

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية الآداب و العلوم الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية

سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول،
سلوك قيادة السيارات و قلة النشاط البدني) و علاقتها
بكل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

إشراف الدكتور

فرحاتي العربي

أستاذ مساعد

عدوان يوسف

إعداد الطالبة

بهلول سارة أشواق

السنة الجامعية: 2009/2008

الحمد لله حمدا كثيرا لا يليق إلا به وحده الذي أعاننا على إتمام هذا العمل المتواضع.

بشعور غامر بالتقدير والوفاء، تتقدم الباحثة بشكرها الخالص العميق مقروناً بجزيل العرفان والامتنان إلى كل من تفضل وأثرى جوانب هذا البحث، سواء برأي أو توجيه أو نصيحة أو ساهم في هذا العمل ولو بجزء يسير، وفي مقدمة هؤلاء الدكتور / فرحاتي العربي، و الأستاذ القدير/ عدوان يوسف على ما تفضلا به علي من الإشراف والتوجيه والتعليم ، وكذلك ما لمستته من حسن خلقهما وتواضعها ومناقشتها لي بأدب جم، وحرصهما الشديد على تنمية قدراتي العلمية والفكرية، واهتمامهما وتشجيعهما الكثير الذي مهما كتبت لن أستطيع أن أوفي حقهما من الشكر والتقدير، فجزاهما الله عني خير الجزاء ووفقهما لفعل الخير دائماً وأبداً.

كما تتوجه الطالبة الباحثة بالشكر والتقدير إلى كل من الدكتور / جبالي نور الدين و الدكتورة/ بعبع نادية، على تفضلهما لمناقشة خطة الدراسة وإبدائهما للملاحظات القيمة والتي كان لها أعظم الأثر في إظهار الدراسة بالمظهر اللائق.

كما يسرني أن أتقدم بالشكر والامتنان لأعضاء لجنة المناقشة الأفاضل لتفضلهم بالاطلاع على هذه الرسالة وتقييمهما وإبداء توجيهاتهم بشأنها.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى رئيس القسم وعميد الكلية وجميع أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر - باتنة- وجميع موظفيه على ما قدموه لي من توجيه وتعليم أثناء الدراسة ، وإعداد البحث. كما أتوجه بالشكر و الامتنان إلى زملائي في الدراسة، و خاصة زملائي في العمل على جميع المساعدات التي قدموها لي.

كما أشكر عائلة شادلي بولاية قالمة(عائلتي الثانية) و على وجه الخصوص أبي الثاني كمال و صديقتي مريم، على جميع المساعدات و المجهودات التي بذلوها من اجلي، شكرا عائلتي...

وأخيراً فالشكر والفضل إلى والداي الحبيبين على تشجيعهما الدائم لي وبذلهم الكثير من عطاء نفسيهما الفياضة ، وإلى جميع أفراد أسرتي على ما بذلوه من جهد وتعاون صادق رغبةً منهم في إتمام هذه الدراسة فجزاهم الله عني خير الجزاء وأدامهم لفعل الخير أنه على كل شيء قدير.

الطالبة الباحثة

بهلول سارة أشواق

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري جودة الحياة المتعلقة بالصحة و المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات و قلة النشاط البدني). لدى عينة قصدية مكونة من 103 فرد كلهم سائقين ذكور. و لقد تم استخدام المقاييس الخاصة بهذه المتغيرات و المستخلصة من سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة المترجم من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الطالبة الباحثة، و سلم المعتقدات الصحية التعويضية المترجم كذلك من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الطالبة الباحثة، استبيان سلوك قيادة السيارات المعد من طرف الطالبة الباحثة و استبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة المعد من طرفها كذلك.

و للإجابة عن تساؤلات الدراسة وفقا للمتغيرات السابقة، اعتمدت الطالبة الباحثة على المنهج الوصفي الارتباطي، و نتيجة لتحليل البيانات على أساس متوسط درجات العينة في كل متغير، فقد استخدمت الطالبة الباحثة عدد من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤل من حيث المنهج المستخدم و طبيعة العينة، لذلك فقد شملت المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، المدى و معامل ارتباط بيرسون، و كل ذلك بالاعتماد على برنامج SPSS13 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية). و لقد انتهت الدراسة إلى:

1. العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة:

- أ- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين.
- ب- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة و بين سلوك شرب الكحول.
- ج- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة و بين سلوك قيادة السيارات.
- د- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني.

2. العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة:

- أ- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين.
- ب- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول.
- ج- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات.
- د- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني.

و بناء على هذه النتائج أوصت الطالبة الباحثة الاهتمام أكثر بمجال سلوكيات الخطر و لا سيما السلوكيات المذكورة في الدراسة المقدمة من طرفها، و محاولة الانتباه إلى المتغيرات الحديثة التي لم تكن معروفة سابقا مثل المعتقدات الصحية التعويضية، كما أوصت بالمزيد من الأبحاث و التي ينبغي إجراؤها في المجتمع الجزائري، بهدف التعرف على مختلف المتغيرات و الخصائص التي تتعلق بسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة، و ذلك من أجل الوصول إلى وضع سياسة صحية وقائية.

فهرس المواضيع

الصفحة

أ	.....	- شكر و تقدير
ب	.....	- ملخص الدراسة
1	.....	- فهرس المواضيع
6	.....	- فهرس الجداول
7	.....	- فهرس الأشكال
8	.....	- مقدمة

الإطار النظري و المفاهيمي للدراسة

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

13	.....	أولاً: مشكلة الدراسة
17	.....	ثانياً: فرضيات الدراسة
19	.....	ثالثاً: أهمية الموضوع
19	.....	رابعاً: أهداف الدراسة
19	.....	خامساً: تعريفات الدراسة الإجرائية
21	.....	سادساً: الدراسات السابقة

الفصل الثاني: سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة

27	.....	تمهيد
28	.....	أولاً: السلوك الصحي
28	.....	1. مفهوم السلوك الصحي
29	.....	2. أبعاد السلوك الصحي

29	..... ثانيا: الاختطار
29	..... 1. تعريف الاختطار
30	..... 2. تعريف الاختطار المتعلق بالصحة
31	..... 3. أهداف تقييم الاختطار المتعلق بالصحة
32	..... <u>ثالثا: تعريف سلوك الاختطار المتعلق بالصحة</u>
33	..... <u>رابعا: بعض سلوكات الاختطار المتعلقة بالصحة</u>
33	..... 1. سلوك التدخين
36	..... 2. سلوك شرب الكحول
39	..... 3. سلوك قيادة السيارات
42	..... 4. سلوك قلة النشاط البدني
44	..... ملخص

الفصل الثالث: جودة الحياة

46	..... تمهيد
47	..... <u>أولا: مفهوم جودة الحياة</u>
47	..... 1. تعريف جودة الحياة
49	..... 2. تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة
50	..... <u>ثانيا: مجالات جودة الحياة</u>
50	..... 1. المجال النفسي لجودة الحياة
51	..... 2. المجال البدني
51	..... 3. المجال الاجتماعي
52	..... 4. الرضا عن العيش
52	..... 5. السعادة
53	..... 6. الرفاهية الذاتية

55	.....	ثالثا: مقياس جودة الحياة
55	.....	1. المقياس العامة
55	.....	2. المقياس المتخصصة
56	.....	رابعا: بعض الدراسات التي تبين علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي
58	.....	ملخص

الفصل الرابع: المعتقدات الصحية

60	.....	تمهيد
61	.....	أولا: مفهوم المعتقدات الصحية
61	.....	1. تعريف المعتقد
62	.....	2. تعريف المعتقد الصحي التعويضي
62	.....	ثانيا: نموذج المعتقدات الصحية
63	.....	1. نموذج المعتقدات الصحية العام
67	.....	2. نموذج المعتقدات الصحية التعويضي
69	.....	ثالثا: المعتقدات الصحية و علاقتها بسلوكيات الخطر
70	.....	ملخص

الجانبة التطبيقي

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة و نتائجها

73	تمهيد
74	<u>أولاً: إجراءات الدراسة</u>
74	1. مجال الدراسة
75	2. منهج الدراسة
76	<u>ثانياً: الدراسة الاستطلاعية</u>
76	1. عينتها
76	1.1 خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن
77	2.1 خصائص العينة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي
78	2. أدواتها و كيفية تطبيقه
78	1.2 أدواتها
78	- الأداة الأولى: سلم المعتقدات الصحية التعويضية
82	- الأداة الثانية: سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة
91	- الأداة الثالثة: استبيان سلوك قيادة السيارات
101	- الأداة الرابعة: استبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة
106	2.2 كيفية تطبيقها
106	3. المعالجة الإحصائية
107	<u>ثالثاً: الدراسة الأساسية</u>
107	1. عينتها
107	1.1 وصف العينة و خصائصها
110	2.1 مبررات اختيار العينة
111	2. أدواتها و كيفية تطبيقها
111	1.2 أدواتها

112	.....	2.2 كيفية تطبيقها
112	.....	3. كيفية جمع البيانات الخام
113	.....	4. المعالجة الإحصائية
114	.....	<u>رابعاً: عرض و مناقشة نتائج الدراسة الأساسية</u>
114	.....	1. عرض و تحليل نتائج الدراسة
114	.....	1.1 عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى
114	.....	1.1.أ العلاقة بين محاور جودة الحياة و بين سلوك التدخين
115	.....	1.1.ب العلاقة بين محاور جودة الحياة و بين سلوك شرب الكحول
115	.....	1.1.ج العلاقة بين محاور جودة الحياة و بين سلوك قيادة السيارات
115	.....	1.1.د العلاقة بين محاور جودة الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني
117	.....	2.1 عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية
117	.....	2.1.أ العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين
118	.....	2.1.ب العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول
118	.....	2.1.ج العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات
120	.....	2.1.د العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني
122	.....	2. مناقشة النتائج
122	.....	1.2 مناقشة نتائج الفرضية الأولى
128	.....	2.2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية
132	.....	3.2 المناقشة العامة
134	.....	- خاتمة
134	.....	- اقتراحات
136	.....	- قائمة المصادر و المراجع
		- الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	التعريف
15	جدول رقم 01: إحصائيات الحوادث المدنية عبر الولايات
15	جدول رقم 02: مقارنة حوادث المرور المدنية خلال عشرة أشهر الأخيرة 2006 2007
76	جدول رقم 03: يبين خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن
77	جدول رقم 04: يبين خصائص العينة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي
80	جدول رقم 05: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية
84	جدول رقم 06: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الوظائف البدنية
85	جدول رقم 07: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الدور البدني
85	جدول رقم 08: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الدور الانفعالي
86	جدول رقم 09: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الحيوية
86	جدول رقم 10: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الصحة النفسية
87	جدول رقم 11: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الوظائف الاجتماعية
87	جدول رقم 12: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الألم
88	جدول رقم 13: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الصحة العامة
92	جدول رقم 14: يبين محاور استبيان سلوك قيادة السيارات
95	جدول رقم 15: يبين حساب الصدق الظاهري لمحاور استبيان سلوك قيادة السيارات
97	جدول رقم 16: يبين حساب صدق التكوين لمحور القيادة الخطرة
98	جدول رقم 17: يبين حساب صدق التكوين لمحور القيادة العدوانية
99	جدول رقم 18: يبين حساب صدق التكوين لمحور القيادة العدوانية
102	جدول رقم 19: يبين محاور مقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة
104	جدول رقم 20: يبين حساب الصدق الظاهري لمقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة
108	جدول رقم 21: يبين توزيع الأفراد حسب الولايات التي تم اختيار العينة منها
108	جدول رقم 22: يبين خصائص العينة الأساسية حسب السن
109	جدول رقم 23: يبين خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي
114	جدول رقم 24: يبين العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين
115	جدول رقم 25: يبين العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك شرب الخحول
115	جدول رقم 26: يبين العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك قيادة السيارات
116	جدول رقم 27: يبين العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني

117	جدول رقم 28: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين
118	جدول رقم 29: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول
118	جدول رقم 30: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات
119	جدول رقم 31: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين محاور سلوك قيادة السيارات
120	جدول رقم 32: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني
120	جدول رقم 33: يبين العلاقة سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة

فهرس الأشكال

الصفحة	التعريف
30	شكل رقم 01: الاتجاه الطبي الكلاسيكي في تفسير الانتطار
34	شكل رقم 02: التبعية الدوائية لسلوك التدخين
54	شكل رقم 03: مجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF 36 (انظر ملحق رقم 02)
66	شكل رقم 04: يوضح نموذج المعتقدات الصحية العام
68	شكل رقم 05: يوضح نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

مقدمة:

تحتل مسألة السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة، ليس 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 في فهم الصحة وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي. فأنماط السلوك الصحي تقوم على إجراءات يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها. وهذا يشتمل على الأنماط السلوكية التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها كصفة تميز الفرد ككل، بمعنى اللياقة التي يتمتع بها الفرد وتميزه عن غيره.

فالسلوك الصحي يهدف عامة إلى محاولة التوصل إلى وضع سياسة صحية وقائية من أجل القضاء على مجموعة الأمراض و الأوبئة التي غالباً ما يكون السبب فيها، أحد سلوكيات الاختطار التي تسرع من حدوث هذه المشاكل الصحية. فسلوك الاختطار المتعلق بالصحة هو ذلك السلوك الذي يزيد من احتمالية التعرض للمرض. و هذه السلوكيات كثيرة جداً، و تختلف كيفية القيام بها من فرد لآخر و من مجتمع لآخر.

و لعل من بين سلوكيات الاختطار التي أصبحت منتشرة في العالم بأسره و لا سيما في دول العالم الثالث نذكر: سلوك التدخين، سلوك القيادة الخطرة، سلوك شرب الكحول و سلوك قلة النشاط البدني، حيث أن نتائج هذه السلوكيات أصبحت مبهرة بالكم الهائل من الأمراض و الإعاقات التي تنجم عنها سواء على المدى القريب أو البعيد، هذا خاصة أن اعتمادها الفرد كنمط حياة يعتاده يومياً دون التفكير في مدى الضرر الذي سيلحق به جراء مثل هذه السلوكيات التي تعتبر عالية على حياة الفرد من جميع الجوانب (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية و حتى العقائدية).

و يظهر ضرر مثل هذه السلوكيات خاصة عندما تتدهور جودة الحياة المتعلقة بالصحة التي يمتاز بها كل فرد جراء نمط الحياة التي يعتمد عليه من خلال اختياره لمثل هذه السلوكيات. و قد برز هذا مفهوم جودة الحياة المتعلقة بالصحة بشكل كبير في المجال الصحي، حيث يدمج تحت هذا المجال جوانب موضوعية(مثل ظروف الحياة الوظيفية و الصحية)، و جوانب ذاتية (مثل الارتياح، السعادة و الرفاه). و عليه فإن جودة الحياة المتعلقة بالصحة تهتم بالصحة البدنية

للفرد، و حالته النفسية، و علاقاته الاجتماعية، و علاقته مع بيئته. و هذا ما يحدد المجالات التي يهتم بها هذا المفهوم، و هي على العموم: الوظائف البدنية، الدور البدني، الألم، الصحة العامة، الحيوية، الوظائف الاجتماعية، الدور الانفعالي، الصحة أو الحالة النفسية.

و ما هو ملاحظ كذلك، أن تدهور جودة حياة الفرد إنما راجع إلى كيفية اعتقاد الفرد حول مدى حساسية أو خطورة سلوك ما على صحته، و هذا ما يجعل النظر إلى هذه السلوكيات بطريقة مختلفة من طرف الأفراد. و بهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد و استجاباتهم للمثيرات المختلفة، خاصة إذا تعلق الأمر بالسلوك الصحي الوقائي الذي يعتبر محور النماذج النظرية التي تتطرق إلى دراسة المعتقدات الصحية.

و في هذا الإطار جاء مفهوم المعتقد الصحي التعويضي، أين يصبح الفرد يعتقد انه يستطيع أن يعوض سلوك خطر بسلوك آخر دون التخلص من السلوك الأول، إذ انه غالبا ما يكون السلوك المعوض به سلوك خطر في حد ذاته، و هذا ما يزيد من نسبة الاختطار .

و في هذا الإطار تناولنا الدراسة الحالية بهدف معرفة أو الكشف عن نوع العلاقة بين سلوكيات الخطر و بين كل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية، هل هي دالة أم غير دالة؟. و تبرز أهمية اختيار هذه المتغيرات، من حيث محاولة لفت الانتباه لها من اجل وضع سياسات وقائية تعتمد على مثل هذه المتغيرات، من خلال وضع برامج لتغيير مثل هذه السلوكيات الغير صحية بالاعتماد على متغيرات حديثة مثل جودة الحياة و المعتقدات الصحية.

و قد واجهت الطالبة الباحثة صعوبات عديدة لانجاز هذه الدراسة و الوصول إلى أهدافها، منها قلة المراجع أو بالأحرى ندرتها في هذا الموضوع، و لذلك تم إعداد هذا البحث في حدود اطلاع الطالبة الباحثة من خلال ما تم الحصول عليه من معلومات، إضافة إلى صعوبة الحصول على العينة بالطرق المنهجية الصحيحة، إضافة إلى مشكلة صعوبة إيفهام بعض أفراد العينة لبنود الاستبيان خاصة الأميين منهم، و كذلك وجدنا صعوبة من حيث استرداد الاستمارات المقدمة لأفراد العينة.

و قد تضمنت هذه الدراسة جانبين؛ جانب نظري و جانب تطبيقي :

- حيث تم التناول في الجانب النظري : إشكالية البحث، أهداف و أهمية الدراسة، التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث، و الفرضيات، و كذلك التطرق الى بعض الدراسات السابقة التي تمكنا من الحصول عليها. بالإضافة إلى ذلك هناك ثلاثة فصول : فصل خاص بسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (الفصل الثاني) تناولنا فيه : مفهوم السلوك الصحي، مفهوم الاختطار، تعريف سلوك الاختطار المتعلق بالصحة، و أخيرا بعض سلوكيات الاختطار المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات و قلة النشاط البدني). أما الفصل الثالث فكان حول جودة الحياة، و تضمن ما يلي : مفهوم جودة الحياة، مجالاتها، مقاييس جودة الحياة، و بعض الدراسات التي تبين علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي. أما الفصل الرابع فكان حول المعتقدات الصحية، و تضمن : مفهوم المعتقدات الصحية، نموذج المعتقدات الصحية، و أخيرا المعتقدات الصحية و علاقتها بسلوكيات الخطر.

- أما الجانب الميداني فتضمن فصل بعنوان إجراءات الدراسة و مناقشة نتائجها، و تضمن : إجراءات الدراسة(مجال الدراسة، منهج الدراسة)، الدراسة الاستطلاعية(عينتها، أدواتها و كيفية تطبيقها، المعالجة الإحصائية)، الدراسة الأساسية (عينتها، أدواتها و كيفية تطبيقها، كيفية جمع البيانات الخام و المعالجة الإحصائية)، و كذلك تضمن عرض و مناقشة نتائج الدراسة. و استكملت الدراسة بخاتمة و مجموعة من التوصيات و الاقتراحات.

الإطار النظري و
المفاهيمي للدراسة

الفصل الأول

- أولاً: مشكلة الدراسة.
- ثانياً: فرضيات الدراسة.
- ثالثاً: أهمية الموضوع.
- رابعاً: أهداف الدراسة.
- خامساً: تعريفات الدراسة الإجرائية.
- سادساً: الدراسات السابقة.

أولاً: مشكلة الدراسة:

يهدف السلوك الصحي بالدرجة الأولى إلى الحفاظ على صحة الفرد و ترفيتها إلى أعلى مستوياتها، فهو كل سلوك من شأنه أن يحمي الفرد من خطر الإصابة بالأمراض أو بتدهور الصحة بمختلف جوانبها، و يعرفه سرافينو Sarafino بأنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة". (عثمان يخلف، 2001)، و عليه فإن كل سلوك يساهم في انخفاض المستوى العام للصحة من بعيد أو من قريب يعتبر سلوك خطر على الصحة **Health-Risk Behavior**.

و يعرف سلوك الخطر المتعلق بالصحة كل سلوك محفوف بالمخاطر و الذي يعتمد على جميع الممارسات التي تشكل خطراً على الصحة العقلية والجسدية للأفراد، حيث أن بعض هذه السلوكيات يمكن أيضاً أن تؤثر سلباً على صحة الآخرين. (Entreprise & Prévention ، 2004) ففي الآونة الأخيرة أصبحت مثل هذه السلوكيات منتشرة بشكل كبير، و خير دليل على ذلك ارتفاع نسبة الأمراض في كل المجتمعات (فمثلاً ارتفاع نسبة الإصابة بسرطانات الرئة الناتجة غالباً عن سلوك التدخين، حيث يبلغ عدد المدخنين في العالم حالياً حوالي 1.3 بليون نسمة، ويتوقع أن يرتفع هذا العدد لأكثر من 1.7 بليون شخص بحلول عام 2025 م، و عليه زيادة نسبة الخطر بالإصابة بأحد السرطانات الناتجة عن مثل هذا السلوك).
(الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين، 2004)

وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات بدأت تتناقص في الدول ذات الدخل العالي ، إلا أنها لا تزال في ارتفاع مستمر في الدول ذات مستوى دخل الفرد المنخفض و المتوسط ، و هذا بالتقريب حال جميع الدول المصنفة ضمن ما يعرف بدول العالم الثالث، التي أصبحت المشاكل الصحية فيها تشكل عبئاً عليها من الناحية الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، النفسية و حتى من الناحية الإنسانية. فجل هذه المشاكل إنما يعود مصدرها إلى مجموعة السلوكيات الغير الصحية (سلوكيات خطر على الصحة) التي يعتمد عليها الأفراد خلال حياتهم اليومية، دون الانتباه إلى مدى خطورتها على صحتهم، حيث تظهر هذه الخطورة على المدى القريب أو البعيد.

و الجزائر إحدى دول العالم الثالث التي تعاني كغيرها من الدول الأخرى من هذا النوع من المشاكل الصحية، إذ لوحظ في السنوات الأخيرة أن نسبة هذه المشاكل في تزايد مستمر رغم الجهود التي تبذلها الجهات المختصة للقضاء على مثل هذه العوائق، و هو ما قاد الطالبة

الباحثة إلى التفكير في مثل هذا الموضوع، و هو دراسة لسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة، و النظر إليها من ناحية أخرى (جودة الحياة و المعتقدات الصحية)، بهدف محاولة إيجاد بعض المنافذ للتقليل من مثل هذه السلوكيات. و اختارت الطالبة الباحثة من بين هذه السلوكيات كل من: سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول، سلوك قيادة السيارات، و قلة النشاط البدني، و ذلك للملاحظة الميدانية التي توصلت إليها الطالبة الباحثة حول ارتفاع نسب هذه السلوكيات في مجتمعنا الجزائري، فمثلا:

سلوك التدخين: جاء في دراسة قام بها البروفسور **سليم نفطي** رئيس قسم الأمراض الرئوية بمستشفى مصطفى باشا - الجزائر العاصمة - سنة 2008، و التي عرض نتائجها على الصحافة الوطنية، يوم 06 جويلية 2008 و جد أن 15 000 شخص يموت سنويا جراء التدخين في الجزائر، من بينهم 7000 شخص يموتون بعد إصابتهم بذبحة قلبية، و 4000 منهم يموتون بسرطان الرئة و 2000 منهم جراء أمراض أخرى ناتجة عن التدخين، كما أضاف أن 20000 حالة جديدة من السرطان تسجل كل عام. كما أن استهلاك التبغ هو السبب الرئيسي للوفيات في الجزائر. (وسيلة بن حامد، 2008)

سلوك شرب الكحول: تتسبب الكحول في حدوث مليوني حالة وفاة سنويا كان يمكن تفادي معظمها، كما أن سلوك شرب الكحول خاصة و إن وصل درجة الإدمان مسؤول عن الإصابة بـ60 نوعا من الأمراض والإصابات. فتقديرات منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن ما بين 20% و 30% من الإصابات بسرطان المريء وسرطان الكبد وتليف الكبد، وحوادث القتل، والصرع، وحوادث السيارات له علاقة بإدمان الكحول. كما أن شرب الكحول يعتبر أحد العوامل المؤدية إلى الإصابة بأمراض القلب التي تعد من بين الأسباب الرئيسية للوفيات في العالم. (إريكا غيبيل، 2008/10/24)

سلوك قيادة السيارات : ما لاحظته الطالبة الباحثة أن هناك ارتفاع في حوادث المرور بشكل كبير في السنوات الأخيرة بالرغم من الأمن المصخر من طرف السلطات المختصة و حملات التوعية الكثيرة و المتعددة في الجزائر. و هذا لدليل على أن السلوك المعتمد في القيادة عند معظم الأفراد في الجزائر هو سلوك خطر بالنسبة للسائقين و الراجلين على حد سواء، و حسب الإحصائيات المقدمة من طرف القيادة العامة للدرك الوطني الجزائري، فرع آمن الطرقات، فإنه:

الولاية	الحوادث	الوفيات	الجرحي
الجزائر	1288	110	1324
باتنة	777	176	1348
وهران	852	102	1283
تمنراست	108	20	177

جدول رقم 01: إحصائيات الحوادث المدنية عبر الولايات انظر ملحق رقم 01

الحصيلة	الحوادث	الوفيات	الجرحي
عشرة (10) أشهر 2006	20328	2849	34867
عشرة (10) أشهر 2007	20450	2852	35226
الفارق	122+	03+	359+
	00.60+	00.11+	01.03+

جدول رقم 02: مقارنة حوادث المرور المدنية خلال عشرة أشهر الأخيرة 2006 - 2007

إن هذه الأعداد لحالات الوفيات و الجرحى، و التي هي في تزايد مستمر، بالرغم من كل الجهود المكثفة للتقليل من هذه الكوارث، تمثل إشكالية في حد ذاتها، أين يكون سلوك السائق في جل الأحيان هو المسبب الرئيسي لمثل هذه الحوادث، حيث ترجع معظمها إلى: السرعة المفرطة، فقد السيطرة، التجاوز الخطير، عدم احترام مسافة الأمان... الخ. انظر الملحق رقم 1

قلة النشاط البدني: حذرت منظمة الصحة العالمية على أن سلوك قلة النشاط البدني قد يكون من بين عشر الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز في جميع أنحاء العالم. ومن الجدير بالذكر أن مستويات انعدام النشاط البدني آخذة في الارتفاع في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء،

إلا أن نطاق المشكلة في بلدان العالم النامي أكبر بكثير، حيث تدخل الجزائر ضمن مجموعة هذه الدول. (la direction générale de la santé à Genève).

ومن أخطار قلة النشاط البدني أو انعدامه نذكر ما يلي :

1. السكري .
2. سرطان القولون وسرطان الثدي؛ حيث ثبت أن قلة النشاط تتسبب بما نسبته 10-16% من هذه الحالات (منظمة الصحة العالمية).
3. أمراض القلب .
4. ارتفاع ضغط الدم، والاضطرابات الشحمية .
5. ارتفاع نسبة الكوليسترول والشحم الثلاثي في الدم .
6. التهاب المفاصل وهشاشة العظام .
7. البدانة .
8. التوتر والعصبية وحدة المزاج .

أما من الناحية النفسية فتؤدي قلة الحركة أو انعدامها إلى شعور المرء بالاكئاب والقلق والإحباط والانطواء. (الكاتب المشرف العام، 2008/08/31).

فانتشار مثل هذه المضاعفات الصحية و النفسية الناتجة عن مثل هذا السلوك في الدول النامية على وجه الخصوص على غرار الجزائر، أدى بها إلى الإسراع في التفكير إلى إيجاد حلول للتقليص أو القضاء على مثل هذه المشاكل، مما أصبحت تمثل إشكالية عامة تحتاج إلى إيجاد حلول من جميع الجوانب (الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية ، النفسية، و حتى الثقافية) . و هو ما أدى بالطالبة الباحثة إلى اختيار مثل هذا السلوك من بين جملة كبيرة من سلوكيات الخطر المنتشرة في مجتمعنا الجزائري.

و السلوكيات المذكورة آنفا تختلف كيفية القيام بها، أو كيفية النظر إليها على أنها سلوكيات خطر من شخص لآخر على حسب معتقداتهم حول صحتهم و كذلك انتماءاتهم و إحساساتهم، دون أن ننسى جودة الحياة التي يمتاز بها كل فرد عن الآخر، و مدى تأثير هذه السلوكيات على هذه الأخيرة. و هو ما يجعل من الصعب على الباحثين تعميم نفس النصائح أو الدراسات أو

حتى العلاجات على كل الأفراد. باختلاف المعتقدات الصحية للأفراد، و كذلك تتوع جودة الحياة الصحية عند كل واحد منهم، يجعل المفاهيم العامة لسلوكات الخطر المتعلقة بالصحة غير محددة بشكل عام. و هو ما أدى بالطالبة الباحثة إلى التفكير في إلقاء الضوء على مثل هذه المعطيات، و على مدى تأثيرها على السلوك.

أو بشكل آخر هل لسلوكات الخطر المتعلقة بالصحة علاقة مع كل من المعتقدات الصحية و جودة الحياة؟. هذا دون أن ننسى أن قلة هذا النوع من البحوث (على حد علم الطالبة) في الجزائر يعتبر في حد ذاته إشكالية لابد من الخوض فيها و إزالة و لو جزء من الغموض فيها. و عليه كانت تساؤلات الدراسة المقترحة من طرف الطالبة الباحثة كالتالي :

1. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة و جودة الحياة لدى أفراد العينة.

2. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة و المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

ثانياً: فرضيات الدراسة:

من خلال تساؤلات البحث التي قدمتها الطالبة الباحثة، كانت توقعات الإجابة على هذه التساؤلات في الفرضيات التالية :

1. نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة و بين جودة الحياة لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك التدخين و بين جودة الحياة لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك شرب الكحول و بين جودة الحياة لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك قيادة السيارات و بين جودة الحياة لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك قلة النشاط البدني و بين جودة الحياة لدى أفراد العينة.

2. نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة و بين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك التدخين و بين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك شرب الكحول و بين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك قيادة السيارات و بين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوك قلة النشاط البدني و بين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

ثالثا: أهمية الموضوع:

تبرز أهمية الدراسة المقترحة من طرف الطالبة الباحثة في :

• معرفة بعض الجوانب الحياتية التي أصبحت تقريبا متكررة باستمرار : منها التدخين، قلة النشاط البدني، و سلوك قيادة السيارات المتهور و سلوك شرب الكحول، و التطرق إليها كسلوكات خطر تؤثر على الصحة و ليس كظواهر عامة.

