه الدراسة لم تحدد مستويات السلوكيات الصحية واكتفت بالمقارنة، بحيث هدفت الدراسة إلى مقارنة في مستوى السلوك الصحي بين طلاب التربية البدنية والرياضية بطلاب الطب، شملت عينة مكونة من 285 طالب ( 149 طالب تربية بدنية ورياضية و36 طالب طب) واستعمل مقياس السلوك الصحي الذي أعده صمادي الصمادي (2011). بينت نتائج الدراسة وجود فروق بين طلبة التربية البدنية والرياضية وطلبة الطب لصالح طلبة التربية البدنية والرياضية في تبني السلوكيات الصحية تتعلق بمجال العناية بالجسم ومجال العناية بالصحة العامة وفي البعد النفس اجتماعي، بينما يحسن طلبة الطب التعامل مع الأدوية بشكل أحسن من طلبة التربية البدنية والرياضية.

وفي الدول العربية، قام سامر جميل رضوان وريشكة كونراد (2001) بدراسة هدفت إلى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات الصحية للطلاب من منظور عبر ثقافي لتحديد الفروق عبر ثقافية بين عينة سورية وألمانية، اشتملت العينة على 300 فرد ( 201 نساء و99 رجال)، أظهرت النتائج إن العينة السورية تمتع بسلوكيات صحية عديدة أحسن من العينة الألمانية، يتعلق الأمر بتناول الفاكهة وتنظيف الأسنان، 58.7% يعتبرون النوم مظهراً مهماً بالنسبة للسلوك الصحي، كما تعد الفاكهة والخضار من المواد الغذائية

المهمة في سوريا واعتبار ذلك مورداً من الموارد الصحية التي تتمي الصحة وتحافظ عليها، أيضا استهلاك الكحول منخفض بشكل واضح في هذا المجتمع مقارنة بالمجتمع الألماني مع العلم أنه يوجد تسامح فيما يتعلق بتناول البيرة، هناك احترام السرعة أثناء قيادة السيارة حفاظا على الحياة، بينما تتميز العينة السورية بسلوكيات غير الصحية مثل استخدام الملح في الطعام بكميات عالية جداً مقارنة بألمانيا وغياب زيارات الدورية للطبيب وفحص الصدر، والفحص الذاتي للتدخين أو لمناطق أخرى من الجسد غير منتشرة في سوريا بكثرة كما هو الحال في أوروبا.

في نفس السياق، أجرى Jaber (2003) دراسة حول السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة بفلسطين غير الحكومية، على عينة قوامها 1057 طالب ( 529 رجل و528 امرأة) تم اختيار العينة بطريقة عشوائية (p.25)، وبينت نتائج الدراسة سلوك صحي للطلبة متوسط بنسبة 67.4%، كما تبين أن مستويات مرتفعة في سلوك التدخين وشرب الكحول بنسبة 82%، وسلوك الأكل الصحي وتسيير الضغط والعناية الطبية بمستويات متوسطة على التوالي ( 68% 67.8% و69.4%)، بينما تشير الدراسة إلى مستوى منخفض في اللياقة البدنية بنسبة 49.8%، وبينت اختلاف بين النساء والرجال من الطلبة في السلوك الصحي عامة لصالح النساء ماعدا في النشاط البدني فهو لصالح الرجال (p.35-64).

بينما في البحث الحالي لم تظهر النتائج اختلاف في السلوك الصحي بين الرجال والنساء من الطلبة، وتتفق النتائج مع نتائج هذه الدراسة في درجة السلوك الصحي المتوسطة في تسيير الضغط والعناية الطبية.

قام اسماعيل احمد الحارثي (2014) بدراسة على عينة قوامها 1200 طالبا من كليات الادبية والعلمية من مستوى باكالوريوس بجامعة ام القرى بالمملكة العربية السعودية، تم تطبيق مقياس السلوك الصحي(ص. 45)، بينت نتائجها (ص. 56) انه متوسط بشكل عام على بعدي العناية بالجسم والعناية بالصحة العامة، بينما يظهر مرتفعا في بعدي التعامل مع الادوية والعقاقير والنفسي الاجتماعي. كما بينت أن السلوك الصحي يختلف باختلاف المستوى الدراسي للام وكذلك الدخل الشهري.

نفس النتائج تحصلنا عليها في البحث الحالي تحصل الطلبة على درجات أعلى في بعدي التعامل مع الأدوية والعقاقير والنفسي اجتماعي، بينما تحصلنا على درجات اقل في بعد العناية بالصحة العامة والعناية بالجسم.

أما في الدول الغربية، بينت دراسة مقارنة أجراها Wardle و Steptoe (2001) على طلاب من أوروبا الشرقية وأوروبا الغربية أجريت بين 1989 و 1991 على عينة قوامها 6463 طالب وتبين النتائج أن طلاب أوروبا الشرقية لديهم أسلوب حياة غير صحي يتعلق بالتمارين الرياضية واستهلاك الكحول والأغذية الدسمة وغيرها... ويعتبر طلاب أوروبا الشرقية أقل وعياً بالعلاقة الموجودة بين العوامل المتعلقة بنمط الحياة وخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، علاوة على ذلك لديهم دعم اجتماعي أقل ووضع صحي أسوأ مقارنة بطلاب أوروبا الغربية.

وفي دراسة مقارنة مهمة قام بها Pengpid و Peltzer (2015) أجريت حول السلوك الصحي الغذائي والمعتقدات الصحية لدى الطلاب من 26 دولة ذوي الدخل المنخفض، المتوسط والعالي (أمريكا الجنوبية، أفريقيا، آسيا) خلال 2013، على عينة 19503 طالب من 27 جامعة تتراوح أعمارهم ما بين 16-30 سنة، وأشارت النتائج أن متوسط الطلاب يستعملون سلوكيات غذائية سليمة، بحيث سجلت النساء سلوك غذائي صحي أكثر من الرجال، كما أن هناك اختلافات بين البلدان في السلوكيات الغذائية الصحية بمتوسط عالي في بربادوس، موريس، تايلاند، وتونس، ومتوسطات منخفضة في الكاميرون، مصر، فيرغيزستان وناميبيا ونيجيريا والفلبين وروسيا. كان تجنب تناول الدهون ومحاولة تناول الألياف منخفضاً بين طلاب الجامعات في الصين وفيرغيزستان وروسيا وتركيا، ومرتفعاً في غرناطة وإندونيسيا وموريس وتايلاند، وفيما يتعلق بالحد من اللحوم الحمراء، كان الطلاب من بربادوس وإندونيسيا وموريس وجنوب إفريقيا وتركيا أعلى من 70٪، بينما كان الطلاب من الصين وسنغافورة أقل من 30٪، وكان حد الملح مرتفعاً في الصين وكولومبيا وموريس وتايلاند ومنخفضاً في الكاميرون وفيرغيزستان. ومن حيث الاستهلاك اليومي الكافي للفواكه، كان طلاب الجامعات من موريس وجنوب إفريقيا وتايلاند وتونس أعلى مقارنة بلصين وجامايكا ولاوس، كان تناول وجبة الإفطار بانتظام أعلى بين الطلاب من مدغشقر وفنزويلا، وأدنى لدى الطلاب من ساحل العاج وتايلاند، بالنظر إلى الاختلافات في مناطق بلدان الدراسة المشاركة، كان مؤشر السلوك الغذائي الصحي هو الأعلى في جنوب آسيا والصين، وأدنى معدل في آسيا الوسطى. كانت هناك أيضاً اختلافات قطرية وإقليمية حول الوعي بمخاطر الصحة الغذائية، أدنى الوعي بالمخاطر الصحية كان في بلدان الدراسة من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وكان أعلى الوعي بمخاطر الصحة الغذائية في بلدان الدراسة من منطقة البحر الكاريبي وأمريكا الجنوبية وجنوب شرق آسيا، من حيث بلدان الدراسة المحددة كان أعلى وعي بمخاطر الصحة الغذائية لدى طلاب الجامعات من الصين والفلبين وسنغافورة. يستعمل ذوي الدخل فوق المتوسط أو المرتفع نظام غذائي سليم لإنقاص الوزن، ويولون أهمية كبيرة للفوائد الصحية الغذائية (745-750 pp).

سجّلت بتونس سلوكيات الغذاء الصحي أحسن من مصر، الامر المهم الذي تم الإشارة إليه، هو افتقار الدول الإفريقية إلى الوعي والتنقيف حول الصحة، بمعنى أن للوعي الصحي دور مهم في تبني الأفراد للسلوكيات الصحية، فجهلهم بالأمور الصحية قد يجعلهم اقل فعالية في اختياراتهم الصحية، لو طبقت برامج التنقيف الصحي كما هو معمول به في الدول الغربية ربما لكان السلوك الصحي جيد للغاية لدى الطلبة، خاصة وان المجتمعات العربية بشكل عام لا تحفز مثلاً على شرب البيرة والكحول وعلى التدخين.

أجرت Hoying وأتباعها (2020) دراسة على عينة مكونة من 197 طالب بلغ متوسط السن 24,5 سنة، اظهر اغلب الطلبة ليس لديهم عادات صحية (41,1%)، والكثير منهم يتناولون الخضراوات والفواكه بنسب اقل من تلك المنصوح بها (73,6%)، كما العديد منهم يقضون في النوم ساعات أيضا اقل من تلك المنصوح بها (38,1%) ولا يمارسون النشاط البدني المنصوح به، اي 30 دقيقة او اكثر على الاقل خمسة مرات في اليوم (57,4%) (Hoying, Melnyk, Hutson & Tan, 2020, p. 3).

توصلت نتائج البحث الحالي إلى عدم وجود اختلاف بين الطلبة المقيمين بالاقامات الجامعية والطلبة الذين لا يزالون يعيشون مع أوليائهم، عكس ما توصلت إليه دراسة Bagordo واتباعه (2013) حول تقييم عادات الأكل لدى مجموعة من طلاب الجامعة، وتسليط الضوء على الاختلافات بين الطلاب الذين يعيشون داخل وخارج المنزل ودراسة جوانب صحتهم وحالتهم الغذائية. أكمل 193 طالباً جامعياً في جامعة Salento (Lecce, Italy) استبياناً عن عادات الغذاء. حصل الطلاب الذين يعيشون في المنزل على مزيد من التمارين البدنية واستهلكوا كميات أكبر من الخضراوات المطبوخة والأسماك ومنتجات اللحوم والبطاطس والخبز/الحبوب والبقول والوجبات المطبوخة، في المقابل، تميز الطلاب الذين يعيشون خارج المنزل بارتفاع استهلاك الخضراوات النيئة والبيرة والمشروبات الكحولية والوجبات النيئة/الباردة والوجبات المجمدة والوجبات الجاهزة، علاوة على ذلك، أبلغ الطلاب الذين يعيشون بمفردهم عن عدد أكبر من نوبات التهاب المعدة والأمعاء وأدركوا أن لديهم كتلة جسم أكبر. ارتبطت أنماط الحياة الطلابية وترتيبات المعيشة مع التحول عن النظام الغذائي المتوسطي ويبدو أنها تعرض الطلاب لخطر الإصابة بالأمراض التي تنقلها الأغذية. وقد بدا ذلك أكثر وضوحاً بين الطلاب الذين يعيشون بعيداً عن المنزل، والذين يمكن أن يؤدي تحمل المسؤولية الأساسية عن تسوق الطعام وإعدادهم إلى عادات غذائية غير صحية ( Bagordo, Grassi, Serio, Idolo & De Donno, 2013, p. 164).

الجزائر كباقي دول الحوض المتوسط تتميز بعادات غذائية صحية تأخذ ميزات البحر المتوسط وهو نظام يعتمد كثيرا على الخضراوات والفواكه، ولكن إتباع الطلبة لعادات الأكل السريع، يمكن أن

يجعل هذه العادات في خطر خاصة مع انتشار العادات الغذائية الأمريكية الغنية بالدهن والأكلات غير الصحية.

في هذا السياق، بينت الدراسات نموذجان رئيسيان لسلوك الأكل: النظام الغذائي للبحر الأبيض المتوسط، السائد في الدول الغربية، والمعروف بـ "الحذر" «prudent» والذي يتميز بزيادة في استهلاك منتجات الألبان الخفيفة، الفواكه والخضروات والأسماك والمياه والنظام الغذائي الأمريكي القياسي، الذي يتميز بارتفاع استهلاك اللحوم الحمراء والبطاطس والدهن والصلصات والمشروبات الغنية بالسكر، التي يسند لها وباء السمنة في الولايات المتحدة (15 ٪ من السكان في عام 1960 ، 35 ٪ في عام 2000) (Sabbagh & Etivan, 2012, p. 264).

السلوكيات الصحية هي سلوكيات التي تقلل من خطر الإصابة بالمرض (ممارسة التمرين الرياضي، إتباع التعليمات الطبية، استشارة الطبيب بانتظام، النوم بصورة كافية، وضع حزام الأمان، تنظيف الأسنان بانتظام، وضع الكريمة الواقية من الشمس، أكل الفواكه والخضرا، استعمال الواقي) وتعتبر (Kasi et Cobb, 1966) على أنها الأفعال التي يدركها كفوائد والتي ينفذها بهدف الوقاية من الأمراض أو الكشف عنها في مرحلة مبكرة، فيدرك الأفراد بأن هذه السلوكيات يمكن أن تساعدهم على البقاء بصحة جيدة، فيقومون بتبنيها بصفة شعورية (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, pp.399-400).

ووفقاً لنتائج البحث الحالي لا يوجد فروق في السلوك الصحي حسب السن والنوع (الجنس)، عكس ما أشار إليه باحثون أجانب. أقر أن هناك اختلافات بين الجنسين، وأخرى ثقافية واجتماعية، وعمرية في ممارسة السلوكيات الصحية (Schoenborn, 1993; NCHS, 2009a) حالياً وجدت دراسة استقصائية دولية للبالغين في البلدان الأوروبية أن المرأة تؤدي سلوكيات صحية أكثر من الرجل (Steptoe et al., 1994). أحد أسباب هذه الاختلافات هو أن الناس يبدو أنهم يؤدون سلوكيات بارزة بالنسبة لهم، أحد أسباب هذه الاختلافات هو أن الناس يبدو أنهم يؤدون سلوكيات بارزة بالنسبة لهم، على سبيل المثال، قارنت دراسة بين السلوكيات الصحية للطلاب الطبيين وغير الطبيين ووجدت أن طلاب الطب مارسوا تدريبات أكثر وكانوا أقل تدخين للسجائر وشرب مفرط للكحول ولتعاطي المخدرات (Golding & Cornish, 1987) (Sarafino & Smith, 2011, p. 134).

في الأخير نؤكد على ضرورة نشر الثقافة الصحية خاصة بين الشباب والطلبة لكونهم عماد المستقبل، وهم في مقتبل العمر، يدركون انه يمكنهم الاستمتاع بالحياة مع نوع من المغامرة، وقد يفكرون في الوقت الحالي ولا يكتفون بالأمور الصحية وكانها لا تعنيهم، ونظراً لكون هذه الشريحة

مهمة في مجتمعنا، ومستقبلها من مستقبل البلاد، ينبغي على الدولة الجزائرية فسح المجال لهؤلاء لممارسة سلوكيات صحية تضاف الى العوامل الشخصية لتعطي نتيجة مشجعة في المستقبل.

كما نرى ضرورة تطبيق إستراتيجية منظمة الصحة العالمية التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون في 22 ماي 2004 بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة. تتعلق هذه الإستراتيجية بحث الدول الأعضاء اتخاذ كل التدابير والإجراءات للحد من انتشار الأمراض غير السارية (غير المتقلبة) non transmissibles والمخاطر المتصلة بالنظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني. كما أشارت إلى انه إمكان تدخلات رخيصة وعالية المردود أن تمنع نسبة 80% من أمراض القلب والسكتات والسكري من نمط 2 ونسبة 40% من السرطانات، وتوجد بيانات علمية قوية تدل على أن النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني الكافي عنصران رئيسيان من عناصر الوقاية من الأمراض المزمنة (منظمة الصحة العالمية، 2009، ص.3).

وأشارت منظمة الصحة العالمية أن الإستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة ليست برنامجا وطنيا ولكنها أداة شاملة تستهدف بها الدول الأعضاء في الجهود التي تبذلها من اجل الوقاية من الأمراض المزمنة، وهي تتناول بالتحديد نقاط عمل خاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني.

#### 4.2. العوامل المؤثرة (السن، للنوع، الإقامة) على المعتقدات الصحية

بينت نتائج البحث انه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغيرات السن والنوع والإقامة، مهما كان اختلاف الطلبة في هذه المتغيرات فهم يظهرون معتقدات صحية فوق المتوسط.

في هذا الصدد وقبل اختبار المقارنات، قمنا بتحديد مستويات المعتقدات الصحية وهي أيضا مسألة لم نطرحها في الفرضيات ولكن بغرض الاستكشاف، ارتأينا معرفة مستوى المعتقدات الصحية كما هو مدرج في آخر الملحق (9)، بينت النتائج ان المعتقدات الصحية لدى عينة البحث هو فوق المتوسط بعد مقارنة متوسط المعتقدات الصحية: الدافعية في النشاط البدني وفي الاكل الصحي وفعالية الذات الصحية.

- ظهر متوسط الدافعية الصحية في النشاط البدني لدى العينة (3,4293) أكبر من المتوسط الاختباري اي للمجتمع (0) وذلك بعد حساب اختبار "ت" الذي قدر ب 15,715 وهي دالة عند المستوى 0,01.

- ظهر متوسط الدافعية الصحية في الاكل الصحي لدى العينة (5,7249) أكبر من المتوسط الاختباري اي للمجتمع (0) وذلك بعد حساب اختبار "ت" الذي قدر بـ 22,321 وهي دالة عند المستوى 0,01.

- ظهر متوسط فعالية الذات الصحية لدى العينة (33,7866) أكبر من المتوسط الاختباري اي للمجتمع (26) وذلك بعد حساب اختبار "ت" الذي قدر بـ 19,704 وهي دالة عند المستوى 0,01. وهي نفس النتيجة سجلت بالنسبة لأبعادها (التمرين والأغذية).

نرجع لنتائج الفروق بين الطلبة في المعتقدات الصحية حسب السن والنوع والإقامة والتي بينت:  
- بالنسبة للسن: يظهر أن متوسط الدافعية في النشاط البدني يرتفع كلما ارتفع السن حسب الفئات العمرية، قدر في فئة 18-27 (3,31) وفي فئة 28-37 (5,13) وفي فئة 38-47 (5,13) وفي فئة 48-54 (5,5). ويبين تحليل التباين ANOVA بين وداخل المجموعات أن التباين في متوسط الدافعية في النشاط البدني بين المجموعات (F=1,42) غير دال إحصائياً وعليه، لا توجد فروق في الدافعية في النشاط البدني بين أفراد عينة البحث تعزى للسن.

كما يظهر أن متوسط الدافعية في الاكل الصحي يرتفع كلما ارتفع السن حسب الفئات العمرية، قدر في فئة 18-27 (5,67) وفي فئة 28-37 (6,83) وينخفض في فئة 38-47 (5,8) ويرتفع في فئة 48-54 (7). ويبين تحليل التباين ANOVA بين وداخل المجموعات أن التباين في متوسط الدافعية في الاكل الصحي بين المجموعات (F=0,296) غير دال إحصائياً وعليه، لا توجد فروق في الدافعية في الاكل الصحي بين أفراد عينة البحث تعزى للسن.

اضافة الى ذلك يظهر أن متوسط فعالية الذات الصحية يرتفع كلما ارتفع السن حسب الفئات العمرية، قدر في فئة 18-27 (33,63) وفي فئة 28-37 (37,73) وينخفض في فئة 38-47 (34,2) وأيضاً في فئة 48-54 (31,75). ويبين تحليل التباين ANOVA بين وداخل المجموعات أن التباين في متوسط فعالية الذات الصحية بين المجموعات (F=1,39) غير دال إحصائياً وعليه، لا توجد فروق في فعالية الذات الصحية بين أفراد عينة البحث تعزى للسن.

بالتالي لا توجد فروق في المعتقدات الصحية بين أفراد عينة البحث تعزى للسن. لا يختلف الطلبة في الدافعية الصحية في النشاط البدني ولا في الدافعية الصحية في الاكل الصحي ولا في فعالية الذات الصحية حسب السن.

- بالنسبة للنوع: بينت النتائج أن متوسط الدافعية في النشاط البدني لدى الطالبات (3,07) أصغر من متوسط الطلاب (4,29) هو فرق لصالح الرجال، بحيث بلغت قيمة "ت" 2,58- وهي تدل على أن الفرق دال إحصائياً عند المستوى 0,01، وعليه يوجد فرق في النوع بين الطالبات والطلبة في الدافعية في النشاط البدني.

كما بينت النتائج أن متوسط الدافعية في الاكل الصحي لدى الطالبات (5,67) أصغر من متوسط الطلاب (5,85) هو فرق طفيف لصالح الرجال، بحيث بلغت قيمة "ت" 0,31- وهي تدل على أن الفرق غير دال إحصائياً، لا يوجد فرق في النوع بين الطالبات والطلبة في الدافعية في الاكل الصحي.

بالإضافة الى ذلك، بينت النتائج أن متوسط الدافعية في فعالية الذات الصحية لدى الطالبات (33,62) أصغر من متوسط الطلاب (34,18) هو فرق طفيف لصالح الرجال، بحيث بلغت قيمة "ت" 0,65- وهي تدل على أن الفرق غير دال إحصائياً، لا يوجد فرق في النوع بين الطالبات والطلبة في فعالية الذات الصحية.

هكذا يوجد فرق في النوع، بين الطالبات والطلاب في الدافعية الصحية في النشاط البدني لصالح الطلاب، لكن لا توجد فروق بينهما في الدافعية الصحية في الأكل الصحي وفي فعالية الذات.

- بالنسبة للإقامة: بينت النتائج أن متوسط الدافعية في النشاط البدني لدى الداخليين (3,44) أكبر من متوسط الخارجيين (3,34) هو فرق طفيف لصالح الداخليين، بحيث بلغت قيمة "ت" 0,017 وهي تدل على أن الفرق دال غير دال إحصائياً، وعليه لا يوجد فرق في النوع بين الطلبة الداخليين والطلبة الخارجيين في الدافعية في النشاط البدني.

كما بينت النتائج أن متوسط الدافعية في الاكل الصحي لدى الداخليين (5,82) أكبر من متوسط الخارجيين (5,70) هو فرق طفيف لصالح الداخليين، بحيث بلغت قيمة "ت" 0,162 وهي تدل على أن الفرق غير دال إحصائياً، لا يوجد فرق في النوع بين الطلبة الداخليين والطلبة الخارجيين في الدافعية في الاكل الصحي.

بالإضافة الى ذلك، بينت النتائج أن متوسط الدافعية في فعالية الذات الصحية لدى الداخليين (32,08) أصغر من متوسط الخارجيين (34,13) هو فرق طفيف لصالح الخارجيين، بحيث بلغت قيمة "ت" 1,911 وهي تدل على أن الفرق غير دال إحصائياً، لا يوجد فرق في الإقامة بين الطلبة الداخليين والطلبة الخارجيين في فعالية الذات الصحية.

بالتالي، توجد فروق في المتوسطات لصالح الطلاب الداخليين في الدافعية الصحية ولصالح الخارجيين في فعالية الذات الصحية، لكن هذه الفروق ليست لها دلالة احصائية، وعليه، لا يوجد فروق لدى الطلبة في المعتقدات الصحية تعزى للإقامة.

جاءت اجابات الطلبة الجزائريين، أفراد العينة، بمستويات فوق المتوسط في المعتقدات الصحية، من بين الإجابات في الدافعية الصحية في النشاط البدني: "أعتزم أداء نشاطات بدنية لأكون بصحة جيدة" " ارغب في أداء نشاطات بدنية لأكون بصحة جيدة" " نيتي قوية لأكون بصحة جيدة من خلال أداء الأنشطة البدنية" وهي تعبر عن الميل للدافعية الصحية، كما نجد "لا أفكر أبدا في أداء أنشطة بدنية حتى أكون بصحة جيدة" "لا أنوي القيام بنشاطات بدنية من أجل أن أكون بصحة جيدة" وهي تعبر عن النية الصحية، وأيضا " بهدف أن أكون بصحة جيدة، سوف أقوم بوضع خطة للأنشطة البدنية" " كي أكون بصحة جيدة، أحاول وضع خطط للأنشطة البدنية" والتي تعبر عن الدافعية للمبادرة بالفعل، واجابات مثل "يمكنني القيام بنشاطات بدنية لمدة طويلة من أجل أن أكون بصحة جيدة" " إذا ما قررت القيام بنشاطات بدنية لكي أكون بصحة جيدة فإنني لن أترجع عن مخططي مهما حدث" " و" إذا خططت لأداء أنشطة بدنية لأكون بصحة جيدة وبدأت فعلا خطتي، لن أوقفها بسهولة" والتي تعبر عن الدافعية للمثابرة(قوة الإرادة).