• مدى تأثير سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة على جودة الحياة عند الفرد، و التي من الواجب على الفرد تغييرها من اجل الحفاظ على صحته، بل على حياته ككل.

• أهمية العلاقة المزدوجة بين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة و بين معتقدات الفرد الصحية، التي تختلف من شخص لآخر، و بالتالي إن فهم سلوك الخطر ضمن هذه المعتقدات و الأبعاد سيساهم في مساعدة الباحثين و المؤسسات المختصة (حكومية أو خاصة) في إيجاد بعض الحلول الممكنة للحد من انتشار مثل هذه السلوكات.

و لذا فإن الطالبة الباحثة ستتطرق إلى بعض العناصر و المتغيرات فقط حول هذا الموضوع، نظرا لأهمية البحث و ذلك وفقا للأهداف المرجوة تحقيقها.

رابعاً: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة المقترحة من طرف الطالبة الباحثة إلى :

1. إيجاد العلاقة بين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة و جودة الحياة لدى أفراد العينة.
2. إيجاد العلاقة بين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة و المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

خامساً: تعريفات الدراسة الإجرائية:

1 سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة: و هي مجموعة السلوكات التي يمكن أن تؤثر سلباً على صحة الفرد الجسدية و/أو النفسية، و هي درجات أفراد عينة البحث على استبيان سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة المقدم و المعد من طرف الطالبة الباحثة، حيث كلما زادت الدرجة على سلوك معين زادت نسبة خطر هذا السلوك.

2 التدخين: و المقصود به في هذه الدراسة هو سلوك تدخين السجائر (تبغ)، و الذي استدللت عليه الطالبة الباحثة من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على استبيان سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة المعد من طرفها.

3 الكحول: و المقصود به في هذه الدراسة هو سلوك شرب المشروبات الكحولية (سواء إلى حد الإدمان أو عدم الإدمان)، و الذي استدللت عليه الطالبة الباحثة من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على استبيان سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة المعد من طرفها.

4 قلة النشاط البدني: و المقصود به في هذه الدراسة هو سلوك عدم القيام بأي نشاط حركي من شأنه أن يزيد من دقات القلب و يحافظ على صحة الإنسان *Sédentarité* ، و الذي استدللت عليه الطالبة الباحثة من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على استبيان سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة المعد من طرفها.

5 قيادة السيارات: و نقصد به في هذه الدراسة هو سلوك قيادة السيارات الذي يمثل خطراً سواء على حياة السائق أو حياة الراجلين. و الذي استدللت به الطالبة الباحثة من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على استبيان سلوك قيادة السيارات المعد من طرفها، حيث كلما ارتفعت الدرجات على هذا الاستبيان كلما زاد سلوك الخطر.

6 **جودة الحياة:** و نقصد بها هنا جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و هي إدراك الفرد لمكانته في الحياة. ضمن الإطار الثقافي، النفسي و الصحي والنظام القيمي الذي يعيش فيه، وعلاقته بأهدافه وآماله و توقعاته، معاييرِه وانشغالاته، و هي الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (Health Quality of life SF 36 V2)، المقدم من طرف منظمة الصحة العالمية باللغة الفرنسية و الذي تمت ترجمته إلى اللغة العربية من طرف الطالبة الباحثة.

7 **المعتقدات الصحية:** و يقصد بها المعتقدات الصحية التعويضية، و هو الاعتقاد انه بالإمكان تعويض سلوك خطر بسلوك آخر مع استمرار السلوك الأول (سلوك الخطر)، و بالتالي يصح سلوك الخطر و يصبح غير مضر. و هو ما استدلت به الطالبة الباحثة من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على سلم المعتقدات الصحية التعويضي (The compensatory health beliefs questionnaire) و المقدم من طرف Barbel Knauper et Marjorie Rabiau باللغة الفرنسية و الذي تمت ترجمته إلى اللغة العربية من طرف الطالبة الباحثة.

سادسا: الدراسات السابقة

حاولنا في هذا الإطار نلم قدر الإمكان بمجموعة من الدراسات السابقة التي تكون لها علاقة بصفة كلية أو جزئية بموضوع دراستنا، إلا أننا و على حد علمنا لم نجد أي دراسة تجمع متغيرات الموضوع بشكل واضح وصريح، في حين وجدنا بعض الدراسات مست بعض جوانب الدراسة المقدمة من طرفنا، و ربما هذا يرجع إلى حداثة التخصص علم النفس الصحة و حداثة المواضيع التي يتطرق إليها، حيث أن البحوث لا تزال قائمة و في تطور مستمر لتوضيح مدى أهمية هذا الاختصاص.

1. الدراسات المتعلقة بجودة الحياة و علاقتها بسلوكيات الخطر:

1.1- جودة الحياة و علاقتها بسلوك التدخين:

في دراسة أجراها كل من تارا ، اوكورو كاترين و مقداد علي و آخرون (Strine Tara W. ; Okoro Catherine A. ; Chapman Daniel P.; Balluz Lina S. ; Ford Earl S. ; Ajani Umed A; Mokdad Ali H.)، حول جودة الحياة المتعلقة بالصحة و سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة عند المدخنين، و ذلك في الفترة ما بين 2001 - 2002 ، حيث أن الدراسة استمرت إلى غاية 2004، و كان الهدف منها هو البحث عن العلاقة بين آثار الصحة الجسمية عند المدخنين و بين كل من جودة الحياة المتعلقة بالصحة و السلوكيات الصحية. و اعتمدوا في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي، مستعينين على أدوات بحث مخصصة لغرض الدراسة ألا و هي: نظام متابعة عوامل الخطر Risk Factor Surveillance System (BRFSS)، و سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و ذلك على عينة مدخنين تراوح عددهم حوالي ن= 82918 فرد بمستوى عمري اكبر من أو يساوي 18 سنة، حيث اختيروا من مجموعة نواحي (الولايات المتحدة، قيام، بيرتو ريكو و اسلندا United States, Guam, Puerto Rico, and the Virgin Islands) . و كانت نتائج هذه الدراسة:

- جودة حياة ضعيفة عند المدخنين مقارنة بأولئك الذين لا يدخنون، أي انه توجد علاقة بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين.
 - وجود علاقة ارتباطيه بين سلوك التدخين و بين سلوك شرب الكحول (من خلال نظام متابعة عوامل الخطر).
 - ملاحظة أن لسلوك التدخين علاقة بالمدى العمري للإنسان، و تتطلعوا إلى محاولة إثبات العلاقة بينه و بين النوم و بين سلوك قلة النشاط البدني. (Strine Tara, 2005)
- ↪ من خلال هذه الدراسة نلاحظ أنها تلم بجانب واحد من موضوع الدراسة المقدمة من طرفنا، حيث كانت أوجه الشبه في الهدف من إيجاد العلاقة بين سلوك التدخين و بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة، كما أن هذه الدراسة اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي، و هو نفس المنهج الذي اتبعناه خلال هذه الدراسة، و كذلك استعمال مقياس جودة الحياة المتعلق بالصحة. أما أوجه الاختلاف فتمثلت في نوع العينة، حيث كانت العينة المختارة من طرفهم هي عبارة عن عينة مدخنين عرضية من كلا الجنسين، في حين العينة المختارة في دراستنا هي عينة قصدية

يشترط أن تتوفر فيها شروط معينة، هذا دون أن ننسى أن خصائص العينة المختارة من طرفهم من حيث مكان اختيارها و عاداتها و تقاليدها تختلف تماما عن خصائص المجتمع الجزائري.

1.ب- جودة الحياة و علاقتها بسلوك النشاط البدني:

في دراسة أجراها كل من جانا، بيترسون، جون، اندرو و آخرين (Jana J. Peterson, John B. Lowe, N. Andrew Peterson and Kathleen F.)، حول العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين الحياة النشطة *active living*، و ذلك سنة 2003، و كان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الحياة النشطة و بين الخصائص و الوظائف الجسدية المعبر عنها من خلال سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال محوري الوظائف البدنية و الدور البدني. و اعتمدوا في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي، مستعينين على أدوات بحث مخصصة لغرض الدراسة ألا و هي: سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF36، استبيان النشاط البدني لصاحبه بايك (Baecke *et al.*, 1982)، و ذلك على عينة مكونة من حوالي ن= 407 فرد بمستوى عمري بين 25-88 سنة حيث 57 % من أفراد العينة إناث. و كانت من بين أهم نتائج هذه الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية بين متغير الحياة النشطة و بين كل من الدرجات المتحصل عليها من خلال محوري الوظائف البدنية و الدور البدني على سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF32 (Jana J).V2 (2005)

↔ من خلال هذه الدراسة نلاحظ أنها تلم بجانب واحد من موضوع الدراسة المقدمة من طرفنا، حيث كانت أوجه الشبه في الهدف من إيجاد العلاقة بين سلوك قلة النشاط البدني و بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة، كما أن هذه الدراسة اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي، و هو نفس المنهج الذي اتبعناه خلال هذه الدراسة.

أما أوجه الاختلاف فتمثلت في نوع العينة، حيث كانت العينة المختارة من طرفهم هي عبارة عن عينة عرضية من كلا الجنسين، في حين العينة المختارة في دراستنا هي عينة ذكور قسدية يشترط أن تتوفر فيها شروط معينة، هذا دون أن ننسى أن خصائص العينة المختارة من طرفهم من حيث مكان اختيارها و عاداتها و تقاليدها تختلف تماما عن خصائص المجتمع الجزائري. كما أنهم اعتمدوا في دراستهم على محورين فقط من سلم جودة الحياة المتعلق بالصحة، في حين اعتمدنا نحن على جميع محاوره.

2. الدراسات المتعلقة بالمعتقدات الصحية و علاقتها بسلوكيات الخطر:

المعتقدات الصحية و علاقتها بسلوك شرب الكحول:

في دراسة أجراها كل من ارتير، بليم، لوستيتر و آخرون (Arthur W. Blume, Ph.D., Ty W. Lostutter, B.S., Karen B. Schmaling, Ph.D., and G. Alan Marlatt, Ph.D.)، حول المعتقدات الصحية المتعلقة بسلوك شرب الكحول و النتائج المترتبة عنها، و ذلك سنة 2003، و كان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الفعالية الذاتية و بين النتائج المترتبة عن سلوك شرب الكحول بالاعتماد على نموذج المعتقدات الصحية العام، مستعينين على أدوات بحث مخصصة لغرض الدراسة ألا و هي: DSM-IV و ذلك للكشف عن خصائص الإدمان على الكحول، مقياس الكحول الذي يظهر النتائج الحالية the DrInC-R Inventory of Consequences-Recent لمؤسسيه (Miller, Tonigan & Longabaugh 1995)، و مقياس التقدير الذاتي the Losses of Significance Self-report Questionnaire-Revised LOSS-QR لمؤسسيه (Blume & Marlatt 2000)، و ذلك على عينة مكونة من حوالي ن= 113 مشارك بمتوسط حسابي = 29.64 و انحراف معياري= 9.07، أغلبيتهم ذكور 67 % من أفراد العينة إناث. و كانت من بين أهم نتائج هذه الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية ايجابية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية و بين سلوك شرب الكحول. (Arthur W، 2003)

من خلال هذه الدراسة نلاحظ أنها تلم بجانب واحد (جزء صغير) من موضوع الدراسة المقدمة من طرفنا، حيث كانت أوجه الشبه في دراسة سلوك شرب الكحول ضمن نموذج المعتقدات الصحية. و هو الشبه الوحيد بين الدراستين، إلا انه لا يحيط بالهدف الأساسي من دراستنا و الذي يبحث في سلوك شرب الكحول ضمن نموذج المعتقدات الصحية التعويضية، و هذا ما يجعل هذه الدراسة يتخللها نوع من النقص في الاعتماد عليها.

أما أوجه الاختلاف فتمثلت في نوع العينة، حيث كانت العينة المختارة من طرفهم هي عبارة عن عينة عرضية من كلا الجنسين، في حين العينة المختارة في دراستنا هي عينة ذكور قصدية يشترط أن تتوفر فيها شروط معينة، هذا دون أن ننسى أن خصائص العينة المختارة من طرفهم من حيث مكان اختيارها و عاداتها و تقاليدتها تختلف تماما عن خصائص المجتمع الجزائري.

و في دراسة أخرى أجراها كل من ليسلي، اليسون و كريستوفر ([P. Allison Minugh](#), [Christopher Rice](#), [Leslie Young](#))، حول الجنس، المعتقدات الصحية، السلوك الصحي و سلوك شرب الكحول، سنة 1990، هدفها الأساسي اختبار مدى فعالية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقدات الصحية مع مراعاة الفروق بين الجنسين، مستعينين على أدوات بحث مخصصة لغرض الدراسة ألا و هي: قياس استهلاك الكحول عن طريق طرح أسئلة دقيقة و محددة حول كمية و تكرار استهلاك الكحول خلال الأسبوعين الأخيرين، مقياس حول المعتقدات الصحية the NHIS survey الذي يعرف كذلك بمقياس الصحة العام. و ذلك على عينة مكونة من حوالي ن = 41104 مشارك حيث أن 58 % من أفراد العينة إناث بمتوسط حسابي = 46.1، و بمتوسط حسابي = 44.1 بالنسبة للذكور. و كانت من بين أهم نتائج هذه الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك استهلاك الكحول و بين نموذج المعتقدات

الصحية مع ملاحظة بعض الفروق بين الجنسين. (Allison Minugh, 1998)

↪ من خلال هذه الدراسة نلاحظ أنها تلم بجانب واحد (جزء صغير) من موضوع الدراسة المقدمة من طرفنا، حيث كانت أوجه الشبه في دراسة سلوك شرب الكحول ضمن نموذج المعتقدات الصحية مع ملاحظة أن الدراسة المقدمة من طرفهم ركزت على مدى أهمية الفروق بين الجنسين. و هو الشبه الوحيد بين الدراستين، إلا انه لا يحيط بالهدف الأساسي من دراستنا و الذي يبحث في سلوك شرب الكحول ضمن نموذج المعتقدات الصحية التعويضية، و هذا ما يجعل هذه الدراسة يتخللها نوع من النقص في الاعتماد عليها.

أما أوجه الاختلاف فتمثلت في نوع العينة، حيث كانت العينة المختارة من طرفهم هي عبارة عن عينة عرضية من كلا الجنسين، في حين العينة المختارة في دراستنا هي عينة ذكور فقط قصدية يشترط أن تتوفر فيها شروط معينة، هذا دون أن ننسى أن خصائص العينة المختارة من طرفهم من حيث مكان اختيارها و عاداتها و تقاليدتها تختلف تماما عن خصائص المجتمع الجزائري.

الفصل الثاني

سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة

تمهيد

أولاً: السلوك الصحي

1. مفهوم السلوك الصحي
2. أبعاد السلوك الصحي

ثانياً: الاختطار

1. تعريف الاختطار.
2. تعريف الاختطار المتعلق بالصحة.
3. أهداف تقييم الاختطار المتعلق بالصحة

ثالثاً: تعريف سلوك الاختطار المتعلق بالصحة

رابعاً: بعض سلوكات الاختطار المتعلقة بالصحة

1. سلوك التدخين
2. سلوك شرب الكحول
3. سلوك قيادة السيارات
4. سلوك قلة النشاط البدني

ملخص.

تمهيد

اعتبرت جميع الشعوب السلوك الإنساني منذ القدم من أعقد و أهم المفاهيم التي لطالما بحث فيها العديد من العلماء و الباحثين في شتى المجالات، حيث أنه كلما حدث تطور أو تغير في معالم هذه المجتمعات كلما اختلف السلوك و تعقد أكثر، لذلك اهتمت به الكثير من العلوم و على رأسها العلوم الإنسانية التي تبحث في جوهرها الأساسي حول كيفية فهم السلوك الإنساني، و لعل من أهم هذه العلوم التي بحثت في هذا المجال هي علم النفس بجميع فروعها.

و يعرف السلوك على أنه: "كل نشاط يقوم به الجسم، بل كل حركة يؤديها الجسم سواء تلك التي نشعر بها أو لا نشعر بها، فدقات القلب و تحرك أي عضلة تعتبر سلوك، والنشاط الذهني سلوك... الخ، وإمكانية التغير والتحكم في السلوك هي هدف التحليل السلوكي". (عبد العزيز الدخيل، 1994). و بهذا فإن الأنماط السلوكية تختلف من فرد لآخر، و من مجتمع لآخر.

و من بين الأنماط السلوكية التي أصبح لها وزنها الثقيل من حيث الاهتمام، هي تلك السلوكيات التي تتعلق بصحة الإنسان لما أصبح لها من تأثير على حياة الأفراد و بيئتهم، و اقتصاد البلاد، و حتى ثقافتهم. و تعرف الصحة حسب منظمة الصحة العالمية، أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً و عقلياً واجتماعياً، وليس مجرد غياب المرض أو العجز".

و لكن حالة الاكتمال هذه من الصعب أن تتحقق، و هذا راجع للمتغيرات البدنية و النفسية و الاجتماعية التي تطرأ على حياة الإنسان، و التي يغير سلوكه و فقها، و بالتالي يصبح يتصرف تماشياً مع متطلبات العصر، و من هنا تتراجع سلوكياته التي يعتمد عليها للحفاظ على صحته، و تصبح من سلوكيات صحية إلى سلوكيات خطيرة تضر بالصحة.

أولاً: السلوك الصحي

تحتل مسألة السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة، ليس 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 في فهم الصحة وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي.

1. تعريف السلوك الصحي:

يعرفه سرافينو Sarafino بأنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة".
(عثمان يخلف، 2001).

و يعرفه نولدنر Noeldner : "كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد".

فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها. وهذا يشتمل على الأنماط السلوكية التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها كصفة تميز الفرد ككل، بمعنى اللياقة التي يتمتع بها الفرد وتميزه عن غيره.

ويشير تروشكه Troschker وآخرون إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي وهي:

- أ- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة: كالسن، الجنس، المعارف، الاتجاهات ... الخ.
- ب- العوامل المتعلقة بالمجتمع: كالتعليم، المهنة، الدعم الاجتماعي، وتوقعات السلوك ... الخ.
- ج- العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى البلديات: بمعنى سهولة الوصول إلى المراكز الصحية والتثقيف الصحي ... الخ
- د- العوامل الاجتماعية عموماً: كالعقائد والقيم، الأنظمة القانونية ... الخ.

هـ - عوامل المحيط المادي: كالطقس والطبيعة ... الخ.
(سامر رضوان، 2007.7.24)

2. أبعاد السلوك الصحي:

للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية هي:

1.2- البعد الوقائي:

ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

2.2- بعد الحفاظ على الصحة:

ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوص بها.

3.2- بعد الارتقاء بالصحة:

ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم... الخ. (عثمان يخلف، 2001)

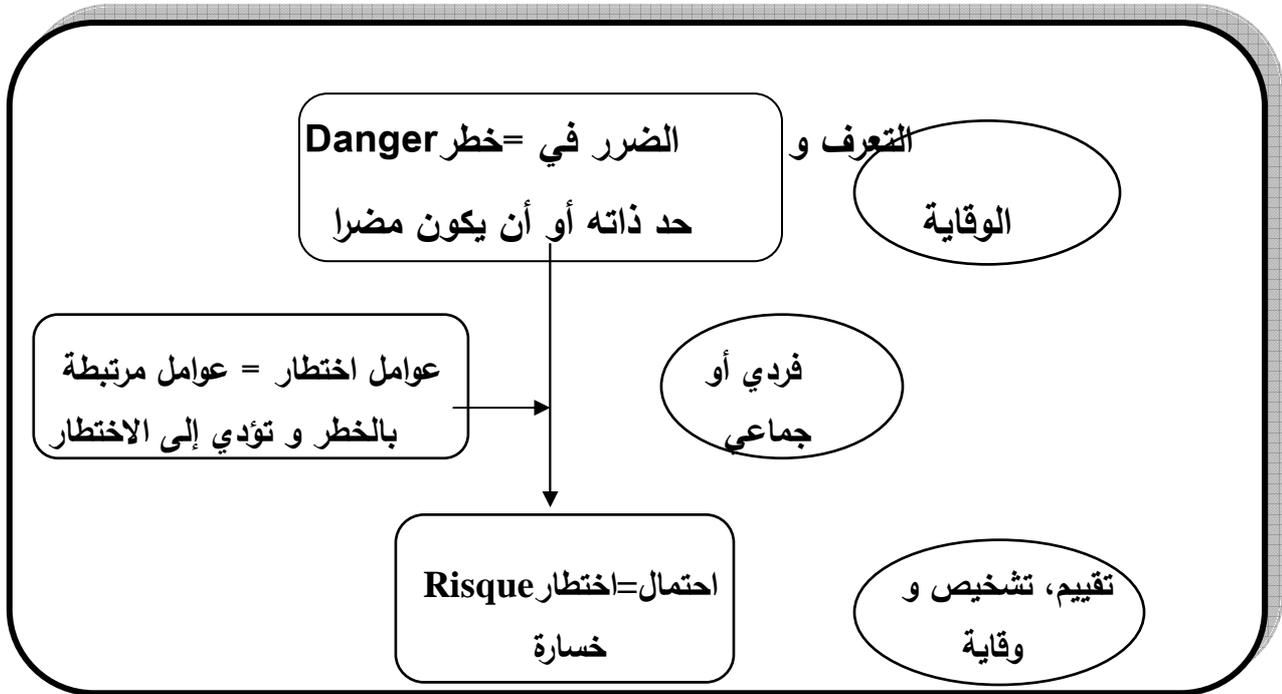
ثانيا: الاختطار Risque

يعتبر مفهوم الاختطار مفهوما غير واضحا Flou عند الكثيرين، و هذا راجع إلى اختلاف تحديد هذا المفهوم من مجال إلى آخر. حيث أن معظم الأفراد يسلكون سلوكيات خطيرة على حياتهم دون الوعي بمدى خطورة هذه السلوكيات، و هذا راجع إلى مدى إدراكهم لمفهوم الخطر.

1. تعريف الاختطار:

يعرف الاختطار Risque في معظم المعاجم على أنه: " خطر محتمل Danger éventuel يمكن التنبؤ به على الأقل".

➤ أما الاتجاهات الكمية، فهي ترى أنه لا يوجد اختطار بكل معنى الكلمة، و لكن هناك احتمال وجود اختطار، فالاختطار هو احتمال ظهور حدث أو خسارة في أي موضوع و الذي يكون المسبب فيه مجموعة عوامل اختطار *Facteurs de risques* فردية أو جماعية، و التي بدورها تحدد نوع هذا الاختطار. (Yves Coppieters, 2004). انظر الشكل رقم - 1 -



شكل رقم 01: الاتجاه الطبي الكلاسيكي في تفسير الاختطار Risque

أما العلوم الإنسانية فقد أضافت عدة محاور لمفهوم الاختطار، فعلم النفس لا يتجه في مفاهيمه إلى الاختطار، بل إلى " فرد معرض للاختطار *Personne à risque* "، أي أن الفرد يمثل بحد ذاته عامل مضعف يمكن أن يؤدي به إلى التأثير على بقاءه، أو يعرضه للإصابة بعدة اضطرابات بيولوجية و نفسية. و من هنا جاء ما يعرف بمفهوم **الاختطار الذاتي Subjectif Risque** ، ألا و هو التقدير الشخصي للاختطار من طرف الفرد الذي يعتبر متمما للعمل الفعال في مجتمعه. كما أن الإحساس بالاختطار هو عامل يؤثر على الاختطار لأنه يعمل على بناء الواقع و إعطائه معنى على حسب هذا الأخير. (Yves Coppieters, 2004)

2. تعريف الاختطار المتعلق بالصحة:

يمكن تعريف الاختطار المتعلق بالصحة Risque relié à la santé كالتالي:

أ- يمكن اعتباره على أنه احتمال Probabilité ، مثلا الإجابة عن السؤال : " ما هو اختطار risque انتقال فيروس السيدا HIV عندما نحقن بإبرة ملوثة؟".

ب- يمكن اعتباره كعامل احتمال مضاعف يؤدي إلى نتائج صحية سلبية، مثلا نقول أن " قلة التغذية و تلوث المياه و تلوث الجو من أهم عوامل الاختطار المحتملة أن تؤثر على صحة الأطفال".

ج- و يمكن اعتباره أيضا كنتيجة، مثلا: " ما هو الاختطار الذي سينجم عندما نقود في حالة ثمالة؟".

لقد ركزت الطالبة الباحثة على هذه التعاريف في هذه الدراسة، لأنها هي التي تهتم أكثر، و ذلك على حسب المتغيرات التي اختارتها، حيث أن سلوك التدخين و قلة النشاط البدني و شرب الكحول يمكن اعتبارها كاحتمالات اختطار مضاعفة لحدوث نتائج سلبية على الصحة، في حين سلوك قيادة السيارات الخطر يمكن اعتباره كنتيجة.

3 . أهداف تقييم الاختطار المتعلق بالصحة:

نقول عن تقييم الاختطار أنه فعال عندما نستطيع وضعه في إطار محدد يعتمد بدوره على أهداف تحليل الاختطار. فالإختطارات risques المتعلقة بالصحة كثيرة جدا و متعددة، و لهذا يجب على جميع الهيئات المختصة في المجتمع أن تعمل على وضع خطة منهجية كمية من أجل تحديد و تقييم مدى المستوى الذي يمكن أن تؤدي إليه مثل هذه الاختطارات. و لهذا لا بد أن تكون الجهود مكثفة و موحدة في جميع المجالات (العلوم الاقتصادية، العلوم الفيزيائية، العلوم الطبيعية، العلوم الصحية، العلوم السياسية، و العلوم الإنسانية و الاجتماعية)، حيث أن أي تقصير أو تجاهل من أي جهة من هذه الجهات يمكن أن يزيد من حدة هذه الاختطارات. و من هنا تظهر أهداف تقييم الاختطار، و التي من بينها: (Yves Coppieters, 2004)

أ- محاولة الوصول إلى مقارنات و مقاربات معممة، و إمكانية إيجاد وحدة قياس موحدة لمثل هذه المشكلات.

ب- تقييم العوامل الوقائية و العوامل الضارة التي تؤثر على الصحة.

ج- الأخذ بعين الاعتبار الأسباب التي تؤثر على الصحة على المدى القريب
Les causes Immédiates و على المدى البعيد Les causes Lointaines مع
بعضها البعض دون إهمال سبب عن الآخر.

د- تقييم الأخطار التي تكثر في مجتمع معين، مع الأخذ بعين الاعتبار الأفراد الذين يكون
لديهم عامل الاختطار مرتفع Les Sujets à Haut Risque .

نلاحظ من خلال هذه الأهداف، و غيرها أن مجملها يهدف إلى التوصل إلى وضع سياسة
وقائية شاملة، من أجل تقليص أو محاول القضاء على هذه الأخطار التي تؤثر على صحة
الإنسان الجسدية و النفسية، و كذلك على السياسة الاقتصادية و الصحية للمجتمع.

ثالثا: تعريف سلوك الاختطار المتعلق بالصحة

يختلف مفهوم سلوك الاختطار من فرد لآخر، فليس بالضرورة أن ينظر إليه جميع الأفراد
بنفس الطريقة. و يمكننا تعريف سلوك الاختطار كالتالي:

☞ يعرف شوكي و مارسيللي (Choquet et Marcelli 1993) سلوك الاختطار
le comportement à risque على أنه: " هو ذلك السلوك الذي يؤدي إلى حدوث اختطار
Risque على السلامة الجسمية و النفسية للفرد." (Olivier Desrichard)

☞ تعريف علم النفس: يعرفه كل من بيرناس، ماير و شافر Byrnes, Miller et Shaffer
(1999): " هو ذلك السلوك الذي تكون لديه عدة نتائج ممكنة، حيث على الأقل واحدة من هذه
النتائج تعتبر غير مرغوب فيها في حين توجد نتيجة واحدة على الأقل مرغوب فيها".
(Olivier Desrichard)

☞ أما منظمة الصحة العالمية OMS 1999 تعرفه: " هو ذلك السلوك الموجود فعلا و الذي
يكون مرتبنا بزيادة التعرض للمشاكل الصحية."
(Martine Bantuelle . ، 2003)

يعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية، أهم التعاريف بالنسبة للطالبة الباحثة لأنه يخدم
موضع الدراسة المقدمة، حيث أنها قامت باختيار العينة وفق شروط معينة، عينة قصدية. فسلوك

الاختطار في هذه الدراسة نقصد به ذلك السلوك الذي يقوم به الفرد و الذي يزيد من احتمال التعرض إلى مشاكل صحية.

رابعاً: بعض سلوكات الاختطار المتعلقة بالصحة

إن سلوكات الاختطار المتعلقة بالصحة كثيرة جداً و متعددة، و لكن ما يهمنا في هذه الدراسة هو السلوكات التي سنتطرق إليها في هذا العنصر، و التي تم اختيارها بعد الملاحظات التي لاحظتها الطالبة الباحثة.