ومن بين الإجابات في الدافعية الصحية في الأكل الصحي التي عبر بها الطلبة بشكل فوق متوسط، نجد " أميل لتناول الأكل الصحي من أجل أن أكون بصحة جيدة" " لدي دافعية للأكل الصحي من أجل أن أكون بصحة جيدة" . " لدي دافعية للأكل الصحي لأنني أريد أن أكون بصحة جيدة" وهي تعبر عن الميل للدافعية للصحية، كما نجد "ليست لدي أي خطة لتناول أكل صحي" و" ليست لدي أي نوايا بالنسبة للأكل الصحي" وهي تعبر عن النية الصحية/ البرنامج، بالاضافة الى اجابات " إذا كانت نيتي قوية بأن الأكل الصحي هو أساس الصحة الجيدة فإن أكلي سوف يكون صحيا" و" علي أن أشرع في الأكل الصحي إن أردت أن أكون بصحة جيدة" وهي تعبر عن الدافعية للمبادرة بالفعل، وأسضا " إذا ما قررت أن يكون أكلي صحيا من أجل أن أكون بصحة جيدة، فإنني لن أترجع عن مخططي مهما حدث" و" إذا خططت لأكل صحي لأكون بصحة جيدة وبدأت فعلا خطتي، لن أوقفها بسهولة" وهي تعبر عن دافعية للمثابرة(قوة الإرادة).

ومن بين الإجابات في فعالية الذات الصحية التي عبر بها الطلبة بشكل فوق متوسط، نجد "القيام بتمارين جيدة تكون مفيدة وصحية بالنسبة لي" و" إيجاد طرق شيقة للقيام بالتمارين" و" الحرص على عدم التعرض للأذى أثناء التمارين" إيجاد أماكن تسمح بالقيام بنشاطات بدنية في

محيطي الاجتماعي" و"إيجاد الأغذية الصحية حسب ميزانيتي" و"تناول حمية متوازنة" و" التعرف على الأغذية الغنية بالألياف" و" شرب القدر الكاف والمطلوب من الماء في كل يوم".

هكذا يظهر جليا إن الدافعية الصحية تعبر فعلا عن النية الصحية أكثر من الاعتقاد وإدراك أداء سلوك صحي لفوائده، واعتباره تحديا والبحث عن معلومات تخص النشاط البدني والأكل الصحي هذه تدخل ضمن المعتقد الصحي حول فعالية الذات، كانت هذه فكرتنا التي انطلقنا منها لوضع نموذج البحث.

ورغم أن نموذج المعتقد الصحي HBM أشار إلى العوامل المعدلة (السن، الجنس، العرق، الشخصية، الحالة الاقتصادية الاجتماعية) التي بإمكانها التأثير على الإدراك حول الصحة، تتضمن المعتقدات حول الصحة البناءات الأساسية للنموذج: القابلية، الخطورة، الفوائد، العوائق والفاعلية الذاتية. تقوم العوامل المعدلة بالتأثير على الإدراك مثلها مثل الإشارات للقيام بالفعل (Champion & Skinner, 2008, p.49). على خلاف نتائج البحث الحالي التي أظهرت أن الطلبة لا يختلفون في المعتقدات الصحية ( الدافعية وفعالية الذات الصحية) يعزى لعامل السن، والجنس والإقامة، ماعدا الدافعية الصحية في النشاط البدني التي تبدو مرتفعة لدى الرجال مقارنة بالنساء.

وهي نتائج تتماشى مع ما جاء في بعض الدراسات السابقة نذكر منها دراسة Barnard (2015) التي أجراها بهدف التأكد من الخصائص السيكمترية لمقياس فعالية الذات الصحية الخاص بالطلبة، على عينة 104 طالب في علم النفس، بجامعة Humboldt شمال كاليفورنيا، تتكون العينة من الطالبات أكثر من الطلبة (24% رجال)، يتراوح سنهم بين 20 سنة و25 وأكثر، 18% منهم كانوا يتبعون حمية أثناء الدراسة (p.6). من بين نتائج الدراسة، عدم وجود فروق بين الرجال (M = 49,09, SD = 6,59) والنساء (M = 49,85, SD = 5,95) من الطلبة في فعالية الذات الصحية (t(90) = -0,44, d = 0,10, p = 0,66)، كما بينت انه لا يوجد اختلاف في فعالية الذات الصحية ينسب للسن، بينما أظهرت أن الطلبة الذين كانوا في حمية سجلوا درجات عالية مقارنة بالطلبة لم يتبعوا حمية أثناء الدراسة (t(88) = 2,72, d = 0,76, p < 0,01).

ربما عدم وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير النوع والاقامة والسن تعود الى عدد افراد المجموعات، بحيث عدد النساء اكثر بكثير من عدد الرجال، كما ان الخارجيين عدده اكثر من الداخليين، حتى بالنسبة للسن، اغلب افراد عينة البحث يتراوح سنهم بين 18 و25 سنة، لهذا تبقى نتائج هذا البحث تخص هذه العينة فقط، على كل حال بينت النتائج ان المعتقدات الصحية هي فوق

المتوسط، وكذلك مستوى السلوك الصحي فوق المتوسط، كان يهمننا معرفة التأثير بين هذه المتغيرات وهو أمر أكدته نتائج هذا البحث من خلال تحليل المسار.

وأشارت الدراسات المنبثقة من نماذج المعتقدات الصحية في الكثير من الاحيان، على عكس ما جاءت به نتائج البحث الحالي، أن النساء لديهم ميول ومعتقدات حول الصحة متناسقة أكثر مقارنة بالرجال ( Armitage, Norman, & Conner, 2002; Courtenay, Mccreary, & Merighi, 2002; ) بالرجال ( Tarrant & Cordell, 1997; Weijzen, de Graaf, & Dijksterhuis, 2009). تشير الأدلة ان الرجال والنساء يختلفون في معتقداتهم المتعلقة بالقابلية للاصابة بالمرض والتزامهم اللاحق بالسلوكيات الصحية الوقائية. بشكل عام يميل الرجال الى تبني اتجاهات ومعتقدات تضرّ برفاهيتهم وبصحتهم، وهم اقل ادراك ان لديهم قابلية للاصابة بالمرض ( Courtenay, 2000; Eisler, 1995; Sabo, 2000; ) (Tarrant & Cordell, 1997; Williams, 2003). وكنتيجة لهذا نجد لدى الرجال سلوكيات خطيرة على الصحة، مثل التدخين، اكل غير صحي، قلة النشاط، استهلاك الكحول، بينما تميل النساء الى تبني سلوكيات صحية وقائية (Courtenay , et al., 2002; Kaplan & Marks, 1995; Nicholas, 2000) نقلا عن (Korin et al., 2013, p.2).

وفي دراسة لـ Bebeley وآخرين أجريت على عينة مكونة من 500 ( 392 طالب و 108 طالبة) يتراوح سنهم بين 19 و 38 سنة، تم تنشيط الدافعية لديهم بواسطة النموذج عبر نظري، وبعد 06 أشهر تم قياس فعالية الذات في للتمرين الجسدي، بينت النتائج اختلاف بين النساء والرجال، ظهرت النساء أكثر فعالية في المثابرة على التمرين تحت ظروف ضاغطة: عبئ العمل، الحصر الاكثاب التعب للمحافظة على اللياقة البدنية والرفاهية الدائمة. عموما كانت استجابات غالبية الطلاب بممارسة النشاط البدني حتى تحت تأثير حالة الاكثاب، تليها حالة التعب، وعبء العمل، وحالة القلق وحالة التوتر، ممارسة الكفاءة الذاتية التي يجب أن تتعامل مع الدافع للنهوض بالتربية الصحية (Bebeley, Laggao, & Gendemeh, 2018, p. 35-36).

تمت دراسة دور معتقدات الفعالية في بدء والحفاظ على برنامج منظم للتمرينات البدنية من قبل ( Desharnais, Bouillon & Godin, 1986 ; Long and Haney, 1988 ; Sallis et al., 1986 ; ) ( Hofstetter and Barrington, 1992 ; Wurtele and Maddux, 1987) تم العثور على القدرة على التحمل في الأداء البدني على معتقدات الفعالية التي تم إنشاؤها في سلسلة من التجارب على الفعالية التنافسية بواسطة (Weinberg & Gould, 1979; Jackson, Weinberg, Gould & Yukelson, 1980) (Schwarzer & Renner, 2009, p.4). من حيث الأداء التنافسي، كشفت اختبارات دور معتقدات

الفعالية في أداء التنس أن الفعالية المدركة كانت مرتبطة بـ 12 معيارًا من معايير الأداء ( Barling & Abel, 1983 ) (Schwarzer & Renner, 2009, p.5).

يعتمد تحفيز الناس على ممارسة التمارين الرياضية بانتظام على عدة عوامل، من بينها ثقة في الذات متفائلة بشأن القدرة على الأداء بشكل مناسب، يظهر ان فعالية الذات المدركة بمثابة قوة محفزة أساسية في تشكيل النوايا لممارسة الرياضة والحفاظ عليها لفترة طويلة ( Dzewaltowski, Noble et Shaw, 1990; Feltz et Riessinger, 1990; McAuley, 1992, 1993; Shaw , Dzewaltowski et Weiss, Wiese et Klint, 1989 ) نقلًا عن (Schwarzer & Renner, 2009, p.4).

المهم في كل ما سبق هو ابراز اهمية المعتقدات الصحية مثل الدافعة الصحية وفعالية الذات الصحية في الحفاظ على الصحة الجسمية وحتى النفسية، وهي مرتبطة ببعضها ارتباطًا وثيقًا، بحيث تنمية الدافعية وفعالية الذات المتعلقة بالنشاط البدني والاكل الصحي تسمح بممارسة والمثابرة على هذه السلوكيات الصحية، لهذا ينصح الباحثون بالتدريب عليها لتشجيع الشباب وخاصة الطلبة على تنميتها.

لأجل قيام الفرد بنشاط بدني لفائدته المدركة على صحته، يفترض أن تتوفر لديه مميزات كالنية في أداء السلوك والدافعية ولكن سلوكه هذا يتحدد أيضا بمحددات اجتماعية ثقافية، برامج توعية لمصالح الصحة التي تبرز أهمية مثل هذه الأنشطة، برامج وطنية تتماشى والإستراتيجية المسطرة من قبل منظمة الصحة العالمية، فالهدف ليس الحفاظ على اللياقة فحسب وإنما الحفاظ على الصحة لأطول مدة ممكنة لما يحققه النشاط البدني من توازن جسدي وبيولوجي معروف لتجنب الأفراد الإصابة بالأمراض المزمنة.

فيما يتعلق بالنشاط البدني في أوقات الفراغ، يعد القرار الفردي مكونًا أساسيًا، حتى لو كان من الممكن أن تؤثر العوامل الداخلية أو الخارجية على الفرد، كانت قابلة أو غير القابلة للتعديل، بشكل كبير في أداء النشاط من عدمه في وقت الفراغ (Dishman, 1994). ومن بين المتغيرات التي تسمح بفهم أفضل لتبني النشاط البدني المنتظم، يمكن الإشارة للنية السلوكية، يتم تعريف النية، وفقاً لـ (Ajzen & Fishbein, 1980)، على أنها احتمال تحقيق السلوك في وقت محدد، هذا هو التعبير عن الدافعية، لقد وثق العديد من الباحثين أهميتها في التنبؤ بالنشاط البدني كما أشار إليه ( Godin & Kok, 1996 ) (Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 172).

ومن المحتمل أن يكون تأثير النشاط البدني على الاكتئاب والقلق ناتجًا عن زيادة الشعور بالتحكم والشعور بالفعالية وخلص Sacco وآخرون (2005) إلى أن هذا الشعور يتوسط التمرين والاكتئاب، ويتوسط مؤشر كتلة الجسم والاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة.

واقترح Ryan (2008) أن تحسين تقدير الذات وكذلك تحسين الفعالية الذاتية كانت كافية للنشاط البدني للحصول على نتائج مضادة للاكتئاب (De Matos, Calmeiro & Da Fonseca, 2009, p. 137).

كما انه بإمكان النشاط البدني تحسين الرفاهية النفسية بالتالي تحسين تقدير الذات والثقة في النفس يرى King وآخرون (1992) نقلا عن (Ogden, 2008, p.178) إن نتائج النشاط البدني يمكن أن ترتبط بالرضا بالجسم الذي يرتبط بدوره بتقدير الذات العام والثقة بالنفس، هذا ويساعد النشاط أيضا على تحسين الشعور بفعالية الذات.

### خلاصة

انطلاقا من تحليل وتفسير نتائج البحث، تأكدت فرضيات ولم تتحقق أخرى، تحققت الفرضيات التي تتعلق بارتباط متغيرات البحث ببعضها وتأثير بعضها على الأخرى وبينت ان نموذج البحث المفترض يعمل ويتميز بمؤشرات مطابقة جيدة.

اقترحنا هذا النموذج الذي يربط بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي، بمعنى ان الدافعية الصحية تؤثر على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية، بين تحليل المسار انه فعلا يوجد تأثير وسيطي لفعالية الذات بحيث تتوسط الدافعية الصحية والسلوك الصحي.

كما تبين ان هناك ارتباطات ايجابية بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي، كلما كانت الدافعية الصحية وفعالية الذات مرتفعة، يرتفع مستوى السلوك الصحي.

ويبدو هذا صحيحا لدى كل الطلبة، بحيث لا يوجد اختلاف في المعتقدات الصحية والسلوك الصحي تعزى الى سن طلبة الجامعات، ولا يوجد اختلاف في المعتقدات الصحية والسلوك الصحي تعزى الى النوع (الجنس) اي الطالبات والطلبة لديهم معتقدات صحية وسلوك صحي فوق المتوسط، أيضا لا يوجد اختلاف في المعتقدات الصحية والسلوك الصحي تعزى إلى الإقامة، بمعنى كان الطلبة مقيمين الاقامات الجامعية او مقيمين مع أوليائهم مستويات فوق المتوسط في المعتقدات الصحية والسلوك الصحي.

لكن لهذا البحث حدود، تبقى نتائجه خاصة بعينة البحث وخصائصها السوسيوديمغرافية، وكذلك طريقة اختيار العينة التي لم تكون بطريقة عشوائية، وكذلك الاختلاف في عدد المجموعات التي أجريت عليها المقارنة في متغيرات السن والنوع والاقامة.

قدم لنا هذا البحث معلومات مهمة حول أهمية السلوك الصحي بالنسبة للطلبة ومصيرهم، وأيضاً أهمية العوامل المعرفية، المعتقدات الصحية التي تلعب دور كبير في تبني السلوكيات الصحية، وربما نتائجه هي نقطة انطلاق لدراسات مستقبلية عديدة، تتناول عينة عشوائية لاجل تعميم النتائج على كل طلبة الجامعات، كما يمكن التفكير في تقديم برامج تثقيف صحي لصالح الطلبة للرفع في فعالية الذات الصحية والدافعية لاتخاذ نمط صحي مدى الحياة، لأن عدم ادراك المعلومة يجعل الكثير منهم يجهل أهمية السلوكيات الصحية في تفادي الأمراض المزمنة.

وكما سبق الإشارة إليه، أقرت منظمة الصحة العالمية أنه في إمكان تدخلات رخيصة وعالية المردود أن تمنع نسبة 80% من أمراض القلب والسكتات والسكري من نمط 2 ونسبة السرطانات، وتوجد بيانات علمية قوية تدل على أن النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني الكافي عنصران رئيسيان من عناصر الوقاية من الأمراض المزمنة، الأمراض غير السارية التي تؤدي إلى مشكلات صحية كالسمنة والأمراض القلبية الوعائية وبعض أنماط السرطان والأمراض التنفسية المزمنة والوفيات السنوية من جراء هذه الأمراض في كل دول العالم،

وفي الختام نؤكد المقولة "الوقاية خير من علاج" أو كما يقال في الدول الشرقية "درهم وقاية خير من قنطار علاج"، هذه الوقاية التي تبادر بتكاليف رخيصة وترفع من الرفاهية النفسية والجسمية، بينما تكاليف المرض تعود على الفرد والدولة بمبالغ مالية باهظة وقد تؤدي إلى تعقيدات صحية والاعاقة، اذن ماذا نختار، أكيد الرفاهية بأقل تكلفة.

### استنتاج عام

أجري البحث الحالي بهدف دراسة تأثير المعتقدات الصحية (الدافعية وفعالية الذات الصحية) على السلوك الصحي لدى طلاب الجامعات الجزائرية وذلك في إطار نموذج علم النفس الصحة، وبشكل خاص تحديد طبيعة التأثير بين هذه المتغيرات ومن تم المقارنة في السلوك الصحي والمعتقدات الصحية حسب السن والنوع والإقامة.

أجري البحث على عينة قوامها 778 طالب من مؤسسات جامعية مختلفة من منطقتي الجزائر والبلدية، وهم يتميزون بـ:

- يتراوح سنهم بين 18 و48 سنة، لكن أغلبهم 94 % يتراوح سنهم بين 18 و25 سنة،
- وهم من الجنسين، منهم 549 طالبة (70,6%) و229 طالب (29,4%)،
- أغلبهم عزاب البالغ عددهم 734 (94,3%) ومنهم 40 متزوجين (5,1%)،
- 375 هم في مستوى الليسانس (48,2%)، 354 في مستوى الماستر (45,5%) و49 في مستوى الدكتوراه (6,3%).
- كل الطلبة المشاركين في البحث هم من مؤسسات جامعية من منطقتي الجزائر والبلدية من تخصصات علمية وتقنية والعلوم الاجتماعية والانسانية.
- 130 هم طلبة مقيمين بالاقامات الجامعية (16,7%) و648 خارجيين (83,3%)،
- يتميز الطلبة بمستويات السلوك الصحي ومعتقدات صحي فوق المتوسط،
- يظهر من خلال النتائج ان المعتقدات الصحية تؤثر على السلوك الصحي بحيث تؤثر الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية لدى طلبة الجامعات،
- توجد علاقة طردية بين السلوك الصحي والمعتقدات الصحية، كلما ارتفعت درجة المعتقدات الصحية ارتفع مستوى السلوك الصحي،
- لا توجد فروق في السلوك الصحي تعزى للسن ولا يوجد فرق بين النساء والرجال من الطلبة في السلوك الصحي، ولا يوجد فرق بين المقيمين بالاقامات الجامعية وغير المقيمين في السلوك الصحي،

- لا توجد فروق في المعتقدات الصحية تعزى للسن ولا يوجد فرق بين النساء والرجال من الطلبة في المعتقدات الصحية، ولا يوجد فرق بين المقيمين بالاقامات الجامعية وغير المقيمين في المعتقدات الصحية.

وعليه، ومن خلال هذا البروفيل الخاص بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعات، تتبين أهمية الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية في أداء السلوكيات الصحية التي تقيهم من الأمراض المزمنة في المستقبل، ربما ينبغي توظيف هذه المعلومات لتنمية الوعي الصحي لدى الطلبة عن طريق التثقيف الصحي الذي يبدو ضروريا لتحقيق التنظيم الذاتي والتحكم في الحالة الصحية.

أجري البحث الحالي بهدف دراسة تأثير المعتقدات الصحية (الدافعية وفعالية الذات الصحية) على السلوك الصحي لدى طلبة الجامعات الجزائرية وذلك في إطار نموذج علم النفس الصحة. ومن خلال الاضطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع، تم اقتراح نموذج بحث وعلاقة بين المتغيرات، بحيث افترضنا تأثير الدافعية الصحية على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية، التي تلعب دور الوسيط في هذه العلاقة بين الدافعية الصحية والسلوك الصحي.

أجري البحث على عينة قوامها 778 طلاب (549 طالبة و229 طالب) يتراوح سن أغليتهم بين 18 و25 سنة 94%، وهم من مؤسسات جامعية مختلفة من منطقتي الجزائر والبلدية. تم وضع فرضيات مناسبة لتحديد طبيعة التأثير بين المعتقدات الصحية (الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية) والسلوك الصحي والمقارنة في السلوك الصحي والمعتقدات الصحية حسب السن والنوع والإقامة. ونظرا لطبيعة موضوع البحث تم اختيار المنهج الوصفي، ولاختبار الفرضيات تم تطبيق أدوات بحث مناسبة، مقياسي الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي ومقياس فعالية الذات الصحية ومقياس السلوك الصحي، وتم التحقق من الخصائص السيكومترية لهذه المقاييس.

ولتحليل نتائج البحث، تم الاعتماد على النمذجة البنائية وبشكل خاص تحليل المسار لتحديد قابلية التأثير بين الدافعية الصحية والسلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية، كما تم اختبار الفروق في المعتقدات الصحية وفي السلوك الصحي بين الطلبة باستعمال الإحصاء الكلاسيكي، معامل الارتباط، اختبار "ت" وتحليل التباين الاحادي.

بينت نتائج البحث بعد تحليل المسار بالنمذجة البنائية، ان النموذج معين وهو مؤشر جيد جعلنا نبحت عن مؤشرات المطابقة، والتي ظهرت بالنسبة لمؤشرات المطابقة المطلقة (  $GFI = 0,997$  )،  $SRMR = 0,0258$ ،  $RMSEA = 0,047$ ، وفيما يخص مؤشرات المطابقة التزايدية (  $TLI = 0,977$ ،  $CFI = 0,992$  ) وبالنسبة لمؤشرات المطابقة الاقتصادية (  $NC = 2,682$  )، وهي كلها ممتازة تدل على ان النموذج مقتصد يتوفر على مطابقة ممتازة جدا. وتبين نتائج اختبار انحدار معاملات التأثير المباشرة وغير المباشرة (التي تأكد على التأثير الوسيطي) تظهر أوزان الانحدار او التأثيرات المباشرة بين الدافعية في النشاط البدني وفعالية الذات الصحية (  $p = 0,001$ ،  $p = 0,492$  ) وبين الدافعية في الاكل الصحي وفعالية الذات الصحية (  $p = 0,001$ ،  $p = 0,196$  ) وبين فعالية الذات الصحية والسلوك الصحي (  $p = 0,863$  ) بوزن انحدار معياري (  $0,453$  ). وظهرت هذه التأثيرات كلها دالة احصائيا، وعليه تؤثر الدافعية الصحية على فعالية الذات الصحية كما تؤثر فعالية الذات الصحية على السلوك الصحي.

## خاتمة

لكن يهمننا بالخصوص التأثيرات غير المباشرة، أي بين الدافعية الصحية والسلوك الصحي، هي التي تؤكد على مطابقة النموذج. قدر التأثير غير المباشر بين الدافعية في النشاط البدني والسلوك الصحي (0,424) والتأثير المعياري (0,123) وهو دال عند المستوى (0,001) بالنسبة للعينة. بينما يقدر التأثير غير المباشر بين الدافعية في الأكل الصحي والسلوك الصحي (0,169) المعياري (0,058) وهو دال عند المستوى (0,003) بالنسبة للعينة.

بالتالي تحققت الفرضية الأولى، ويعتبر نموذج البحث الذي اقترحتاه مطابق، يعمل وجيد، يؤكد تحليل المسار انه فعلا تؤثر المعتقدات الصحية على السلوك الصحي، بصيغة أخرى تؤثر الدافعية الصحية في النشاط البدني والدافعية في الأكل الصحي على السلوك الصحي عبر فعالية الذات الصحية التي تلعب دور الوسيط.

كما بينت نتائج البحث وجود ارتباطات موجبة بين كل المتغيرات لدى عينة البحث، ارتباطات الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي بفعالية الذات الصحية (0,326، 0,244) كما ترتبط الدافعية الصحية في النشاط البدني وفي الأكل الصحي بالسلوك الصحي على التوالي (0,213، 0,160) كذلك ترتبط فعالية الذات الصحية بالسلوك الصحي (0,453)، وهي ارتباطات بين متغيرات البحث كلها دالة عند المستوى 0,01. وفي الواقع تدعم هذه النتيجة اختيارنا لنموذج البحث الذي فصلنا سابقا في مطابقته، لانه حين ندقق في قيمة الارتباطات نجد إن معاملات الارتباط بين الدافعية في النشاط البدني والدافعية في الأكل الصحي أصغر من معامل الارتباط بين فعالية الذات الصحية والسلوك الصحي، بمعنى الارتباط الأقوى بين فعالية الذات والسلوك الصحي يجعل من فعالية الذات متغير وسيطي، وعليه تحققت الفرضية الثانية.

كما توصلت نتائج البحث إلى انه لا توجد فروق في السلوك الصحي تعزى للسن ولا توجد فروق بين النساء والرجال من الطلبة في السلوك الصحي، ولا توجد فروق بين المقيمين بالاقامات الجامعية وغير المقيمين في السلوك الصحي، بالتالي لم تتحقق الفرضيات الثالثة والرابعة والخامسة. وبينت نتائج البحث أيضا انه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية تعزى للسن ولا توجد فروق في بين النساء والرجال من الطلبة في المعتقدات الصحية إلا فيما يخص الدافعية في النشاط البدني التي تبدو لصالح الرجال، ولا توجد فروق في بين المقيمين بالاقامات الجامعية وغير المقيمين في المعتقدات الصحية، وعليه لم تتحقق الفرضيتين السادسة والثامنة بينما تحققت الفرضية السابعة جزئيا.