1. سلوك التدخين:

1.1 تعريفه:

التدخين هو سلوك مكتسب خلال أسابيع أو عدة أشهر منذ بدأ تدخين أول سيجارة، يتعزز بسبب الخصائص العصبية الدوائية Neuropharmacologique للنيكوتين الذي يلعب دور محفز سلبي أو ايجابي لهذا السلوك. و عليه فإن التبعية للتدخين La Dépendance tabagique، تمتاز بثلاث خصائص كما أشار إليها جبار لاجري

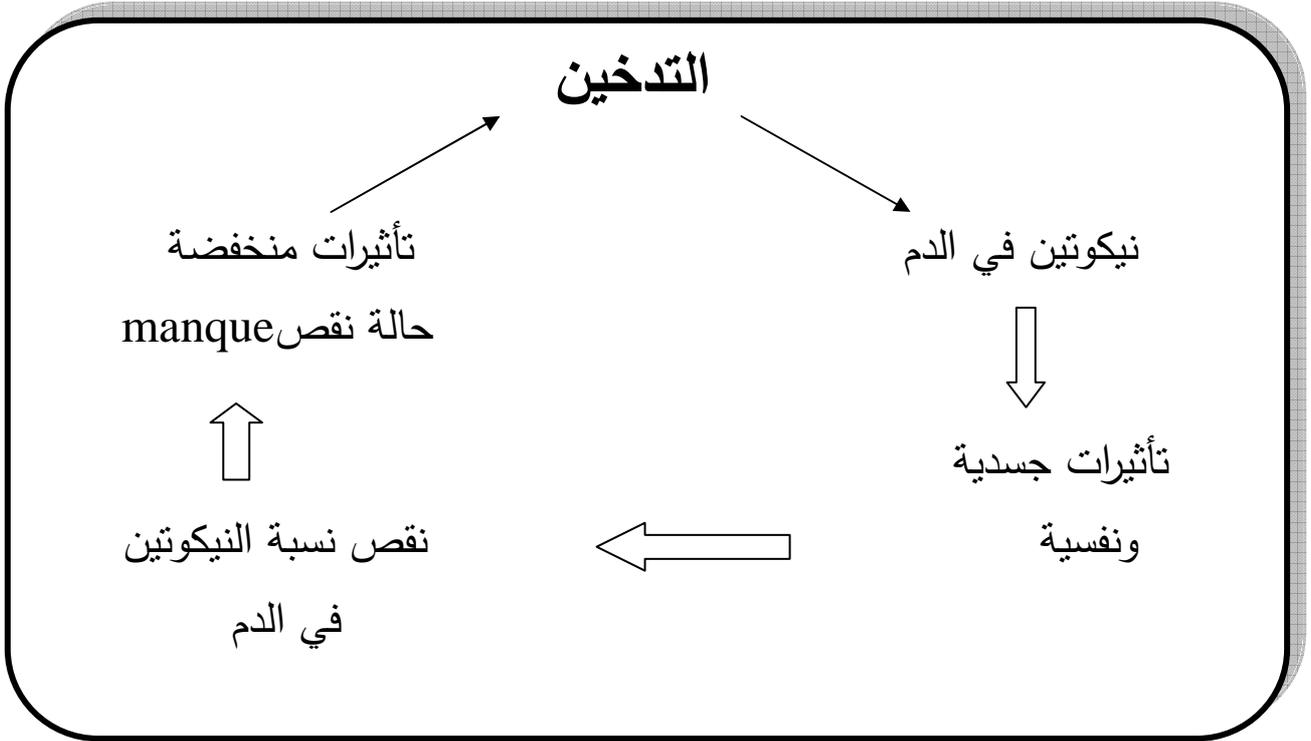
(Gilbert Lagrue : Christine Chauveau-de Vallat، 2003)

أ- **تبعية سلوكية:** (الحركة Geste، طرق التدخين، ذوق السجائر) و التي تعمل وفق المنعكس الشرطي(كل حسب الخاصية التي يمتاز بها).

ب- **تبعية نفسية:** (الإحساس باللذة، الاسترخاء، راحة، عدم الشعور بالألم، مضاد للإجهاد stress، مضاد للقلق Anxiolytique)، و التي تعبر عن المحفزات الايجابية لهذا السلوك، حيث أن المدخن يبحث عن تجديد تلك الأحاسيس و الذكريات الايجابية التي تكون قد خزنت في الدماغ.

ج- **تبعية جسمية:** و هي المرحلة الأخيرة، أين يصبح المدخن لا يبحث عن الأحاسيس الايجابية التي يحصل عليها جراء تدخينه للسجائر. فالمدخن يصبح في هذه المرحلة همه الوحيد هو التخلص من الألم الذي ينجم عن تركه للسجائر، و هنا تظهر متلازمة فطام التدخين

Syndrome de Sevrage. انظر الشكل رقم 2



شكل رقم 02: التبعية الدوائية لسلوك التدخين

2.1 العوامل النفسية لسلوك التدخين:

يلعب سلوك التدخين كسلوك اختطار أكثر منه كمسبب لحدوث المرض، كما أن سلوك التدخين يكون غالباً ناتج عن عوامل نفسية و ثقافية و اجتماعية، و لعل أهم هذه العوامل التي تظهر عند المدخن هي العوامل النفسية التي غالباً ما تكون مرتبطة بدافعيته و معتقداته حول مدى خطورة مثل هذا السلوك على صحته، و من أهم هذه العوامل النفسية:

(ZERTAL CHERIFA)

أ- الاستعمال الشفوي للسجائر راجع إلى المرحلة الفمية البدائية في حياة الإنسان، أين تكون اهتماماته مركزة على الشفط suction .

ب- ظهور الاتجاه في حركات متكررة تعيق إرادة الفرد عن القيام بغيرها.

ج- السيجارة تعطي للفرد نظرة مختلفة عن الذات، حيث تعطي للفرد انطباعاً بأنه منتمي إلى العالم الحالي (المتطور، و المتحضر).

د- المدخن يثبت وجوده لنفسه، خاصة عن الفرد الخجل، أين يشعر انه تغلب على هذا الخجل من خلال هذا السلوك.

هـ- الرغبة الشديدة في التدخين، تعطي انطباعاً للمدخن بأنه يمكنه الهروب من:

* القلق *Anxiété*: طقوس التدخين *Les Gestes Rituels* تساعد المدخن على التخلص من قلقه آنيا، حيث يبدو له أنه يستطيع التحكم فيه.

* الفراغ الذي تغطي عليه السجارة: أين لا يستطيع المدخن تحمل الألم الناتج عن هذا الفراغ.

* النقص *Manque* الذي يشعر به المدخن و الذي لا يستطيع تحديده بدقة.

* الفشل *Echec*: حيث أن المدخن هنا لا يستطيع مواجهة الصعوبات.

3.1 آثار التدخين على الصحة:

يتسبب التدخين في الكثير و الكثير من الآثار السيئة على الصحة، و لهذا فإن العديد من الدراسات اتجهت نحو الكشف عن هذه المضار التي يحدثها سواء على المدى القريب أو على المدى البعيد. و في كل مرة تزداد قائمة الأمراض الناجمة عنه بشكل مروع.

فنحن نعلم الآن أن سلوك استهلاك التدخين يؤدي إلى إعتام عدسة العين *la cataracte*، إلى الالتهاب الرئوي *la pneumonie*، اللوكيميا الحادة *la leucémie myéloïde aiguë*، سرطان *l'anévrisme aortique abdominal*، سرطان المعدة، سرطان البنكرياس، *la périodontie*. و كل هذا مضاف إلى الأمراض المعروفة و الناتجة عنه، و التي من بينها: سرطانات الرئة، و سرطان المريء، سرطان الفم و الحنجرة، عسر التنفس *l'insuffisance respiratoire*، وانتفاخ الرئة والتهاب الشعب الهوائية المزمن، والسكتة الدماغية والنوبات القلبية وغيرها من أمراض القلب والأوعية الدموية.

كما أن التدخين يحدث ضررا كبيرا بالجهاز التناسلي للمرأة المدخنة، فهو يعتبر عامل مساعد على الإجهاض، و الولادة المبكرة، و انخفاض الوزن عند الولادة، و متلازمة الوفاة المفاجئة للأطفال وأمراض الأطفال مثل اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط الحركي. كما أن إحدى الدراسات الأمريكية أثبتت علاقته مع إصابة المرأة بسرطان الرحم و سرطان عنق الرحم.

و في دراسة أخرى أجريت بالهند أثبتت أن لسلوك التدخين علاقة كبيرة بحدوث الوفيات، حيث نصف الأفراد الذين يموتون بداء السل يكون السبب الرئيسي فيها هو التدخين.

(O.M.S, 2006)

هذا دون أن ننسى الآثار و الأضرار التي يحدثها التدخين على صحة الأفراد الغير مدخنين و الذين يكونون عرضة لدخان السجائر من طرف الأفراد المدخنين.

و لا تزال البحوث قيد الانجاز من اجل الكشف عن الأخطار و الآثار التي يحدثها التدخين، و ذلك بهدف التوصل إلى وضع سياسة صحية وقائية من مثل هذه الآثار.

2. سلوك شرب الكحول:

1.2 تعريفه:

يتميز سلوك شرب الكحول بالاستهلاك غير المنضبط *incontrôlé* للمشروبات الكحولية لحد إلحاق الضرر بصحة الفرد أو بوظائفه الاجتماعية، حيث تظهر جراء هذا عدة سلوكيات أخرى تختلف من شخص لآخر على حسب: التبعية للمشروب الكحولي، كيفية استيعاب الأفراد لهذا المشروب، وقت استهلاك المشروب الكحولي و نوعه، و كذلك تختلف باختلاف عادات و معتقدات و تقاليد الفرد داخل مجتمعه، كما أن هذه العادات تختلف من فرد لآخر و من مجتمع لآخر. (L'Encyclopédie canadienne، 2008/06/20)

و يمكننا تمييز ثلاث أنماط من سلوك شرب الكحول، و ذلك على حسب شدته و تكراره:
أ- **الاستهلاك الخطر *L'usage à risque***: و تعرفه منظمة الصحة العالمية: هو ذلك الاستهلاك المنتظم للمشروب الكحولي بدون إفراط و الذي قد يصبح عرضة إلى اختطار حدوث نتائج مضرّة على صحة الفرد الجسمية و النفسية و الاجتماعية. حيث أن الاختطار يظهر عامة في (قيادة السيارات، استخدام آلة خطرة، خطر على المرأة الحامل..).
(Sylviane Liberge، 2009)

ب- **الاستهلاك الضار *L'usage à risque***: و يسمى أيضا تعاطي الكحول *Abus D'alcool*، أين يكون الضرر الجسمي و النفسي مثبت، و لكن دون الوصول إلى درجة الإدمان.

ج- **الإدمان *La dépendance***: يمكن تعريفه على انه فقد السيطرة على التحكم في الامتناع عن استهلاك مشروب كحولي. فالشخص المدمن على الكحول يبدي رغبة جانحة لا يمكن له قمعها بالرغم من الأضرار الجسمية و النفسية التي ألحقتها به. (Jehova، 2007)

2.2 العوامل المؤثرة على سلوك شرب الكحول:

توجد ثلاثة عوامل رئيسية من المحتمل أن تشجع على انتقال سلوك شرب الكحول من

مرحلة الاخطار Risque إلى مرحلة الإدمان Dépendance:

أ- العوامل البيولوجية: يختلف تأثير شرب الكحول على الصحة من فرد لآخر، و هذا راجع إلى تأثير المخدر "l'éthanol"؛

ب- العوامل النفسية: يشعر معظم الأفراد الذين يشربون الكحول ببعض التأثيرات العقلية effets psychotropes مثل: القلق الحاد، la désinhibiteur، التخفيف من حدة الحزن l'atténuation d'une tristesse de l'humeur، بالإضافة إلى أن الكحول يعمل كمؤثر نفسي effet psychostimulant. و بهذا فإن الكحول له تأثير الدواء، حيث يواجه به الفرد معيقات الحياة؛

ج- العوامل الاجتماعية: أصبح شرب الكحول عادة اجتماعية نجدها عند بعض الأفراد بمختلف مستوياتهم الثقافية، ففي بعض الأماكن يعتبر الفرد الذي لا يشرب الكحول غريب عن ذلك المجتمع. و هنا يصبح عامل الإدراك لهذا السلوك كمؤثر اجتماعي.

و على العموم، وحتى إن توفرت هذه العوامل الثلاثة عند فرد واحد، فلا يمكننا القول أن الفرد مدمن، إلا إذا تكرر هذا السلوك كسلوك إدمان عند هذا الفرد.

(François Vabret ، 2009/01/26)

3.2 آثار سلوك شرب الكحول على الصحة:

حدد قسم الصحة العقلية التابع لمنظمة الصحة العالمية جرعات الكحول اليومية بكأسين في اليوم الواحد خلال يومين فقط في الأسبوع، و ذلك من أجل تمكنهم من التحكم في الاخطار الذي قد ينجم عن مثل هذا السلوك.

و لكن هذا غير كاف للحد من الاخطار الذي قد ينجم، فكأس أو كأسين في اليوم يعتبر كثير جدا، و خاصة:

- قبل السياقة أو استعمال آلة خطرة،
- اختطار على المرأة الحامل أو المرضعة؛
- عندما يكون الفرد يتابع علاج دوائي؛

- في حالة الإصابة ببعض الأمراض؛

- إذا كان الفرد لا يستطيع ضبط نفسه. (**Jehova، 2007**)

فتأثير سلوك شرب الكحول حتى و إن كانت الجرعات المستهلكة محددة و صغيرة، إلا أن آثاره على صحة الفرد تظهر لاحقا سواء على المدى القريب أو المدى البعيد:

أ- **فعلى المدى القريب:** يظهر التأثير السمي للكحول هنا على مستوى عمل الدماغ (Frédéric Maton، 2008/12/15) ، فالكحول يخدر الدماغ، خلط عقلي، confusion mentale، اضطرابات الرؤية، احمرار الوجه، التقيؤ vomissement، التوقف عن التنفس arrêt respiratoire، وجع رأس mal de tête، نقص الانتباه، تعكر المزاج، منعكسات نفس حركية بطيئة، مرحلة من الإثارة و العدوانية، كثرة النوم، اضطرابات التوازن و التنسيق، خفض درجة التأهب. و يتضاعف اختطار هذه العلامات العصبية التي تظهر عند الفرد كلما كان سلوك شرب الكحول مصاحب باستهلاك بعض الأدوية. (plusieurs، 2007)

ب- **على المدى البعيد:** تبعية نفسية (الشعور بالنقص le manque أو الإدمان)، اضطرابات حادة في الشخصية، العدوانية و العنف المتكرر الذي يؤديان غالبا إلى ما يعرف بالجرائم النوعية crimes typiques (السرقة، القتل، اغتصاب الأطفال.....). تهيووات و هذيانات في مرحلة متقدمة جدا (هذيان الغيرة مثلا). (Choquet Marie، 2000)

و كذلك تظهر تبعية جسمية للكحول، كما انه يضعف عمل الجهاز المناعي فيصبح الجسم عرضة أكثر للإصابة بالسرطان و التهاب المفاصل و السل. كما تظهر أضرار على مستوى الكليتين و البنكرياس، ارتفاع ضغط الدم و خطر حدوث نزيف في المخ، اضطراب عمل عضلة القلب، التهاب الكبد و تليف الكبد. Hépatites alcoolique et cirrhose du foie، ظهور سرطانات مثل (سرطان المعدة والفم والحنجرة والمريء)، الضعف و/أو العجز الجنسي و العقم، شيخوخة مبكرة.

هذا دون أن ننسى المشاكل الاجتماعية التي يتسبب فيها الكحول مثل: مشاكل اجتماعية و مهنية (تهميش، الاحتقار...)، تدمير العلاقات الاجتماعية، المشاكل الأسرية الخ.

(Choquet Marie، 2000)

3. السلوك الخطر في قيادة السيارات:

1.3 تعريفه:

تعتبر السياقة Driving سلوك معقد يتأثر بعدة عوامل محددة بالزمان و المكان منها: الأهداف، الأخطاء، التوقعات و المعتقدات، الاهتمامات، كيفية التحكم في سلامة المركبات، مدى الانتباه، التعب، الذاكرة، القدرات العقلية و الجسمية، التدريب و الخبرة. (Andry Rakotonirainy، 2006)

و بالرغم من أن هذه العوامل غير محددة و غير واضحة بالنسبة للأفراد داخل المجتمع، إلا أن مجموع هذه العوامل يشكل ثلاث مبادئ رئيسية لهذا السلوك، ألا و هي:

- القيادة عبارة عن مجموعة من السلوكات المعقدة التي تندمج فيما بينها في تفاعل مع المعايير الثقافية السائدة داخل المجتمع.

- تتحدد معايير القيادة في ثلاث مجالات: المجال الانفعالي، المعرفي و الحسي حركي.

- تنتقل معايير القيادة عبر: الآباء، الراشدين، الكتب، الأفلام، و التلفزة. (Leon James، 2007)

و يكون سلوك السياقة معرضا للاختطار إذا صوحت بالسلوكات التالية: السرعة، عدم احترام المسافة الأمنية، القيادة تحت تأثير الكحول، استخدام الهواتف المحمولة، عدم استعمال أحزمة الأمان أثناء القيادة، ...الخ. حيث يزيد اختطار مثل هذه السلوكات كلما قلت خبرة السائقين (جوناه 1986). (Laurence Jerome، 2006)

2.3 العوامل النفسية المؤثرة في سلوك قيادة السيارات:

يتأثر سلوك قيادة السيارات بعدة عوامل نفسية تعمل على التحكم في هذا السلوك ضمن

معايير و معتقدات كل فرد. و من بين هذه العوامل: (Victor)

(J. Strecher, Jean Shope، 2007)

أ- سلوك القيادة - العزم L'intention: وتطرفت إلى هذه العلاقة نظرية السلوك المبرر L'action raisonnée لأصحابها فيش بين و اجزن Fishbein et Ajzen 1975، إلا أن هذه النظرية لم تطرق في جانبها النظري بشكل واضح إلى السلامة المرورية، و هذا الفصل في المفاهيم أدى إلى ظهور محورين:

- فهو يركز على فحص التنبؤات المقصودة prédictes intentionnelles، و على أن

العزم ليس دائما توقعا للسلوك الفعلي.

- كما يركز أيضا على العوامل التي تدخل ضمن كيفية العزم، مثل: عادات العمل أو الصعوبة.

ب- **الحمية المتبادلة للسلوك، النتائج والكفاءة الذاتية:** فسلوك القيادة يكون مرتبطا بـ:

- **الكفاءة الذاتية:** و التي تظهر بدورين، فمن جهة، نجاح الفرد في تجارب القيادة التي يقوم بها يؤدي به إلى تحسين كفاءته الذاتية التي بدورها تعمل على تحفيز أداء السلوك، و على اكتشاف الاخطار *risque* و على اكتساب معارف و سلوكات جديدة. و من جهة أخرى، فإن تعزيز فعالية التوقعات قد يؤدي إلى الإفراط في تحديد الاحتياجات اللازمة لإجراء القواعد في قيادة السيارات.

بما معناه أن ارتفاع مستويات الكفاءة الذاتية يمكن أن ينفذ حياة الفرد السائق أو يقتله.

- يرى نيكولز 1994 Nichols: أن المعرفة *La compréhension* والوعي بقضايا المرور والسلامة والقوانين الأساسية مفاهيم مفتاحية تمكن من تغيير السياسة المرورية، حيث يمكن أن تكون حافزا هاما للتغيير من خلال زيادة الوعي وتغيير المواقف حول مخاطر وفوائد بعض السلوكات؛ مثلا: تحديد حجم و وزن السيارة، تدابير السلامة على الطرق، التحسيس بتأثير الكحول على حياة السائق و الراجلين، إبراز المفاهيم والمعايير الاجتماعية، حول مبالغة الأقران في القيادة المتهورة.

ج- **القدرة على إنجاز المهام *Task-capability interface*:** و جاء بهذا النموذج فولر 2005 Fuller، حيث يرى أن صعوبة أداء المهمة (السياقة) يكمن في التفاعل بين القدرة على السياقة و بين شروط الخبرة في السياقة، كما وجد أن السائقين الأكثر تعرضا للحوادث هم أولئك الأفراد الذين يقومون بمهام بسيطة لإجراء سلوكات معقدة.

د- **إدراك الاخطار:** يدرس إدراك الخطر عادة ضمن الشخص في حد ذاته، أي كيفية إدراك هذا الأخير للاخطار الفعلي، حيث أن تفاؤليته تزداد كلما كان إدراكه للاخطار الذي ينجم عنه اقل من الاخطار الفعلي (تفاؤلية دفاعية)، مما يزيد من اخطار في سلوكاته *comportements à risque* و بالتالي تعريض حياته و حياة الأفراد لخطر حقيقي. و حسب نظرية المعتقدات الصحية لـ **Rosenstock 1994**، فإن إدراك الاخطار الذي قد يؤدي إلى حدوث حادث يكمن في التوعية *la sensibilite* في حد ذاتها و ليس في شدة خطورة الحادث.

هـ- **اختطار التوازن:** خلص ويجرز **Weijers 2001** إلى وجود علاقة بين الأضرار الفسيولوجية، نشاط الغدد الصماء و بين سمات الشخصية، فقد تبين أن تعاطي المخدرات و الكحول إلى حد التسمم يقلل من اختطار تجاوز عتبات التعاطي، و الذي على الأرجح يحدث تغيرات على حالة الفرد (السلوك). فالأضرار الفسيولوجية تلعب دور إما مثبت لنشاط التوازن الذاتي للفرد (إدراك اختطار مدى التحكم في وقوع حادث)، و/أو كمثير لنشاط الغدد الصماء (مدى تقبل الاختطار).

3.3 تأثير السلوك الخطر في القيادة على الفرد:

يتسبب سلوك القيادة الخطر في الكثير من الأضرار الجسمية، النفسية، الاجتماعية و الاقتصادية. فبالإضافة إلى العدد الهائل للموتى و الجرحى جراء حوادث المرور و الخسائر المادية، فإن سلوك القيادة يعتبر سلوك اختطار في حد ذاته إذا ما أصبح نمط حياة *Mode de vie*، حيث أن تزايد احتمالية هذا الاختطار تتزايد كلما زادت خبرة الفرد في القيام بهذا السلوك. و من بين أهم الاختطارات *risques* التي قد تتجم عن هذا السلوك:

☞ اختطار فيزيائي (التعرض للذبذبات، الضجيج، الجلوس لفترات طويلة)، كيميائي (تلوث البيئة)، اختطار نفس اجتماعي (*contraintes organisationnelles*، اختطار إجهاد، العنف أو العدوانية). كما أن هذه الاختطارات يمكن أن تصاحب بسلوكات أخرى تؤثر سلبا على صحة الفرد مثل: سلوك التدخين، استهلاك المؤثرات العقلية، عدم التوازن الغذائي، قلة النشاط البدني *Sédentarité*.

و يمكن أن تظهر آثار هذه الاختطارات على صحة الفرد في عدة مجالات: تعب، اضطرابات نوم، إجهاد مزمن، أعراض اكتئابية، اضطرابات تغذية، حدوث ذبحة قلبية *Survenue d'un infarctus du myocarde*، آلام في الظهر *Lombalgie*، اضطرابات حسية، اضطرابات هضمية. مع احتمال اختطار كبير للإصابة بسرطان الرئة. (2008 ، Thierry)

4. سلوك قلة النشاط البدني *Sédentarité*:

1.4 تعريفه:

يعرف النشاط البدني *L'activité physique* على انه كل نشاط حركي ينتج من خلال تقلص العضلات الهيكلية الذي يحدث زيادة كبيرة في استهلاك الطاقة *l'énergie* مقارنة مع حالة الراحة (بوشار 1993 Bouchard et al). (Marie-José Manidi، 2000)

و من بين أهم و ابسط الأنشطة التي يمكنها أن تحدث هذه الزيادة في تقلص العضلات: المشي، ركوب الدراجة، العمل اليدوي، السباحة، الرياضات الترفيهية و الرقص... الخ. (Organisation Mondiale de la santé، 2006)

من خلال هذا التعريف يتضح أن كل نشاط حركي لا يحدث هذه الزيادة الكبيرة في تقلص العضلات، بحيث لا يحدث أي تغير مقارنة مع حالة الراحة، على انه سلوك قلة نشاط بدني.

و يعرف سلوك قلة النشاط البدني *Sédentarité* على انه نشاط بدني غير فعال أو اقل من الحد الأدنى لعتبة النشاط الموصى بها) أي ما يعادل 30 دقيقة من المشي بخطوات سريعة خمسة أيام في الأسبوع، أي بالتقريب 30 دقيقة كل يوم). (Direction générale de la santé à Genève)

سلوك قلة النشاط البدني لا يعني انعدام النشاط، بل هو يرمز إلى مجموعة من الانشغالات المعتادة و المتكررة مثل: قراءة كتاب، استعمال الحاسوب، مشاهدة التلفاز، قيادة سيارة، استعمال الهاتف... الخ. (S. Joffroy، 2004)

2.4 آثار سلوك قلة النشاط البدني على الصحة :

بغض النظر عن كون سلوك قلة النشاط البدني هو المسؤول عن العديد من الوفيات المبكرة، فإنه يزيد من تقاوم العديد من الأمراض التي تؤثر على نوعية الحياة. يعزز سلوك قلة النشاط البدني كل أسباب الوفيات ، ويضاعف من خطر أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والسمنة وزيادة خطر الإصابة بسرطان القولون، وترقق العظام، واضطرابات الدهون، والاكتئاب والقلق. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، من 60 إلى 85 ٪ من سكان العالم في البلدان المتقدمة كما في البلدان النامية يمتازون بنمط حياة مستقرة،

مما يجعلها واحدة من مشاكل الصحة العامة الأكثر خطورة في عصرنا، حتى ولو أنها لم تول اهتماما كافيا حتى الآن. (Organisation Mondiale de la santé ، 2002/05/07)

يؤدي سلوك قلة النشاط البدني مع الإفراط في سلوك التدخين و عدم التوازن الغذائي إلى زيادة سريعة في معدل الإصابة بالأمراض مثل: الأمراض القلبية الوعائية ، والسكري و السمنة. كما أن الأمراض المزمنة الناتجة عن هذه السلوكيات تعتبر من أولى أسباب الوفيات في العالم بأسره. و كما أشارت منظمة الصحة العالمية فانه يمكن تفادي هذه الاخطارات و ذلك من خلال الاستثمار في الوقاية من هذه الأمراض. (Organisation Mondiale de la santé ، 2002)

ملخص:

يهدف السلوك الصحي بأبعاده الثلاثة (البعد الوقائي، بعد الحفاظ على الصحة و بعد الارتقاء بالصحة) عامة إلى محاولة التوصل إلى سياسة و/أو إستراتيجية صحية وقائية من أجل القضاء على مجموعة الأمراض و الأوبئة التي غالبا ما يكون السبب فيها، أحد سلوكات الاختطار التي تسرع من حدوث هذه المشاكل الصحية. فسلوك الاختطار المتعلق بالصحة هو ذلك السلوك الذي يزيد من احتمالية التعرض للمرض. و هذه السلوكات كثيرة جدا، و تختلف كيفية القيام بها من فرد لآخر و من مجتمع لآخر.

و في هذا الفصل تطرقت الطالبة الباحثة إلى مجموعة من سلوكات الاختطار على غرار السلوكات الأخرى، و هذا بعد الملاحظات الميدانية التي توصلت إليها، و هذه السلوكات هي: سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول، السلوك الخطر في قيادة السيارات و سلوك قلة النشاط البدني؛ حيث أن هذه السلوكات و على حسب ملاحظات الطالبة الباحثة أصبحت تمثل الأسباب الرئيسية في سرعة انتشار بعض الأمراض مثل: سرطان الرئة (سلوك التدخين)، خلط عقلي **confusion mentale** (سلوك شرب الكحول)، مئات الموتى و الجرحى و الإعاقات (السلوك الخطر في قيادة السيارة)، السكري (قلة النشاط البدني). هذا دون أن ننسى التبعية النفسية و الجسدية التي تحدثها مثل هذه السلوكات مثلما يحدث في سلوك التدخين و سلوك شرب الكحول.

الفصل الثالث جودة الحياة

تمهيد

أولاً: مفهوم جودة الحياة

1. تعريف جودة الحياة
2. تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة

ثانياً: مجالات جودة الحياة

ثالثاً: طرق الاستدلال على جودة الحياة

رابعاً: بعض الدراسات التي تبين علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي

ملخص

تمهيد

تختلف مفاهيم جودة الحياة حسب المجال الذي تدرس فيه، و هي عامة تبحث في مدى توفر مستويات حياة -على الأقل مقبولة- والتي تتطلب دخلا عاليا، واكتفاء ذاتيا، وفقرا أقل، وبيئة نظيفة وانتشار الوعي الثقافي.

و باعتبار المجال الصحي أحد أهم الميادين التي تهدف للتحسين والرفع من مستوى جودة الحياة التي يعيشها الفرد، فقد اتجهت معظم الدراسات إلى دراسة السلوك الصحي و كيفية تحسينه في جميع المجالات من اجل تحقيق جودة حياة أفضل.

فقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن نوعية الحياة ترتبط ارتباطا وثيقا بحدوث المرض والوفاة أيضا، وهذا بسبب حوادث السيارات والحوادث المنزلية، والأمراض النفسية الناجمة عن الضغوطات، والازدحام وضيق المساكن وعدم الاهتمام بالبيئة التي نعيش فيها.

أولاً: مفهوم جودة الحياة

يعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوماً واسع الاستعمال، فهو يستخدم في العديد من التخصصات مثل: الجغرافيا، الأدب، الفلسفة، الصحة، الاقتصاد، الإعلان والترويج للصحة، الطب، علم الاجتماع وعلم النفس... الخ.

1 تعريف جودة الحياة:

حسب منظمة الصحة العالمية OMS 1994 فهي ترى أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته.

(Marilou Bruchon-Schweitzer، 2002)

نرى حسب هذا التعريف أن لجودة الحياة مفهوم متكامل يضم عدة جوانب، فهو يهدف إلى إبراز أهمية مجالات حياة الفرد في تحسين حياته، و الظفر إلى الارتقاء بها. و هذا التعريف يعتبر من التعاريف الهامة فيما يخص جودة الحياة، و هذا لإلمامه بعدة جوانب و عدم إهمال أي منها. فهو يرى الفرد بشكل متكامل.

أما علماء الاجتماع فيرون أن جودة الحياة تحدد بالوضعية أو الحالة الاجتماعية للجماعات من جهة، وهي هدف التطور الاجتماعي من جهة أخرى، فالرضا أو عدم الرضا عن جودة الحياة له علاقة بشروط العيش الجيدة، كما له علاقة بشروط العيش السيئة، فالهدف من التطور أو التقدم الاجتماعي هو تحقيق وتلبية احتياجات أفراد المجتمع والجماعات قدر الإمكان.

إذا فإن جودة الحياة مرتبطة بظروف وشروط العيش الغير محدودة للشخص والجماعة، فنوعية الحياة بمعنى الرضا عن الحياة وتلبية احتياجات الأفراد "هي مشروطة بمدى التوافق بين الطبقات الاجتماعية وعضوية أو انتماء الأفراد لهذه الطبقات": بمعنى كلما كان فيه توازن وتقارب في تلبية احتياجات الأفراد داخل مختلف الطبقات الاجتماعية كانت نوعية الحياة أفضل.

و يرى علماء النفس أنه لا يمكن التحكم في مفهوم و أهداف جودة الحياة إلا إذا نظرنا إليها من جانب: الصحة الجسمية، الصحة العقلية و الانفعالية، و التفاعل الاجتماعي.

(2002, Marilou Bruchon-Schweitzer)

من خلال هذا الاتجاه لعلماء النفس نرى أن هذا الاتجاه يركز في مضمونه على ما جاءت به منظمة الصحة العالمية في تعريفها لمفهوم الصحة، أي أن جودة الحياة بالنسبة إليهم مرتبطة بشكل وثيق بصحة الإنسان و كيفية الحفاظ عليها.

و اهتم علماء الاقتصاد كغيرهم من العلماء بدراسة جودة الحياة لجعل الحياة أفضل، ومصطلح جودة الحياة بالنسبة لهم محاولة لوصف أو تقييم لطبيعة أو شروط الحياة التي يعيشها الأفراد في مجتمع أو منطقة معينة، وتتشكل من عوامل خارجية كالإنتاج التكنولوجي والعلاقات بين الجماعات والدول، المؤسسات الاجتماعية البيئية الطبيعية. ومن عوامل داخلية تتعلق بقيم الفرد والمجتمع. غير أن هذه العوامل في تغير مستمر، فالبيئة لم تكن تسترعي انتباه الباحثين بالقدر الكافي في الماضي كما هو الحال اليوم حيث أصبحت من أكبر اهتمامات الباحثين والمجتمع ككل.