وانطلاقا من نتائج البحث حول السلوك الصحي لدى طلبة الجامعات، تتبين أهمية الدافعية الصحية وفعالية الذات الصحية في أداء السلوكيات الصحية التي تقيهم من الأمراض المزمنة في

## خاتمة

المستقبل، ربما ينبغي توظيف هذه المعلومات لتنمية الوعي الصحي لدى الطلبة لتحقيق التنظيم الذاتي والتحكم في الحالة الصحية.

لكن لهذا البحث حدود، تبقى نتائجه خاصة بعينة البحث وخصائصها، وكذلك طريقة اختيار العينة التي لم تكون بطريقة عشوائية، وكذلك الاختلاف في عدد المجموعات التي أجريت عليها المقارنة في متغيرات السن والنوع والاقامة.

قدم لنا هذا البحث معلومات مهمة حول أهمية السلوك الصحي بالنسبة للطلبة ومصيرهم، وأيضاً أهمية العوامل المعرفية، المعتقدات الصحية التي تلعب دوراً كبيراً في تبني السلوكيات الصحية.

نعلم أن منظمة الصحة العالمية أقرت أنه في إمكان تدخلات رخيصة وعالية المردود أن تمنع نسبة 80% من أمراض القلب والسكتات والسكري من نمط 2 ونسبة السرطانات، وتوجد بيانات علمية قوية تدل على أن النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني الكافي عنصران رئيسيان من عناصر الوقاية من الأمراض المزمنة، الأمراض غير السارية التي تؤدي إلى مشكلات صحية كالسمنة والأمراض القلبية الوعائية وبعض أنماط السرطان والأمراض التنفسية المزمنة والوفيات السنوية من جراء هذه الأمراض في كل دول العالم.

ونعتبر نتائج هذا البحث نقطة انطلاق لدراسات مستقبلية عديدة، تتناول عينة عشوائية لأجل تعميم النتائج على كل طلبة الجامعات، كما يمكن التفكير في عرض برامج تثقيف صحي لصالح الطلبة للرفع في فعالية الذات الصحية والدافعية لاتخاذ نمط صحي مدى الحياة، لان عدم إدراك المعلومة يجعل الكثير منهم يجهل أهمية السلوكيات الصحية في تفادي الأمراض المزمنة. كما يمكن الرفع من فعالية الذات الصحية التي برزت كمتغير في غاية الأهمية عن طريق البحث حول فعالية تدريب الطلبة في أنشطة صحية كالتمارين الرياضية لتعزيزها وتعزيز الدافعية الصحية في النشاط البدني والاكل الصحي.

وتجدر الإشارة ان السلوك الصحي يتوقف على الاختيارات الفردية لكن الظروف الاجتماعية قد تساهم بشكل كبير في تدعيم هذه الاختيارات، وعليه مطلوب من وزارة التعليم العالي فسخ المجال أمام الطلبة لإيجاد أماكن لممارسة الرياضة في كل الفضاءات الجامعية، والقيام بنشاط بدني مرتبط بالأكل الصحي، ليتسنى للطلاب أداء واجباته الأكاديمية وتسيير الضغوط في نفس الوقت، وتحقيق الرفاهية النفسية والجسمية، الطلبة هم عماد المستقبل ومصير الأمة والاهتمام بصحتهم يعود بالفائدة عليهم وعلى المجتمع.

## المراجع

- اسماعيل احمد الحارثي. (2014). مستوى السلوك الصحي لطلاب جامعة ام القرى في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير في الارشاد النفسي جامعة ام القرى المملكة العربية السعودية.
- خشاب، سعاد. (2011). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين. مذكرة الماجستير في علم النفس العيادي في علم النفس الصحة غير منشورة. جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.
- رضوان، سامر جميل وريكشة، كونراد (2001). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة. دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان. مجلة التربية. جامعة دمشق، 4، 73-42.
- سايل، حدة وحيدة. (2015). الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، دوافعه واضراره على الصحة النفسية والجسدية وعلاجه. الجزائر: دار التنوير.
- سايل، حدة وحيدة. (2019). علم النفس الصيدلي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- شويخ، هناء أحمد محمد (2012). علم النفس الصحي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشيخ، يعقوب وزناقي، سفيان (2018). مستوى السلوك الصحي لدى طلبة التربية البدنية والرياضية مقارنة بطلبة الطب. مجلة علوم و تقنيات النشاط البدني الرياضي، 4، 19-27.
- <https://www.researchgate.net/publication/331304875>
- شيلي، تايلور. (2008). علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش، بريكو فوزي شاكر وطعمية داود. (الطبعة 1). الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- عبد اللطيف محمد خليفة. (1998). دراسات علم النفس الاجتماعي. مصر: دار قباء للنشر.
- فاضلي، أحمد، سايل، حدة وحيدة ويونوار، يوسري. (2017). مستويات السلوك المتعلقة بالصحة لدى طلبة الجامعة. حوليات الجزائر، 31 (1)، 435-456. <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/18>
- مازن عبد الهادي أحمد، النفاخ نزار حسين جعفر، الجنابي سلمان وعكاب سرحان (2008). السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين. مجلة علوم التربية، 1(7)، 86-121.
- محمد قاسم عبد الله. (2012). علم الصحة. الطبعة الاولى، عمان: دار الفكر ناشرون.
- معتز سيد عبد الله. (2001). بحوث في علم النفس الاجتماعي، مجلد 1. القاهرة: دار الطباعة والنشر.
- منظمة الصحة العالمية. (2016). تعريف الصحة. تم تحميله من الموقع [www.who.int/suggestions/faq/ar/](http://www.who.int/suggestions/faq/ar/)
- والمعاينة بتاريخ 30 أوت 2016.
- منظمة الصحة العالمية. (2009). الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة: اطار للبلدان فيما يتعلق برصد عملية التنفيذ وتقييمها. جنيف سويسرا <https://www.un.org> > ncdmeeting2011 > pdf
- النادر، هيثم محمد ، العلوان، بشير أحمد والقضاة، محمد خالد. (2015). السلوك الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلاب كلية علوم الرياضة في جامعة مؤتة، 1- 24. التحميل من الموقع: <https://www.researchgate.net/publication/305391661>
- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي. (1971). "إصلاح التعليم العالي والبحث العلمي" مبادئ ونظام دروس الشهادات الجامعية الجديدة.

- ونيجيل، هولت.، ورب، لويس.(2015). علم النفس الصحي. ترجمة هناء احمدمحمد شويخ و امثال هادي الحويلة. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- يخلف، عثمان. (2001). الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الدوحة: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
- يعيش، مهدية وسائل، حدة وحيدة. (مارس 2019). الدافعية الصحية في النشاط البدني والأكل الصحي وعلاقتها بالفعالية الذاتية الصحية لدى طلبة الجامعة. مجلة المرشد (39-47). الملتقى الوطني السادس حول: الوعي الصحي والتدخلات الإرشادية الوقائية لتنميته في المجتمع الجزائري: واقع وتحديات. المنعقد يوم 8 نوفمبر 2018. <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/349>

## المراجع الاجنبية

- Al-Hazzaa, H.M., Abahussain, N.A., Al-Sobayel, H.I., Qahwaji, D.M., & Musaiger, A.O. (2011). Physical activity, sedentary behaviors and dietary habits among Saudi adolescents relative to age, gender and region. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(140), 1-14. doi:10.1186/1479-5868-8-140
- Bagordo, F., Grassi, T., Serio, F., Idolo, A., & De Donno, A. (2013). Dietary habits and health among university students living at or away from home in Southern Italy. *Journal of Food and Nutrition Research*. Vol. 52 (3), 164–171. <https://www.researchgate.net/publication/255968558>
- Bandura, A. (2003). Auto-efficacité. Le sentiment de l'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2002). *Research Methods In Clinical Psychology*. Second Edition. UK: John Wiley & Sons, LTD.
- Barnard, J.P. (2015, october). Reliability and Validity of the Health-Efficacy Scale for College Students. DOI: 10.13140/RG.2.1.2388.6802 téléchargé du site <https://www.researchgate.net/publication/283316688>
- Bebeley, S.J., Laggao, S.A., & Gendemeh, C. (December, 2018). Physical activity epidemiology of college students physical exercise self-efficacy: Motivational drive for health education promotion. *Journal of Physical Education Research*, 5( Issue IV), 33-40. [https://www.researchgate.net/publication/330025978\\_PHYSICAL\\_ACTIVITY..](https://www.researchgate.net/publication/330025978_PHYSICAL_ACTIVITY..)
- Beck, F., Richard, J.B., & Leger, D. (2013). Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15–85 ans). *Revue Neurologique*, 169, 956 - 964. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2013.02.011>
- Beck, K. H., & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44, 204-217. DOI: 10.2307/3033834 <https://www.jstor.org/stable/3033834>
- Becker, H., Stuijbergen, A., Oh, H. S., & Hall, S. (1993). Self-rated abilities for health practices: A health self-efficacy measure. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion*, 17, 42-50. Téléchargé de Research Gate. <https://www.researchgate.net/>
- Boer, H., & Seydel, E. R. (1996). Protection Motivation Theory. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Eds. Mark Conner, Paul Norman (pp. 95-120). Buckingham: Open University Press. <https://research.utwente.nl/en/publications/protection-motivation-theory>
- Bonnaire, C., & Varescon, I. (2012). Impact des conduites à risques et des addictions sur la santé. In Serge Sultan et al (Eds). *Psychologie de la santé* (87-110). <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--page-87.htm>
- Boujut, E., & Bruchon-Schweitzer, M. (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. L'orientation scolaire et professionnelle, [En ligne], 36/2 | 2007, mis en ligne le 01 juin 2010, consulté le 15 avril 2015. URL : <http://osp.revues.org/1367> ; DOI : 10.4000/osp.1367
- Briefer, F., & Briefer, J.P. (2003). Santé : croyances, théories et dogmes. *ARS MEDICI*. 25/26. [www.pnlcoach.com › misc › Croyances](http://www.pnlcoach.com/misc/Croyances)
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts et Modèles en Psychologie de la santé. *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 67 ,4-39. [www.irepsdpl.org › \\_docs › Fichier](http://www.irepsdpl.org/_docs/Fichier)

- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, Concepts et Méthodes*. Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé: concepts, méthodes et modèles*. (2 ed.). Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: Puf.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, Coping et Ajustement*. Paris : Dunod.
- Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante. (1999). 'Recueil d'articles. (N1.). <https://www.who.int/bulletin/volumes>
- Chagra, A., Ouar, L., & Bouzerna., N. (2017, Nov). Comparaison des habitudes alimentaires d'une population de jeunes algériens par rapport a la pyramide alimentaire. 3eme Congrès International de la SAN CI-SAN 2917 Constantine, 28-30 Novembre 2017. *Nutr. Santé*, 06 (01), (Suppl.), S1- S173. [www.umc.edu.dz/images/Nutrition-Sante](http://www.umc.edu.dz/images/Nutrition-Sante)
- Champion, V.L., Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, and K. Viswanath (eds). *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice* (pp.45-65). (4 ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Charles-Yannick Guezennec Effets de l'exercice physique et de l'entraînement sur la neurochimie cérébrale : effets sur la performance et la santé mentale. In De Alain Berthoz et al (eds) *La chimie et le sport EDP Sciences-2011*(137-155). [https://www.mediachimie.org/sites/default/files/chimie\\_sport\\_137.pdf](https://www.mediachimie.org/sites/default/files/chimie_sport_137.pdf)
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *predicting health behaviour: research and practice with social cognition models* (2ed.) England: Open University Press <https://www.researchgate.net/publication/23252415>.
- Corsini, R.J. (1994). *Encyclopedia of psychology*, 2nd ed, New York : john wisely & sons.
- Dahel-Mekhancha, C.C., Karoune, R., Yagoubi -Benatallah. L., Badaoui. B., Djamel-Eddine Mekhancha. D-E., & Nezzal. L. (2016). Comportement alimentaire statut pondéral et pratiques alimentaires des jeunes en algérie. *Nutr. Santé*, 2016, vol.05 n°02: 69-80. [www.nutrition-sante.dz/articles/statut-ponderal-et-pratiques-alimentaire](http://www.nutrition-sante.dz/articles/statut-ponderal-et-pratiques-alimentaire).
- De Matos, M. G., Calmeiro, L., & Da Fonseca. D. (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *Presse Med*, 38 (85), 734-739. doi:10.1016/j.lpm.2008.08.015
- Ferry, A., Rieu, M. (1994). Adaptation des systèmes physiologiques à l'activité physique. *médecine/sciences*; 8/9 (10), 863-73. [www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle)
- Fischer, G.N., et Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. 2 eme édition, Paris: Dunod.
- Folkman, S. (1984). Personnel control and stress and coping process: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 46, n° 4, 839 -852. DOI : 10.1037/0022-3514.46.4.839
- Franko, D.L., Cousineau, T. M., Trant, M., Craig Green, T., Rancourt, D., Thompson, D., Ainscough, J., Mintz, L. B., & Ciccazzo, M. (2008). Motivation, self-efficacy, physical activity and nutrition in college students: Randomized controlled trial of an internet-based education program. *Preventive Medicine*, 47, 369-377. doi:10.1016/j.ypmed.2008.06.013
- Giroux, E. (2011). Origines De L'étude Prospective De Cohorte: Épidémiologie Cardio-Vasculaire Américaine Et Étude De Framingham. *Revue d'histoire des Sciences*, 2(64), 297 - 318. <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-des-sciences-2011-2-page-297>
- Glanz,K., Rimer, B.K., & Viswanath, K.( 2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*.( 4th ed .). United States of America: John Wiley & Sons, Inc
- Grazianni, P., & Swewdsew,J. (2004). *Le stress, émotions et stratégies d'adaptation*. France : Nathan.
- Grebot, E., & Barumandzadeh, T. (2005). L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 561-567. doi:10.1016/j.amp.2004.07.015.
- Gronfier, C. (2009). Physiologie de l'horloge circadienne endogène : des gènes horloges aux applications cliniques. *Médecine du sommeil*, 6, 3-11. doi:10.1016/j.msom.2009.02.002
- Hamilton, M.T., Hamilton, D.G., & Zderic, T.W. (2007). Role of Low Energy Expenditure and Sitting in Obesity, Metabolic Syndrome, Type 2 Diabetes, and Cardiovascular Disease. *DIABETES*, 56, 2655-2667. DOI: 10.2337/db07-0882
- Hoying, J., Melnyk, G.M., Hutson, E., & Tan, A. (2020). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Stress, Healthy Beliefs, and Lifestyle, Behaviors in First-Year Graduate Health Sciences Students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1-11. DOI 10.1111/wvn.12415

- Institut de la statistique du Québec. Enquête sociale et de santé 1998 Deuxième édition. Janvier 2001. Site WEB: <http://www.stat.gouv.qc.ca>
- Institut National de Santé Publique. (2007 Novembre). Transition épidémiologique et système de santé Projet TAHINA Enquête Nationale Santé Résumé. Téléchargé du site [Sante.dz](http://Sante.dz) › dz › [enquete\\_tahina](http://enquete_tahina)
- Jaber, M. F. M. (2003). The level of health behaviors among palestinian university students in West Bank. Submitted for the Degree of Masters of Public Health, Faculty of Graduate Studies, at An-Najah National University, Nablus, Palestine. <https://repository.najah.edu> › handle
- Kamieniecki, H. (1994). Histoire de la psychosomatique, Paris : Puf.
- Klainin-Yobas, P., He, H-G., & Ying Lau, Y. (2015). Physical fitness, health behaviour and health among nursing students: A descriptive correlational study. *Nurse Education Today*, 35,1199–1205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.06.014>
- Knäuper, B., Rabiau, K., Cohen, O., and Patricui, N. (2004). *Compensatory health beliefs : Scale development and psychometric properties*. *Psychology and Health*. 19 (5), 607-624. Doi : 10.1080/ 088704404 2000 196737.
- Korin, M.R., Chaplin, W. F., Shaffer, J. A., Butler, M. J., Ojie, Mary-Jane., and Davidson, K. W. (2013). Men's and women's health beliefs differentially predict coronary heart disease incidence in a population-based sample. *Health Educ Behav*. April ; 40(2): 231–239. doi:10.1177/1090198112449461. available in PMC 2014 April 01
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*, New York : Springer.
- Le Faou, A. L., & Scemama, O. (2005). Épidémiologie du tabagisme. *Rev Mal Respir*, 22, 8S27-8S32. Doi : 10.1019/200530074
- Lepège, A. (1999). *Les mesures de la qualité de vie*. Paris : Puf.
- Mburu-Matiba, L. (2015). The Impact Of Exercise (Physical Activity) And Healthy Lifestyle (Eating) Among The Youth: A Literature Review. Thesis Health care and social service Degree Programme in nursing. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101060/MburuMatiba\\_Lucy%20Wangu%20thesis.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101060/MburuMatiba_Lucy%20Wangu%20thesis.pdf?sequence=1)
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et la Recherche Scientifique. (2012). *L'enseignement supérieur et la recherche en Algérie 1962-2012*. Algérie.
- Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping*. A anthology. New York. Columbia : University press.
- Montaño, D.E., and Kasprzyk, D. (2008). Theory of Reasoned Action (TRA), Theory of Planned Behavior (TPB), and Integrated Behavioral Model (IBM). In K. Glanz, B. K. Rimer, and K. Viswanath (eds). *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice* (pp. 67-96). (4ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Norcross, J.C., Paul M. Krebs, P.M., and Prochaska, J.O. (2011). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*. 67(2), 143-154. DOI: 10.1002/jclp.20758
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : De Boeck.
- Ogden, J. (2014). *Psychologie de la santé*. (2ed.). Health psychology. Bruxelles : De Boeck
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Les maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs*. [https://www.who.int/chp/media/information/factsheets\\_FR](https://www.who.int/chp/media/information/factsheets_FR)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). Deuxième document de réflexion de l'OMS (version du 22 mars 2012) . Cadre global mondial de suivi et cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. [www.who.int/nmh/events/discussion\\_paper2\\_fr](http://www.who.int/nmh/events/discussion_paper2_fr)
- Organisation Mondiale de la Santé. (1990). *Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire*. Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (17 avril 2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Rapport de la cinquante-septième assemblée mondiale de la santé. [apps.who.int/archive/pdf\\_files/WHA57/A57\\_9-fr](http://apps.who.int/archive/pdf_files/WHA57/A57_9-fr)
- Organisation mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève. Organisation mondiale de la santé [https://apps.who.int/bitstream/handle/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](https://apps.who.int/bitstream/handle/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). L'espérance de vie a progressé de 5 ans depuis 2000, mais les inégalités sanitaires persistent. 19 mai 2016. Communiqué de presse. Genève. [www.who.int/Page d'accueil\\_Centre des médias](http://www.who.int/Page_d'accueil_Centre_des_médias) ›
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Tabac. Journée mondiale sans tabac*. 26 juillet 2019. [https://www.who.int/.../Centre des médias/Principaux repères](https://www.who.int/.../Centre_des_médias/Principaux_repères)

- Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou « coping ». In M. Bruchon-Schweitzer, & R. Dandtzer(eds). Introduction à la psychologie de la santé (pp.98-120).1ere ed. Paris : Puf.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2015). Dietary health behavior and beliefs among university students from 26 low, middle and high income countries. *Asia Pac J Clin Nutr*, 24(4), 477-752. doi: 10.6133/apjcn.2015.24.4.21
- Pesci-Bardon, C. Prêcheur I. (2011). Conduites addictives: tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. *Odontologie*, 23-760-A-40. [https://www.infosdentistesaddictions.org/EMC\\_addictions\\_santeBD.pdf](https://www.infosdentistesaddictions.org/EMC_addictions_santeBD.pdf)
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E. (2008). The Transtheoretical Model And Stages Of Change. In K. Glanz, B. K. Rimer, and K. Viswanath (eds). Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice (pp. 97- 121 ). (4 ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Prochaska, J.O., Colleen A. Redding, C.A. (2015). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In Glanz, B.K. Rimer, and K. Viswanath (eds). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (pp. 125-148). (5ds.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Quaglio, J.P. ( 2006). Enquête conditions de vie des étudiants de Lille 3. observatoire des formations, de l'insertion et de la vie étudiante. Téléchargé du site [ofive.univ-lille3.fr/docs/cdv/logement\\_transports.pdf](http://ofive.univ-lille3.fr/docs/cdv/logement_transports.pdf). consulté le 30 aout 2016.
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In M. Bruchon-Schweitzer, & R. Dandtzer(eds). Introduction à la psychologie de la santé (pp43-62). (1 ed.). Paris : puf.
- Rabiau, M. (2006). Balancing temptations and health goals: the role of compensatory health beliefs. A thesis submitted of the degree of Doctorate in Philosophy in Psychology Department of Psychology, McGill University, Montreal, Canada. [digitool.library.mcgill.ca › thesisfile102154](http://digitool.library.mcgill.ca/thesisfile102154)
- Rabiau, M., Knaüper, B., & Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: the compensatory health beliefs model. *British Journal of Health Psychology*, 11, 139–153. doi: 10.1348/135910705X52237
- Radtke, T., Scholz, U., Keller, R., and Hornung, R. (2012). *Smoking is ok as long as I eat healthily: Compensatory Health Beliefs and their role for intentions and smoking within the Health Action Process Approach*. *Psychology & Health*, 27(2), 91-107. [http://dx. Doi: org /10.1080 /08870446 .2011.603422](http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.603422).
- Reiser. L.M. (2007). Health Beliefs and Behaviors of College Women. For the degree of Doctor of Philosophy of Nursing University of Pittsburgh [https://www.researchgate.net/publication/228403693\\_Health\\_Beliefs\\_and\\_Behaviors\\_of\\_College\\_Women](https://www.researchgate.net/publication/228403693_Health_Beliefs_and_Behaviors_of_College_Women)
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and psychological processes in fear-based attitude change: a revised theory of protection motivation. In caccioppo, J. & petty, R. (eds); social psychosociology (p. 153-176): A source book. New York: Guilford.
- Rogers, R.W.(1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of psychology*, 91, 93-114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Ronzeau, M., Van de Velde, C. (2014). PANORAMA 2013, Conditions de vie des étudiants. Observatoire national de la vie étudiante. n 29. Téléchargé du site <http://www.ove-national.education.fr> consulté le 20 aout 2015.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Sabbagh, C., Etiévan, P. (2012). Les comportements alimentaires Quels en sont les déterminants ? Quelles actions pour les faire évoluer vers une meilleure adéquation avec les recommandations nutritionnelles ? Les conclusions de l'expertise scientifique collective conduite par l'INRA en 2010. *OCL*, 19(5), 261-269. doi : 10.1684/ocl.2012.0468
- Sarafino, E.P., & Smith, T.W. (2011). Health psychology . Biopsychosocial Interaction. (7ed.). United States of America: John Wiley & Sons, INC.
- Schommer, M. (1998). The role of adults beliefs about knowledge and learning in school, work, and everyday life. In M. C. Smith & T. Pourchot (Eds.), *Adult learning and development: Perspectives from educational psychology* (pp. 127-143). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schwarzer, R., & Renner, B.(2009). Health-specific self-efficacy scales. *ResearchGate › publication › 251801350\_Health-S..*

- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
- Shaheen, A.M., Nassar, O.S., Amre, H.M. & Hamdan-Mansour, A.M. (2015) Factors affecting health-promoting behaviors of university students in Jordan. *Health*, 7, 1-8. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.71001>
- Sophie Schwartz. (2015). Dormir Et Rêver Pour Mieux Gérer Ses Émotions. *Le Journal des psychologues*, 2 (325), 34-38. DOI 10.3917/jdp.325.0034
- Spitz, E., Constantini, M.L., & Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire. *Stress et Trauma*, 7,3, 217-225. Téléchargé du site [https://orbilu.uni.lu/.../Spitz% 20 et %20al .%20Revue%20Stress%20et%20Trauma%202](https://orbilu.uni.lu/.../Spitz%20et%20al.%20Revue%20Stress%20et%20Trauma%202).
- Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., France Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., and Sanderman, R. (2000). Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise, and Attitudes toward Health in European University Students from 13 Countries, 1990–2000. *Preventive Medicine* 35, 97–104. doi:10.1006/pmed.2002.1048.
- Steptoe, A. (2005). An International Study of Personal Health Behaviour, Attitudes and Well-Being in University Students Full Report [www. Researchcatalogue .esrc. ac.uk/grants/R000223343/read](http://www.researchcatalogue.esrc.ac.uk/grants/R000223343/read). Consult é le 30 aout 2016.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, Volume 53, Issue 12, December 2001, Pages 1621-1630.
- Tremblay, M.S., Colley, R. C., Saunders, T.J., Healy, G.N., Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 35( 6), 725-740. <https://doi.org/10.1139/H10-079>
- Vecchierini, M.F. (2013). Le sommeil: régulation et phénoménologie. *Revue des Maladies Respiratoires*, 30, 843–855. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2013.10.009>
- Von, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., Kang, D-H. (2004). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 463–474. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03229.x
- Wardle, J., & Steptoe, A. (1991). The european health and behaviour survey: rationale, methods and initial Results From The United Kingdom. *Sot. Sci. Med.* Vol. 33, No. 8, pp. 925-936. [https://www.academia.edu › The\\_European\\_health\\_and...](https://www.academia.edu › The_European_health_and...)
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of Health protective behavior. *Health psychology*, 12(4), 324-333. DOI: [10.1037//0278-6133.12.4.324](https://doi.org/10.1037//0278-6133.12.4.324)
- WHO EMRO. (2019). Facteurs de risque liés au comportement. [www.emro.who.int › health-risk-factors › behaviour-risk-factors](http://www.emro.who.int › health-risk-factors › behaviour-risk-factors)
- Zalewska-Puchała, J., Majda, A., Gałuszka, A., & Kolonko, J. (2007). Health behaviour of students versus a sense of self-efficacy. *Advances in Medical Sciences* · Vol. 52 · 73-77. · Supl 1. <https://www.researchgate.net/publication/5621537>
- Zimbardo, P.G., & Weber, A.L. (1997). *Psychology*. 2nd ed. New York : addison wesley longman.