في حين أن Wolinsky et All (2004) يشير إلى أن علاقة الصحة بجودة الحياة تشمل على فكرة أن الصحة ليست مجرد اختفاء أو غياب المرض. ولكن أيضا تشمل على الوظائف الجسمية والاجتماعية والدور الذي يقوم به الشخص داخل المجتمع، كما تشمل الصحة العقلية و إدراكات الفرد حول الصحة العامة.

من خلال هذه التعاريف نرى أن معظمها حاولت أن تبرز مدى أهمية مجالات حياة الفرد المختلفة في التأثير على جودة الحياة، حيث اختلفت هذه التعاريف في بعض الجوانب، فمنهم من ربط هذا المفهوم بالجانب الصحي، و منهم من ربطه بقدرة الفرد على التكيف الاجتماعي، و منهم من ربطه بالحدود الاقتصادية داخل المجتمع.

من خلال هذه التعاريف و التحليلات، نتجه إلى تعريف جودة الحياة كالتالي:
" جودة الحياة هو ذلك المفهوم الذي يهدف إلى تقييم مدى قدرة الفرد على التكيف مع مجالات الحياة المختلفة (الحالة الصحية، الصحة النفسية، و التفاعل الاجتماعي)و التي تتفاعل فيما بينها بشكل متكامل، حيث يكون هذا التقييم ذاتي يعتمد على إدراكات الفرد حول هذه المجالات، أو تقييم عام تقوم به هيئات مختصة لوضع سياسات منهجية لتحسين حياة الفرد."

2 تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

يرى نوردانفلت **Nordenfelt 1994**، أن مصطلح جودة الحياة غالبا ما يكون مرادفا لمصطلح جودة الحياة المتعلقة بالصحة **Health quality of life**، حيث أن هذا الأخير يعتمد على عدة أبعاد. (Nordenfelt، 1994)

☞ و تعرف جودة الحياة المتعلقة بالصحة على أنها: " المستوى الأمثل للحالة النفسية والجسدية ، والدور le rôle (مثل أحد الوالدين أو وصي ، وما إلى ذلك) و الأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد، بما في ذلك العلاقات والمعتقدات والصحة ، واللياقة ، والارتياح في الحياة والرفاهية". (Ann Bowling، 2001).

☞ يرى معظم الباحثين أن جودة الحياة المتعلقة بالصحة لها طابع متعدد الأبعاد؛ وتحديد هذه الأبعاد والأهمية النسبية المخصصة لها خلال القياس هي من القضايا الهامة، و هم يؤكدون على تطوير أداة لقياس جودة الحياة المرتبطة بأمراض معينة. (Letzelter، 2000)

☞ و يذهب **دانيال مروى Danièle Marois** إلى أن أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ثمانية و هي: النشاط الجسدي، الدور الجسدي le fonctionnement physique، الآلام الجسدية، الصحة العامة، الدور الانفعالي le rôle émotionnel، الحيوية la vitalité، و الصحة العقلية. (Danièle Marois، 2006).

من خلال هذه الاتجاهات و التعاريف، يمكننا القول أن جودة الحياة المتعلقة بالصحة ذات مفهوم يهدف إلى ارتقاء الفرد بصحته إلى أعلى المستويات بأكبر قدر ممكن، و ذلك في مختلف المجالات التي تمس حياته من صحة جسدية، صحة عقلية، تفاعل اجتماعي، التحكم في الانفعالات، مقاومة الآلام... الخ.

➡ ثانياً: مجالات جودة الحياة

أكد الكثير من الباحثين و الدارسين، أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم عدة مجالات: جسمية Physique، نفسية Mental، و اجتماعية Social، حيث أن هذه المجالات يجب أن توضع تحت التقييم من خلال التطرق إلى عدة نقاط فيها، و هذا ما يعرفه الباحثون بالتقييم الموضوعي Mesure Objective، و الذي أسسوا له مقياس ذاتي Auto-évaluation يقدم للفرد المعني، و هو ينقسم إلى عدة مجالات (هي بنفسها مجالات جودة الحياة)، و هي كالآتي:
(Marilou Bruchon-Schweitzer، 2002)

1. المجال النفسي لجودة الحياة:

يرى الكثير من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع المشاعر émotions و الحالات العاطفية Etats affectifs الايجابية. و يرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على غياب المؤثر السلبي Affect négatif مثل: القلق و الاكتئاب.
➡ نرى هنا أن تقييم الحالات العاطفية السلبية من خلال المقياس الذاتي المخصص لقياس جودة الحياة يعتبر عنصراً مهماً لتحديد بعض الجوانب النفسية المتعلقة بجودة الحياة التي يمتاز بها كل فرد.

و يدمج البعض الآخر من الباحثين ضمن المجال النفسي لجودة الحياة المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل: التنمية الشخصية Développement personnel، و تحقيق الذات Réalisation de soi (الإبداع، المعنى من الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية، مدى تفهم العالم المحيط بالفرد، ... الخ).

➡ من خلال هذه التوجهات نرى انه يمكننا أن نتطرق إلى المجال النفسي لجودة الحياة من خلال كل من الحالات الانفعالية الايجابية و كذلك جميع اضطرابات الأداء النفسي المتعلقة بالفرد.

2. المجال البدني Le domaine physique لجودة الحياة:

يُدمج الباحثين تحت هذا المجال الصحة البدنية و القدرات الأدائية، حيث تتضمن الصحة البدنية: الطاقة L'énergie، الحيوية La vitalité، التعب La fatigue، النوم Le sommeil، الراحة Le repos، الآلام Les douleurs، الأعراض و مختلف المؤشرات البيولوجية Les indicateurs biologiques. و تتضمن القدرات الأدائية: الوضع الوظيفي Le statut fonctionnel، تتقل الفرد La mobilité du sujet، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء و من الاستقلالية النسبية.

↪ نلاحظ هنا، أنه من الصعب التطرق إلى المجال البدني لجودة الحياة دون مراعاة كل من الجانب النفسي و الاجتماعي و كيفية تأثيرهما على هذا المجال، و هذا ما يظهر من خلال العناصر التي يتضمنها هذا المجال سواء ضمن الصحة البدنية أو القدرات الأدائية.

3. المجال الاجتماعي لجودة الحياة:

يرى جريفن Griffin (1988) أنه يجب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد أكثر من الاهتمام بكمية هذه العلاقات، و هو ما يحدد عنده المجال الاجتماعي لجودة الحياة. أما فلاناجون Flanagan (1982) فهو يهتم أكثر بكمية العلاقات الاجتماعية، حيث يرى أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقييم الوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الإحساس بتحقيق الذات، النجاحات و الفشل... الخ)، و كذلك أهمية التطرق إلى فعالية الشبكة الاجتماعية للأفراد (التكوين، الكثافة، التشتت الجغرافي، وتيرة الاتصال بين الأفراد، كثافة العلاقات، ... الخ).

↪ نلاحظ من خلال هذين الاتجاهين، أن المجال الاجتماعي لجودة الحياة يتضمن كل من العلاقات و الوظائف الاجتماعية، و هنا لا يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تطرقنا إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية (أي مدى اندماج الفرد في المجتمع) و النوعية (أي فعالية المساندة الاجتماعية في حياة الفرد).

4. الرضا عن العيش: La satisfaction de la vie

يرى بافوف Pavot (1991)، أن الرضا عن العيش هو عبارة عن عملية معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد و بين معايير المرجعية (القيم و المثل العليا .. الخ)، فهو يعبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد عن حياته.

و يذهب دينر Diener (1994) إلى أن هذا المفهوم يهدف إلى الحكم الشعوري و الشامل الذي يطلقه الفرد عن حياته، و يظهر هذا ضمن مجالات محددة: مهنية، عائلية، الاهتمامات، الصحة، التمويل Finance، الذات Soi، المجموعة التي ينتمي إليها الفرد Groupe d'appartenance، ... الخ). (Diener, 1994)

↩ نلاحظ أن هذا المجال يهتم بفعالية الفرد في تقييمه الشامل لحياته، الذي يعتمد على معايير المرجعية و مكونات الحياة اليومية.

5. السعادة Le bonheur

يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية Pluraliste، فهو يتضمن ثلاثة مكونات مستقلة فيما بينها: مكون انفعالي ايجابي (المتعة l'hédonisme)، مكون معرفي - تقييمي (الرضا: أي تقدير الفرد مدى نجاحه في تحقيق تطلعاته)، و مكون سلوكي (التفوق: أي نجاح التقييم الذاتي Auto-évaluée للفرد فيما يخص نشاطاته). (Mussenchenga, 1997)

و بالرغم من الاجتهادات و المقاربات التي توصل إليها الأخصائيون النفسانيون فيما يخص هذا المفهوم، إلا أن هذا المفهوم بقي لوقت طويل مرتبط بالبحث عن المتعة L'hédonisme، أو اعتباره مرادفا لمصطلح العافية Le Bien-être.

و يرى الباحثين حاليا، أن مفهوم السعادة يعبر عن سمة Un Trait، أكثر من اعتباره حالة Etat. حيث يهدف إلى الوصول إلى حالة مستقرة و مستدامة نسبيا.

6. الرفاهية الذاتية Le Bien-être Subjectif

يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاث نقاط أساسية: (Rolland, 2000) - مفهوم ذاتي، أي التقييم الذاتي الذي لا يعتمد على متطلبات الحياة الموضوعية (أي الحياة المادية)؛

- يعتمد على التقييم الايجابي الشامل للحياة التي يعيشها الفرد (الرضا عن العيش La satisfaction de la vie)؛

- يهتم بضرورة توفر المؤثرات الايجابية، دون اهتمامه بغياب الانفعالات السلبية.

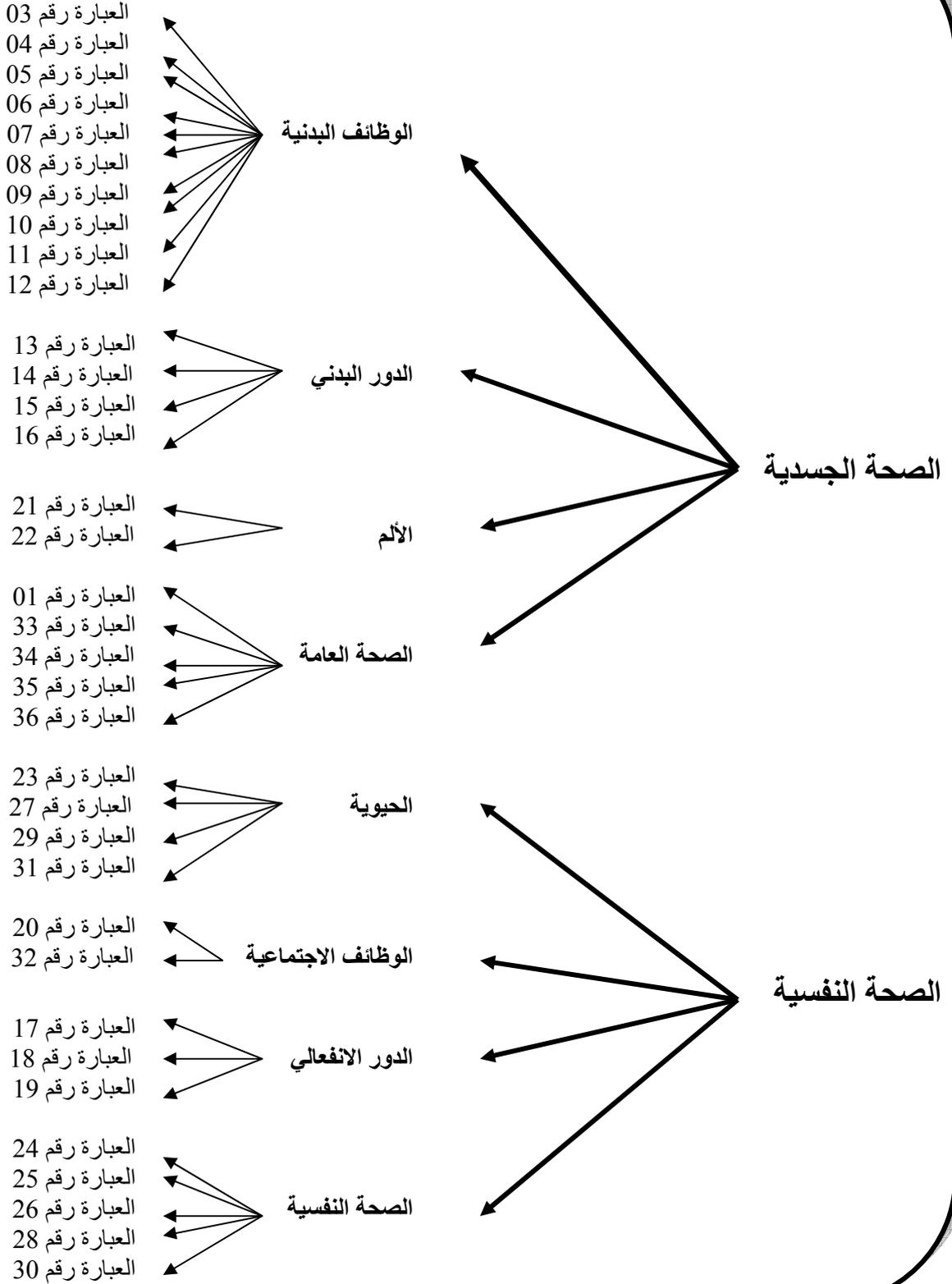
و يرى دييبر (Diener 1994)، أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الايجابية اتجاه حياته، و يشمل جميع المكونات الدنيا (التي يجب أن تتوفر على الأقل) مثل الرضا عن العيش و مستوى المتعة. (Diener ، 1994)

↪ نلاحظ هنا أن الرضا عن العيش و السعادة هما المكونان الرئيسيان لمفهوم العافية Le Bien-Etre، حيث يجب أن يتوفر هذين المكونين و لو بأقل قدر ممكن ليتحقق هذا المفهوم.

و على العموم يمكن أن نوضح هذه المجالات من خلال المخطط التالي، الذي يمثل مجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و المتمثلة في استمارة تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF 36)، و هو المقياس المستخدم في هذه الدراسة. (John ، 2002)

مجالات جودة الحياة

العبارات



شكل رقم 03: مجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مقياس

جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF 36 (انظر ملحق رقم 02)

ثالثاً: مقاييس جودة الحياة

نشير هنا انه لا توجد أداة قياس عامة ذات معيار عالمي لقياس جودة الحياة، و على هذا فإنه يوجد نوعان من مقاييس جودة الحياة، المقاييس العامة **Générique** والمقاييس المتخصصة **Spécifique**.

1. المقاييس العامة **Mesures Génériques**:

و تكون هذه المقاييس أو الاستبيانات موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم (عينات مرضي أو عينات عادية)، و هي على العموم تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية، النفسية و الاجتماعية للأفراد، حيث يكون التقييم هنا تقييماً شاملاً.

(Marilou Bruchon-Schweitzer، 2002)

و من بين هذه المقاييس الأكثر شيوعاً نذكر: (Mercier، 2005)

– **SF 36 (MOS 36 Short Form)**: و عبارة عن 36 بند مجمعة في 8 محاور: النشاط

البدني (10) ، الدور البدني (4) ، الألم (2) ، الصحة العامة (5) ، الحيوية (4) ، الوظائف الاجتماعية (2) ، الصحة النفسية (5) ، الدور الانفعالي (4) ؛

– **NHP (Nottingham Health Profile)**: و عبارة عن 45 بند مجمعة في 6 محاور؛

– **WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment)**: بـ 100 بند؛

– **WHOQOL BREF**: 26 بند مجمعة في 4 محاور.

2. المقاييس المتخصصة **Mesures Spécifiques**:

تستعمل هذه المقاييس من اجل فئات عيادية خاصة (الآلام، أمراض القلب، الأمراض السرطانية، الأمراض العصبية، اضطرابات النوم، الروماتيزم، ... الخ)، فهي على العموم تهتم بتقييم حالة مرضية معينة من حيث عدة مجالات، و كيفية تطور هذه الحالة خلال الزمن. و نذكر منها: سلم جودة الحياة المتعلق بالمصابين بمرض الربو، سلم جودة الحياة المتعلق بالمصابين بنوع معين من السرطانات، سلم جودة الحياة المتعلق بالمصابين بالآلام المزمنة...

الخ. (Marilou Bruchon-Schweitzer، 2002)

وأبعا: بعض الدراسات التي تبين علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي

توصل الكثير من الباحثين إلى إيجاد علاقة بين جودة الحياة و الجانب الصحي (نفسيا

و/أو جسديا)، و من بين هذه الدراسات نذكر:

الدراسة التي قامت بها د. هناء الجوهري -بالقاهرة- حول المتغيرات الاجتماعية-

الاقتصادية المؤثرة على تشكيل نوعية الحياة في المجتمع المصري، وكانت العينة مجموعة من

الأسر بمدينة القاهرة (1994) فوجدت أن الصحة هي من احتل المرتبة الأولى في أولويات

سكان القاهرة، ثم يليها التدين فالأسرة (وهذا حسب المؤشرات التي حددتها الباحثة)، كما أشارت

أن نسبة 20.8% من إجمالي العينة أجابوا بأنهم لا يعرفون مدى استمتاعهم بحياتهم، وأن

هناك علاقة طردية بين إحساس الفرد بأنه قد استمتع بحياته وبين المستوى الاجتماعي

والاقتصادي، وأن هناك علاقة عكسية بين القلق بشأن الجوانب الاقتصادية في الحياة وبين

المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. وقد بلغت نسبة الرضا عن الحياة عند أفراد العينة

86% من بينهم 11.2% راضون جدا و26.8% راضون إلى حد ما و 14% غير راضين.

وبالتالي خلصت الباحثة إلى نتيجة مفادها أن نظرة أو إدراك الفرد لحياته العامة ترتبط بشكل

طردى بالمستوى الاجتماعي-الاقتصادي الذي يعيش في إطاره، حيث يساهم هذا المستوى بما

يقدمه للفرد من فرص متنوعة في الحياة في إشباع حاجاته الأساسية التي تنعكس في ارتفاع

درجة رضاه عن حياته العامة في مجملها. (محمد الجوهري، 1997)

يعاني 20% من الناس اضطرابات في النوم أو ما يعرف بالأرق نتيجة لضغوط الحياة

المتعددة، وهذه النسبة ترتفع أكثر بين سكان المدن في مختلف المجتمعات حيث تبلغ نسبة

حالات الأرق التي تعود إلى تراكم الضغوط والمشكلات النفسية حوالي 50% وهذا راجع للعبء

الحسي الذي يعيشه سكان المدينة وأكبر دليل هو الازدحام، والضوضاء وضيق المساكن.(غسان

يعقوب، 2002)

شهد المجتمع الأمريكي في أعقاب الحرب العالمية الثانية عهدا من الرخاء والرفاهية

والوفرة، تحول فيه الاستهلاك إلى فلسفة وأسلوب حياة سائد، حتى أن اليابانيين استبدلوا ببعض

قيمهم الموروثة قيم استهلاكية جديدة وهي التلفاز، والحاسوب زائد مكيف الهواء والسيارة فكان لهذا السلوك الاستهلاكي تبعاته على البيئة، وتشير إحصائيات البنك الدولي أن ثمة 360 مليون فرد يأكلون طعاما غير صحي، ثم نجد طبقة عريضة من سكان العالم تعدادها 3.4 مليون نسمة يعتمدون في غذائهم على الحبوب والبروتين النباتي، أما أكلة اللحوم في العالم فقد قدر عددهم 1.2 مليون فرد ونجد بينهم أعلى معدلات الوفيات بأمراض القلب. (رجب سعد السيد، 2001)

الشكاوي من آلام الظهر أصبحت سمة من سمات العصر الحديث، حيث يعاني 80% من الناس من آلام الظهر خلال فترة ما في حياتهم، وقد رجح الباحثون أن يكون لنمط الحياة العصرية خلال العقود الأخيرة علاقة بذلك. وهذا بسبب نقص النشاط الحركي وللضغوط النفسية والاجتماعية. (عبد الناصر معدوان، 2001)

تهدف هذه الدراسات إلى إيجاد العلاقة بين جودة الحياة و الجانب الصحي، و هو ما هدفت إليه دراستنا الحالية التي تطرقت إلى جانب من الجوانب الصحية ألا و هي سلوكيات الخطر و علاقتها بجودة الحياة، خاصة تلك السلوكيات التي أصبحت تمثل عبئا على حياة الفرد، إذ أصبحت تعرقل ارتقاء الفرد بصحته، و بالتالي النمو إلى مستويات مرتفعة من جودة الحياة التي من المفترض أن يصل إليها جميع الأفراد من اجل حياة أفضل.

ملخص:

عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الحياة على أنها: "تصور الفرد لمكانته في الحياة، وذلك في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه، والتي تكون مرتبطة بأهدافه، وتوقعاته، و معاييره ومخاوفه".

و مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع الاستعمال، فهو يستخدم في العديد من التخصصات العلمية (علم الاقتصاد والفلسفة والأخلاق، الطب، علوم الصحة، الجغرافيا... الخ). و قد برز هذا المفهوم بشكل كبير في المجال الصحي، حيث يدمج تحت هذا المجال جوانب موضوعية (مثل ظروف الحياة الوظيفية و الصحية)، و جوانب ذاتية (مثل الارتياح، السعادة و الرفاه). و عليه فإن جودة الحياة المتعلقة بالصحة تهتم بالصحة البدنية للفرد، و حالته النفسية، و علاقاته الاجتماعية، و علاقته مع بيئته. و هذا ما يحدد المجالات التي يهتم بها هذا المفهوم، و هي على العموم: الوظائف البدنية، الدور البدني، الألم، الصحة العامة، الحيوية، الوظائف الاجتماعية، الدور الانفعالي، الصحة أو الحالة النفسية.

إن تعدد المجالات التي يهتم بها مفهوم جودة الحياة المتعلقة بالصحة، أدى بالباحثين إلى محاولة إيجاد مقاييس و/ أو استبيانات لضبط هذا المفهوم في إطار محدد قدر الإمكان. و عليه فقد حدد الباحثون نوعين من هذه المقاييس: - مقاييس عامة: تهتم بدراسة مختلف المجالات بصفة عامة دون تحديد نوع العينة مثل: سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF36؛ - مقاييس نوعية: تهتم بالدراسة لفئة إكلينيكية معينة مثل: سلم جودة الحياة المتعلق بمرضى الربو.

و نظرا لأهمية هذا المفهوم في المجال الصحي، فلقد لجأ العديد من الباحثين إلى إجراء دراسات حول هذا المفهوم ضمن المجال الصحي، و هو نفس الهدف الذي نسعى إليه من خلال هذه الدراسة التي تهدف إلى إيجاد العلاقة بين السلوكيات التي تمثل خطرا على الصحة و بين جودة الحياة.

الفصل الرابع المعتقدات الصحية

تمهيد

أولاً: مفهوم المعتقدات الصحية

1. تعريف المعتقد
2. تعريف المعتقد الصحي التوعوي

ثانياً: نموذج المعتقدات الصحية

1. نموذج المعتقدات الصحية العام
2. نموذج المعتقدات الصحية التوعوي

ثالثاً: المعتقدات الصحية و علاقتها بسلوكها الخطر

ملخص

تمهيد:

يعرف المعتقد على أنه عبارة عن برمجة فكرية يؤمن بها الشخص و تقوم عليها بعض من تصرفاته. و على هذا الأساس تختلف سلوكيات و تصرفات الناس على حسب معتقداتهم بالنسبة لمختلف مجالات حياتهم (معتقدات دينية، ثقافية، تربوية، صحية، ... الخ).

و ليس من الضروري أن يكون هذا المعتقد ايجابيا دائما، فقد تكون البعض من المعتقدات مضره بالفرد بالرغم انه يعتقد عكس ذلك، مما قد ينجم عن ذلك مضاعفات سيئة في حياة الفرد جراء هذه المعتقدات الخاطئة.

و تعتبر دراسة المعتقدات الصحية من بين أهم المجالات التي يهتم بها الباحثين و الدارسين، نظرا لأهمية هذا المجال (المجال الصحي)، الذي أصبح اهتمام العام و الخاص في جميع الميادين. فمن الملاحظ أن سلوكيات الأفراد الصحية تختلف باختلاف معتقدات الفرد حول صحتهم، و كما قلنا سابقا أن هذه المعتقدات ليست بالضرورة دائما صحيحة، و عليه ينتج عن ذلك مجموعة سلوكيات تكون مضره بصحة الفرد أكثر من فائدتها، و هي ما تعرف بسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة. هذا و خاصة إذا كانت تلك المعتقدات تعويضية، أي عندما يعتقد الفرد أن بقيامه بسلوك معين قد يعوض بذلك سلوكا آخر مضر، مما ينجم عن ذلك مضاعفات أخرى قد تكون أكثر ضررا.

و على هذا الأساس جاء هذا الفصل الذي سوف نتطرق فيه إلى شرح هذا المفهوم (المعتقد الصحي)، و كذلك التطرق إلى النموذج الذي اعتمد هذا المفهوم كنقطة مرجعية في العلاج، دون أن ننسى علاقته بسلوكيات الخطر.

أولاً: مفهوم المعتقدات الصحية

تختلف معتقدات الناس حول صحتهم على حسب الاتجاهات و المعايير التي يعتمدونها في حياتهم، و على حسب هذه المعتقدات تختلف سلوكياتهم نحو صحتهم، و عليه و قبل التطرق إلى مفهوم المعتقد الصحي، لا بد لنا أولاً أن نفهم ما هو المعتقد؟، و ما هي أهم الخصائص التي تميزه؟.

1. تعريف المعتقد:

يعرف المعتقد على أنه: الموقف الفكري الذي يعتمد الفرد، بحيث ليس من الضروري أن يكون هذا الموقف موضوعي أو أن يكون التعبير عن هذا الموقف مقبولاً. (Bloch ، 1991).

يعرف كريتش و كرتشفلد (Krech & Crutchfield) المعتقدات: " أنها تنظيم يتسم بالثبات للمدركات و المعارف حول جانب معين من حياة الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد". (عبد اللطيف محمد خليفة، 1998)

و يعرف روكيتش (Rokeach) المعتقد: " هو توقع يتعلق بوجود كائن ما، أو بتقييم معين، أو عادات معينة، أو قضايا أمرية- ناهية - أو وقائع سببية". (معتز سيد عبد الله، 2001)

و المعتقد هو عبارة عن وضعية فكرية أين يختار ضمنها الفرد موضوع معين بطريقة خاصة على حسب القواعد التي تحكمه. (Bergson ، 2009)
و يلخص عبد اللطيف محمد خليفة عدة خصائص لمفهوم المعتقدات، نذكر منها:
(عبد اللطيف محمد خليفة، 1998)

- المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدركاته.
- المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع بيئته؛
- تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن؛

- يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب في نفس الوقت؛
- يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد و تقييمه للأمور؛
- يعكس مفهوم الفرد تصورات الفرد و مدركاته و طبيعة معرفته، و بهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد و استجاباتهم للمثيرات المختلفة.
- يمكن الاستدلال عن طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد، و طريقة تفكيره، و هي تقترن عادة بعبارة "أنا اعتقد".

↩ من خلال هذه التعاريف يمكننا ملاحظة أن المعتقد عبارة عن مفهوم معرفي محض، و عليه يمكننا تعريف المعتقدات على أنها: "برمجة فكرية تعكس تصورات الفرد و مدركاته و طبيعة معرفته، و هي ترتبط بتوقعات الفرد و تقييمه للأمور، و بهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد و استجاباتهم للمثيرات المختلفة".

2. تعريف المعتقد الصحي التعويضي The compensatory health beliefs:

يعرف كل من مارجوري رابيو و باربال كنوبر Marjorie Rabiau*, Barbel Knauper (و هما من الرواد المؤسسين لنظرية المعتقدات الصحية التعويضية) المعتقدات الصحية التعويضية، على أنها اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي و صحي خلال وقت معين. حيث ترتبط الطوعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه. (Marjorie Rabiau, Barbel Knauper ، 2006)

ثانياً: نموذج المعتقدات الصحية

قبل التطرق إلى نموذج المعتقدات الصحية التعويضية و هو ما يهمننا في هذه الدراسة، لابد لنا أولاً أن نتطرق إلى نموذج المعتقدات الصحية العام، وذلك لفهم الغرض العام من هذا النموذج.

1. نموذج المعتقدات الصحية العام:

طور في بداية الخمسينيات من قبل علماء النفس الاجتماعيين

(Irwin Rosenstock. Godfrey Hochbaum .stephen kegels) ، الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا. حيث أن النموذج طور ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل. و في ذلك الحين زود برنامج فحص السل البالغين بأشعة الفحص السينية في الوحدات المتنقلة المتواجدة في أماكن عديدة من الأحياء المتفرقة التي كانت تعاني من ارتفاع عدد الإصابة بمرض السل. فمن بين سكان الحي الذين خرجوا لإجراء الفحوصات بالأشعة السينية كان عدد البالغين قليل جدا.

فبحث Hochbaum عن الأسباب التي حفزت البعض لإجراء الفحوصات، والأسباب التي منعت البالغين من إجراء الفحوصات، فوجد بأن خطرهم المحسوس للمرض وخطرهم المحسوس من العدوى ومخاطر الأشعة السينية كانت من بين العوامل الحاسمة في سلوكهم.

ومنذ ذلك الحين عرفت بداية ظهور نموذج المعتقدات الصحية ، حيث بدأ كيف ويطور لاستكشاف السلوكيات الصحية طويلة المدى وقصيرة المدى بما فيها سلوكيات المخاطر الخبيثة و

انتشار مرض الإيدز (Lorraine M. Reiser ، 06/06/2007)

و قدم النموذج في البداية مع أربعة مفاهيم أساسية:

- سهولة التأثر المحسوسة؛

- الشدة المحسوسة؛

- المنافع المحسوسة أو المدركة؛

- الحواجز أو الموانع المدركة أو المحسوسة؛

و أضيف في سنة 1988 مفهوم الكفاءة الذاتية لمخاطبة تحديات السلوك غير الصحي

المألوف مثل التدخين (Carolina Werle)

وفي سنة 1994 أعطى كل من العلماء Rosenstock. strecher Becker المتغيرات

الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية، ألا وهي: (ليندزي و بوال، 2000)

. التهديد المدرك ويتضمن جزآن :

أ- سهولة التأثر المحسوسة لشروط الصحة وتتضمن الفهم الشخصي للإحساس بالخطر الذي

يهدد الصحة .

ب- الشدة المحسوسة لشروط الصحة وهي أحاسيس متعلقة بجدية المرض أو تركه غير معالج ويدخل هنا التقييمات الفردية للنتائج الطبية والسريرية والنتائج الإجتماعية المحتملة.
- **المنافع المدركة:** التأثير الإيجابي المعتقد للإستراتيجيات والسلوكيات للتخفيض من تهديدات المرض.

. إدراك الموانع: النتائج السلبية المحتملة التي قد تنتج من سلوكيات عدم الحفاظ على الصحة.
. المتغيرات الأخرى: المتغيرات الهيكلية التي تؤثر على تصورات الفرد وتؤثر على السلوكيات المتعلقة بالصحة بشكل غير مباشر مثل الدعاية والإعلان الذي يحفز الناس لاتخاذ الإجراءات الصحية ، المستوى الثقافي والفكري للفرد ...إلخ.
. الكفاءة الذاتية: الإعتقاد في أن يكون الفرد قادرا على تنفيذ السلوك بنجاح هذا المفهوم قدم من طرف Bandura سنة 1977.

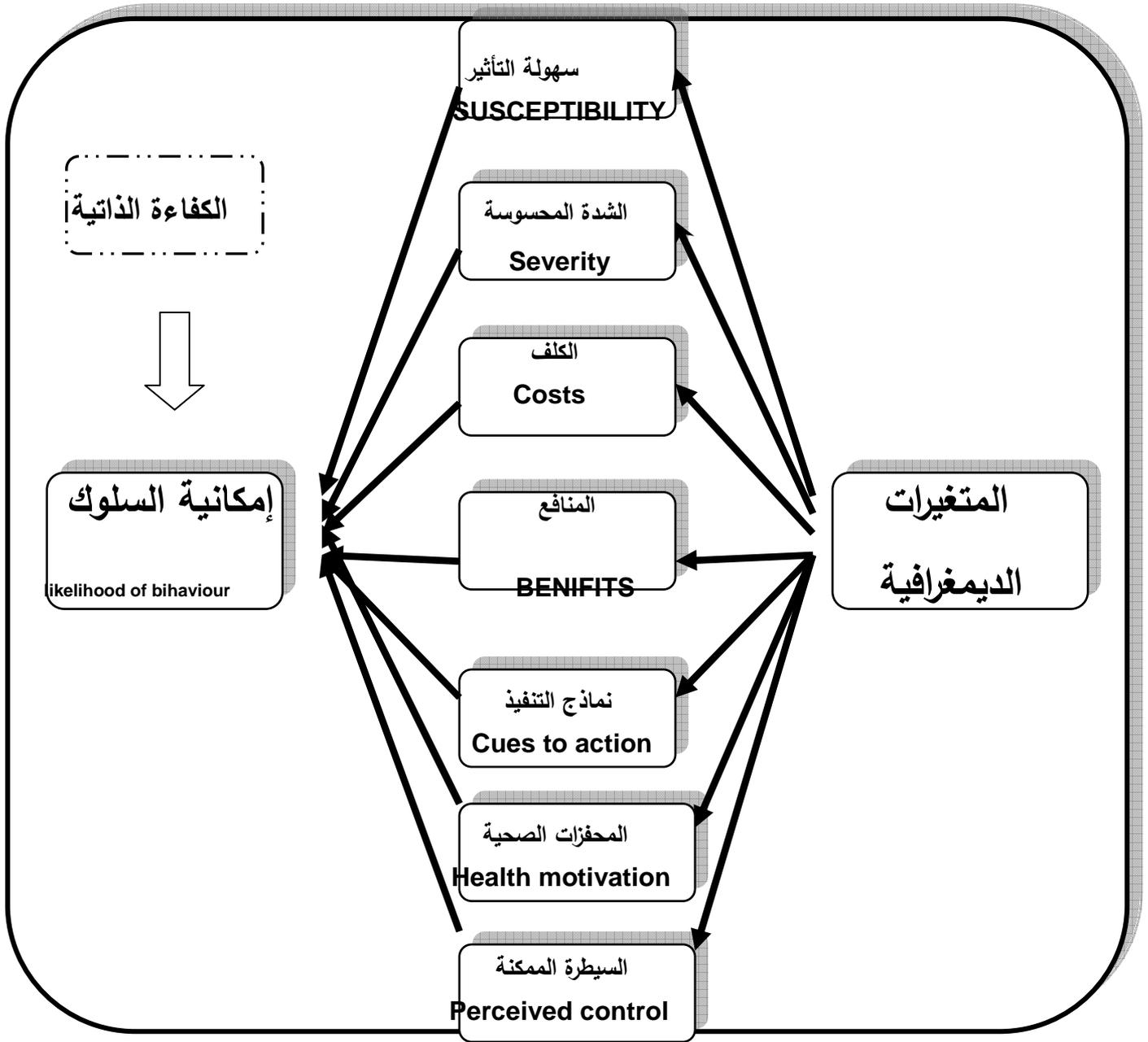
إذا فـنـمـوذج المعتقدات الصحية طور أولا من قبل Rosenstock في أواخر الخمسينيات بداية الستينيات ، ثم من قبل Becker وزملائه على مدار السبعينيات والثمانينيات وهدفه كان توقع سلوكيات صحية وقائية والرد السلوكي لمعالجة المرض . وخلال السنوات الأخيرة، استعمل النموذج لتوقع العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة، خاصة منها السلوكيات الوقائية.
و طبقا لنموذج المعتقدات الصحية فالسلوك هو ناتج مجموعة الاعتقادات الرئيسية التي أعيد تحديدها على مر السنين. (Lawrence ، 2007)

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية هو نظرية توقع قيمة {توقع القيمة} والتي تركز على:
. كيف يمكن أن يكون سلوك الفرد حافظا على صحته والوقاية من المرض.
. توقعات على بعض القضايا بان الفرد قد يعتبر سلوكا ما مدركا بشدة عندما يتعلق الأمر بسلوكيات تمس صحته.

. نموذج المعتقدات الصحية نمط يستعمل للتقييم أو للتأثير على تغيير سلوكيات الأفراد بغية تحقيق شروط صحية.

وعلى هذا الأساس فالنموذج يقترح إمكانية الفرد باتخاذ إجراءات و سلوكيات معينة وقاية من المرض وحفاظا على الصحة {صحته}. و أما فيما يتعلق بشروط الصحة فهي محددة برغبة الفرد في اتخاذ الإجراءات الوقائية والمنافع التي ستترتب على هذه الإجراءات، فالنموذج يقيم أيضا إدراك الفرد لمنافع الكشف والمعالجة من مرض معين.
(Strecher, V. J., and Rosenstock, I. M) . (1997)

و فيما يلي مخطط يبين أهم عناصر هذا النموذج (نموذج المعتقدات الصحية العام)، و ذلك حسب النموذج الذي قدمه بيكر Becker سنة 1977 : (Ogden J، 2004)



شكل رقم 04: يوضح نموذج المعتقدات الصحية العام

على الرغم من الإمكانية التطبيقية لهذا النموذج و البحوث التي حفزها، إلا انه لا يسلم من

النقد: (ليندي و بوال، 2000)

- فهو لا يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة الذي يقوم به الناس بشكل معتاد؛

- كما انه لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات هذا النموذج مثل الحساسية الإدراكية أو الخطورة؛

- لا يضع النموذج في الحسبان حقيقة تكلفة و مزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن؛

- كما أن هذا النموذج يفترض عقلانية اتخاذ القرار، أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة في سلوك معين، و تعديل سلوكهم وفقا لذلك بعناية.

2. نموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

يعتبر هذا النموذج من بين أحدث نماذج نظرية المعتقدات الصحية، قام بتأسيسه كل من مارجوري رابيو، باربال كنوبر و بول ميكلون Marjorie Rabiau, Barbel Knauper and Paule Miquelon، حيث اعتمدوا في السعي لتحقيق أهداف هذا النموذج، على نظرية حماية الدافع la motivation de protection (روجرز ، 1975 ، 1983)، نظرية السلوك المخطط (Ajzen ، 1985) ، نموذج شفارتز (1992 1999) الذي جمع بين النموذجين السابقين، ونموذج التوافق الذاتي (شيلدون ، 2002 ؛ شيلدون & اليوت ، 1999)، الذي يستند إلى مفاهيم نظرية في تقرير المصير (المعاملة الخاصة والتفاضلية ، والمقرر & ريان ، 1985 ، 2000). حيث قاموا بتعريف السلوك الصحي الذي يندرج ضمن هذه النماذج الثلاث على أنه سلوك ناتج عن معتقدات صحية تعويضية.

و يعرض نموذج المعتقدات الصحية محاولة لتفسير سبب تطوير الأفراد لمثل هذه المعتقدات الصحية التعويضية، وكيفية توظيف هذه المعتقدات لمقاومة الإغراءات الذاتية، و كذلك على مدى قدرة الأفراد على التنبؤ بالاختيارات الصحية والنتائج الصحية. و تشمل العناصر الرئيسية للنموذج على:

- الصراع القائم بين الرغبة والهدف، أو على ما يسمى بالتنافر الإدراكي la dissonance cognitive (Festinger، 1957 ؛ Mischel ، 1996)؛

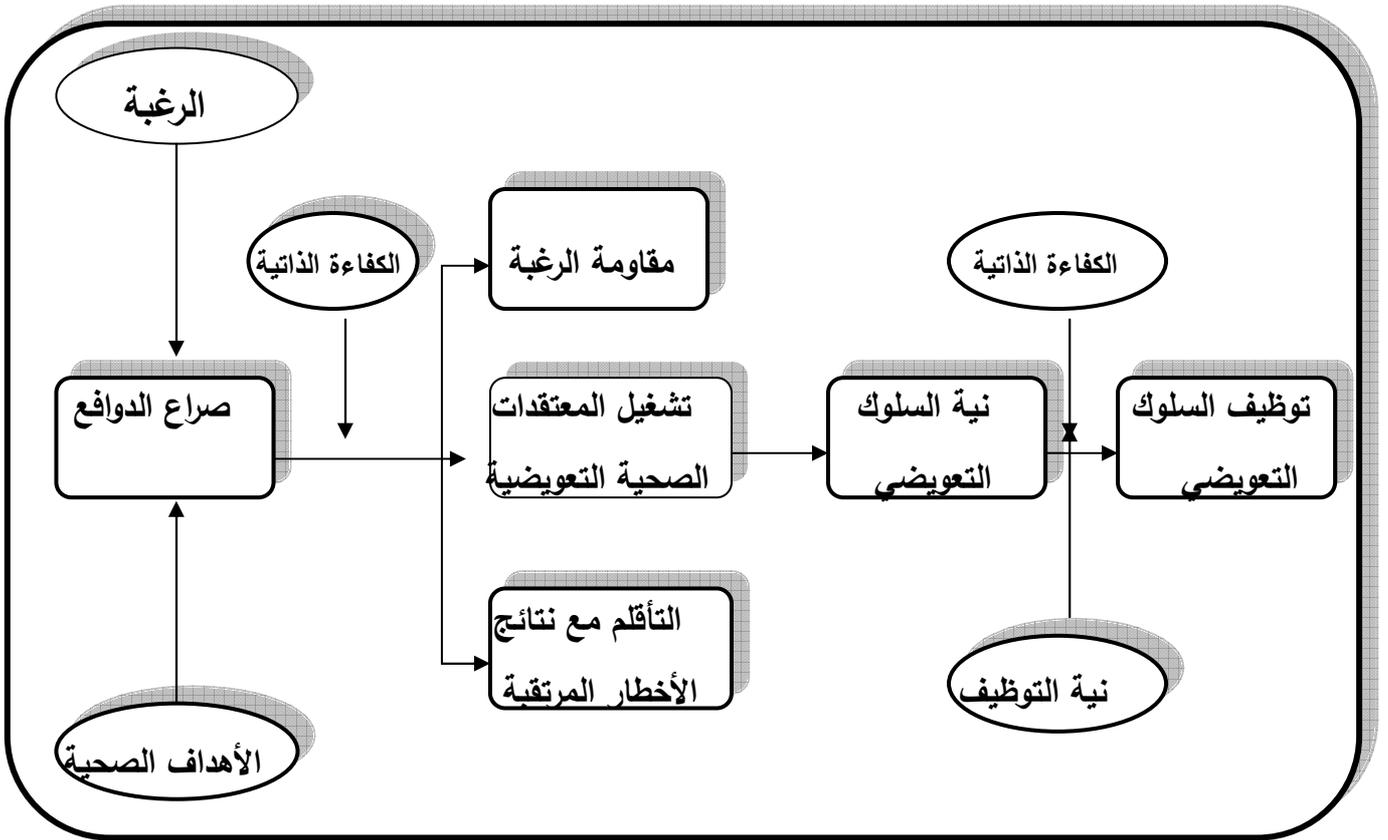
- التوافق الذاتي **l'objectif d'auto-concordance** ، أي إلى أي مدى يمكن للفرد أن يسعى إلى تحقيق أهدافه الشخصية الذاتية (شيلدون 2002 ، شيلدون & إليوت ، 1999)؛

- الفعالية الذاتية (باندورا ، 1977 ؛ شوارزر وريتر ، 2000)؛

- النوايا **les intention (Ajzen, 1991)**؛

- تنفيذ النوايا أو الخطط (Gollwitzer ، 1999 ؛ Brandsta & Gollwitzer ، 1997).

إن العمليات التي وصفها هذا النموذج ، أنه بغض النظر عن استبعاد الصراع بين الرغبات والأهداف الصحية (أي التنافر الإدراكي)، تتيح للفرد فرصة لأن يصبح مرتاحاً، ولكن ذلك باعتماده على سلوكيات أو نشاطات سلبية، حيث أن بعد قيامه بهذه السلوكيات يبدو أنه في حالة صحية سيئة. وهنا لا تنتهي هذه السلوكيات إلا إذا قام إما بتنفيذ التعويض (سلوك تعويضي) أو قيامه بسلوك يسمح له بإلغاء النية **L'intention**. (Marjorie Rabiau*, Barbel Knauper ، 2006) . و النموذج التالي يوضح أهم عناصر هذا النموذج.



شكل رقم 05: يبين نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

ثالثاً: المعتقدات الصحية و علاقتها بسلوكيات الخطر

تدل نظرية المعتقدات الصحية على أنه يجب النظر في مفهوم القابلية للإصابة بمرض جراء سلوك خطر صحي، وتصور مدى خطورته حيث يمكن تقدير عتبة هذه المخاطر المتصورة من طرف الفرد. فدراسة التصور للمنافع والحواجز يسمح بتقدير أسلوب العمل الفعال لدى الفرد.

و يتضح من خلال هذا النموذج أن تصورات وشدة الحساسية للمشكلة الصحية هي تصورات ذاتية طبية أو اجتماعية، و أما الأحاسيس المدركة للخطر هو مزيج من الحساسية والمخاطر المتصورة، و كذلك من الفوائد التي تأخذ بعين الاعتبار المعتقدات ودمجها ضمن فعالية الإجراءات. كما أنه يمكن النظر للحواجز التي تنتج عن هذه المعتقدات من خلال التكاليف والجوانب السلبية في الإجراءات الممكن اتخاذها.

و تختلف المحفزات و العوامل التي قد تؤثر على قبول مخاطر إلى عدة أنواع، منها : درجة الحرية ، التجارب السابقة المتعلقة بالمخاطر ونتائجها، أسباب المخاطر وأصولها، المزايا

التي يمكن استخلاصها من مصادر للخطر، الثقة التي تقيم المخاطر واحتمالات السيطرة على المخاطر، التعاون مع السياسيين والمشرعين، معرفة المخاطر التي يتعرض لها الأطفال والأجيال المقبلة للإعلان، ووسائل الإعلام.

وأخيرا ، فإن الوعي بالخطر قد يؤدي إلى اتخاذ قرار يمكن أن يتخذ أشكالاً مختلفة وأحيانا متباينة المعاني نذكر منها: القضاء على خطر، رفض الكشف عن هذا الخطر، اتخاذ خطوات للتخفيف من حدة الآثار الضارة، اتخاذ خطوات لانخفاض احتمال وقوع هذه النتائج، اتخاذ خطوات لزيادة احتمال أو طبيعة الآثار الإيجابية، ... الخ.(Jehova، 2007)

ملخص:

تعرف المعتقدات على أنها برمجة فكرية تعكس تصورات الفرد و مدركاته و طبيعة معرفته، و هي ترتبط بتوقعات الفرد و تقييمه للأمور، و بهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد و استجاباتهم للمثيرات المختلفة. و في هذا المجال فإن هذه البرمجة الفكرية تتحول إلى كل ما يتعلق بصحة الفرد، خاصة إذا تعلق الأمر بالسلوك الصحي الوقائي الذي يعتبر محور النماذج النظرية التي تتطرق إلى دراسة المعتقدات الصحية. و في هذا الإطار جاء نموذج المعتقدات الصحية التعويضية الذي يعتبر من أحدث النماذج التي تطرقت إلى دراسة السلوك الخطر المتعلق بالصحة بهدف الوصول إلى وضع برامج صحية تتضمن سلوكيات وقائية، يمكن الاستعانة بها في البرامج الصحية المقدمة من طرف السلطات المختصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة و مناقشة نتائجها

تمهيد

أولاً: إجراءات الدراسة

1. مجال الدراسة
2. منهج الدراسة

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية

1. عينتها
2. أدواتها و كيفية تطبيقها
3. المعالجة الإحصائية

ثالثاً: الدراسة الأساسية

1. عينتها
2. أدواتها و كيفية تطبيقها
3. كيفية جمع البيانات الخام
4. المعالجة الإحصائية

رابعاً: عرض و مناقشة نتائج الدراسة الأساسية

1. عرض و تحليل النتائج
2. مناقشة النتائج
3. المناقشة العامة

ملخص.

تمهيد

لا تخلو أي دراسة ميدانية من جانب نظري، و الذي يعتبر كأساس قاعدي لها، يكمله الجانب التطبيقي الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي، حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية، و يوسع من مجال تطلعاته.

و إذا كان الجانب النظري هو المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق المتعلقة بمتغيرات البحث، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، و هذا من خلال تحويل نتائجها الخام من نتائج كيفية إلى معطيات كمية يعبر عليها إحصائياً بأرقام محددة التي تدل على دلالات معينة.

و في هذه الفصل سنتعرض إلى توضيح إجراءات الدراسة من خلال التطرق إلى تعريفات البحث الإجرائية، منهج الدراسة و مجال الدراسة، ثم سنتطرق إلى الدراسة الاستطلاعية (عينتها، أدواتها و كيفية تطبيقها، المعالجة الإحصائية، و نتائجها)، و من ثم سنتعرض الدراسة الأساسية (عينتها، أدواتها و كيفية تطبيقها، كيفية جمع البيانات الخام، المعالجة الإحصائية)، و تتم هذا الفصل بعرض و مناقشة نتائج الدراسة الأساسية.

أولاً: إجراءات الدراسة

كأي دراسة، فإنه لا بد من المرور بإجراءات معينة من أجل التحكم و الإلمام أكثر بجوانبها، و بالتالي الوصول بطريقة سليمة إلى الهدف المرجو من هذه الدراسة.

1: مجال الدراسة:

كأي دراسة علمية واضحة المعالم، لا بد أن توضح مجالات، أبعاد وحدود إجراء هذه الدراسة، وأهم هذه المجالات نذكر ما يلي:

1.1 المجال الجغرافي - المكاني -:

تمت هذه الدراسة في كل من ولاية باتنة ، قالمة و أم البواقي على اعتبار أن: مدينة باتنة المنطقة الأم التي تعيش فيها الطالبة الباحثة، بالإضافة إلى ملاحظتها لارتفاع سلوكات الخطر المدروسة في هذه المنطقة، و قد وزعت الاستثمارات في كل من دائر باتنة، دائرة نقاوس، دائرة تيمقاد، بلدية تازولت.

أما ولايتي قالمة و أم البواقي و ذلك لمحاولة إيجاد بعض الفروق بين معتقدات و جودة الحياة عند أفراد العينة، بالإضافة إلى وجود بعض المساعدات، حيث وزعت الاستثمارات في مدينة قالمة (بلدية قالمة)، و أم البواقي (بلدية عين مليلة).

2.1 المجال البشري:

فيما يخص هذا المجال كانت العينة مكونة من 153 فرد ذكور وزعت عليهم المقاييس، حيث أننا وزعنا المقاييس على الذين كان عندهم استعداد للمشاركة في البحث ودون الاهتمام بحالتهم الصحية مسبقاً. أو بمتغيرات أخرى ماعدا الشروط التي يجب أن تتوفر في أفراد العينة (عينة قصدية). والقدرة على فهم فحوى المقياس. سواء بالقراءة أو السمع، حيث لم يتم استرجاع سوى 103 و ذلك لعدة أسباب سوف نذكرها لاحقاً.

هذا دون أن ننسى عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من 30 فرد ذكور كلهم من ولاية باتنة، و ذلك لاختبار مدى صدق و ثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية.

3.1 المجال الزمني:

تمت هذه الدراسة في غضون العام الدراسي الممتد ما بين 2007-2008. وكانت البداية بجمع بعض المعلومات المحتمشة عن متغيرات الدراسة في الجانبين النظري والميداني. واستمر البحث عن المعلومات ذات الصلة بالموضوع بالتوازي إلى غاية نهاية البحث.

4.1 المجال المنهجي:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي وبتطبيق أربع مقاييس حول: سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة، سلوك قيادة السيارات، سلم المعتقدات الصحية، و سلم جودة الحياة الصحية، وباستخدام المعلومات ذات الصلة بالدراسة والمتحصل عليها فعليا من المراجع المكتوبة أو من المواقع على شبكة الانترنت ومن جميع المصادر الممكنة.

2. منهج الدراسة:

إن الدراسات و البحوث السيكولوجية تفرض على الباحث اختيار المنهج الملائم لها. و المعيار الأساسي في استخدام منهج معين للبحث هو ما إذا كان هذا المنهج يوفر للباحث الإجابة عن تساؤلات البحث و يوصله إلى نتائج موضوعية و صحيحة قدر الإمكان. و نظرا لكون الدراسة الحالية تسعى إلى معرفة العلاقة الكامنة بين سلوكيات الخطر المتعلقة بكل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية، فإن المنهج الذي تم اعتماده في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي لكونه الملائم في الكشف عن مثل هذه العلاقات و فيما إذا كانت هناك ارتباطات دالة بين هذه المتغيرات.

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية

في ضوء المفاهيم الإجرائية و منهج الدراسة تم تصميم الدراسة الاستطلاعية، التي تهدف إلى اختبار صلاحية أدوات البحث، من حيث صياغة و سهولة العبارات و وضوح التعليمات، و الصدق و الثبات.

1. عينتها:

تتكون العينة الاستطلاعية المختارة في هذه الدراسة من 30 فرد ذكور كلهم من ولاية باتنة، تم اختيارهم بطريقة عرضية، حيث تراوحت أعمارهم بين 19 و 34 سنة، بمتوسط حسابي قدره 26.73، و انحراف معياري 5.01. حيث تميزت خصائص العينة في:

1.1 خصائص العينة من حيث السن:

النسبة المئوية	ذكور	الجنس السن
60 %	18	26 – 19
40 %	12	34 – 27
100 %	30	المجموع

جدول رقم 03: يبين خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن

- نلاحظ من خلال الجدول رقم 03 أن سن أفراد العينة المختارة تراوح بين 19 و 34 سنة، بمدى عمري قدره 7 سنوات، و ذلك بمتوسط حسابي قدره (26.37) أي 26 سنة و 4 أشهر و نصف بالتقريب، و بانحراف معياري قدره (05.01) و هو ما يعادل 5 سنوات.

2.1 - خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

النسبة %	العدد	
6.7%	2	أمي
13.3%	4	ابتدائي
46.7%	14	متوسط
23.3%	7	ثانوي
10.0%	3	جامعي
100%	30	المجموع

جدول رقم 04: يبين خصائص العينة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي

- من خلال الجدول رقم 04 نلاحظ أن المستوى التعليمي قد تمايز بين أفراد العينة، حيث وجدنا نسبة ضئيلة من الأميين (6.7 %)، و نسبة (13.3 %) للأفراد الذين مستوى تعليمهم لم يتعدى المستوى الابتدائي، في حين كانت نسبة الأفراد ذوي مستوى التعليم المتوسط (46.7 %) و هي أعلى نسبة، و أما نسبة الأفراد ذوي مستوى التعليم الثانوي فكانت (23.3 %)، و أخيرا نسبة الأفراد ذوي المستوى الجامعي فكانت تقدر بـ (10.0 %).
و عليه، يمكننا القول أن معظم أفراد العينة يمتازون بمستوى تعليمي مقبول أتاح لهم أن يفهموا ما وضع في أدوات البحث (الاستثمارات المقدمة إليهم) من تعليمات و مفاهيم، و كذلك من حيث إمكانية قراءتها، و هذا ما سهل علينا عدم حتمية أن نكون مع الأفراد المشاركين دوما.
في حين اضطررنا إلى أن نكون حاضرين مع الأفراد الأميين و الأفراد الذين لا يتقنون اللغة العربية لقراءة و توضيح ما جاء في أدوات البحث.

2. أدواتها و كيفية تطبيقها:

1.2 أدواتها:

تعترم الطالبة الباحثة في الدراسة الميدانية الأساسية استخدام أربع مقاييس استدعتها طبيعة البحث و موضوعه، فتم استعمال هذه الأخيرة في الدراسة الاستطلاعية قصد اختبار مدى صلاحية هذه المقاييس.

الأداة الأولى: سلم المعتقدات الصحية التعويضية

أ- وصف الأداة: و يسمى أيضا بسلم المعتقدات الصحية العام، وهو عبارة عن مقياس أو سلم أعده مؤسسي نظرية المعتقدات الصحية التعويضية (كنوبر، رابيو، و كوهن Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen) والتي اعتمدت عليها الطالبة الباحثة في هذه الدراسة، و هو عبارة عن سلم مكون من 17 عبارة بواقع خمس بدائل باللغة الفرنسية، حيث قامت الطالبة الباحثة بترجمته إلى اللغة العربية و إعادة ترجمته إلى اللغة الفرنسية بالاستعانة بمختص في الترجمة (انظر الملحق رقم 02) ، و هو من بين مقاييس التقييم الذاتي، حيث قمنا بإعطاء درجات خام للبدائل كالتالي :

- 01 ← غير موافق تماما
- 02 ← غير موافق قليلا.
- 03 ← ليس بموافق و ليس بغير موافق
- 04 ← موافق قليلا.
- 05 ← موافق تماما.

حيث أنه إذا تحصل الفرد الذي أجاب على هذا السلم على درجة ما بين 17- 59.5 و هذا معناه أن معتقداته الصحية ايجابية، أي أن هذه المعتقدات تساعده فعلا في الارتقاء بصحته عن طريق إتباعه سلوكات صحية معينة، و أما إذا تحصل الفرد على درجة ما بين 59.5 - 85 فإن معتقداته الصحية سلبية، أي أن المعتقدات التي يعتمد عليها في الارتقاء في صحته تضره أكثر مما تنفعه، حيث تجعله يسلك سلوكات خطيرة تضر بصحته.

و يهدف هذا السلم إلى معرفة المعتقدات العامة التي يعتمد عليها الفرد للارتقاء بصحته، و ذلك عن طريق مبدأ التعويض أي تعويض سلوكك بآخر.

ب- خصائصها السيكومترية:

ب-1- حساب صدق الأداة: و لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على صدق الاتساق الداخلي (صدق التكوين)، و ذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي لـ كارل بيرسون (Pearson) بين البنود و الدرجة الكلية لكل بعد، و قد كانت النتائج على النحو الموضح في الجداول التالية :

المجموع	مستوى الدلالة	
0.30*	دال عند 0.05	1. الاسترخاء نهاية الأسبوع يمكن أن يعوض الضغط النفسي أثناء الأسبوع
0.32*	دال عند 0.05	2. استعمال سكر اصطناعي يمكن أن يعوض الحريريات الإضافية
0.31*	دال عند 0.05	3. ممارسة نشاط يمكن أن يعوض اثر التدخين
0.36*	دال عند 0.05	4. من السليم النوم متأخرا إذا استطعنا النوم وقت أكثر غدا صباحا (ما يهم فقط عدد الساعات)
0.56**	دال عند 0.01	5. عدم شرب الكحول خلال الأسبوع يمكن أن يعوض نتائج الإفراط في شرب الكحول نهاية الأسبوع
0.42**	دال عند 0.01	6. تجاوز الطبقة الرئيسي يمكن أن يعوض بتناول التحلية
0.23	غير دال	7. الاسترخاء أمام التلفزة يمكن أن يعوض عن يوم مجهود
0.36*	دال عند 0.05	8. من الصحيح أكل كل ما نريده مساء إذا لم نتناول بالتقريب أي طعام خلال اليوم
0.65**	دال عند 0.01	9. الأكل جيدا من اجل الصحة يمكن أن يعوض عن نتائج الشرب المنتظم للكحول
0.70**	دال عند 0.01	10. النوم متأخرا صباحا خلال نهاية الأسبوع يمكن أن يعوض قلة النوم خلال الأسبوع
0.002	غير دال	11. ممارسة نشاط يمكن أن يعوض عن النتائج السيئة للضغط النفسي
0.39*	دال عند 0.05	12. البدء في حمية جديدة غدا يمكن أن يعوض عن الحمية التي لم تنجح اليوم
0.25	غير دال	13. نتائج شرب القهوة يمكن أن توازن بشرب نفس الكمية من الماء
-0.008	غير دال	14. من الصحيح تجاوز الإفطار إذا أكلنا أكثر في منتصف النهار أو خلال العشاء
0.32*	دال عند 0.05	15. النوم يمكن أن يعوض عن الضغط النفسي
0.58**	دال عند 0.01	16. من الصحيح شرب الكثير من الكحول بقدر ما نشرب كمية كبيرة من الماء من اجل النحافة
0.49**	دال عند 0.01	17. من الصحيح التدخين من وقت لآخر إذا كنا نأكل جيدا من اجل الصحة

جدول رقم 05 : يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمقاييس المعتقدات الصحية التعويضية

يتضح من هذا الجدول أنه توجد 13 عبارة دالة من مجموع 17 عبارة، حيث:

- العبارة رقم 1، 2، 3، 4، 8، 12 و 15 هي عبارات دالة عند مستوى دلالة (0.01).

- العبارة رقم 5، 6، 9، 10، 16 و 17 هي عبارات دالة عند مستوى دلالة (0.05).