## المراجع

الملاحق

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
DIRECTION GENERALE DES ENSEIGNEMENTS ET DE LA FORMATION SUPERIEURS  
DIRECTION DE LA FORMATION DOCTORALE ET L'HABILITATION UNIVERSITAIRE  
SOUS-DIRECTION DE LA RECHERCHE-FORMATION ET L'HABILITATION UNIVERSITAIRE

EVALUATION DES BILANS DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Etablissement: Université Alger 2  
Domaine de recherche: Sciences Humaines et Sociales  
Filière : Sciences sociales-psychologie

Session Ordinaire 2018

Intitulé:	Chef de projet	Membres de l'équipe	Observation						
صحة طلاب الجامعات تتناول خاص بالمعتقدات الصحية وعلاقتها بتبني السلوك الصحي من خلال نموذج علم النفس الصحية	SAIL HADDA OUAHIDA Grade: Pr	<table><thead><tr><th>Nom</th><th>Grade</th></tr></thead><tbody><tr><td>يعيش مهديّة</td><td>MCA</td></tr><tr><td>بن نوار يوسفري</td><td>Doctorant</td></tr></tbody></table>	Nom	Grade	يعيش مهديّة	MCA	بن نوار يوسفري	Doctorant	Bilan excellent, projet reconduit pour les années 2018et2019 code projet I05L03UN1602201.50001
Nom	Grade								
يعيش مهديّة	MCA								
بن نوار يوسفري	Doctorant								



المديرة الفرعية للبحث التكويني  
والتأهيل الجامعي، بالنيابة  
امضاء: بوفادي مختار بيسمينية

## الملحق (2)

### الصورة الأولية للمقاييس المترجمة

#### رسالة للخبراء لتحكيم الترجمة

#### عرض ثلاثة سلالم لقياس بعض المعتقدات الصحية

تحية طيبة

الأستاذ(ة) الفاضل(ة):.....

القسم:.....

المؤسسة الجامعية:.....

سيدتي، سيدي،

في إطار إجراء بحث حول المعتقدات الصحية وعلاقتها بالسلوك الصحي، وقع اختيارنا على ثلاث سلالم لقياس بعض المعتقدات الصحية، يتعلق الأمر بـ:

1. سلم الدافعية للصحة في النشاطات البدنية

2. سلم الدافعية للصحة في الأكل الصحي

3. سلم فعالية الذات الصحية

في الأصل، تتوفر هذه السلالم في نسخة انجليزية لهذا قمنا بترجمتها إلى العربية، ولتطبيق المعايير المنهجية، يتعين علينا عرضها عليكم لتحكيم الترجمة الأولية، وتحديد مدى موافقتكم على ترجمة البنود، وعرض اقتراحاتكم إذا استوجب تعديلها وذلك عن طريق ملئ الجدول الموالي.

نتقدم لكم بالشكر الجزيل والامتنان لمساعدتكم العلمية.

مسؤولة فرقة البحث:

أ.د. سايل حدة وحيدة

## 1. مقياس الدافعية للصحة في النشاطات البدنية

**التعليمات:** ستجد في القسم التالي سلسلة من العبارات التي عادة ما تستعملها لوصف نشاطاتك البدنية. تشمل النشاطات البدنية المذكورة هنا مجموعة من السلوكيات مثل التمرين، واللياقة، والسباحة، والجري، والعدو، والمشي، ولعب كرة السلة... الخ

نرجو منك قراءة كل عبارة بدقة ثم قرّر إلى أي مدى تصفك على نحو سلم من 5 نقاط يتمثل في "لا يمثلني بشدة" (-2)، "لا يمثلني نوعاً ما" (-1)، "حيادي" (0)، "يمثلني نوعاً ما" (1)، "يمثلني بشدة" (2).

نرجو منك وضع دائرة حول الرقم الذي يمثل العبارة التي اخترتها.

ونعلمك كذلك أن إجاباتك ستعامل بكل سرية ولن تستعمل إلا للأغراض العلمية فقط، كما أنه لا وجود لعبارات جيدة أو سيئة، لذلك لا تتردد في الإدلاء برأيك بكل صدق وموضوعية.

يمثلني بشدة	يمثلني نوعاً ما	حيادي	لا يمثلني نوعاً ما	لا يمثلني بشدة	الأبعاد
الميل للدافعية الصحية					
2	1	0	(1-)	(2-)	2. لأكون بصحة جيدة أعتزم أداء نشاطات بدنية
2	1	0	(1-)	(2-)	3. ارجب في أداء نشاطات بدنية لأكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	9. نيتي قوية لأكون بصحة جيدة من خلال أداء الأنشطة البدنية.
النية الصحية					
2	1	0	(1-)	(2-)	12. لا أفكر أبداً لأداء أنشطة بدنية حتى أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	13. ليس لدي نية لأداء أنشطة بدنية لغرض ان أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	15. لا أعتزم أداء أنشطة بدنية لأكون بصحة جيدة.
الدافعية للمبادرة بالفعل					
2	1	0	(1-)	(2-)	21. حتى أكون بصحة جيدة، سوف أقوم بوضع خطة للأنشطة البدنية
2	1	0	(1-)	(2-)	22. لكي أكون بصحة جيدة، أحاول وضع خطط للأنشطة البدنية.

دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)

2	1	0	(1-)	(2-)	24. يمكنني الالتزام في أداء الأنشطة البدنية على المدى الطويل حتى أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	25. إن قررت الالتزام في أداء الأنشطة البدنية، فمن الممكن أن أتمسك ببرنامجي حتى أكون بصحة جيدة بغض النظر عن ما يحدث.
2	1	0	(1-)	(2-)	26. حتى لو كنت أرغب في أن أكون بصحة جيدة من خلال أداء الأنشطة البدنية، فلا أظن أنه بإمكانني القيام بها لفترة طويلة.
2	1	0	(1-)	(2-)	27. لا أضمن أنني أتمسك ببرنامج أداء النشاط البدني طويل المدى من أجل أن أكون بصحة جيدة.
2	1	0	(1-)	(2-)	30. إذا خططت لأداء الأنشطة البدنية لأكون بصحة جيدة وقد بدأت فعلا برنامجي، أنا لن أتوقف عنه بسهولة.

## 2. مقياس الدافعية للصحة في الغذاء الصحي

**التعليمات:** ستجد في القسم التالي سلسلة من العبارات التي تستخدمها لوصف نمط الأكل الخاص بك. يشير الأكل الصحي هنا إلى نظام غذائي أو إلى تناول غذاء صحي مثل الفواكه والخضار، والأغذية قليلة الدسم، وأغذية ذات سعرات حرارية منخفضة، والحبوب الكاملة، والحليب ومشتقاته، وأغذية بروتينية) مثل الأسماك، والبيض والفاصوليا والبازلاء والمكسرات والبذور واللحوم...الخ)

نرجو منك قراءة كل عبارة بدقة ثم قرر إلى أي مدى تصفك على نحو سلم من 5 نقاط يتمثل في "لا يمثلني بشدة" (-2)، "لا يمثلني نوعا ما" (-1)، "حيادي" (0)، "يمثلني نوعا ما" (1)، "يمثلني بشدة" (2).

نرجو منك وضع دائرة حول الرقم الذي يمثل العبارة التي اخترتها.

نعلمك كذلك أن إجاباتك ستُعامل بكل سرية ولن تستعمل إلا للأغراض العلمية فقط. كما أنه لا وجود لعبارات جيدة أو سيئة، لذلك لا تتردد في الإدلاء برأيك بكل صدق وموضوعية.

يمثلني بشدة	يمثلني نوعا ما	حيادي	لا يمثلني نوعا ما	لا يمثلني بشدة	الأبعاد
<b>الميل للدافعية للصحة</b>					
2	1	0	(1-)	(2-)	1. لأكون بصحة جيدة أميل إلى تناول غذاء صحي
2	1	0	(1-)	(2-)	3. لدي دافعية لتناول غذاء صحي كي أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	6. أنا متحمس لتناول غذاء صحي لكي أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	8. لا أستطيع تناول غذاء صحي حتى لو أريد أن أكون بصحة جيدة
<b>النية الصحية/ البرنامج</b>					
2	1	0	(1-)	(2-)	2. ليست لدي أي خطة لتناول غذاء صحي
2	1	0	(1-)	(2-)	4. لا أنوي تناول غذاء صحي
2	1	0	(1-)	(2-)	6. أنا لا أنوي تناول غذاء صحي
2	1	0	(1-)	(2-)	7. لا يهمني إن كنت أتناول غذاء صحي أم لا
<b>الدافعية للمبادرة بالفعل</b>					
2	1	0	(1-)	(2-)	16. إن كانت نيتي قوية بما فيه الكفاية من أجل التمتع بالصحة من خلال تناول غذاء صحي، فسأتناول الغذاء الصحي
2	1	0	(1-)	(2-)	18. إذا قررت أن أتناول غذاءا صحيا لأكون بصحة جيدة، سأقوم بذلك لأحقق أهدافي

2	1	0	(1-)	(2-)	19. إن أردت أن أكون بصحة جيدة، سأبدأ بالالتزام بتناول غذاء صحي
2	1	0	(1-)	(2-)	20. إن أردت أن أكون بصحة جيدة، سأبدأ بتناول الغذاء الصحي
دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)					
2	1	0	(1-)	(2-)	25. بغض النظر عما يحدث يمكنني التمسك ببرنامجي إن قررت الالتزام في تناول غذاء صحي لأكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	26. حتى لو كنت أرغب في أن أكون بصحة جيدة من خلال تناول غذاء صحي، فلا أظن أنه بإمكانني الصمود لوقت طويل
2	1	0	(1-)	(2-)	27. لكي أكون بصحة جيدة لا أظن أنه بإمكانني التمسك ببرنامج حول تناول غذاء صحي طويل المدى
2	1	0	(1-)	(2-)	30. إن خططت لوضع برنامج لتناول غذاء صحي لغرض ان أكون بصحة جيدة وقد بدأت فعلا في ذلك، فلا أتوقف عن ذلك بسهولة.

### 3. مقياس فعالية الذات الصحية

**التعليمات:** فيما يلي بعض الممارسات الصحية، الرجاء منك الحكم إلى أي مدى أنت قادر على أداءها. ثم قيم قدرتك على أدائها على نحو سلم من 5 نقاط يتمثل في "لا على الإطلاق" (0) و"تماماً" (4). لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة. اعلم أن إجاباتك سرية تستخدم فقط لغرض البحث. يرجى الإدلاء برأيك بكل صدق وموضوعية.