- و أما العبارات 7، 11، 13 و 14 هي عبارات غير دالة عند أي مستوى دلالة.

و عليه فإن عدد البنود الدالة هي 13 عبارة دالة من مجموع 17 عبارة، و هذا دليل على وجود

نوع من الاتساق الداخلي للمقياس، أي أن هذا الأخير يتميز بصدق اتساق داخلي مقبول.

ب-2 حساب ثبات الأداة:

تم حساب ثبات الاستبيان بطريقتين هما : حساب معامل (∞) لـ كرونباخ، و عن طريق التجزئة النصفية.

ب-2-1 الثبات بحساب معامل ∞ كرونباخ

بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.55) و هي درجة مقبولة نوعاً ما، مما يدل على أن هذا المقياس

يمتاز بالثبات النسبي.

ب-2-2 الثبات بالتجزئة النصفية:

و ذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود الفردية و البنود الزوجية، و كانت النتيجة بعد

تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.71) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل

على ثبات الاختبار.

الأداة الثانية: سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة

أ- وصف الأداة: هو مقياس من بين مقاييس التقييم الذاتي، أسسه البعض من الباحثين في مجال الصحة العامة بعدة لغات، و اعتمده منظمة الصحة العالمية كمقياس عالمي لحساب درجات جودة الحياة المتعلقة بالصحة للأفراد، و هو سلم يتكون من 8 محاور تقيس جوانب مختلفة من حياة الفرد. و لقد اعتمدت الطالبة الباحثة في هذه الدراسة على سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة المعد باللغة الفرنسية حيث قامت بترجمته إلى اللغة العربية و إعادة ترجمته إلى اللغة الفرنسية بالاعتماد على مختص في الترجمة(انظر ملحق رقم 03). و على العموم يتكون المقياس من 8 محاور كما تطرقنا إليه سابقا و هي:

- محور الوظائف البدنية: و تعبر عنه العبارات 3،4،5،6،7،8،9،10،11،12
- محور الدور البدني: و تعبر عنه العبارات 13،14،15،16
- محور الدور الانفعالي: و تعبر عنه العبارات 17،18،19.
- محور الحيوية: و تعبر عنه العبارات 23،27،29،31
- محور الصحة النفسية: و تعبر عنه العبارات 24،25،26،28،30
- محور الوظائف الاجتماعية: و تعبر عنه العبارات 20، 32
- محور الألم: و تعبر عنه العبارات 21،22
- محور الصحة العامة: و تعبر عنه العبارات 1،2،33،34،35،36

و ما يميز هذا المقياس أن كل محور له بدائل خاصة به، و لكن في مجمله يقيس متغير واحد ألا و هو جودة الحياة المتعلقة بالصحة عند الفرد، و هذه البدائل هي:

- محور الوظائف البدنية: نعم، محددة جدا نعم، محددة نوعا ما لا، غير محددة إطلاقا
- محور الدور البدني: نعم لا
- محور الدور الانفعالي: نعم لا
- محور الحيوية: دائما غالبا أحيانا نادرا
- محور الصحة النفسية: دائما غالبا أحيانا نادرا
- محور الوظائف الاجتماعية: دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

- محور الألم: أبدا قليلا جدا قليلا متوسط كثيرا كثيرا جدا
 - محور الصحة العامة: صحيح جدا صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما خطأ جدا

ب- الخصائص السيكومترية للأداة:

ب-1- حساب صدق الأداة:

لقد تم حساب صدق هذه الأداة بالاعتماد على صدق الاتساق الداخلي لمحاورها، و كانت النتائج كالتالي:

ب-1-1 حساب صدق محور الوظائف البدنية:

المجموع	الدلالة	
0.54**	دال عند 0.01	3. النشاطات المرهقة (الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة)
0.53**	دال عند 0.01	4. النشاطات الخفيفة (تحريك طاولة، تشغيل المكنسة الكهربائية، لعبة الكرة الحدودية)
0.66**	دال عند 0.01	5. رفع أو حمل علب
0.55**	دال عند 0.01	6. صعود عدة طبقات من سلالم (درج) على التوالي
0.54**	دال عند 0.01	7. صعود سلم (درج)
0.76**	دال عند 0.01	8. الانثناء، الركوع، الانحناء
0.73**	دال عند 0.01	9. المشي أكثر من كيلومتر و نصف
0.74**	دال عند 0.01	10. المشي لبعض مئات من الأمتار
0.55**	دال عند 0.01	11. المشي مئة متر
0.46**	دال عند 0.01	12. الاستحمام أو الغسل

جدول رقم 06: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الوظائف البدنية

يتضح من خلال الجدول رقم 06 أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب-1-2 حساب صدق محور الدور البدني :

الدالة	المجموع	
0.01 عند	0.92**	13. تقليص الوقت الخاص بالعمل أو بالنشاطات الأخرى
0.01 عند	0.69**	14. انجاز اقل مما كنت تريد
0.01 عند	0.70**	15. كانت (المشاكل) محدودة بنوع العمل أو النشاط
0.01 عند	0.84**	16. تواجد صعوبات في انجاز العمل أو النشاطات الأخرى(مثل : حمل ثقل أكثر من جهدك)

جدول رقم 07 : يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الدور البدني

يتضح من خلال الجدول رقم 07 أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى دلالة (0.01)، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب-1-3 حساب صدق محور الدور الانفعالي:

الدالة	المجموع	
0.01 عند	0.76**	17. تقليص الوقت الخاص بالعمل أو بالنشاطات الأخرى
0.01 عند	0.77**	18. انجاز اقل مما كنت تريد
0.01 عند	0.56**	19. انجاز عملي أو نشاطات أخرى في اقل من الوقت المعتاد

جدول رقم 08 : يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الدور الانفعالي

نلاحظ من خلال الجدول رقم 08 أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب-1-4 حساب صدق محور الحيوية:

المجموع	الدلالة	
0.57**	دال عند 0.01	23. هل كنت حيويًا؟
0.50**	دال عند 0.01	27. هل كنت ممتلئًا بالطاقة؟
0.46**	دال عند 0.01	29. هل كنت منهكًا؟
0.56**	دال عند 0.01	31. هل كنت متعبًا؟

جدول رقم 09 : يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الحيوية

نلاحظ من خلال الجدول رقم 09 أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب-1-5 حساب صدق محور الصحة النفسية:

المجموع	الدلالة	
0.62**	دال عند 0.01	24. هل كنت عصبيًا؟
0.75**	دال عند 0.01	25. هل أحسست بخيبة لم يستطع أحدا أن يشجعك بعدها؟
0.56**	دال عند 0.01	26. هل كنت هادئ و ساكن؟
0.70**	دال عند 0.01	28. هل كنت غاضبًا أو محبطًا؟
0.26	غير دال عند مستوى	30. هل كنت سعيدًا؟

جدول رقم 10 : يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الصحة النفسية

يتضح من خلال الجدول رقم 10 أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، ما عدا العبارة رقم 30 فهي غير دالة، أي عدد البنود الدالة هي 5/4 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا المحور، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب-1-6 حساب صدق محور الوظائف الاجتماعية:

الدالة	المجموع	
دال عند 0.05	0.42*	20. خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى تدخلت صحتك الجسدية و/أو النفسية في نشاطاتك الاجتماعية المنتظمة مع الوالدين أو الأصدقاء أو الجيران أو الجماعات؟
دال عند 0.01	0.60**	32. خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل تدخلت صحتك الجسدية و/أو النفسية في نشاطاتك الاجتماعية المنتظمة مع الوالدين أو الأصدقاء أو الجيران أو الجماعات؟

جدول رقم 11: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الوظائف الاجتماعية

نلاحظ من خلال الجدول رقم 11 أن العبارة رقم 20 و التي تساوي (0.42*) دالة عند مستوى دلالة (0.05) ، أما العبارة رقم 32 و التي تساوي (0.60**) دالة عند مستوى دلالة (0.01)، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب-1-7 حساب صدق محور الألم:

الدالة	المجموع	
دال عند 10.0	0.84**	21. إلى أي مدى تألتم جسديا خلال الأربعة أسابيع الأخيرة؟
دال عند 0.01	0.81**	22. خلال الأربعة أسابيع الماضية، لأي مدى تألتم أثناء عملك اليومي (بما في ذلك عملكم داخل و خارج المنزل)؟

جدول رقم 12: يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الألم

يتضح من خلال الجدول رقم 12 أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

ب-1-8 حساب صدق محور الصحة العامة:

المجموع	الدلالة	
0.66**	دال عند 0.01	1. عامة، تقول على صحتك أنها
0.70**	دال عند 0.01	2. مقارنة بسنة من قبل، كيف ترى صحتك الآن
- 0.31	غير دال عند أي مستوى	33. أحس أنني امراض بسهولة أكثر من الآخرين
0.70**	دال عند 0.01	34. أنا بصحة جيدة أو حتى أنني أفضل من الآخرين
0.18	غير دال عند أي مستوى	35. أتوقع تدهور صحتي
0.52**	دال عند 0.01	36. صحتي ممتازة

جدول رقم 13 : يبين حساب صدق الاتساق الداخلي لمحور الصحة العامة

نلاحظ من خلال الجدول رقم 13، أن:

- أن العبارات 1، 2، 34 و 36 كلها عبارات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)
- أما العبارات 33 و 35 فهي عبارات غير دالة عند أي مستوى.

أي أن عدد العبارات الدالة في هذا المحور هي 4 عبارات من بين مجموع 6 عبارات، وهذا دليل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي.

من خلال الجداول رقم 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12 و 13 نلاحظ أن جميع المحاور تمتاز بنوع الاتساق الداخلي، و عليه يمكننا اعتبار أن هذه الأداة (سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة) صادقة.

ب-2 حساب ثبات الأداة:

تم حساب ثبات الاستبيان بطريقتين هما : حساب معامل (∞) لـ كرونباخ، و عن طريق التجزئة النصفية.

- **محور الوظائف البدنية:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.80) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.71) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- **محور الدور البدني:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.48) و هي درجة مقبولة إلى حد معين، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.73) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- **محور الدور الانفعالي:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.84) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.70) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- **محور الحيوية:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.52) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.61) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- **محور الصحة النفسية:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.56) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.43) و هي قيمة دالة عند (0.05)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- **محور الوظائف الاجتماعية:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.54) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.54) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- **محور الألم:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.79) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.64) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- **محور الصحة العامة:** بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.62) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.56) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

↪ من خلال هذه النتائج نلاحظ أن هذه الأداة (سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة) تمتاز بنوع من الثبات النسبي.

الأداة الثالثة: استبيان سلوك قيادة السيارات

أ- وصف الأداة: تم إعداد هذا الاستبيان من طرف الطالبة الباحثة، و التي اعتمدت على مجموعة من الوثائق و المعلومات التي تحصلت عليها من طرف قيادة الدرك الوطني الجزائري فرع امن الطرقات، و كانت هذه المعلومات حول أهم أسباب حوادث المرور على المستوى الوطني. (انظر ملحق رقم 1)

حيث اعتمدت الطالبة الباحثة على رصد أهم هذه الأسباب، و على إثر ذلك قمنا بوضع بنود هذا الاستبيان، التي كان عددها 22 بند موزعة على ثلاث محاور، قمنا بعدها بإعطائها إلى مجموعة من المحكمين (خمس محكمين)، من أجل معرفة مدى صدقه الظاهري. و هذه المحاور كالتالي:

- 1- محور القيادة الخطرة: ب 12 بند
 - 2- محور القيادة العدوانية: ب 5 بنود.
 - 3- محور الأحاسيس السلبية في السياقة: ب 5 بنود.
- و هي موضحة في الجدول الآتي:

المحور	العبارة
<p>القيادة الخطرة</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- أحس أنني أستطيع السير بأقصى سرعة ممكنة 2- أتجاوز سيارة تمشي ببطء بشكل غير قانوني 3- افقد السيطرة على نفسي أثناء القيادة 4- المسافة الأمنية التي اتركها بيني و بين سيارة أخرى لا تتجاوز 10 أمتار 5- استغل الجهة اليسرى من الطريق لتسهيل مروري بسرعة 6- استغل العبور أثناء حركة السير حتى و لو لم تكن الأسبقية من حقي 7- أفود بطريقة محترفة تجعلني لا اهتم كثيرا بألواح الإشارة المرورية 8- أناور أثناء القيادة بشكل غير قانوني كلما أتحت لي الفرصة 9- أحس انه ليس من الضروري أن أشعل الغمازات عند تغيير الاتجاه 10- أفود السيارة عندما أكون ثملا 11- استعمل حزام الأمن 12- اعتقد أن قيادتي تشكل خطرا
<p>القيادة العدوانية</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- استغل سيارتي متعمدا لسد الطريق عن السائقين من خلفي 2- أفوم بسلوكات عدوانية مثل (الشتم و السب) اتجاه السائقين الذين يزعجونني 3- عندما يتجاوزني احد أحس انه علي مناورته 4- أومض الأضواء الأمامية للسيارة عندما أكون منزعجا من طرف احد السائقين 5- عندما يعيقني احد أحس انه علي معاقبته
<p>الأحاسيس السلبية في السياقة</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- أصبح غير صبور أو مضطرب عندما أكون متأخرا أثناء القيادة 2- أفود السيارة عندما أكون مغتاظا أو مشوشا 3- أصبح غاضبا عندما تنقص سيارة أمامي من سرعتها بدون سبب 4- أصبح مشوشا إذا أعاقني احد السائقين أثناء القيادة 5- أصبح مغتاظا عندما أكون محصورا في عرقلة السير

جدول رقم 14: بين محاور استبيان سلوك قيادة السيارات

و ضعنا خمس بدائل للإجابة على هذه البنود بالأوزان التالية:

- 1 - أبدا ←
2 - نادرا ←
3 - أحيانا ←
4 - غالبا ←
5 - دائما ←

أما التعليمات التي وضعت لهذا الاستبيان كانت كالتالي:

" فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن سلوكك في قيادة السيارة. اقرأ كل عبارة على حدى جيدا، و المطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك و تصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك. مع العلم لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة، و الإجابة الصحيحة هي التي تراها تتناسب و سلوكياتك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات و لا تترك عبارة بدون إجابة، اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن إجابتك عن العبارات السابقة. اجب بصراحة و صدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية".

ب- الخصائص السيكومترية للأداة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على حساب الصدق الظاهري بواسطة معادلة اللوشي، و كتأكيد له تم الاعتماد أيضا على صدق الاتساق الداخلي (صدق التكوين)، و ذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي ل كارل بيرسون (Pearson) بين البنود و الدرجة الكلية لكل بعد.

ب-1- أ حساب الصدق الظاهري للاستبيان:

يتم حساب الصدق الظاهري عندما يتدخل المحكمين في إثبات مدى صحة البنود الموضوعه من اجل أي استبيان، و على العموم يمكن حساب الصدق الظاهري من خلال معادله اللوشي كالتالي:

$$\frac{\frac{n}{2} - 1}{\frac{n}{2}} = ص$$

حيث:

ن: عدد المحكمين الكلي.

ن1: عدد المحكمين الذين أجابوا أن البند يقيس (نعم).

و على العموم كان عدد المحكمين الكلي هو 5 محكمين أجابوا على مدى صحة البنود، و مدى توافقها مع المحاور الموضوعه، حيث كانت النتائج كالتالي:

النسبة	عدد المحكمين الذين أجابوا أن البند يقيس	العبرة	المحور
100%	5	1- أحس أنني أستطيع السير بأقصى سرعة ممكنة	القيادة الخطرة
100%	5	2- أتجاوز سيارة تمشي ببطء بشكل غير قانوني	
80%	4	3- أفقد السيطرة على نفسي أثناء القيادة	
100%	5	4- المسافة الأمنية التي اتركها بيني وبين سيارة أخرى لا تتجاوز 10 أمتار	
100%	5	5- استغل الجهة اليسرى من الطريق لتسهيل مروري بسرعة	
100%	5	6- استغل العبور أثناء حركة السير حتى ولو لم تكن الأسبقية من حقي	
80%	4	7- أقود بطريقة محترفة تجعلني لا اهتم كثيرا بالألواح الإرشادية المرورية	
100%	5	8- أناور أثناء القيادة بشكل غير قانوني كلما أتحت لي الفرصة	
100%	5	9- أحس انه ليس من الضروري أن أشعل الغمازات عند تغيير الاتجاه	
100%	5	10- أقود السيارة عندما أكون ثملا	
100%	5	11- استعمل حزام الأمن	
100%	5	12- اعتقد أن قيادتي تشكل خطرا	
60%	3	1- استغل سيارتي متعمدا لسد الطريق عن السائقين من خلفي	القيادة العدوانية
100%	5	2- أقوم بسلوكيات عدوانية مثل (الشتم و السب) اتجاه السائقين الذين يزعجونني	
100%	5	3- عندما يتجاوزني احد أحس انه علي مناورته	
80%	4	4- أومض الأضواء الأمامية للسيارة عندما أكون منزعجا من طرف احد السائقين	
60%	3	5- عندما يعيقني احد أحس انه علي معاقبته	
100%	5	1- أصبح غير صبور أو مضطرب عندما أكون متأخرا أثناء القيادة	الأحاسيس السلبية في السياقة
100%	5	2- أقود السيارة عندما أكون مغتاظا أو مشوشا	
80%	4	3- أصبح غاضبا عندما تتقص سيارة أمامي من سرعتها بدون سبب	
100%	5	4- أصبح مشوشا إذا أعاقني احد السائقين أثناء القيادة	
100%	5	5- أصبح مغتاظا عندما أكون محصورا في عرقلة السير	

جدول رقم 15: يبين حساب الصدق الظاهري لمحاور استبيان سلوك قيادة السيارات

من خلال الجدول رقم 15 نلاحظ أن معظم المحكمين كانت إجاباتهم على مدى صحة البنود متقاربة، حيث كانت في مجملها موافقة لمجموع البنود الموضوعة لكل محور، و هذا ما دلت عليه النسب المئوية لإجاباتهم و المتحصل عليها عن طريق معادلة اللوشي لحساب الصدق الظاهري، حيث كانت جميع النسب تفوق 50 %، و بحساب الصدق الكلي لهذا الاستبيان كالتالي و جدنا:

$$\text{ص} = \frac{\text{مجموع البنود المتحصل عليها من معادلة اللوشي}}{\text{عدد البنود الكلي}}$$

و كانت النتائج كالتالي: ص = 0.92، أي ص = 92 % و هي نسبة مرتفعة تدل على أن الاستبيان مقبولا ظاهريا للتطبيق، أي انه يمتاز بصدق ظاهري جيد.

ب-1- حساب صدق التكوين (الاتساق الداخلي) للاستبيان:

نظرا لأن الصدق الظاهري يعتبر ضعيفا نوعا ما مقارنة بأنواع الصدق الأخرى، فلقد ارتأينا أن نوكد صحة النتائج السابقة بالاعتماد على حساب صدق التكوين (الاتساق الداخلي) لكل محور، و كانت النتائج كالتالي:

ب-1-ب-1 حساب صدق التكوين لمحور القيادة الخطرة:

و التي تعبر عنه البنود رقم 2، 3، 5، 6، 8، 9، 12، 14، 15، 17، 20، 22

المجموع	مستوى الدلالة	
0.59**	دال عند 0.01	2- أقود السيارة بأقصى سرعة ممكنة
0.21	غير دال عند أي مستوى	3- أتجاوز سيارة تمشي ببطء بشكل غير قانوني
0.32*	دال عند 0.05	5- أفقد السيطرة على نفسي أثناء القيادة
0.51**	دال عند 0.01	6- لا اترك المسافة الأمنية بيني و بين سيارة أخرى
0.48**	دال عند 0.01	8- أستغل الجهة اليسرى من الطريق لتسهيل مروري بسرعة
0.57**	دال عند 0.01	9- استغل العبور أثناء حركة السير حتى و لو لم تكن الأسبقية من حقي
0.56**	دال عند 0.01	12- لأنني سواق ماهر لا أتقيد بإشارات المرور
0.30	غير دال عند أي مستوى	14- أقوم بمناورات خطيرة أثناء القيادة
0.06	غير دال عند أي مستوى	15- أعتقد انه ليس من الضروري أن أشعل الغمازات عند تغيير الاتجاه
0.49**	دال عند 0.01	17- أقود السيارة عندما أكون في حالة سكر
0.06	غير دال عند أي مستوى	20- استعمل حزام الأمن
0.60**	دال عند 0.01	22- أعتقد أن قيادتي للسيارة خطيرة

جدول رقم 16: يبين حساب صدق التكوين لمحور القيادة الخطرة

نلاحظ من خلال الجدول رقم 16 أن:

- أن العبارات رقم 2، 6، 8، 9، 12، 14 و 22 كلها عبارات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

- و أن العبارة رقم 5 دالة عند مستوى دلالة (0.05)؛

- أما العبارات رقم 3، 14، 15 و 20 فهي عبارات غير دالة عند أي مستوى.

أي أن عدد العبارات الدالة في هذا المحور هي 8 عبارات من بين مجموع 4 عبارات، و هذا دليل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي.

ب-1-ب-2 حساب صدق التكوين لمحور القيادة العدوانية:
و التي تعبر عنه البنود رقم 4، 10، 11، 18 و 21

المجموع	مستوى الدلالة	
0.25	غير دال عند أي مستوى	4- استغل سيارتي متعمدا لسد الطريق عن السائقين من خلفي
0.67**	دال عند 0.01	10- أقوم بسلوكات عدوانية مثل(الشتيم و الصراخ) اتجاه السائقين الذين يزجونني
0.57**	دال عند 0.01	11- عندما يتجاوزني احد أشعر انه علي مناورته
0.62**	دال عند 0.01	18- أشعل الأضواء الأمامية للسيارة عندما أكون منزعجا من طرف احد السائقين
0.39 *	دال عند 0.05	21- عندما يعيقني احد أحس انه علي معاقبته

جدول رقم 17: يبين حساب صدق التكوين لمحور القيادة العدوانية

نلاحظ من خلال الجدول رقم 17 أن:

- أن العبارات رقم 10، 11 و 21 كلها عبارات دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)

- و أن العبارة رقم 21 دالة عند مستوى دلالة (0.05)؛

- أما العبارة رقم 20 فهي عبارة غير دالة عند أي مستوى.

أي أن عدد العبارات الدالة في هذا المحور هي 4 عبارات من بين مجموع 5 عبارات، و هذا دليل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي.

ب-1-ب-3 حساب صدق التكوين لمحور الأحاسيس السلبية في القيادة:
و التي تعبر عنه البنود رقم 1، 7، 13، 16 و 19

المجموع	مستوى الدلالة	
0.69**	دال عند 0.01	1- أصبح غير صبور أو مضطرب أثناء القيادة عندما أكون متأخرا مواعيدي
0.53**	دال عند 0.01	7- أقود السيارة و أنا في حالة تشويش و اغتياظ
0.69**	دال عند 0.01	13- اغتاظ عندما تقلل سيارة أمامي من سرعتها بدون سبب
0.67**	دال عند 0.01	16- أصبح مشوشا إذا أعاقني احد السائقين أثناء القيادة
0.78**	دال عند 0.01	19- اغتاظ عندما أكون محصورا في عرقلة السير

جدول رقم 18: يبين حساب صدق التكوين لمحور القيادة العدوانية

- يتضح من خلال الجدول رقم 18 أن معاملات الارتباط بين كل بند و بعده دالة عند مستوى (0.01)، و هذا دليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

من خلال الجدول رقم 15 و الذي يعبر عن حساب الصدق الظاهري، و الجداول رقم 16، 17 و 18 التي تعبر عن حساب صدق التكوين، نلاحظ أن جميع المحاور تمتاز بنوع الاتساق الداخلي، و عليه يمكننا اعتبار أن هذه الأداة (استبيان سلوك قيادة السيارات) صادقة.

ب-2- حساب ثبات الأداة:

تم حساب ثبات الاستبيان بطريقتين هما : حساب معامل (∞) لـ كرونباخ، و عن طريق التجزئة النصفية و هذه الأخيرة لتعذر إعادة إجراءات الاختبارات على نفس الأفراد.

- محور القيادة الخطرة: بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.43) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي.

و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.50) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- محور القيادة العدوانية: بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.28) و هي درجة ضعيفة نوعا ما لاعتبار هذا المحور ثابت.

و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.48) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- محور الأحاسيس السلبية في السياقة: بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.70) و هي درجة مقبولة نوعا ما، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي.

و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.67) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

↪ من خلال هذه النتائج نلاحظ أن هذه الأداة (سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة) تمتاز بنوع من الثبات النسبي.

الأداة الرابعة: استبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول و قلة النشاط البدني)

أ- وصف الأداة: نظرا لمتغيرات الدراسة التي تبحث في سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة ألا و هي: التدخين، الكحول و قلة النشاط البدني، ارتأت الطالبة الباحثة إلى بناء مقياس أو استمارة تشمل هذه السلوكيات الثلاثة، و عليه كان هذا المقياس مكون من ثلاث محاور رئيسية مستقلة، حيث كل محور يدرس سلوك معين: سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول، و سلوك قلة النشاط البدني، و الموضحة كما يلي:

المحور	العبارة
سلوك التدخين	<p>1- هل أنت تدخن حالياً؟</p> <p>2- خلال الثلاثين يوماً الماضية، كم عدد الأيام التي دخنت فيها سجائر؟</p> <p>3- خلال ألاثني عشر شهراً الماضية، هل حاولت أن تتوقف عن تدخين السجائر و لو ليوم واحد أو أكثر؟</p> <p>4- خلال الأيام السبعة الماضية، كم عدد الأيام التي كان فيها أشخاص يدخنون أثناء وجودك؟</p> <p>5- كم سيجارة تدخن في اليوم؟</p> <p>6- هل دخنت 100 سيجارة على الأقل خلال كامل حياتك ()</p> <p>100 سيجارة=5 علب)؟</p> <p>7- منذ متى و أنت تدخن؟</p>
سلوك شرب الكحول	<p>1- هل أنت تشرب الكحول حالياً؟</p> <p>2- خلال حياتك، كم هي عدد الأيام التي تناولت فيها مشروب كحولي؟</p> <p>3- خلال الثلاثين يوماً الماضية، كم عدد الأيام التي تناولت فيها مشروب كحولي؟</p> <p>4- خلال ألاثني عشر شهراً الماضية، هل حاولت أن تتوقف عن شرب الكحول و لو ليوم واحد أو أكثر؟</p> <p>5- هل تستطيع الإقلاع عن شرب الكحول بسهولة؟</p> <p>6- منذ متى و أنت تشرب الكحول؟</p>
سلوك قلة النشاط البدني	<p>1- هل تمارس حالياً أي نشاط حركي مثل (الجري، المشي الرياضي، ركوب دراجة...)؟</p> <p>2- خلال سبعة أيام الأخيرة، كم عدد الأيام التي مارست فيها نشاط حركي زاد من دقات قلبك؟</p> <p>3- ما هو الوقت الذي تستغرقه عند قيامك بنشاط حركي مثل (الجري، المشي الرياضي، ركوب دراجة...)؟</p> <p>4- خلال أوقات الراحة و العطل، كم عدد الساعات التي تقضيها أمام التلفاز؟</p> <p>5- هل مارست في الأسبوعين الأخيرين أي نوع من النشاطات الرياضية؟</p> <p>6- كيف تذهب إلى أشغالك (دراسة، عمل، زيارة أصدقاء،...) كل يوم ؟</p>

جدول رقم 19: يبين محاور مقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة

(التدخين، الكحول و قلة النشاط البدني)

و ما يميز هذه الاستمارة هو أن كل عبارة لها بدائلها الخاصة بها، و بالرغم من ذلك فإن مجموع هذه العبارات في كل محور تعبر عن سلوك معين، إذ تهدف إلى معرفة فيما إذا كان الفرد الذي أجاب على الاستمارة يسلك ذلك السلوك أو لا.
أما التعليمات الخاصة بهذه الاستمارة كانت كالآتي:

" يتضمن المقياس الذي بين يديك مجموعة من الأسئلة المتعلقة بنمط سلوكك نحو مواضيع متعلقة بالصحة ألا و هي: التدخين، شرب الكحول و قلة النشاط البدني.

أرجو منك قراءة هذه الأسئلة بعناية والإجابة عنها بصراحة وصدق حسب نمط سلوكك المعتاد. لا توجد أسئلة صحيحة وأخرى خاطئة. كما وأن كل المعلومات التي تذكرها ستعامل بسرية مطلقة ولن يطلع عليها سوى الباحث ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.
اقرأ العبارات التالية بدقة وضع دائرة (O) حول الإجابة التي تعتقد بأنها تنطبق عليك".

ب- حساب الخصائص السيكومترية للأداة:

ب-1- حساب صدق المقياس: نظرا لأن هذه الاستمارة أو المقياس يتميز بعباراته ذات البدائل المختلفة، حيث أن كل عبارة تمتاز ببدايل مختلفة عن الأخرى، فلقد تعذر علينا اللجوء إلى أي نوع من أنواع حساب الصدق، إلا فيما يخص الصدق الظاهري (صدق المحكمين) بالرغم من ضعف دلالاته و ذلك دوما بالاعتماد على معادلة اللوشي، و على العموم كانت النتائج كالتالي:

النسبة	عدد المحكمين الذين أجابوا أن البند يقيس	العبارة	المحور
% 100	5	1- هل أنت تدخن حالياً؟	سلوك التدخين
% 100	5	2- خلال الثلاثين يوماً الماضية، كم عدد الأيام التي دخنت فيها سجائر؟	
% 80	4	3- خلال ألاتني عشر شهرا الماضية، هل حاولت أن تتوقف عن تدخين السجائر و لو ليوم واحد أو أكثر؟	
% 60	3	4- خلال الأيام السبعة الماضية، كم عدد الأيام التي كان فيها أشخاص يدخنون أثناء وجودك؟	
% 100	5	5- كم سيجارة تدخن في اليوم؟	
% 100	5	6- هل دخنت 100 سيجارة على الأقل خلال كامل حياتك (100 سيجارة=5 علب)؟	
% 80	4	7- منذ متى و أنت تدخن؟	
% 100	5	1- هل أنت تشرب الكحول حالياً؟	سلوك شرب الكحول
% 100	5	2- خلال حياتك، كم هي عدد الأيام التي تناولت فيها مشروب كحولي؟	
% 100	5	3- خلال الثلاثين يوماً الماضية، كم عدد الأيام التي تناولت فيها مشروب كحولي؟	
% 100	5	4- خلال ألاتني عشر شهرا الماضية، هل حاولت أن تتوقف عن شرب الكحول و لو واحد أو أكثر؟	
% 80	4	5- هل تستطيع الإقلاع عن شرب الكحول بسهولة؟	
% 100	5	6- منذ متى و أنت تشرب الكحول؟	
% 100	5	1- هل تمارس حالياً أي نشاط حركي مثل (الجري، المشي الرياضي، ركوب دراجة...)؟	سلوك قلة النشاط البدني
% 100	5	2- خلال سبعة أيام الأخيرة، كم عدد الأيام التي مارست فيها نشاط حركي زاد من قلبك؟	
% 100	5	3- ما هو الوقت الذي تستغرقه عند قيامك بنشاط حركي مثل (الجري، المشي الرياضي ركوب دراجة...)؟	
% 60	3	4- خلال أوقات الراحة و العطل، كم عدد الساعات التي تقضيها أمام التلفاز؟	
% 100	5	5- هل مارست في الأسبوعين الأخيرين أي نوع من النشاطات الرياضية؟	
% 80	4	6- كيف تذهب إلى أشغالك (دراسة، عمل، زيارة أصدقاء،...) كل يوم ؟	

جدول رقم 20: يبين حساب الصدق الظاهري لمقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة

(التدخين، الكحول و قلة النشاط البدني)

نلاحظ من خلال الجدول رقم 20 أن معظم المحكمين كانت إجاباتهم على مدى صحة البنود متقاربة، حيث كانت في مجملها موافقة لمجموع البنود الموضوعة لكل محور، و هذا ما دلت عليه النسب المئوية لإجاباتهم و المتحصل عليها عن طريق معادلة اللوشي لحساب الصدق الظاهري، حيث كانت جميع النسب تفوق 50 % . و بحساب الصدق الكلي لكل محور (حسب خصائص هذا الاستبيان الذي هو عبارة عن استبيان مكون من ثلاث محاور، حيث أن كل محور منها يقيس خاصية تختلف عن المحاور الأخرى) لهذا الاستبيان، و جدنا:

ص التدخين = 0.88 ، أي ص = 88%

ص الكحول = 0.96، أي ص = 96%

ص قلة النشاط البدني = 0.90، أي ص = 90%

نلاحظ من خلال هذه النتائج، أن نسب الصدق الكلي لكل محور هي نسب مرتفعة نسبيا مما يسمح لنا باعتبار أن صدق هذه المحاور مقبولا ظاهريا للتطبيق، أي أنها تمتاز بصدق ظاهري جيد.

ب-2 حساب ثبات المقياس:

تم حساب ثبات الاستبيان بطريقتين هما : حساب معامل (∞) ل كرونباخ، و عن طريق التجزئة النصفية و هذه الأخيرة لتعذر إعادة إجراء الاختبارات على نفس الأفراد.

- محور سلوك التدخين: بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.91) و هي درجة مقبولة، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي.

و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.93) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- محور سلوك شرب الكحول: بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.92) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.98) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

- محور سلوك قلة النشاط البدني: بلغت درجة معامل ∞ كرونباخ (0.65) و هي درجة مقبولة، مما يدل على أن هذا المحور يمتاز بنوع من الثبات النسبي. و كانت النتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) هي (0.75) و هي قيمة دالة عند (0.01)، و هذا دليل على ثبات هذا المحور.

➤ من خلال هذه النتائج نلاحظ أن هذه الأداة (مقياس سلوكيات الخطر المتعلق بالصحة بمحاوره الثلاث) تمتاز بنوع من الثبات النسبي.

2.2 كيفية تطبيق أدوات الدراسة:

طبقت جميع أدوات الدراسة الاستطلاعية على مجموعة من الأفراد مكونة من 30 فرد، بطريقة فردية، إذ أن جميع هذه الأدوات تمتاز بأنها من نوع أدوات القياس التقييم الذاتي. و بما أن أهم التعليمات حول هذه الأدوات و الموجهة للأفراد الذين سوف يجيبون عليها، كانت تنص على أن الإجابة اختيارية، و لهذا تعد عينة الدراسة الاستطلاعية عينة متطوعين مما يضيف نوعاً من المصداقية على إجاباتهم.

3. المعالجة الإحصائية:

استخدام الإحصاء من أهم ضروريات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية و النفسية، و ذلك انه يسمح بتكميم الظواهر، و يكسب النتائج دقة و وضوحاً و يضيف على التفسيرات موضوعية و دقة أكثر.

و استعملت الطالبة الباحثة لهذا الغرض برنامج SPSS13 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، لحساب المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، و معاملات الارتباط.

ثالثاً: الدراسة الأساسية

تم تصميم الدراسة الأساسية على ضوء الدراسة الاستطلاعية و نتائجها، و ذلك بهدف اختبار صحة الفروض.

1- عينتها:

1.1 وصف العينة و خصائصها: تكونت عينة الدراسة في الأصل أكثر من 153 فرد ذكور وزعت عليهم المقاييس، حيث أننا وزعنا المقاييس على الذين كان عندهم استعداد للمشاركة في البحث ودون الاهتمام بحالتهم الصحية مسبقاً. أو بمتغيرات أخرى ماعدا الشروط التي يجب أن تتوفر في أفراد العينة (عينة قصدية). والقدرة على فهم فحوى المقياس. سواء بالقراءة أو السمع، حيث لم يتم استرجاع سوى 103 و ذلك لعدة أسباب نذكر منها:

- نظراً لأن أدوات الدراسة معظمها تعتبر من بين مقاييس التقييم الذاتي، فإن وجودنا مع الأفراد المشاركين لم يكن حتمياً، ألا في ظروف خاصة جداً (مثلاً مع الأفراد الأميين أو الذين لا يتقنون اللغة العربية)، و عليه بعض الأفراد ابداوا تهاوناً، بل حتى أن البعض منهم لم يقم بإرجاع المقاييس المقدمة إليه من طرفنا.

- بعض المقاييس المجابة عليها، لم يتم الإجابة عليها كلياً، أي أن المفحوص أجاب على بعض البنود و ترك البعض منها، و عليه قمنا باستبعاد هذه الإجابات.

- نظراً لأن العينة قصدية (عينة سائقين)، فقد قمنا بإعطاء الاستثمارات لبعض من السائقين (اغلبهم سائقي أجرة و سائقي أجرة مسافات طويلة)، و عليه لم نتمكن دوماً من استرجاعها.

و عليه فإن عينة الدراسة الفعلية تتكون من 103 فرداً كلهم ذكور، تم اختيارهم بطريقة قصدية و ذلك حسب متغيرات و معطيات الدراسة، إذ اختلف المستوى العمري و المستوى الثقافي بينهم، كما انه تم اختيارهم من عدة ولايات ألا و هي: باتنة، أم البواقي، قالمة.

و فيما يلي سنذكر خصائص العينة من حيث مكان اختيارها، و من حيث السن، و المستوى التعليمي:

أ- خصائص العينة من حيث مكان اختيارها:

أم البواقي	قالمة	باتنة	
12	31	60	عدد الأفراد في كل ولاية

جدول رقم 21: يبين توزيع الأفراد حسب الولايات التي تم اختيار العينة منها

نلاحظ من خلا الجدول رقم 21 أن معظم أفراد العينة من ولاية باتنة، و ذلك بحكم إقامتنا في الولاية، تليها ولاية قالمة ثم ولاية أم بواقي.

ب- خصائص العينة من حيث السن:

النسبة المئوية	ذكور	الجنس السن
% 55.34	57	33 – 19
% 32.04	33	48 – 34
% 12.62	13	63 – 49
% 100	103	المجموع

جدول رقم 22: يبين خصائص العينة الأساسية حسب السن

- نلاحظ من خلال الجدول رقم 22 أن سن أفراد العينة المختارة تراوح بين 19 و 63 سنة، بمدى عمري قدره 14 سنة، و ذلك بمتوسط حسابي قدره (33.47) أي 33 سنة و 5 أشهر و نصف بالتقريب، و بانحراف معياري قدره (11.79) و هو ما يعادل 11 سنة و 9 أشهر بالتقريب.

ج - خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

النسبة %	العدد	
5.82%	6	أمي
11.65%	12	ابتدائي
35.92%	37	متوسط
32.04%	33	ثانوي
14.57%	15	جامعي
100%	103	المجموع

جدول رقم 23: يبين خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي

- نلاحظ من خلال الجدول رقم 23 أن المستوى التعليمي قد تمايز بين أفراد العينة، حيث وجدنا نسبة ضئيلة من الأميين (5.82 %)، و نسبة (11.65 %) للأفراد الذين مستوى تعليمهم لم يتعدى المستوى الابتدائي، في حين تقاربت نسب مستويات التعليم المتوسط و الثانوي، أما المستوى الجامعي فكانت النسبة تقدر ب (14.57 %).

و عليه، يمكننا القول أن معظم أفراد العينة يمتازون بمستوى تعليمي مقبول أتاح لهم أن يفهموا ما وضع في أدوات البحث (الاستمارات المقدمة إليهم) من تعليمات و مفاهيم، و كذلك من حيث إمكانيتهم من قراءتها، و هذا ما سهل علينا عدم حتمية أن نكون مع الأفراد المشاركين دوما. في حين اضطررنا إلى أن نكون حاضرين مع الأفراد الأميين و الأفراد الذين لا يتقنون اللغة العربية لقراءة و توضيح ما جاء في أدوات البحث.

2.1 مبررات اختيار العينة:

تم اختيار عينة الدراسة وفق خصائص معينة، سواء تلك التي تم ذكرها سابقا أو تلك التي سنذكرها، و ذلك بناء على المبررات التالية:

أ- **من حيث المكان:** كما اشرنا سابقا لقد تم اختيار العينة من ثلاث ولايات هي: باتنة، قالمة و أم البواقي على اعتبار أن: مدينة باتنة المنطقة الأم التي تقطن فيها الطالبة الباحثة، بالإضافة إلى ملاحظتها لارتفاع سلوكات الخطر المدروسة في هذه المنطقة، و قد وزعت الاستثمارات في كل من دائر باتنة، دائرة نقاوس، دائرة تيمقاد، بلدية تازولت.

أما ولايتي قالمة و أم البواقي، ذلك لمحاولة إيجاد بعض الفروق بين معتقدات و جودة الحياة عند أفراد العينة، بالإضافة إلى وجود بعض المساعدات التي قدمت لنا في هاتين الولايتين من طرف بعض الأشخاص المقربين، حيث وزعت الاستثمارات في مدينة قالمة (بلدية قالمة)، و أم البواقي (بلدية عين مليلة).

و على العموم لم يكن من الضروري حضورنا مع الأفراد المشاركين نظرا لخصوصية أدوات البحث التي تعتبر من بين مقاييس التقييم الذاتي.

ب- **من حيث نوعية الأفراد:** كما قلنا سابقا فإن عينة البحث كانت مختارة بطريقة قصدية، و ذلك لأن متغيرات و معطيات البحث تتطلب ذلك، حيث:

- تم اختيار عينة مكونة من الذكور فقط، و ذلك لان دراستنا الحالية تبحث في بعض السلوكات مثل سلوك التدخين و سلوك شرب الكحول، إذ أن هذه السلوكات خصوصا سلوك شرب الكحول تعتبر من الطابوهات الملاحظة في مجتمعنا خاصة فئة الإناث، بالرغم انه مؤخرا تفتشت هذه السلوكات حتى عند هذه الفئة، إلا أن المعايير و القيم التي يمتاز بها مجتمعنا تمنع من التصريح بهذه السلوكات عند هذه الفئة، و لذا فإن اختيارنا لفئة الإناث كان سيؤثر على مصداقية هذه الدراسة، و ذلك لمدى خصوصية هذه المواضيع في مجتمعنا.

- تم اختيار عينة سائقين دون غيرها، هذا لأن الدراسة بالإضافة إلى سلوك التدخين و سلوك شرب الكحول فهي تبحث أيضا في سلوك قيادة السيارات، و لذا تحتم علينا أن نختار عينة سائقين، لهذا الغرض، إذ انه لا يمكن أن نختار شخص غير قادر على السياقة، أو لم يقدر في حياته سيارة، و نعطي له مثلا استبيان سلوك قيادة السيارات المعد من طرفنا، فهنا لا يمكن أن

تكون هناك مصداقية نظرا لأن هذا الفرد لم تتوفر فيه احد شروط الدراسة، ألا و هي سلوك قيادة السيارات.

- تم اختيار سن افرد العينة من سن 19 سنة فما فوق، و هذا نظرا لأن السن القانوني لامتلاك رخصة قيادة العربات في الجزائر هو 19 سنة.

2. أدواتها و كيفية تطبيقها:

1.2 أدواتها:

استخدمت في الدراسة الأساسية نفس الأدوات التي استخدمت في الدراسة الاستطلاعية، و

هي:

- سلم المعتقدات الصحية التعويضية The compensatory health beliefs Scale، و الذي أعده (كنوبر، رابيو، و كوهن Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen) باللغتين الانجليزية و الفرنسية، حيث قمنا بترجمته و إعادة ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، ثم من اللغة العربية إلى اللغة الفرنسية، و ذلك بالاستعانة بمختص في الترجمة.
- سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE SF-36، و الذي أعده مجموعة من الباحثين، و اعتمده منظمة الصحة العالمية لمعرفة جودة حياة الفرد الصحية، حيث قمنا بترجمته و إعادة ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، ثم من اللغة العربية إلى اللغة الفرنسية، و ذلك بالاستعانة بمختص في الترجمة.
- استبيان سلوك قيادة السيارات، و الذي قامت الطالبة الباحثة بإعداده وفقا لمعطيات البحث، و ذلك بالاستعانة بالمعلومات المقدمة من طرف قيادة الدرك الوطني الجزائري فرع امن الطرقات.
- استبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، قيادة السيارات و قلة النشاط البدني)، و الذي قامت الطالبة الباحثة بإعداده وفقا لمعطيات البحث.

2.2 كيفية تطبيقها:

طبقت جميع أدوات الدراسة الأساسية على عينة الدراسة بطريقة فردية، إذ أن جميع هذه الأدوات تمتاز بأنها من نوع أدوات القياس التقييم الذاتي. و لم يكن من الضروري حضورنا إلى في بعض الحالات الخاصة.

حيث قدمت لكل فرد الاستثمارات الأربعة مع بعضها، و هذا مهم جدا، نظرا لأن الدراسة تبحث في العلاقة بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة و بين كل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية.

و بما أن أهم التعليمات حول هذه الأدوات و الموجهة للأفراد الذين سوف يجيبون عليها، كانت تنص على أن الإجابة اختيارية، و لهذا تعد عينة الدراسة الأساسية عينة متطوعين مما يضيف نوعا من المصادقية على إجاباتهم.

3. كيفية جمع البيانات الخام:

كانت الطريقة التي تم بها تفرغ إجابات المبحوثين و جمع الدرجات الخام كالتالي:

- سلم المعتقدات الصحية التعويضية: قمنا بحساب الدرجات الكلية المتحصل عليها من قبل المبحوثين المشاركين، و من ثم تم الاستغناء على أوراق الإجابات نهائيا، و الاحتفاظ بالمجموع الكلي لدرجات هذا المقياس، إذ هذا ما يهمنا في هذه الدراسة.

- سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة: قمنا بحساب الدرجات الكلية المتحصل عليها على كل محور من محاور السلم الثمانية من قبل المبحوثين المشاركين، و من ثم تم الاستغناء على أوراق الإجابات نهائيا، و الاحتفاظ بالمجموع الكلي لدرجات كل محور، إذ هذا ما يهمنا في هذه الدراسة.

- استبيان سلوك قيادة السيارات: قمنا بحساب الدرجات الكلية المتحصل عليها من قبل المبحوثين المشاركين، و من ثم تم الاستغناء على أوراق الإجابات نهائيا، و الاحتفاظ بالمجموع الكلي لدرجات هذا المقياس، إذ هذا ما يهمنا في هذه الدراسة.

- استبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة: قمنا بحساب الدرجات الكلية المتحصل عليها على كل محور من محاور الاستبيان الثلاثة من قبل المبحوثين المشاركين كل على حدى، أي حسب السلوكيات التي بني عليها هذا الاستبيان (التدخين، الكحول و قلة النشاط البدني)، و من ثم تم

الاستغناء على أوراق الإجابات نهائياً، و الاحتفاظ بالمجموع الكلي لدرجات كل محور، إذ هذا ما يهمننا في هذه الدراسة.

و كمرحلة ثانية، قمنا بتفريغ هذه الدرجات الخام المتحصل عليها من خلال أدوات الدراسة لكل مبحوث في برنامج خاص داخل الحاسوب، برنامج SPSS13 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، و ذلك لحساب العلاقة بين متغيرات الدراسة.

4. المعالجة الإحصائية:

استعملت الطالبة الباحثة لهذا الغرض برنامج SPSS13 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، لحساب معاملات الارتباط، و هذا لأن الدراسة تبحث في مدى العلاقة بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة و بين كل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية.

رابعاً: عرض و مناقشة نتائج الدراسة الأساسية

1. عرض و تحليل نتائج الدراسة:

بعد المعالجة الإحصائية لدرجات أفراد العينة المختارة في الدراسة الحالية، نعرض فيما يلي النتائج الأساسية للدراسة في ضوء الفرضيات الموضوعية.

1.1 عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى: و القائلة:

" نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة و جودة الحياة لدى أفراد العينة".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب معاملات الارتباط بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، قيادة السيارات و قلة النشاط البدني) و بين الدرجات المتحصل عليها على محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة، إذ تم الحصول على النتائج التالية:

1.1 أ- العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين:

سلوك التدخين		جودة الحياة
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
غير دال عند أي مستوى	-0.08	

جدول رقم 24: يبين العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين

نلاحظ من خلال الجدول رقم 24 أن قيمة معامل الارتباط بين جودة الحياة و سلوك التدخين و التي تساوي ($r = -0.08$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين.

- في حين لاحظنا انه توجد علاقة ارتباطية جوهرياً سلبية ($r = -0.20^*$) بين محور الوظائف البدنية و سلوك التدخين، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

1.1.ب- العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك شرب الكحول:

سلوك شرب الكحول		جودة الحياة
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
غير دال عند أي مستوى	-0.02	

جدول رقم 25: يبين العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك شرب الكحول

نلاحظ من خلال الجدول رقم 25 أن قيمة معامل الارتباط بين جودة الحياة و سلوك شرب الكحول و التي تساوي ($r = -0.02$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و بين سلوك شرب الكحول.

- في حين لاحظنا انه توجد علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = -0.28^{**}$) بين محور الصحة النفسية و سلوك شرب الكحول، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01).

1.1.ج- العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك قيادة السيارات:

سلوك قيادة السيارات		جودة الحياة
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
غير دال عند أي مستوى	-0.14	

جدول رقم 26: يبين العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك قيادة السيارات

نلاحظ من خلال الجدول رقم 26 أن قيمة معامل الارتباط بين جودة الحياة و سلوك قيادة السيارات و التي تساوي ($r = -0.14$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و بين سلوك قيادة السيارات.

- في حين لاحظنا انه:

* توجد علاقة ارتباطية جوهريه سلبية ($r = -0.20^*$) بين محور الحيوية (جودة الحياة) وبين محور القيادة العدوانية، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

* توجد علاقة ارتباطية جوهريه سلبية ($r = -0.22^*$) بين محور الصحة النفسية (جودة الحياة) وبين محور القيادة العدوانية، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

* توجد علاقة ارتباطية جوهريه سلبية ($r = -0.16^*$) بين محور الدور البدني (جودة الحياة) وبين محور الأحاسيس السلبية في السياقة، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

* توجد علاقة ارتباطية جوهريه سلبية ($r = -0.17^*$) بين محور الصحة النفسية (جودة الحياة) وبين محور الأحاسيس السلبية في السياقة، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

1.1.1-د- العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني:

سلوك قلة النشاط البدني		جودة الحياة
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
غير دال عند أي مستوى	-0.04	

جدول رقم 27: يبين العلاقة بين محاور جودة الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني

نلاحظ من خلال الجدول رقم 27 أن قيمة معامل الارتباط بين جودة الحياة و سلوك قلة النشاط البدني و التي تساوي ($r = -0.04$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني.

- في حين لاحظنا انه توجد علاقة ارتباطية جوهريه سلبية ($r = -0.32^{**}$) بين محور الدور البدني و سلوك قلة النشاط البدني، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01).

2.1 عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية: و القائلة:

" نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة و بين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب معاملات الارتباط بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، قيادة السيارات و قلة النشاط البدني) و بين الدرجة الكلية المتحصل عليها من سلم المعتقدات الصحية التعويضية، إذ تم الحصول على النتائج التالية:

2.1. أ- العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين:

سلوك التدخين		المعتقدات الصحية
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
غير دال عند أي مستوى	0.11	

جدول رقم 28: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين

نلاحظ من خلال الجدول رقم 28 أن قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و سلوك التدخين و التي تساوي ($r = 0.11$)، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين.

2.1. ب- العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول:

سلوك شرب الكحول		المعتقدات الصحية
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
دال عند (0.01)	0.28**	

جدول رقم 29: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول

نلاحظ من خلال الجدول رقم 29 أن قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و سلوك شرب الكحول و التي تساوي ($r = 0.28^{**}$) ، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01). وهذا معناه انه توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول.

2.1. ج- العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات:

سلوك قيادة السيارات		المعتقدات الصحية
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
دال عند (0.05)	0.20*	

جدول رقم 30: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات

نلاحظ من خلال الجدول رقم 30 أن قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و سلوك قيادة السيارات و التي تساوي ($r = 0.20^*$) ، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05). وهذا معناه انه توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات.

- و ما لاحظناه جليا أن هذا الارتباط بين المعتقدات الصحية و سلوك قيادة السيارات اتضح من خلال معاملات الارتباط الدالة بين محاور استبيان سلوك قيادة السيارات و المعتقدات الصحية،

حيث:

محور القيادة الخطرة	محور القيادة العدوانية	محور الأحاسيس السلبية في السياقة	
0.23**	0.20*	0.02	المعتقدات الصحية
(0.01)	(0.05)	غير دال عند أي مستوى دلالة	مستوى الدلالة

جدول رقم 31: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين محاور سلوك قيادة السيارات

نلاحظ من خلال الجدول رقم 31 أنه:

- قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و بين محور القيادة الخطرة و التي تساوي ($r = 0.23^{**}$) ، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01).
- قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و بين محور القيادة العدوانية و التي تساوي ($r = 0.20^*$) ، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).
- في حين أن قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و بين محور الأحاسيس السلبية في السياقة و التي تساوي ($r = 0.02$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى.

2.1.د- العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني:

مستوى الدلالة	قلة النشاط البدني	المعتقدات الصحية
غير دال عند أي مستوى	0.13	

جدول رقم 32: يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني

نلاحظ من خلال الجدول رقم 32 أن قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و سلوك قلة النشاط البدني و التي تساوي ($r = 0.13$)، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني.

ملاحظة:

من بين أهم الملاحظات التي تفتنت إليها الطالبة الباحثة في محاولتها للإجابة على تساؤلات الدراسة المطروحة ما يلي:

قلة النشاط البدني	قيادة السيارات	الكحول	التدخين	
0.13	0.24**	0.45**	1	التدخين
0.01	0.42**	1	0.45**	الكحول
0.19*	1	0.42**	0.24**	قيادة السيارات
1	0.19*	0.01	0.13	قلة النشاط البدني

جدول رقم 33: يبين العلاقة سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة

(التدخين، الكحول، قيادة السيارات و قلة النشاط البدني)

- نلاحظ من خلال الجدول رقم 33 انه:

* توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك التدخين و بين سلوك شرب الكحول، حيث أن $r = 0.45^{**}$ عند مستوى دلالة (0.01).

* توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك التدخين و بين سلوك قيادة السيارات، حيث أن $r = 0.24^{**}$ عند مستوى دلالة (0.01).

* توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك قيادة السيارات و بين سلوك شرب الكحول، حيث أن $r = 0.42^{**}$ عند مستوى دلالة (0.01).

* توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك قيادة السيارات و بين سلوك قلة النشاط البدني، حيث أن $r = 0.19^*$ عند مستوى دلالة (0.05).

و هذا ما يثري النظر جلياً لمحاولة الاهتمام و البحث في هذه المتغيرات، مما يفتح مجالات أخرى للبحوث في مثل هذه الميادين من طرف الباحثين و المختصين في المجالات الصحية، النفسية، السلوكية، الاجتماعية، الاقتصادية الخ.

2. مناقشة نتائج الدراسة:

1.2 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

إن البيانات المحصل عليها من تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الأولى باستخدام معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرات البحث (جودة الحياة و علاقتها بسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة)، و المبينة في الجداول رقم 24، 25، 26 و 27 ، و التي كانت النتائج المتوصل إليها كالتالي:

- أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك التدخين، و هو عكس ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة، كما جاءت هذه النتائج منافية مع الدراسة التي قدمها كل من تارا ، اوكورو كاترين و مقداد علي و آخرون (; STRINE Tara W. ; OKORO Catherine A. ; CHAPMAN Daniel P. ; BALLUZ Lina S. ; FORD Earl S. ; AJANI Umed A. ; MOKDAD Ali H.)، حول جودة الحياة المتعلقة بالصحة و سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة عند المدخنين، حيث اثبتوا العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن سلوك التدخين يؤدي إلى تدهور الصحة الجسمية و النفسية للفرد و بالتالي التأثير على مدى جودة الحياة التي يمتاز بها من خلال نمط الحياة الذي يعتمده في العيش. كما أن الواقع المعاش يوميا يوضح جليا مدى تأثير التدخين على حياة الفرد ليس من الناحية الجسدية فحسب، بل حتى فيما يتعلق بالنواحي النفسية، الاجتماعية و حتى الاقتصادية، و هذا ما جعل الطالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك التدخين.

➡ و تفسر الطالبة الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الطالبة هو اختيار عينة قصدية بشروط معينة، دون التركيز على سلوك التدخين كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة قصدية دون أن نراعي ضرورة توفر سلوك التدخين عند أفراد العينة، حيث كانت الاستمارة التي تنطبق إلى سلوك التدخين تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا، أي أنها لم تكن تخص فئة المدخنين فقط. أما فيما يخص تناقض الدراسة المقدمة من طرفنا مع الدراسة السابقة التي تبحث في العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة عند المدخنين، فهذا راجع إلى اختلاف الخصائص الاجتماعية و الثقافية للمجتمع الأصلي المختارة منه كل عينة.

- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك شرب الكحول، و هو عكس ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة، و هذا بالرغم من ملاحظة أن هناك علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = -0.28^{**}$) بين محور الصحة النفسية على سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك شرب الكحول، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01). هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن سلوك شرب الكحول يؤدي إلى تدهور الصحة الجسمية و النفسية للفرد و بالتالي التأثير على مدى جودة الحياة التي يمتاز بها من خلال نمط الحياة الذي يعتمده في العيش. و هذا ما جعل الطالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك شرب الكحول.

➡ و تفسر الطالبة الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الطالبة هو اختيار عينة قصدية بشروط معينة، دون التركيز على سلوك شرب الكحول كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة قصدية دون أن نراعي ضرورة توفر سلوك شرب الكحول عند أفراد العينة، حيث كانت الاستمارة التي تتطرق إلى سلوك شرب الكحول تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا، أي أنها لم تكن تخص فئة مستهلكي الكحول فقط. كما أن المعايير و القيم الاجتماعية التي يتميز بها المجتمع الجزائري تجعل إجابات الأفراد منقوصة. فسلوك شرب الكحول في مجتمعنا لا يزال من الطابوهات التي يمنع الحديث عنها بالرغم من أن هذا السلوك أصبح منتشرا في مجتمعنا المحلي، ليس عند الذكور فقط و لكن عند الإناث أيضا. حيث لاحظنا بعض الإجابات تتناقض فيما بينها، و هذا دليل على أن الفرد الذي أجاب على الاستمارة تردد في إعطاء الإجابة الصحيحة، و ذلك نتيجة المعايير و القيم الاجتماعية و الأخلاقية الذي يمتاز بها.

و أما فيما يخص العلاقة الارتباطية السلبية بين محور الصحة النفسية على سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك شرب الكحول، فنفسر هذا إلى أن الواقع المعاش و كذلك جميع المقاربات النظرية تؤكد أن سلوك شرب الكحول يعتبر من بين أهم العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية للفرد ليس فقط عن طريق أعراض الإدمان أو استعمال الكحول، بل كذلك تدهور الحالة النفسية للفرد من خلال العلاقات الاجتماعية التي تصبح مضرية، و لا سيما إن كان المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد يمتاز بخصوصيات ثقافية و أخلاقية و دينية كمجتمعنا الجزائري.

- أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك قيادة السيارات، و هو عكس ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة. بالرغم من أننا قد لاحظنا أنه:

* توجد علاقة ارتباطية جوهريّة سلبية ($r = -0.20^*$) بين محور الحيوية (جودة الحياة) وبين محور القيادة العدوانية، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

* توجد علاقة ارتباطية جوهريّة سلبية ($r = -0.22^*$) بين محور الصحة النفسية (جودة الحياة) وبين محور القيادة العدوانية، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

* توجد علاقة ارتباطية جوهريّة سلبية ($r = -0.16^*$) بين محور الدور البدني (جودة الحياة) وبين محور الأحاسيس السلبية في السياقة، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

* توجد علاقة ارتباطية جوهريّة سلبية ($r = -0.17^*$) بين محور الصحة النفسية (جودة الحياة) وبين محور الأحاسيس السلبية في السياقة، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع المعاش الذي يبين أن السلوك العدواني أو الخطر في السياقة يؤدي إلى إكساب الفرد السائق مجموعة من الخصائص، كارتفاع مستويات القلق عنده، زيادة العدوانية خاصة أثناء السياقة، إرهاق نفسي و جسدي واضحين (انظر الفصل الأول: تأثير السلوك الخطر في القيادة على الفرد). و بالإضافة إلى العدد الهائل للموتى و الجرحى جراء حوادث المرور و الخسائر المادية، فإن سلوك القيادة يعتبر سلوكاً اختطار في حد ذاته إذا ما أصبح نمط حياة Mode de vie، حيث أن تزايد احتمالية هذا الاختطار تتزايد كلما زادت خبرة الفرد في القيام بهذا السلوك. و هذا ما جعل الطالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك قيادة السيارات.

➡ و تفسر الطالبة الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الطالبة هو انه و بالرغم من أن العينة المختارة من طرفنا الصفة الأساسية التي تمتاز بها هي أنها عبارة عن مجموعة أفراد سائقين، إلا أن النتيجة كانت منافية لما توقعناه، و قد يعود هذا إلى خصائص العينة في حد ذاتها من حيث المستوى التعليمي و السن، و كذلك فيما يخص خبرة الأفراد في السياقة. حيث أننا لم نتطرق إلى مثل هذه الخصائص في دراستنا الحالية. و هنا نتوقع أن بالتركيز على هذه الخصائص يمكن أن يغير

نتيجة الدراسة الحالية من عدم وجود علاقة إلى إثبات العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك قيادة السيارات.