تماماً				لا على الإطلاق	الأبعاد
<b>التمرين</b>					
4	3	2	1	0	1. بالنسبة لي القيام بالتمارين الرياضية شيء جيد
4	3	2	1	0	2. بالنسبة لي تدخل التمارين الرياضية في الروتين العادي
4	3	2	1	0	3. استمتع عندما أجد طرق لممارسة التمارين الرياضية
4	3	2	1	0	4. إيجاد أماكن مسموحة لممارسة التمارين الرياضية مع الجماعة
4	3	2	1	0	5. معرفة متى الانقطاع عن ممارسة التمرين
4	3	2	1	0	6. القيام بتمرين التمديد
4	3	2	1	0	7. أمتنع عن التعرض للأذى عندما أمارس التمرين.
<b>التغذية</b>					
4	3	2	1	0	1. إيجاد الأغذية الصحية حسب ميزانيتي
4	3	2	1	0	2. تناول حمية متوازنة
4	3	2	1	0	3. أحدد كم يجب علي أن أزن لأكون بصحة جيدة
4	3	2	1	0	4. إيجاد الأطعمة الأعلى في محتوى الألياف
4	3	2	1	0	5. فهم للعلامات الغذائية، الأطعمة المناسبة أو الأفضل لي
4	3	2	1	0	6. الإكثار من شرب الماء يومياً.

### الملحق (3)

#### استمارة معلومات

السن: .... الجنس: ..... الحالة العائلية: اعزب: ..... متزوج: ..... آخر: .....  
انت في سنة: ..... تحضر لشهادة: ..... تخصص: .....  
جامعة: ..... مقيم بالاقامة الجامعية: نعم: ..... لا: .....  
إذا كان الجواب نعم اذكر اسمها: .....

#### مقياس الدافعية الصحية في النشاطات البدنية

**التعليمات:** ستجد في القسم التالي سلسلة من العبارات التي عادة ما تستعملها لوصف نشاطاتك البدنية. تشمل النشاطات البدنية المذكورة هنا مجموعة من السلوكيات مثل التمرين، واللياقة، والسباحة، والجري، والعدو، والمشي، ولعب كرة السلة...الخ

نرجى منك قراءة كل عبارة بدقة ثم قرّر إلى أي مدى تصفك، ذلك على نحو سلم من 5 نقاط يتمثل في "لا يمثلني بشدة" (-2)، "لا يمثلني نوعاً ما" (-1)، "حيادي" (0)، "يمثلني نوعاً ما" (1)، "يمثلني بشدة" (2).

نرجو منك وضع دائرة حول الرقم الذي يمثل العبارة التي اخترتها.

نعلمك كذلك أن إجاباتك ستُعامل بكل سرية ولن تستعمل إلا للأغراض العلمية فقط. كما أنه لا وجود لعبارات جيدة أو سيئة، لذلك لا تتردد في الإدلاء برأيك بكل صدق وموضوعية.

الأبعاد	لا يمثلني بشدة	لا يمثلني نوعاً ما	حيادي	يمثلني نوعاً ما	يمثلني بشدة
الميل للدافعية الصحية					
2. أعتزم أداء نشاطات بدنية لأكون بصحة جيدة	(2-)	(1-)	0	1	2
3. أرغب في أداء نشاطات بدنية لأكون بصحة جيدة	(2-)	(1-)	0	1	2
9. نيتي قوية لأكون بصحة جيدة من خلال أداء الأنشطة البدنية	(2-)	(1-)	0	1	2
النية الصحية					
12. لا أفكر أبداً في أداء أنشطة بدنية حتى أكون بصحة جيدة	(2-)	(1-)	0	1	2
13. لا أنوي القيام بنشاطات بدنية من أجل أن أكون بصحة جيدة	(2-)	(1-)	0	1	2
15. لا أعتزم أداء أنشطة بدنية بهدف أن أكون بصحة جيدة	(2-)	(1-)	0	1	2

الدافعية للمبادرة بالفعل					
2	1	0	(1-)	(2-)	21. بهدف أن أكون بصحة جيدة، سوف أقوم بوضع خطة للأنشطة البدنية
2	1	0	(1-)	(2-)	22. كي أكون بصحة جيدة، أحاول وضع خطط للأنشطة البدنية
دافعية للمثابرة (قوة الإرادة)					
2	1	0	(1-)	(2-)	24. يمكنني القيام بنشاطات بدنية لمدة طويلة من أجل أن أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	25. إذا ما قررت القيام بنشاطات بدنية لكي أكون بصحة جيدة فإنني لن أترجع عن مخططي مهما حدث
2	1	0	(1-)	(2-)	26. حتى لو أردت أن أكون بصحة جيدة من خلال أداء أنشطة بدنية، فلا أظنني أستطيع القيام بها لفترة طويلة
2	1	0	(1-)	(2-)	27. لا أظنني سأتمسك ببرنامج أداء نشاط بدني طويل المدى من أجل أن أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	30. إذا خططت لأداء أنشطة بدنية لأكون بصحة جيدة وبدأت فعلا خطتي، لن أوقفها بسهولة

#### الملحق (4)

##### مقياس الدافعية للصحة في الغذاء الصحي

**التعليمات:** ستجد في القسم التالي سلسلة من العبارات التي تستخدمها لوصف نمط الأكل الخاص بك. يشير الأكل الصحي هنا إلى نظام غذائي أو إلى تناول غذاء صحي مثل الفواكه والخضار، والأغذية قليلة الدسم، وأغذية ذات سعرات حرارية منخفضة، والحبوب الكاملة، والحليب ومشتقاته، وأغذية بروتينية (مثل الأسماك، والبيض والفاصوليا والبازلاء والمكسرات والبذور واللحوم... الخ)

نرجى منك قراءة كل عبارة بدقة ثم قرر إلى أي مدى تصفك ذلك على نحو سلم من 5 نقاط يتمثل في "لا يمثلني بشدة" (-2)، "لا يمثلني نوعا ما" (-1)، "حيادي" (0)، "يمثلني نوعا ما" (1)، "يمثلني بشدة" (2).

نرجو منك وضع دائرة حول الرقم الذي يمثل العبارة التي اخترتها.

نعلمك كذلك أن إجاباتك ستُعامل بكل سرية ولن تستعمل إلا للأغراض العلمية فقط. كما أنه لا وجود لعبارات جيدة أو سيئة، لذلك لا تتردد في الإدلاء برأيك بكل صدق وموضوعية.

لا يمثلني بشدة	لا يمثلني نوعا ما	حيادي	يمثلني نوعا ما	يمثلني بشدة	الأبعاد
<b>الميل للدافعية للصحة</b>					
2	1	0	(1-)	(2-)	1. أميل لتناول الأكل الصحي من أجل أن أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	3. لدي دافعية للأكل الصحي من أجل أن أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	6. لدي دافعية للأكل الصحي لأنني أريد أن أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	8. أأكل ربما غير صحي لكن أرغب في أن أكون بصحة جيدة
<b>النية الصحية/ البرنامج</b>					
2	1	0	(1-)	(2-)	2. ليست لدي أي خطة لتناول أكل صحي
2	1	0	(1-)	(2-)	4. ليست لدي أي نوايا بالنسبة للأكل الصحي
2	1	0	(1-)	(2-)	6. لا أنوي أن يكون أكلني صحيا
2	1	0	(1-)	(2-)	7. لا يهمني إن كان أكلني صحيا أم لا
<b>الدافعية للمبادرة بالفعل</b>					
2	1	0	(1-)	(2-)	16. إذا كانت نيتي قوية بأن الأكل الصحي هو أساس الصحة الجيدة فإن أأكل سوف يكون صحيا

2	1	0	(1-)	(2-)	18. إذا قررت أن أتناول أكل صحي بهدف أن أكون بصحة جيدة، سأقوم بذلك لبلوغ أهدافي
2	1	0	(1-)	(2-)	19. علي أن أشرع في الأكل الصحي إن أردت أن أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	20. سأبادر في الأكل الصحي إن أردت أن أكون بصحة جيدة
دافعية للمثابرة(قوة الإرادة)					
2	1	0	(1-)	(2-)	25. إذا ما قررت أن يكون أكلي صحيا من أجل أن أكون بصحة جيدة، فإنني لن أراجع عن مخططي مهما حدث
2	1	0	(1-)	(2-)	26. حتى لو أردت أن أكون بصحة جيدة من خلال تناول أكل صحي، فلا أظنني أستطيع القيام بذلك لفترة طويلة
2	1	0	(1-)	(2-)	27. لا أظنني سأتمسك ببرنامج للأكل الصحي يكون طويل المدى من أجل أكون بصحة جيدة
2	1	0	(1-)	(2-)	30. إذا خططت لأكل صحي لأكون بصحة جيدة وبدأت فعلا خطتي، لن أوقفها بسهولة

## الملحق (5)

### مقياس فعالية الذات الصحية

التعليمات: فيما يلي بعض الممارسات الصحية، الرجاء منك الحكم الى أي مدى انت قادر على أداءها. ثم قيم قدرتك على أدائها على نحو سلم من 5 نقاط يتمثل في "لا على الإطلاق" (0) و"تماما" (4). لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة. اعلم أن إجاباتك سرية تستخدم فقط لغرض البحث. يرجى الإدلاء برأيك بكل صدق وموضوعية.

الابعاد	لا على الاطلاق				تماما
<b>التمرين</b>					
1. القيام بتمارين جيدة تكون مفيدة وصحية بالنسبة لي	0	1	2	3	4
2. مواءمة التمارين مع حياتي اليومية	0	1	2	3	4
3. إيجاد طرق شيقة للقيام بالتمارين	0	1	2	3	4
4. إيجاد أماكن تسمح بالقيام بنشاطات بدنية في محيطي الاجتماعي	0	1	2	3	4
5. معرفة متى أنقطع عن التمرين	0	1	2	3	4
6. القيام بتمرين التمديد	0	1	2	3	4
7. الحرص على عدم التعرض للأذى أثناء التمارين	0	1	2	3	4
<b>التغذية</b>					
1. إيجاد الأغذية الصحية حسب ميزانيتي	0	1	2	3	4
2. تناول حمية متوازنة	0	1	2	3	4
1. أتعرف على الوزن الذي يجب أن أزنه لأكون بصحة جيدة	0	1	2	3	4
2. التعرف على الأغذية الغنية بالألياف	0	1	2	3	4
5. التعرف من خلال علامات المنتجات على الأغذية التي تتفني	0	1	2	3	4
6. شرب القدر الكاف والمطلوب من الماء في كل يوم	0	1	2	3	4

## الملحق (6)

### مقياس السلوك الصحي

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
1	أحافظ على درجة من التناوب بين وزني وطولي					
2	أركز في غذائي على نسبة قليلة جدا من الأملاح البيضاء (الملح الأبيض المكرر)					
3	أقلل من تناول الأغذية الغنية بالسكر الأبيض (العادي)					
4	أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية					
5	أقلل من الأغذية الغنية بالدهون الحيوانية (اللحم والدجاج)					
6	أتابع برامج التنقيف الصحي الخاصة بالرياضة والغذاء					
7	أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها					
8	أمارس رياضة المشي بشكل منتظم					
9	عندما أختار البروتين الحيواني فأنتقل للحم البيضاء والأسماك					
10	أتناول وجبة الإفطار يوميا وبانتظام					
11	أتناول الخضار والفواكه الطازجة بشكل يومي					
12	أكثر من شرب المياه النقية (السوائل)					
13	أنوع في الأغذية التي أتناولها					
14	أقوم بإجراء الكشف المناسب عندما أعاني من أي ألم					
15	أحافظ على تنظيف أسناني بعد تناول وجبات الطعام					
16	أحصل على كفايتي من النوم					
17	أهتم بمتابعة قياس ضغط الدم بشكل منتظم					
18	أأخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية					
19	أحافظ على الفحص الطبي السريري الدوري (كل سنة)					

					20	الجأ الى استخدام الادوية عند الضرورة فقط
					21	لا استخدم اي نوع من التبغ ( سجائر، معسل، شيشة).
					22	أتجنب تناول الادوية المهدئة الا بوصف طبيبا
					23	أتجنب تناول الادوية المنومة الا بوصف طبيب
					24	اراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها الطبيب
					25	اتجنب الحصول على الادوية من اشخاص غير مؤهلين لوصفها (فقط من الاطباء)
					26	احاول التعرف على الأعراض الجانبية لاي دواء اتناوله
					27	اتجنب الخلط بين الادوية دون اشراف طبيب
					28	أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج له
					29	أحاول أن احظى بالقبول من جميع أفراد أسرتي
					30	لدي إحساس جيد بالمرح
					31	اشعر بالرضا عن ذاتي
					32	أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة والنشاط والمتعة
					33	اشعر بأن حياتي العائلية مستقرة
					34	لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية
					35	من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين
					36	أنا على وعي تام بجميع المشاعر التي أعيشها وأقبلها
					37	اعبر عن مشاعري بسهولة
					38	أتحمل نتائج جميع تصرفاتي
					39	أضع لنفسني أهدافا واقعية بحيث يمكن تنفيذها
					40	اتخذ قراراتي دون الشعور بالضغط أو الانزعاج
					41	افهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم
					42	اجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ القرار.