أما عن العلاقات السلبية التي وجدتتها الطالبة الباحثة بين محاور استبيان سلوك قيادة السيارات و بين محاور جودة الحياة (محور الدور البدني، الصحة النفسية و محور الحيوية)، فنحن نفسر ذلك لمدى التأثير المتبادل في الاتجاه السلبي (كما وضحته النتائج) بين هذه المعطيات. فمثلا اعتماد القيادة العدوانية كنمط حياة يؤدي إلى تغير المعطيات النفسية للفرد مما يؤثر سلبا على درجة حيوية الفرد اتجاه المواقف الحياتية و خاصة المتعلقة بكل ما يخص المفاهيم المرورية. كما أن الأحاسيس السلبية في السياقة تتأثر و تؤثر سلبا بالصحة النفسية للفرد و هذا واضح من خلال السلوكات التي يبديها الفرد جراء هذه الأحاسيس السلبية و التي تؤثر حتما على مستوى تركيزه.

- و أخيرا أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك قلة النشاط البدني، و هو عكس ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة. بالرغم من ملاحظتنا بأنه توجد علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = -0.32^{**}$) بين محور الدور البدني و سلوك قلة النشاط البدني، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01). كما جاءت هذه النتائج منافية مع الدراسة التي قدمها كل من جانا، بيترسون، جون، اندرو و آخرين (Jana J. Peterson, John B. Lowe, N. Andrew Peterson and Kathleen F. Janz) ، حول العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين الحياة النشطة *active living*، و ذلك سنة 2003 ، و كان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الحياة النشطة و بين الخصائص و الوظائف الجسدية المعبر عنها من خلال سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال محوري الوظائف البدنية و الدور البدني، حيث وجدوا انه توجد علاقة ارتباطية بين الحياة النشطة و بين كل من الدرجات المتحصل عليها من خلال محوري الوظائف البدنية و الدور البدني على سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF32 V2. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن سلوك قلة النشاط البدني يؤدي إلى تدهور الصحة الجسمية و النفسية للفرد (انظر الفصل الأول: سلوك قلة النشاط البدني) و بالتالي التأثير على مدى جودة الحياة التي يمتاز بها من خلال نمط الحياة الذي يعتمد في العيش. كما أن الواقع

المعاش يوميا يوضح جليا أن سلوك قلة النشاط البدني خاصة و إن اعتمد كنمط حياة، يؤدي إلى عدة آثار جسمية (السمنة كمرض) و نفسية (ضغط نفسي حاد) و اجتماعية (نقص العلاقات الاجتماعية). و هذا ما جعل طالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك قلة النشاط البدني.

و تفسر طالبة الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه طالبة هو اختيار عينة قصدية بشروط معينة، دون التركيز على سلوك قلة النشاط البدني كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة قصدية دون أن نراعي ضرورة توفر هذا السلوك عند أفراد العينة، حيث كانت الاستمارة التي نتطرق إلى هذا السلوك تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا، أي أنها لم تكن تخص فئة الأفراد الذين يمتازون بقلّة النشاط البدني فقط.

أما فيما يخص تناقض الدراسة المقدمة من طرفنا مع الدراسة السابقة التي تبحث في العلاقة جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين الحياة النشطة و بين الخصائص و الوظائف الجسدية المعبر عنها من خلال سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال محوري الوظائف البدنية و الدور البدني. فهذا راجع إلى اختلاف الخصائص الاجتماعية و الثقافية للمجتمع الأصلي المختارة منه كل عينة، حيث مثلا أنهم ركزوا على كلا الجنسين في دراستهم، في حين ركزنا نحن على عينة ذكور فقط. كما أنهم اعتمدوا على محاور معينة من سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة، في حين ركزنا نحن على جميع محاوره أي دراسة جودة الحياة بصفة كلية.

أما عن العلاقات السلبية التي وجدتتها طالبة الباحثة بين محور الدور البدني و سلوك قلة النشاط البدني، فنحن نفسر ذلك انه من البديهي أن يتأثر الدور البدني بقلّة النشاط البدني بصورة سلبية، و هذا ما يلاحظ خلال حياتنا اليومية، و كذلك ما أكدت عليه جميع المفاهيم و الدراسات النظرية حول هذا الموضوع (النشاط البدني).

2.2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

إن البيانات المحصل عليها من تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الثانية باستخدام معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرات البحث (المعتقدات الصحية و علاقتها بسلوكات الخطر المتعلقة بالصحة)، و المبينة في الجداول رقم 28، 29، 30، 31 و 32، و التي كانت النتائج المتوصل إليها كالتالي:

- أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك التدخين، و هو عكس ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن الأفراد و خاصة المدخنين تختلف اعتقاداتهم حول سلوكياتهم من فرد لآخر، كما أن إدراكهم للخطر يختلف كذلك على حسب معتقداتهم، و بالتالي فإن تعويض هذه السلوكات أيضاً من طرفهم تختلف على حسب المعتقدات التي يرونها تتناسب و نمط حياتهم بغض النظر عن مدى صحة أو خطورة هذه السلوكات التعويضية، فكل ذلك يبقى مرتبطاً باعتقاداتهم التي يعتمدون عليها في القيام بسلوكياتهم المعتادة (انظر الفصل الأول: سلوك التدخين، الفصل الثاني: نموذج المعتقدات الصحية التعويضية)، و هذا ما جعل الطالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك التدخين.

➤ و تفسر الطالبة الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الطالبة هو اختيار عينة قصدية بشروط معينة، دون التركيز على سلوك التدخين كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة قصدية دون أن نراعي ضرورة توفر سلوك التدخين عند أفراد العينة، حيث كانت الاستمارة التي تنطبق إلى سلوك التدخين تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا، أي أنها لم تكن تخص فئة المدخنين فقط. أما فيما يخص تناقض الدراسة المقدمة من طرفنا مع الجانب النظري، فنفسره على أن من بين خصائص نموذج المعتقدات الصحية التعويضية أنه حديث العهد و أسس في ظروف و خصائص تختلف عن تلك التي يتميز بها مجتمعنا. هذا دون أن ننسى أن معظم الأفراد لم يتفطنوا بعد للمعنى الحقيقي (كونه مفهوم حديث) للسلوك التعويضي، و بالتالي فإن إجاباتهم على سلم المعتقدات الصحية التعويضية كانت في الغالب تشوبها بعض النقائص مثل عدم فهم معنى سلوك تعويضي في حد ذاته و هذا ما لاحظناه في بعض الإجابات. فكل هذا يكون قد أدى إلى توصلنا إلى مثل هذه النتيجة.

- توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك شرب الكحول، و هو ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة. كما جاءت هذه النتائج مطابقة مع الدراستين التي قدمهما كل من:

* ليسلي، اليسون و كريستوفر (P. Allison Minugh, Christopher Rice, Leslie Young)، حول الجنس، المعتقدات الصحية، السلوك الصحي و سلوك شرب الكحول، و ذلك سنة 1990، و كان الهدف الأساسي اختبار مدى فعالية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقدات الصحية مع مراعاة الفروق بين الجنسين. و توصلوا إلى انه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك استهلاك الكحول و بين نموذج المعتقدات الصحية مع ملاحظة بعض الفروق بين الجنسين.

* و كذلك دراسة ارتير، بليم، لوستيتر و آخرون (Arthur W. Blume, Ph.D., Ty W. Lostutter, B.S., Karen B. Schmaling, Ph.D., and G. Alan Marlatt, Ph.D.)، حول المعتقدات الصحية المتعلقة بسلوك شرب الكحول و النتائج المترتبة عنها، و ذلك سنة 2003، و كان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الفعالية الذاتية و بين النتائج المترتبة عن سلوك شرب الكحول بالاعتماد على نموذج المعتقدات الصحية العام. و توصلوا إلى انه توجد علاقة ارتباطية ايجابية دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و بين سلوك شرب الكحول.

و كذلك هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة تتفق و الواقع النظري الذي يبين أن الأفراد و خاصة مستهلكي المشروبات الكحولية تختلف اعتقاداتهم حول سلوكياتهم من فرد لآخر، كما أن إدراكهم للخطر يختلف كذلك على حسب معتقداتهم، و بالتالي فإن تعويض هذه السلوكات أيضا طرفهم تختلف على حسب المعتقدات التي يرونها تناسب و نمط حياتهم بغض النظر عن مدى صحة أو خطورة هذه السلوكات التعويضية، فكل ذلك يبقى مرتبطا باعتقاداتهم التي يعتمدون عليها في القيام بسلوكياتهم المعتادة(انظر الفصل الأول: سلوك شرب الكحول، الفصل الثاني: نموذج المعتقدات الصحية التعويضية)، و هذا ما جعل الطالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك شرب الكحول.

- توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك قيادة السيارات، و هو ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة. و بالرغم من أن نموذج المعتقدات الصحية التعويضية لم يتطرق قط إلى سلوك قيادة السيارات، إلا أننا تمكنا من خلال العينة المختارة من طرفنا أن نتوصل إلى وجود العلاقة بين نموذج المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك قيادة السيارات، حيث وجدنا:

* قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و بين محور القيادة الخطرة و التي تساوي ($r = 0.23^{**}$) ، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01).

* قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و بين محور القيادة العدوانية و التي تساوي ($r = 0.20^*$) ، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

فملاحظتنا أن طريقة الاعتقاد بالسلوكات التعويضية في حياة الإنسان، و كذلك مدى الاعتماد عليها تعتبر نقطة مهمة جدا تحتاج إلى التركيز فيها أكثر من طرف الباحثين و المختصين. كما أن ملاحظتنا للنتائج السلبية التي تنتج من خلال السلوكات التي يعتمدها الأفراد السائقين و خاصة في الآونة الأخيرة، أين ارتفعت حصيلة حوادث المرور و النتائج السلبية المترتبة عنها؛ هو ما جعل الطالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك قيادة السيارات.

- و أخيرا أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك قلة النشاط البدني، و هو عكس ما كانت تتوقعه الطالبة الباحثة. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن الأفراد تختلف اعتقاداتهم حول سلوكياتهم من فرد لآخر، كما أن إدراكهم و إحساسهم بالخطر يختلف كذلك على حسب معتقداتهم، و بالتالي فإن تعويض هذه السلوكات أيضا من طرفهم يختلف على حسب المعتقدات التي يرونها تتناسب و نمط حياتهم بغض النظر عن مدى صحة أو خطورة هذه السلوكات التعويضية، فكل ذلك يبقى مرتبطا باعتقاداتهم التي يعتمدون عليها في القيام بسلوكياتهم المعتادة (انظر الفصل الأول: سلوك قلة النشاط البدني، الفصل الثاني: نموذج المعتقدات الصحية التعويضية)، و هذا ما جعل الطالبة الباحثة تتوقع وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك قلة النشاط البدني.

و تفسر الطالبة الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الطالبة هو اختيار عينة قصدية بشروط معينة، دون التركيز على سلوك قلة النشاط البدني كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة قصدية دون أن نراعي ضرورة توفر سلوك قلة النشاط البدني عند أفراد العينة، حيث كانت الاستمارة التي نتطرق إلى سلوك قلة النشاط البدني تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا، أي أنها لم تكن تخص فئة الأفراد الذين يمتازون بقلة النشاط البدني فقط.

أما فيما يخص تناقض الدراسة المقدمة من طرفنا مع الجانب النظري، فنفسره على أن من بين خصائص نموذج المعتقدات الصحية التعويضية أنه حديث العهد و أسس في ظروف و خصائص تختلف عن تلك التي يتميز بها مجتمعنا. هذا دون أن ننسى أن معظم الأفراد لم يتفطنوا بعد للمعنى الحقيقي (كونه مفهوم حديث) للسلوك التعويضي، و بالتالي فإن إجاباتهم على سلم المعتقدات الصحية التعويضية كانت في الغالب تشوبها بعض النقائص مثل عدم فهم معنى سلوك تعويضي في حد ذاته و هذا ما لاحظناه في بعض الإجابات. فكل هذا يكون قد أدى إلى توصلنا إلى مثل هذه النتيجة.

3.2 المناقشة العامة:

من خلال عرض و مناقشة نتائج الفرضيات، تكون الدراسة الحالية - من وجهة نظر الطالبة الباحثة - قد حققت أهدافها من حيث الكشف عن العلاقة بين كل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية بسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، قيادة السيارات و قلة النشاط البدني)، و التوصل إلى تحقق بعض الفروض و لو جزئيا. و سنتناول ذلك حسب كل فرضية:

- أولا: بالنسبة إلى البحث عن العلاقة بين جودة الحياة و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة توصلت النتائج إلى انه:

- أ- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و بين سلوك التدخين.
- ب- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و بين سلوك شرب الكحول.
- ج- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و بين سلوك قيادة السيارات.
- د- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني.

و كان هذا على عكس النتائج التي توصلت إليها الدراستين السابقتين التي تحصلت عليها الطالبة الباحثة. حيث فسرنا هذا الاختلاف في النتائج بمميزات خصائص العينة المختارة من طرفنا، و كذلك بالمعايير و القيم التي تمتاز بها العينة المختارة من طرفنا عن تلك التي اعتمد عليها في كلتا الدراستين السابقتين.

و مما سبق يتبين أن الفرضية الأولى لم تتحقق، حيث أننا لم نجد أي علاقة دالة إحصائيا بين جودة الحياة و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى أفراد العينة.

ثانيا: و أما بالنسبة إلى البحث عن العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة توصلت النتائج إلى انه:

- أ- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين.
- ب- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول.
- ج- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات.
- د- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني.

و كانت كلتا الدراستين التي تمكنا من الحصول عليها تتعلق بسلوك شرب الكحول، حيث كانت النتائج التي توصلت إليها الدراستين مطابقة لتلك النتائج التي توقعتها و تحصلت عليها الطالبة الباحثة.

أما فيما يخص النتائج الأخرى المتعلقة بسلوكيات الخطر الأخرى المتطرق إليها في هذه الدراسة، فلم تتمكن الطالبة الباحثة من العثور على دراسات في هذا الشأن يمكن من خلالها مقارنة هذه النتائج.

و مما سبق يتبين أن الفرضية الثانية تحققت جزئياً، حيث أننا لم نجد أي علاقة دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية و بين كل من سلوك التدخين و سلوك قلة النشاط البدني، في حين توصلنا إلى إيجاد العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين كل من سلوك شرب الكحول و سلوك قيادة السيارات.

و مع هذا تبقى هذه النتائج بحاجة إلى مزيد من البحث و الدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث، باستخدام أدوات أكثر دقة على عينة اكبر حجماً، و بالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها.

خاتمة:

دراسة سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة ضمن تخصص علم النفس الصحة و ربطها بمتغيرات أخرى تؤثر و تتأثر بها، كانت و لا تزال من بين أهم الميادين الخصبة التي تحتاج إلى المثابرة و الاطلاع أكثر من اجل تحقيق الأهداف المرجوة من أي دراسة.

و في هذا الإطار جاءت دراستنا هذه التي حاولنا فيها أن نتطرق إلى البعض من سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة، ألا و هي: سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول، سلوك قيادة السيارات و سلوك قلة النشاط البدني؛ و ربطها بكل من جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بالمعتقدات الصحية التعويضية، أي أن الهدف من هذه الدراسة هو محاولة معرفة مدى العلاقة بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة بكل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية.

و على اثر ذلك، قمنا بتدعيم دراستنا هذه بفصل نظري تضمن ثلاث فصول تطرقنا فيها إلى: سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة، فصل خاص بجودة الحياة، و فصل خاص بالمعتقدات الصحية، هذا دون أن ننسى أننا قد خصصنا فصل تمهيدي لطرح إشكالية الدراسة المقدمة من طرفنا. و اعتمدنا في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي الذي يتلاءم مع متغيرات الدراسة، و من خلال البيانات التي تحصلنا عليها من خلال إجابات أفراد العينة على الأدوات المخصصة لها. تحصلنا على عدة نتائج أهمها:

- لم تتحقق الفرضية الأولى و القائلة: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى أفراد العينة".
- تحققت الفرضية الثانية جزئيا و القائلة: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية و بين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى أفراد العينة".

و مع هذا تبقى هذه النتائج بحاجة إلى مزيد من البحث و الدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث، باستخدام أدوات أكثر دقة على عينة اكبر حجما، و بالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها

اقتراحات:

استكمالا في الجهد المبذول في الدراسة الحالية، ترى الطالبة الباحثة ضرورة إجراء مزيد من البحوث و الدراسات في هذا المجال، بحيث تتناول هذه البحوث و الدراسات كلا من النقاط التالية:

- إجراء نفس الدراسة و لكن على عينة أخرى لا تمتاز خصائصها بنفس خصائص العينة المختارة في الدراسة الحالية.
- إجراء دراسة تتناول العلاقة بين سلوكات خطر أخرى (مثل سلوك غسل الأسنان) و بين المعتقدات الصحية في المجتمع الجزائري.
- إجراء دراسة تتناول العلاقة بين سلوكات الخطر المذكورة في الدراسة المقدمة من طرفنا فيما بينها.
- إجراء دراسة تتناول العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و بين السلوك الصحي.

قائمة المصادر و

المراجع

المراجع

2. إريخا غيبيل (24/10/2008) : " الكحول "، مأخوذ يوم 10 سبتمبر 2008 ، من الموقع الإلكتروني:
<http://www.america.gov/st/healtharabic/2008/October/20081024154425bsibhew0.3310205.html?CP.rss=true>
2. الجمعية الخيرية لمخاطبة التدخين (2004): " اليوم العالمي للامتناع عن التدخين.. التبغ والفقير.. التدخين والمندرات"، مأخوذ يوم 30 جوان 2008 ، من الموقع الإلكتروني
[/ http://www.nesasy.org/content/view/829/90](http://www.nesasy.org/content/view/829/90)
3. الكاتب المشرف العام : (31/08/2008) قلة النشاط البدني: ماهيتها ومخاطرها، مأخوذ يوم 31 اوت 2008 ، من الموقع الإلكتروني ،:
http://al-batal.com/index.php?option=com_content&task=view&id=181&Itemid=307
4. رجب محمد السيد، (أوت، 2001)، كل هذا الاستهلاك!، مجلة العربي، العدد 513، الكويت. 128-127
5. سامر جميل رضوان، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة مقارنة بين طلاب سوربيين وألمان، منشور في مجلة شؤون اجتماعية العدد الخامس والخمسون -السنة الرابعة عشرة- خريف 1997 صفحة 25-51- الشارقة
6. عبد اللطيف محمد خليفة(1998): دراسات في علم النفس الاجتماعي(المجلد 1)، دار قباء للطباعة و النشر، مصر، 16-52
7. عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، (ربيع/صيف، 1994)، سلوك السلوك: مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج تطبيقاته، مجلة العلوم الاجتماعية، مج:22، العدد:2/1، الكويت. 211-214
8. عبد الناصر محمد دوان، (يونيو، 2001)، آلام الظهر هل أصبحت سمة عصرية؟، مجلة العربي، العدد 511، الكويت. ص120
9. عثمان يخالوف، (2001)، علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، الدوحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
10. حسان يعقوب، (أوت، 2002)، جديد النوم والأرق، مجلة العربي، العدد 525، الكويت. ص138
11. معتز سيد عبد الله (2001): بحوث في علم النفس الاجتماعي (مجلد 1)، دار تحرير للطباعة والنشر، القاهرة، 8-23
12. ليندزي و بوال (د،س،ط): مرجع في علم النفس الكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج (2000)، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة. 567- 589
13. محمد الجوهري، (1997)، دراسات في علم الاجتماع الريفي والحضري، القاهرة، دار المعرفة الجامعية. ص من 122 ← 131

14. **Allison Minugh, Christopher Rice, Leslie Young. (1998).** << Gender, health beliefs, health behaviors, and alcohol consumption>>, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, August, 1998, retired le 14 janvier 2008, de:
[//findarticles.com/p/articles/mi_m0978/is_n3_v24/ai_21154253/pg_2](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0978/is_n3_v24/ai_21154253/pg_2)
15. **Andry Rakotonirainy. (2006).** << Design of Context-aware Systems for vehicles using complex system paradigms>>, Centre For Accident Research and Road Safety , Australia, Queensland.
16. **Ann Bowling. (2001).** << Health-related quality of life>>, (Review of Disease-Specific Quality of life Measurement Scales), Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, Philadelphia, British Open University Press Buckingham , 1 - 19.
17. **Arthur W. Blum., Ty W. Lostutter., Karen B. Schmaling, and G. Alan Marlatt, (2003).** << BELIEFS ABOUT DRINKING BEHAVIOR PREDICT DRINKING CONSEQUENCES>>, the Alcohol and Drug Abuse Institute of the University of Washington and in part by Merit Award AA 5R37AA05591 from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism , J Psychoactive Drugs. Author manuscript; available in PMC 2006 October 4. Published in final edited form as: J Psychoactive Drugs. 2003; 35(3): 395-399.
18. **Bergson. (n. d).** << La croyance : essai de conceptualisation de la notion>>, Retrieved april 30, 2008, from:
[//www.philoflo.fr/resources/LA+CROYANCE.pdf](http://www.philoflo.fr/resources/LA+CROYANCE.pdf)
- 19 : **Bloch. H, Chemama R, Gallo A, Leconte P, Lenyj, Postel J. (1991) .** Larousse dictionnaire de la psychologie, Paris.
20. **Carolina Werle. (n d) .** << Les Déterminants du Comportement de Santé Préventive>>, GRENOBLE, CERAG, UPMF.
21. **Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Hassle Christine. (2000).** <<Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collègue et de lycée>>, paris, OFDT.
22. **Christine Chauveau-de Vallat. (2003).** << Le tabagisme>>, Mémoire, Paris, formation à l'AFTCC.
23. **Danièle Marois. (2006).** << Comparaison de La qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujets affectés par différent trouble de santé ainsi qu'avec des sujets en santé>>, Thèse d'honneur présentée comme exigence partielle dans le cadre du cour activité de recherche en psychologie, CANADA, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

24. **Direction Générale de la santé à Genève.** (n d). <<Promotion de la santé par l'activité physique>>, Retrieved MARCH 22, 2009, from [://www.geneve.ch/GEbouge/bouger/sedentarite.html](http://www.geneve.ch/GEbouge/bouger/sedentarite.html)
25. **Diener.** (1994). <<Assessing Subjective Well-Being, Progresses and opportunities". *Social Indicators Research*, 31, 103-157
26. **Encyclopédie canadienne.** (n d). << Alcoolisme>>, Retire Janvier 02, 2008, from: [://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTf0000126](http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTf0000126)
27. **Entreprise & Prévention.** (2004). <<Comportement à risque>>, retiré Novembre 04, 2008, de : [://www.ep.soifdevivre.com/Alcool+et+Sante/Glossaire/74.aspx](http://www.ep.soifdevivre.com/Alcool+et+Sante/Glossaire/74.aspx)
28. **Éric Bouvat.** (10/03/1998). << Agir sur la santé par l'activité physique et sportive>>, paris , DAS / R0601076 / SÉPIA Éditions.
29. **François Vabret.** (n d). << Alcoolisme>>, retiré janvier 26, 2009, extrait du site : www.33docavenue.com , France , CHU de Caen.
30. **Frédéric Maton.** (n d).<< Effets néfastes de l'alcool sur la santé>>, retiré le 15 décembre 2008, de [://www.irbms.com/rubriques/Institut/docteur-frederic-maton.php](http://www.irbms.com/rubriques/Institut/docteur-frederic-maton.php)
31. **Jana J. Peterson, John B. Lowe, N. Andrew Peterson and Kathleen F.** (2005). << The relationship between active living and health-related quality of life>>, Departments of Community and Behavioral Health and Health and Sport Studies, College of Public Health, University of Iowa, 1215 Westlawn, Iowa City, IA 52242, USA , retired le 29. septembre 2007 , de: [://her.oxfordjournals.org/cgi/content/full/21/1/146](http://her.oxfordjournals.org/cgi/content/full/21/1/146)
32. **Jehova.** (2007). <<L'alcool -Un danger qui vous guette ?>>, Watch New York, Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, retired February 03, 2008, From: [://www.watchtower.org/f/20051008/article_03.htm](http://www.watchtower.org/f/20051008/article_03.htm)

33. **Joffroy.** (2004). «Pratique physique et effets sur le corps : approche physiologique de l'exercice», Toulouse 3, France, université Paule Sabatier.
34. **John.E.** (2002). <<Construction of the SF-36 Version 2.0>>, Psychometric Considerations, retire le 14 novembre 2008, de: [//www.sf-36.org/tools/sf36.shtml](http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml)).
35. **Laurence Jérôme.** (2006). <<What We Know About ADHD and Driving Risk>>. A Literature Review, Meta-Analysis and Critique, Philadelphia , Current Psychiatry Reports
36. **Lawrance W. Green.** (2007). <<Health Belief Model>>, Search Encyclopedia of Public Health, retire le 09 September 2007, de: [//www.enotes.com/public-health-encyclopedia/health-belief-mode](http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/health-belief-mode)
37. **Leon James.** (2007). << Principles of Driving Psychology>> ; University of Hawaii , retired march 12, 2008,
from: [//www.drdriving.org/articles/driving_psy.htm](http://www.drdriving.org/articles/driving_psy.htm)
38. **Letzelter.** (2000). <<LA QUALITÉ DE VIE, EN PRENDRE TOUTE LA MESURE>>, MAPI Values – LYON, retiré le 20 mars 2009, de : [://www.mapi-research-inst.com/index02.htm](http://www.mapi-research-inst.com/index02.htm)
39. **Lorraine M. Reiser.** (06 June 2007). <<Health Beliefs and Behaviors of College Women>>, Submitted to the Graduate Faculty of Nursing in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of Pittsburgh.
40. **Marie –Josie Manidi, Irene Dafflon- Arvanitou.** (2000). <<Activité physique et santé, L'adulte sportif et sédentarité>>, preface de L'OMS , MASSON ? PARIS, 107-116
41. **Marilou Bruchon-Schweitzer.** (2002). <<Psychologie de la santé(modèles, concepts et méthodes)>>, édition 1, DUNOD ? Paris, santé, bien être et qualité de vie, p 43-81
42. **Marjorie Rabiau, Barbel Knauper and Paule Miquelon.** (2006). <<The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm>>, The compensatory health beliefs model, British, British Journal of Health Psychology, 11, 139-153
43. **Martine Bantuelle et René DemeuLemeester.** (2003). <<Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire>>, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France, Saint-Denis cedex .

44. **Mercier, S. SCHRAchraub.**(2005).<<Qualité de vie : quels outils de mesure ?>>, 27es journées de la SFSPM, Deauville.
45. **Musschenga.** (1997). <<the relation between Concepts of quality of life, Health, and Happiness>>. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 11-
46. **New Directions in Speed Management.** (march 2007). CHAPTER TWO Findings 10-18, London, Department of the Environment, Transport and the Regions.
47. **Nordenfelt L.** (1994). <<Concept and Measurment of Quality of Life in Health Care>>, Londres, Kluwer academic Publishers, chap 3, p 241-255
48. **Ogden J.** (2004). <<Health Psychology: A Textbook>>. 3rd edn.
Buckingham : Open University Press
49. **Olivier Desrichard.** (n d). <<Conduites à risque et perception des risques à l'adolescence>>, France, Laboratoire de Psychologie Sociale EA 600, uv grenoble.
50. **Organisation Mondiale De La Santé.** (7 avril 2002). <<La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités>>, Communiqués de presse , retiré le 18 juillet 2008, de :[://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/)
51. **Organisation Mondiale De La Santé.**(2006). <<Le tabac : mortel sous toutes ses formes>>, Bibliothèque de l'OMS, Genève 27 - Suisse
52. **Organisation Mondiale De La Santé.** (26 septembre 2006). <<Promouvoir l'activité physique au service de la santé>>, BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE.
53. **Plusieurs.** (2007). <<Alcool et Santé - Les effets De La consommation abusive D'alcool >>, Canada, Bibliothèque nationale du Québec.
54. **Rolland.** (2000). <<le Bien-être subjectif>>, une revue de question. *Pratiques psychologiques*, 1, 5-21
55. **Strecher, V. J., and Rosenstock.** (1997). "The Health Belief Model." In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, eds. K. Glanz, F. M. Lewis, and B. K. Rimer. San Francisco: Jossey-Bass.

56. **Strine Tara W. ; Okoro Catherine A. ; Chapman Daniel P. ; Balluz Lina S. ; Ford Earl S. ; Ajani Umed A et autre.** (2005). << Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers>>, *American journal of preventive medicine* ISSN 0749-3797 vol. 28, n°2, Elsevier Science, New York, NY, ETATS-UNIS, pp. 182-187
57. **Sylviane Lliberge.** (22 février 2009). <<Alcool et alcoolisme Du point de vue psy>>. Retiré le 04 avril 2009, de [://www.consultations-psychologue.com/articles/addiction-alcool-psy.html](http://www.consultations-psychologue.com/articles/addiction-alcool-psy.html).
58. **Thierry, Caubry.** (2008). << Conduite et santé, une revue de la littérature, Département Epidémiologie en entreprise INRS, N113, 47-60
59. **Victor J. Strecher, Jean Shope.** (2007). *Review of Judgement and Decision-making Literature Pertinent to the Development of Traffic Offender Training/ Improvement Programmes (S301Q) , the typographical arrangement rests with the Crown, Department for Transport: London*
60. **Wassila Ben Ahmed.** (10 juillet 2008). << Le tabac tue 15.000 personnes en Algérie>>, retiré le 26 février 2009, de [://www.emploi.algerie.com/actualite/252986-le-tabac-tue-15.000-personnes-en-algerie.html](http://www.emploi.algerie.com/actualite/252986-le-tabac-tue-15.000-personnes-en-algerie.html)
61. **Yves Coppieters, Florence Parent, Raphael Lagasse, Danielle Pietie.** (2004). <<Évaluation des risques, une approche pluridisciplinaire en santé publique>> , École de santé publique de l'université libre de Bruxelles, Unité de promotion), retiré le 19 avril 2009, de [://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante_pub/ers/e-docs/00/03/FF/59/article.phtml](http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante_pub/ers/e-docs/00/03/FF/59/article.phtml)
62. **Zertal Cherifa. (s.a).** << IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU TABAC>>, Unité d'Aide Psychologique , CONSTANTINE, CHU BENBADIS DE CONSTANTINE